



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL TRATO DIGNO
OTORGADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
MAESTRA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Presenta:

LIC. ENF. SOCORRO DÍAZ RÍOS

Dirigido por:

M.C.E. MARGARITA VIVEROS SALGADO

SINODALES

M.C.E. Margarita Viveros Salgado
Presidente

Dra. en I.E Verónica Margarita Hernández Rodríguez
Secretario

M.C.E. Javier Barrera Sánchez
Vocal

M.C.E. María del Carmen García de Jesús
Suplente

M.C.E. Victorina Castrejón Reyes
Suplente

M.C.E. Gabriela Plazomé Vega
Director de la Facultad

Firma

Firma

Firma

Firma

Firma

Dr. Irineo Torres Pacheco
Director de Investigación y posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Junio 2014
MÉXICO.

RESUMEN

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), estableció indicadores para evaluar la calidad de los servicios y mejorar la atención de los usuarios. Uno de estos indicadores es el denominado trato digno entendido como el derecho de los usuarios a ser tratados como personas, más que como pacientes. Objetivo: Determinar la percepción que tienen los pacientes hospitalizados del cumplimiento del indicador de calidad "Trato Digno" proporcionado por el personal de enfermería, en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco de Alarcón Gro. Metodología: Estudio transversal correlacional con muestreo estratificado y selección de muestra sistematizada, constituido por 180 pacientes hospitalizados en el cuatrimestre Septiembre-Diciembre de 2011 y Enero-Abril de 2012 en los servicios de Medicina Interna, Ginecología y Cirugía General. El instrumento utilizado fue el formato número 1 de recolección de datos de trato digno validado por la Secretaría de Salud (SS) con respuestas dicotómicas. En el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva (frecuencia, porcentaje y medidas de tendencia central) e inferencial (U de Mann-Whitney) la información se procesó en el programa SPSS Ver. 17. Resultados: 61.1% de los encuestados pertenecieron al servicio de Ginecología, se observó un aumento de 1.1% a 4.4% en los criterios: "Se presenta y se dirige a usted por su nombre, le hace sentirse seguro al atenderle, le trata con respeto, sin embargo también se observó una disminución 2.2% a 5.6% en los criterios: "le explica sobre los cuidados o actividades que va a realizar, le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento, hay continuidad en los cuidados de enfermería y se siente satisfecho con el trato que le da". Al establecer la diferencia entre los índices del 2011 y 2012 esta no fue significativa ($p > .05$). Conclusiones: El indicador de trato digno en ambos cuatrimestres se encuentra por abajo del estándar (95%) establecido por la CNCSS, además se detectaron criterios que deben fortalecerse a través de un programa de mejora continua.

Palabras clave. (Trato digno, percepción, enfermería)

SUMMARY

The National crusade for the Quality of Health Services (NCQHS) set indicators to assess the quality of services and improve services to users. One of these indicators is the so called dignified treatment understood as the right of users to be treated as persons more than patients. **Objective:** To determine hospitalized patient's perception regarding the fulfillment of the quality indicator "Dignified Treatment" provided by the nursing staff at the Hospital General Adolfo Prieto in Taxco de Alarcon Gro. **Method:** Correlation cross-section study with stratified sampling and systematized simple selection, consisting in 180 hospitalized patients in the four month periods from September to December 2011 and January to April 2012 at the Internal Medicine, Gynecology and General Surgery services. Instrument used for data collection was format No 1 for dignified treatment validated by the Health Secretariat (HS) with dichotomy answers. Descriptive statistics (frequency, percentage and central tendency measures) and inferential (Mann-Whitney U) were used for statistical analysis. Information was processed with the statistical analysis package SPSS ver. 17. **Results:** 61.1 % of the people surveyed were from the gynecology service; results showed an increase from 1.1% to 4.4% for the criteria: "introduces himself/herself and refers to you by your name, makes you feel comfortable when assisting you, and treats you respectfully; however a reduction from 2.2% to 5.6% was also observed for the criteria "explains you about cares and activities he/she will perform, shows you or your relative how to tend to the wounds related to your condition, there is continuity in nursing care and is satisfied with the treatment received". When establishing difference between indexes for 2011 and 2012, the difference was not significant ($p>.05$). **Conclusions:** The dignified treatment indicator for both four months periods is under the standard (95%) set by (NCQHS) and criteria which must be strengthened through continual improvement programs were detected.

Key words: (dignified treatment, perception, nursing)

DEDICATORIAS

A mis padres quienes me dieron vida, educación y apoyo.

A toda mi familia que me ha apoyado en el cuidado de mi niña.

A mi maestra y asesora Margarita Viveros Salgado por su disposición, perseverancia y apoyo incondicional en todo momento, por alentarme cada día para concluir este proyecto.

Muy especialmente a la Dra. Alicia Álvarez por su apoyo para el término de este proyecto.

A mi hija Keyla Denisse con todo mi cariño y amor, por regalarme el tiempo que le pertenecía mientras realizaba este trabajo, me encargaré de ser condescendiente, tolerante y gran amiga para ti y poder estar allí cuando me necesites. Te amo mi Key.

A todos ellos se los agradezco desde el fondo de mi alma.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de tesis primeramente quiero agradecerte a Ti Dios por bendecirme, por haberme permitido hasta hoy ser lo que soy, te entrego mi espíritu, alma y voluntad para que a través de este nuevo logro me permitas vivir bajo tus reglas y dirección, te pido fortaleza, sabiduría, voluntad, tolerancia en abundancia para realizar mi trabajo con amor, y con entusiasmo de dar lo mejor de mí cada día, de manera que me sienta satisfecha y realizada hasta el último día de mi vida.

A ti mamá que has estado conmigo siempre apoyándome en mis estudios desde el principio de mi carrera y desde mi nacimiento, eres la mejor mamá que Diosito me ha podido dar, gracias madre mía por tu paciencia, por soportarme, por cuidar a mi Key, y por mucho más te doy mil gracias.

Al Hospital General Adolfo Prieto el cual considero como mi casa, en donde he recibido muchas facilidades para crecer, así como a mis amigos y compañeros de trabajo quienes siempre me dieron una palabra de aliento para terminar este proyecto.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que quiero agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

ÍNDICE

Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vi
Índice de figuras	vii
I INTRODUCCIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Justificación	5
1.3. Objetivos	7
1.4. Hipótesis	7
II REVISIÓN DE LITERATURA	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Trato Digno	12
2.3 Calidad	15
2.4 Percepción	16
2.5 El profesional de enfermería	18
2.6 El funcionamiento hospitalario	21
2.7 Bioética	26
2.8 Estudios relacionados	31
III METODOLOGÍA	34
3.1 Diseño de estudio	34
3.2 Universo y muestra	34
3.3 Material y métodos	35
3.4 Análisis	37
3.5 Ética del estudio	37
IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	41
V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	48
BIBLIOGRAFÍA	51
APÉNDICE	55

ÍNDICE DE CUADROS

Pág.

Cuadro 4.1 Servicios evaluados por cuatrimestre	43
Cuadro 4.2 Características del indicador de trato digno evaluación 2011.	44
Cuadro 4.3 Características del indicador de trato digno evaluación 2012.	45
Cuadro 4.4 Índice de cumplimiento del indicador de trato digno por cuatrimestre.	46
Cuadro 4.5 Índice de cumplimiento del indicador de trato digno por servicio	46
Cuadro 4.6. Prueba de U de Mann Whitney para la variable de trato digno.	47

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1.1	Calidad de la atención hospitalaria en el ámbito nacional comparativo 2000, 2006 y 2012.	56
Figura 1.2	Percepción de la calidad del servicio, en usuarios de servicios hospitalarios por institución que proporciona la atención en México.	57
Figura 1.3	Pacientes que consideran haber recibido un trato respetuoso en establecimientos sanitarios de 19 países.	58

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería destaca por su capacidad para responder a los cambios de la sociedad a consecuencia de las necesidades del cuidado que la población y los sistemas de salud han ido demandando, todas las profesiones tienen muchas cosas en común, sirven para 'algo', pero no todas sirven a 'alguien', entendiendo que ese alguien se refiere al ser como individuo, con sus componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. La enfermería se ha caracterizado por ser una profesión de servicio, para ello debe desarrollar y fortalecer actitudes, aptitudes y valores que involucran el ser y que deben acompañar su hacer; esperándose así, un enfermero(a) reflexivo, crítico, comprometido, humanista, solidario, respetuoso, honesto, creativo, participativo y responsable para atender a las personas en un sistema de atención en salud que trata de atender las necesidades de los pacientes y sus familias (Nava, et al 2012).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) uno de los objetivos fundamentales de los sistemas de salud, es mejorar el nivel y la distribución del trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud (Gogeoascoechea, et al., 2009). La atención a la salud es considerada a nivel mundial como uno de los servicios con mayor demanda social, los servicios que ofrece el profesional de enfermería corresponden a uno de los de mayor cobertura en todos los niveles de atención (Puebla, et al 2009).

La deficiencia de la calidad en la atención de los servicios de salud es una de las principales quejas y críticas que reciben las instituciones en el país, dada la percepción que el usuario tiene de estas instituciones (Puebla, et al 2009). El Hospital General de Taxco Gro, no esta exento de estas críticas y quejas por tal motivo se decidió realizar un estudio comparativo, retrospectivo y transversal que permita ver el grado de satisfacción que tienen los usuarios respecto a su cuidado. Vargas y cols. (2012) señalan que uno de los problemas que se observan con

frecuencia es el malestar que manifiesta el paciente en la atención general que se les ofrece, expresándose como maltrato o descortesía.

Por ello es importante resaltar que el trato digno es un aspecto esencial, que se debe cuidar en la relación persona - persona, pues el profesional de enfermería está comprometido a llevarlo a cabo para las acciones de mejora continua que aseguran calidad de atención a pacientes y familiares para establecer trato humano, personalizado y profesional. El trato digno contribuye en lo reglamentado en la carta de los derechos generales de los pacientes, en la Ley General de Salud, en los principios de enfermería bioéticos, por lo que las instituciones requieren de personal altamente competente, que este convencido del compromiso que implica dar atención de calidad y calidez de acuerdo a la misión, visión y objetivos institucionales (Nava & Zamora 2010).

Conocer la percepción de los usuarios, es de vital importancia para el sector salud, recordemos que la enfermera es quien se encuentra en mayor contacto con el paciente y es quien pudiera modificar la percepción que el usuario tiene con relación a su atención, a través de una comunicación efectiva enfermera-paciente, para que ésta sea satisfactoria, deben seguirse objetivos comunes entre la enfermera y el paciente que a su vez, si se da una interacción entre ellos se logra con más facilidad la satisfacción del paciente y de la enfermera al ver cubiertas las necesidades del usuario, de lo contrario se producirá estrés e insatisfacción por parte de ambos, viéndose reflejado en la percepción de la calidad del servicio recibido (Puebla, et al 2009).

El ejercicio profesional de la enfermera debe ser la expresión de su formación integral, en la que a sus valores éticos y morales va agregando, a lo largo de toda su vida conocimientos, habilidades y destrezas que pone al servicio del paciente. El desempeño eficiente de su quehacer profesional debe hacerse en un tiempo determinado y este modo de proceder le aleja de lo esencial del cuidado, el agobio de las actividades administrativas le dificulta cada vez más un

acercamiento individual y centrado en las particularidades de los usuarios (Ariza & Daza, 2008).

1.1 Planteamiento del problema

De acuerdo con Basset y cols, 2011 en algunas instituciones, la sobrecarga laboral, está dada por la asignación de diversas tareas que responden en su mayoría a políticas económicas de la institución y no a las necesidades de cuidado de los pacientes que demandan los servicios. (La enfermera en la actualidad es administradora, cuidadora, jefe de personal, secretaria, comunicadora, relacionista pública, conciliadora y educadora, entre otros). Algunas de estas funciones no le compete a la enfermera(o) realizarlas en un mismo tiempo, pero han sido asignadas por las instituciones.

El cumplimiento de estas funciones aleja a la enfermera cada vez más del cuidado al paciente, ha conducido a un mayor deterioro de la identidad profesional, agravado por la falta de agremiación, de solidaridad y de integración del conocimiento ético, político, cultural, científico y legal, en el ejercicio de la profesión. La rutina, aspecto común en el ejercicio de algunos profesionales limita la capacidad de raciocinio, la creatividad y la realización de un proyecto de mejoramiento continuo.

En 2002, los resultados de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño, mostraron que el trato respetuoso fue bien calificado en la mayoría de las entidades federativas con 79% de aprobación para los servicios públicos y privados. No obstante, debe destacarse que 3.8% de los usuarios indicaron haber recibido algún tipo de maltrato asociado al nivel socioeconómico y al sexo (García & Cortés, 2012).

En 2012, 13.4% de los usuarios de servicios hospitalarios dice que no regresaría a la misma institución que lo atendió, esta proporción fue de 12.7% en

2006 y de 15.7% en 2000 figura 1.1 (anexo 1). En la figura 1.2 (anexo 2) se muestran las diferencias en percepción de la calidad de los servicios hospitalarios por institución proveedora. (Gutiérrez, et al 2012). La figura 1.3 (anexo 3) ilustra los resultados de una encuesta realizada en 19 países, según la cual la proporción de pacientes que consideraron que habían sido tratados con respeto cuando acudieron a establecimientos sanitarios iba desde el 60% hasta el 90%. (OMS, 2006).

El Gobierno Federal ha establecido en las diferentes instituciones de Salud. El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) el cual evalúa trato digno como indicador de calidad para los cuidados que brinda el profesional de enfermería. En el Hospital General de Taxco es una práctica constante la monitorización de este indicador, el cual se lleva a cabo de forma continua desde el año 2009 por las supervisoras de los diferentes turnos en el área de hospitalización. Sin embargo, a principios del 2011 se da un mayor énfasis, impulsando al personal de enfermería para llevar a cabo el cumplimiento de este indicador ya que es un parámetro más que se evalúa en la certificación de hospitales.

No solamente por la certificación de los hospitales si no que, los pacientes deben tener la posibilidad de confiar en las enfermeras, para justificar esa confianza el personal de enfermería tiene el deber de mantener un buen nivel de conocimientos y práctica, mostrando en todo momento, el máximo respeto por la dignidad y la vida humana, la doxa y la praxis deben conjugarse en la labor del profesional, lo que beneficia indudablemente personas a las cuales dedica su labor (Colegio Médico de Chile, 2008).

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que

sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes (SSA, 2001). De ahí, que se considera de suma importancia dar respuesta a la pregunta: ¿Cuál es la percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno otorgado por el personal de enfermería en el Hospital General Adolfo prieto?

1.2 Justificación

La OMS (2009) en su declaración de los Derechos Humanos en su Artículo 3ro menciona que "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona". En el país, la Constitución Política Mexicana en su Artículo 4to, Menciona en el párrafo 3ro que "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud", tomando al humano como un ser holístico, y miembro de una familia, la cual es el principal apoyo, en una necesidad de salud" (Ramos, 2012).

El profesional de enfermería se desarrolla en un mundo nuevo de tensiones y conflictos, entre un deber ser del cuidado orientado hacia la comprensión del otro como persona que necesita y solicita comunicación, compañía e idoneidad profesional, y por otro lado un sistema que le exige eficiencia y eficacia administrativa y gerencial acorde con las exigencias de la época moderna. Frente a esta tensión, el profesional de enfermería trabaja entre el desasosiego y la frustración, ya que siente que muchas veces la manera en como aborda el cuidado se centra en la rutina de procedimientos técnicos (Ariza & Daza, 2008).

INDICAS (2012) incorpora el Trato digno en enfermería como un indicador de calidad el cual se debe monitorear constantemente, esta práctica se realiza por el departamento de calidad del Hospital General Adolfo Prieto de Taxco Gro, con apoyo de las supervisoras de los diferentes turnos.

Se considera pues de suma importancia profundizar y reflexionar sobre el tema porque el indicador de trato digno que se ofrece en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS) al usuario se refleja en: respeto a los derechos humanos y características individuales de la persona; información completa, veraz, y susceptible de ser entendida por el paciente o por quienes lo acompañan y amabilidad por parte de los prestadores del servicio. Por lo que entonces el trato digno de enfermería se apega al respeto de los Derechos Generales de los Pacientes, así como al cumplimiento del Decálogo de Ética de las Enfermeras y Enfermeros de México (Frenk, et al 2002).

Con los resultados obtenidos se reconoce la necesidad de concientizar a los profesionales del agravio e indiferencia que puede producirse en cualquier institución pública. Si la apatía a los usuarios es un fenómeno invisible en especial si son personas muy dependientes con escasa o nula capacidad para comunicarse, se considera que es necesario promover un trato mas humano en el cuidado diario de las personas para garantizar una atención de calidad.

Mientras siga siendo inexistente el maltrato hacia el usuario, no se podrá reconocer la existencia del mismo. Por tal razón existe la inquietud de que haya una completa comprensión por parte del personal de enfermería en brindar un trato digno adecuado, ya que para el hospital la atención y satisfacción del usuario es lo más importante. La formación del profesional y una mayor sensibilización hacia él, garantiza una intervención de calidad (Gómez, 2010).

1.3 Objetivos

General:

- Determinar la percepción que tienen los pacientes hospitalizados del cumplimiento del indicador de calidad “trato digno” proporcionado por el personal de enfermería.

Específicos:

- Identificar el cumplimiento del indicador de trato digno en enfermería
- Comparar los cuatrimestres último del 2011 y primero del 2012.
- Conocer la percepción del usuario sobre el trato digno recibido por el personal de enfermería.

1.4 Hipótesis.

- Los pacientes hospitalizados en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco de Alarcón Guerrero, perciben mejor el indicador de trato digno en el primer cuatrimestre del 2012 comparado con el último cuatrimestre del 2011.

II REVISIÓN DE LITERATURA

La experiencia de la hospitalización es vivida en forma personal en un contexto donde el paciente es vulnerable, por lo cual es necesario promover su bienestar. El personal de enfermería es quien permanece más tiempo al lado del enfermo, por lo tanto, para lograr su bienestar, debe conocer sus sentimientos y expectativas para que pueda responder ante sus demandas de atención.

La calidad de la atención técnica de enfermería se refiere a la percepción del paciente acerca de la atención que recibe por personal de enfermería actualizado y competente en el desempeño de sus funciones, que proporcione atención individualizada, una valoración oportuna que esté atenta a cualquier cambio que se presente, que responda siempre a la llamada del paciente cuando éste lo necesite, que alivie el dolor y proporcione el confort necesario para que el paciente se sienta mejor, que proporcione información veraz, oportuna y en términos comprensibles (Moreno & Interrial, 2012).

Atender con calidez, cuando las enfermeras brindan atención a sus pacientes con una interacción agradable, amigable, respetuosa, con trato amable, concentradas en las necesidades de los pacientes, interesadas en sus problemas y en su bienestar, a través de un trato cortés durante el proceso de enfermedad. Es decir, que fomente la cultura del buen trato a todos los pacientes hospitalizados, considerando que son individuales y que por ello su percepción del bienestar es distinta y para lograrlo deben satisfacer sus expectativas

2.1 Antecedentes

La atención a la salud es considerada a nivel mundial como uno de los servicios con mayor demanda social y los servicios que ofrece enfermería corresponde a uno de los de mayor cobertura en todos los niveles de atención. Desde la segunda mitad del siglo XX la sociedad ha puesto en evidencia cada vez

con mayor intensidad, la deshumanización de los profesionales de la salud, demandando un cambio en la cultura mas humanizada, porque la ciencia crece a pasos agigantados en favor de la salud o para conservarla y no crece de igual manera el lado humano del personal de área de la salud (Garrido, 2010).

En el plano internacional, según OMS, y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), en México, el índice de trato adecuado en hospitales durante 2001 fue de 5.7, cifra que refleja la capacidad del sistema para responder a las expectativas no médicas de los pacientes, colocando al país en una posición intermedia a nivel mundial, donde Estados Unidos alcanza un índice de 8.1 y Suiza 7.4, mientras que Asia y África ocuparon los últimos lugares (García & Cortés, 2012).

En el ámbito nacional, 80.6% de los usuarios de todos los servicios hospitalarios percibe la calidad del servicio como muy buena o buena, esta proporción fue de 80.3 y 84.2% para 2006 y 2000 respectivamente. Por el contrario, 6% de los usuarios percibió la calidad de la atención como mala o muy mala, similar a lo reportado en 2006 de 6.4%, pero superior a lo reportado en 2000, 4.2%. En 2012, 13.4% de los usuarios de servicios hospitalarios dice que no regresaría a la misma institución que lo atendió (Gutiérrez, et al 2012).

Una breve reseña de como han evolucionado los programas que se han establecido para mejorar la calidad de la atención a los usuarios de los servicios de salud. En relación a la evaluación de la calidad de los servicios de salud pública, la Secretaría de Salud ha señalado que los esfuerzos realizados en el país datan del año 1950, cuando se realizaron las primeras auditorías médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (Nava, et al 2011). Entre 1985 y 1986 son los primeros círculos de calidad y en la época de los noventa hay un verdadero movimiento hacia la calidad en la Secretaría de Salud inicio en 1997 con el programa de mejora continua de la calidad de la atención medica, en 1999

inicia el programa de certificación de hospitales donde identificaron problemas que pusieron en riesgo su credibilidad (Garrido, 2010).

Esta problemática se manifestó en la “Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000”, en la que la población señaló que el nivel de calidad de los servicios de salud había empeorado en relación con los datos que se tenían en 1994, 4 de cada 10 mexicanos se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y calificaron el nivel de calidad de los servicios de salud por debajo de los servicios públicos de “agua y drenaje”, “teléfonos” y “transporte público (Frenk, 2002).

Sin embargo, fue hasta el año 2001 cuando gran parte de los esfuerzos fueron canalizados en una estrategia nacional, la CNCSS en la que se estableció el Equipo Consultor Sectorial, integrado por funcionarios de alto nivel de la SSA, IMSS e ISSSTE para el impulso de la estrategia sobre el indicador de trato digno a nivel sectorial (Córdova, 2007). Esta Cruzada surge como respuesta al compromiso de campaña del Presidente Vicente Fox Quesada, que acorde con la demanda de la sociedad, busca ofrecer a la población servicios de la más alta calidad. Dentro de los servicios de salud, el trato digno que ofrecerá la Cruzada a los usuarios se reflejará en:

- Respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona.
- Información completa, veraz, oportuna y susceptible de ser entendida por el paciente o por quienes lo acompañan.
- Amabilidad por parte de los prestadores de servicio (Negrete, 2009).

La CNCSS tiene como objetivos fundamentales promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así como brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos. La Cruzada incluye procesos

permanentes de mejora del desempeño y de transparencia, que permitirán a las instituciones de salud rendir cuentas claras a todos los mexicanos (SS, 2001).

En esa perspectiva, en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 se establece implementar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) como el instrumento del gobierno federal para elevar la calidad de los servicios médicos. Este programa entra en actividad en 2007; es implementado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGECS), operado por personal de los Servicios Estatales de Salud (SESA) e incluye acciones dirigidas a garantizar la mejora de la calidad técnica y seguridad del paciente, la calidad percibida por los usuarios y la calidad en la gestión de los servicios de salud (Granados, et al 2011).

En el ámbito de la calidad percibida la propuesta de SICALIDAD está destinada a construir ciudadanía en salud mediante la instauración del Aval Ciudadano en todas las unidades de salud, favoreciendo la participación y la contraloría social. Un aval es una persona mayor de 18 años, de honorabilidad reconocida, dedica su tiempo y compromiso a la calidad percibida sin compensación económica o retribución alguna, no es un servidor publico o directivo de los servicios de salud, acepta la capacitación que le permita desempeñar su tarea, garantiza la participación activa y el compromiso a favor de la calidad en las unidades de salud (Granados, et al 2011).

El aval ciudadano es un ejemplo de participación ciudadana, son el enlace entre las instituciones y los usuarios de los servicios de salud, Los avales llevan a los directivos y los profesionales de la salud la voz, la percepción de los pacientes y de su familia, el aval favorece la participación social y la corresponsabilidad de la comunidad en el cuidado de la salud, las propuestas y recomendaciones plantadas por los avales ayudan a la mejora de la calidad de las unidades (Arciniega, et al 2010).

En la actualidad a través del Gobierno Federal en las diferentes Instituciones de Salud se ha establecido INDICAS el cual evalúa los indicadores de calidad en la atención proporcionada por los servidores públicos (Saavedra, 2012) Uno de los indicadores es el Trato digno, calidad percibida en primer y segundo nivel de atención, el cual se define como la satisfacción por la oportunidad en la atención, por la información proporcionada, y por el trato recibido (Córdova, 2007).

En este aspecto el programa concibe al monitoreo de indicadores en las unidades prestadoras de servicios de salud, como una herramienta de gestión para la calidad, que fundamenta la toma de decisiones para efectuar intervenciones que mejoren la calidad con énfasis inicial en el trato digno a los usuarios y la atención médica efectiva, a fin de otorgar confianza a los ciudadanos sobre los servicios que reciben (Frenk, 2002).

2.2 Trato Digno

Se define como el derecho de quien demanda servicios de salud a ser tratado como persona en toda la extensión de la palabra con todas las implicaciones de este concepto, y a no ser sujeto de una relación asimétrica debido a una incapacidad física o a desigualdad en la posesión de información. Involucra el derecho de libertad de movimientos, el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratado cordialmente por todo el personal médico y no médico con el cual se tiene relación durante la prestación del servicio (SS, 2006).

Trato digno de enfermería: Son aquellas percepciones que el paciente tiene acerca del personal de enfermería durante su estancia hospitalaria. El trato digno debe de seguir criterios importantes como la presentación del personal, su actitud hacia el paciente, así como la información que le brindará al mismo respecto a su estado de salud. Todo esto englobado en una atmósfera de respeto mutuo (Ibarra P, 2012).

El Trato Digno es una dimensión de la calidad de la atención médica y se define en la Cruzada como el conjunto de indicadores que miden el grado de satisfacción, en la percepción que el usuario o familiar, tiene acerca del trato y la atención proporcionada por el profesional de Enfermería durante su estancia hospitalaria (Ibarra P, 2012).

El derecho a trato digno y respetuoso hacia el usuario, se refiere a la aceptabilidad que el comportamiento tanto verbal como no verbal se establece en la relación del profesional de enfermería con aquél, más allá de un saludo simple. Digno es el atenderle con oportunidad, delicadeza, cortesía y en conciencia. Digno es proveerle la información adecuada y pertinente para que el usuario pueda tomar una decisión. Digno es plantearle alternativas de solución. Digno es procurarle un entorno de confianza, de comodidad y de esperanza si es posible, al lado de sus seres queridos. Digno es tratarle con paciencia, constancia, tolerancia y prudencia. Digno es serle leal y guardián celoso de sus circunstancias con independencia de su origen, posición social, estado de aseo, olor o patología. Digno es consolarle cuando la ciencia y la tecnología han agotado sus recursos y acompañarle en su último suspiro. Digno es mostrarnos respetuosos hacia su derecho al trato digno, la dignidad puede ser percibida desde dos ángulos, como representación que se hace de uno mismo de su carácter digno y como la imagen que otros se hacen de nosotros (Ibarra C, 2012).

2.2.1 Análisis del Indicador “trato digno”

Los criterios definidos en el indicador de trato digno por enfermería corresponden en su totalidad al cumplimiento de los deberes estipulados en el capítulo II “De los deberes de las enfermeras para con las personas” del código de ética de los enfermeros y las enfermeras de México.

- *Comunicación:* Al paciente le agrada que la enfermera se presente a sí misma, que sean amables y que sepan escuchar dando oportunidad de

expresar sus necesidades, que el lenguaje verbal corresponda al no verbal y que lo miren a los ojos mientras interactúa con el personal. La mayoría de los pacientes prefieren que se dirijan a ellos por su nombre, evitando los diminutivos y la condescendencia. También es impersonal e irrespetuoso referirse al paciente por su número de cama o por el tipo de cirugía a ser practicada, o por el tipo de padecimiento (Durán, et al 2009).

- *Intimidad:* Cuando el paciente ingresa, se le pide que se quite su ropa y resulta incomodo hacerlo en un área sin cortinas y sin privacidad, donde las personas entran y salen, colocándose batas rotas o sin cordones; y además se le preguntan, en voz alta, situaciones relativas a su enfermedad.
- *Buen trato:* Los pacientes requieren explicaciones del por qué deben quitarse ropa y vestirse con ropa de hospital, del por qué deben quitarse maquillaje y joyas antes de ser hospitalizados. Al paciente le agrada que la enfermera le solicite permiso para efectuar algún procedimiento, que se den tiempo para dialogar con un tono de voz apropiado.
- *Confidencialidad:* Relacionado con la intimidad, este aspecto se refiere a la necesidad que tiene el paciente de que sus asuntos de salud no sean tratados con otra persona, salvo ella misma; la información proporcionada a un tercero deberá darse con el consentimiento del paciente. A los pacientes también les incomoda que sus problemas de salud se conviertan en temas de conversación entre las enfermeras; u otros miembros del equipo de salud (Durán, et al 2009).
- *Respeto:* El paciente relaciona el respeto con la atención pronta, la valoración de sus necesidades y cómo atenderlas, el trato equitativo, la sensibilidad a su dolor cuando le es efectuado un procedimiento, el confort, la atención expedita a pacientes más vulnerables (ancianos, niños).

- *Información:* El paciente requiere explicaciones cuidadosas de lo que se le va a practicar, desea que se le informe con oportunidad de los procedimientos a los que se verá sometido y dar su consentimiento para que se realicen. Es molesto y provoca inquietud que se ofrezca información contradictoria entre profesionales de la salud, así como el que no exista continuidad en los cuidados y tratamiento (Durán, et al 2009).
- *Oportunidad de tomar decisiones:* El paciente quiere ser tomado en cuenta y participar, en la medida de lo posible, de los tratamientos y cuidados previos o posteriores a su hospitalización. Es conveniente dialogar acerca de las opciones de cuidado; lo que no está bien es discutir con el paciente. Si la condición lo permite, es aconsejable involucrar al paciente en su auto cuidado y siempre que el así lo desee.

El trato digno influye en forma directa con la percepción de la calidad de atención. De tal forma que, bajo la perspectiva del paciente, un trato indigno anula el mejor de los tratamientos practicados y el paciente manifestará insatisfacción por la atención recibida (Durán, et al 2009).

2.3 Calidad

La calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes. El concepto incluye 2 dimensiones: la técnica y la interpersonal, la primera busca encontrar los mejores resultados que la ciencia actual hace posible, la segunda es la que se ha dado en llamar “calidez” de la atención, es decir el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción. El reto de la calidad demanda que en cada rincón del sistema de salud se brinde a la gente mejores resultados incluyendo la atención pronta y el trato digno (Córdova, 2007).

En la época actual hablar de calidad ya no es una opción, es una necesidad y compromiso de todos los individuos independientemente del sector en que se desarrollan. Es y será el camino para sobrevivir y ser competitivo en un ambiente donde la tecnología cambia rápidamente, la competencia aumenta rápida y globalmente, las oportunidades en el mercado ocurren de manera lenta y los productos o servicios deben tener una excelente calidad (Moreno, et al 2011).

El Programa Nacional de Salud (PNS) 2013-1018 establece como estrategia: Mejorar la calidad de los servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud, el cual tiene en sus líneas de acción, impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente así como el cumplimiento de estándares de calidad técnica e interpersonal en las instituciones de salud, que respondan a las expectativas de los usuarios y medir de manera regular la satisfacción del paciente.

Calidad de los servicios de enfermería se concibe como la atención oportuna personalizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios. Los indicadores definidos establecen los criterios necesarios que garantizan las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro eficiente y humano en todo el Sistema Nacional de Salud (Favela, 2008).

2.4 Percepción.

La percepción del usuario de los servicios de enfermería, podría ser considerada como una actividad guiada por ciertas expectativas que pueden ser modificadas por la información que se obtiene, como consecuencia de esa actividad que refleja en gran medida el grado de satisfacción que el paciente

puede tener de la atención recibida; la percepción por otro lado, depende de la calidad de los servicios otorgados (Puebla, et al 2009).

La percepción es un proceso nervioso superior que le permite al organismo a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno y de uno mismo. La percepción obedece a los estímulos cerebrales logrados a través de los de los cinco sentidos, vista, olfato, tacto, auditivo, gusto los cuales dan una realidad física del medio ambiente, provee la única realidad conocida del tacto, las suposiciones deben estar basadas en observaciones u otro sensor de tal forma de llegar a conclusiones igualmente validas extrapolando así los alcances de la realidad sensorial (Méndez, 2013).

Mediante la percepción la información recopilada por todos los sentidos se procesan y se forman la idea de un solo objeto, es posible sentir diversas cualidades de un mismo objeto y mediante la percepción unir las, determinar de qué objeto proviene y determinar a su vez que este es un único objeto. La percepción es un proceso adaptativo y base de la cognición y la conducta, es la capacidad de recibir por medio de todos los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones para conocer algo. También se puede definir como un proceso mediante el cual una persona, selecciona, organiza e interpreta los estímulos, para darle un significado a algo (Méndez, 2013).

La percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y las necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones. La percepción de un individuo es subjetiva, ya que las reacciones de un mismo estímulo, varían de un individuo a otro, los estímulos sensoriales pueden ser los mismos, para todas las personas, pero cada una de ellas percibirá las cosas de distinta forma. (Tor, 2007).

Para que la comunicación interpersonal se dé, es necesario comprender que se trata de un hecho, en el que el contacto que se establece con la otra

persona, debe darse tanto en el nivel emocional como, en el nivel intelectual. Los elementos vocales y visuales, al igual que la personalidad y sociabilidad son ingredientes principales para la comunicación interpersonal de alto nivel. Para crear estímulos, codificar y decodificar la información es necesario desarrollar las habilidades que permitan: lograr la atención, identificar los significados, comprender la verdadera intención de las palabras y aceptarlas como medio de expresión de sus sentimientos, emociones, actitudes, conocimientos, de todo un sistema social y cultural de las persona (Ratti, et al 2010).

El personal de enfermería en todo momento causa un impacto personal mediante su comunicación. Por ello se requiere de competitividad profesional y de multihabilidades para una relación armónica. La enfermera, para comprender mejor a los pacientes tiene que dar atención a lo que hace y a lo que dice; son tan importantes las conductas que parecen ser inconscientes, como aquellas que dependen del pensamiento reflexivo. Por tanto para una comunicación efectiva es necesario tratar de comprender qué conductas inconscientes pueden ser expresiones no deseadas (Ratti, et al 2010).

La percepción se puede evaluar midiendo elementos importantes que debe poseer un prestador de servicios de salud como: trato digno, definido como el respeto a los derechos humanos y a las características de las personas: respeto, como la virtud por la cual reconocemos y tenemos presente de manera habitual la dignidad de las personas, como seres únicos e irrepetibles, así como sus derechos según su condición y circunstancias, y profesionalismo entendido como la actitud y capacidad elevada para desempeñarse en una actividad (Puebla, et al 2009).

2.5 El Profesional de Enfermería

El profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos-científicos, humanísticos y éticos que le permiten

desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional. Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México (SSA, 2001).

El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas (SSA, 2001).

Esta misma fuente refiere que el ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen. Lo que la ética a la enfermera le solicita y más aún le exige es que dé un testimonio unánime a través de sus acciones, de lo que son sus convicciones acerca de la dignidad humana, y que proporcione atención personalizada y humanizada, en un ejercicio de la profesión de constante interacción con la persona, concepto clave en la definición y práctica de la enfermería.

Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales. La enfermera, consciente o inconscientemente los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermería sin esta interrelación. Los pacientes tienen derecho a

recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia (SSA, 2000).

Por todo esto se hace necesario que la enfermera reconozca las potencialidades y debilidades de sí misma y de los demás, esa cualidad de reconocer su capacidad humana, implica su disposición de dar, de conducirse y de actuar, así como de renunciar a todo aquello que pueda hacer y hacerle daño. Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica (SSA, 2001).

2.5.1 Motivación de las enfermeras

La enfermera es un profesional que al igual que otros se desempeña en una organización prestadora de servicios de salud, con el objeto de cuidar a personas que requieren de sus servicios; cuidado que es considerado como la parte sustantiva de la práctica profesional; por ello, es determinante cómo las enfermeras asumen el compromiso profesional para realizar dicho cuidado. Por tal razón, una persona con una actitud positiva hacia sí misma desempeña sus actividades con eficacia y eficiencia. La motivación se describe como habilidad para lograr que los individuos hagan lo que desean, cuándo y cómo lo desean, con un sentido de directriz hacia delante con energía y entusiasmo hacia la meta (Sánchez, 2010).

En el caso de las enfermeras, la necesidad de relación se satisface cuando se fomentan relaciones interpersonales de afecto, solidaridad,

consideración, entre los miembros del equipo de enfermería. Por consiguiente, la satisfacción de las necesidades de relación son productivas cuando se originan en ambientes armónicos de confianza, honestidad, lealtad y compañerismo en los cuales la enfermera comparte con otros sus sentimientos, expectativas e intereses, por ello es de gran importancia su grado de motivación, pues de ella depende en gran parte su interés para realizar con agrado las tareas asignadas (Sánchez, 2010). Por ello el cuidado de enfermería es un arte, donde la enfermera comprende, se muestra amable, es paciente, presta atención, usa un vocabulario entendible, proporciona privacidad, escucha y es amistosa.

El trabajar en equipo demuestra tener una repercusión directa en la calidad y en la eficacia del cuidado proporcionado al paciente, así como en su seguridad. Además, tiene otros beneficios que repercuten en el profesional de enfermería como son: la disminución del estrés, el aumento de su satisfacción y el incremento de su desarrollo, por otro lado, en la institución se optimizan los recursos, hay una mejor planificación del futuro con soluciones creativas en la resolución de los problemas, disminuyen los costos y en definitiva se lleva a cabo un trabajo de mejor calidad (Del Barrio & Reverte, 2010).

Se tienen objetivos comunes que favorecen una buena comunicación, coordinación y colaboración con los demás profesionales de la salud, no se trata de trabajar como un grupo de personas juntas, sino que entre ellas exista una actitud positiva de confianza y respeto mutuo, así como la participación conjunta en la toma de decisiones compartiendo conocimientos con los miembros del equipo para brindar atención de calidad y calidez al usuario (Del Barrio & Reverte, 2010).

2.6 El Funcionamiento Hospitalario

Se define como una institución organizada, atendida y dirigida por personal competente y especializado, cuya misión es la de proveer, en forma

científica, eficiente, económica o gratuita, los complejos medios necesarios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y para dar solución, en el aspecto médico, a los problemas sociales (Maiqui & Flores, 2009).

Para la OMS, el hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya función es la de proporcionar a la población atención médica completa, tanto curativa como preventiva y cuyo servicio de consultorio externo, alcanza a la familia en el hogar (Hernández, 2012).

2.6.1 Características de la hospitalización:

Cuando el enfermo llega al hospital, se encuentra que ha llegado a un mundo diferente en el que la mayoría de las veces, no tuvo tiempo de elaborar ansiedades. En el primer momento, el paciente experimenta una gran ansiedad que puede, a su vez, producir miedo. La ansiedad dificulta saber que aspectos de sus experiencias son las que se modificaron. Al decirle a un paciente que va a ser hospitalizado y sometido a una serie de chequeos médicos, aparecen en él una serie de cambios emocionales como son: estrés, temor, miedo, depresión, en muchos casos, agresión (Ramírez, et al 2008).

La separación de la familia, el aislamiento, los sentimientos de abandono tienen una acción negativa que refuerzan la ansiedad y la depresión. La necesidad de internamiento significa que el padecimiento por curar no es sencillo, lo que origina miedo a la enfermedad, presentando una amplia gama de respuesta a su situación como: ira, depresión, hostilidad, rechazo (Ramírez, et al 2008).

Medidas relativamente sencillas podrían atenuar fácilmente estos riesgos. A menudo dichas medidas no se siguen por ignorancia de su importancia, su carácter banal que hace desconocer su verdadero valor y alcance, La acogida, por ejemplo, constituye un momento en que el enfermo es particularmente vulnerable,

las palabras y las actitudes tomarán para él una importancia muy grande para agravarle o, al contrario calmarle (Romero, 2011).

No es difícil, incluso si no se ha vivido, imaginar lo que puede ser la angustia de un enfermo que llega a las urgencias de un hospital; inquietud sobre la naturaleza de la afección, contacto con la familia, precipitación en un mundo desconocido, tumulto de las urgencias, promiscuidad, por no hablar de las repercusiones de los efectos físicos de la enfermedad (dolor, fiebre, malestares diversos entre otros) además será el paso continuo anónimo del personal (interno de guardia, enfermeras de urgencias, después de la sala de hospitalización, camilleros, personal administrativo), el recorrido del laberinto de los pasillos de una sala a la otra, de la sala de radiología a la sala de operaciones, la larga sucesión de exámenes complementarlos. En estas condiciones puede bastar con pequeños gestos como apretar la mano, decir el nombre, explicar la naturaleza y razones de las diferentes gestiones para que el clima psicológico cambie considerablemente y que la angustia vaya normalizándose (Romero, 2011).

2.6.2 Impacto de la Hospitalización sobre el Paciente

La hospitalización implica un impacto importante en el paciente, ya que le obliga a adaptarse a un nuevo ámbito en el que sobresalen las pérdidas, tanto de intimidad como de control propio, la suspensión de los roles habituales y la asunción de nuevos roles, principalmente el de enfermo hospitalizado, siendo el alejamiento del marco y apoyo social habitual. La hospitalización implica adoptar un modelo pasivo de dependencia, pérdida de la intimidad, pérdida de libertad y pérdida de los roles habituales. El sujeto se siente desinteresado e inhibido frente al medio, incapaz de tomar decisiones, desvalido, evitativo, hostil, con continuas quejas, rebelde, y con conducta autodestructiva (Guerra, et al 2011).

Algunos sujetos aceptan su situación, y toman una actitud participativa y racional. Que los sujetos tomen una u otra actitud depende de la personalidad de

cada uno y de la capacidad del hospital para adaptarse al paciente. Los profesionales de la salud actúan a veces de forma despersonalizada ya que muchas veces están sobrecargados de trabajo y de responsabilidad, no sólo con la salud de sus pacientes, sino también consigo mismos. La despersonalización les posibilita el distanciamiento emocional que les ayuda a manejar su propio malestar ante la enfermedad o incluso la muerte del paciente (Guerra, et al 2011).

2.6.3 Reacciones Psicológicas a la Hospitalización

Cuando una persona es hospitalizada ingresa en un sistema social y cultural ajeno. Los cambios afectan tanto al espacio físico y las condiciones medioambientales, como a aspectos más personales como los referentes a la pérdida de intimidad y de libertad, el tener que asumir un mayor grado de dependencia del exterior y, sobre todo, el adoptar el “rol de enfermo”. El paciente debe estar totalmente accesible (¿vulnerable?) y debe aceptar la rutina hospitalaria integrándose de la forma más “pasiva” posible (Guerra, et al 2011).

En suma, la hospitalización podría conceptualizarse como un “suceso estresante”. Una persona enferma, por lo tanto disminuida en sus facultades, y quizás vulnerable por otros aspectos, como la edad, el estado de marginación entre otros, es ingresada en un hospital con sus recursos de afrontamiento reducidos. Junto con la enfermedad concreta aparecen otros trastornos y malestares, como ansiedad, depresión, tristeza, preocupación y con todo ello deben enfrentarse a una situación nueva dejando atrás sus responsabilidades y rol habitual en su casa y su trabajo. Es, por lo tanto, natural que se altere su estado emocional (Guerra, et al 2011).

2.6.4 Dificultades de adaptación a la hospitalización derivadas de las expectativas del sujeto

A) Hacia sí mismo

La expectativa del sujeto hacia sí mismo como paciente implica que debe «ser bueno». Y ello significa que debe ser dócil, Debe obedecer ciegamente las indicaciones que se le hagan, sin rechazar en ningún caso tratamientos, dietas o manipulaciones, etc. Debe abstenerse de hacer preguntas comprometidas para el personal asistencial, lo mismo que tiene la obligación de no molestar llamando reiteradamente a los profesionales o planteándoles exigencia alguna. Debe también tratar con extremado tacto a ese personal (sin enjuiciar ni cuestionar su conducta). Debe controlar sus esfínteres, sus olores, etc. En cualquier caso, debe huir de ser etiquetado como «enfermo problema» por el personal sanitario, pues ello podría (aunque sólo fuera en su mente) acarrearle el rechazo de ese personal y con ello perjuicios en su asistencia (Romero, 2011).

B) Hacia la enfermera

La enfermera es una figura profesional que despierta en el paciente expectativas ambivalentes. Por un lado, sabe que es una persona que no debe dejarle morir, pero que tampoco debe darle información ni su opinión, que no debe dejarse guiar en su actuación por su conciencia sino por su obligación, que tiene acceso a toda su intimidad pero que no debe divulgar la información (Romero, 2011).

C) Hacia el médico

Esa es una figura que en el hospital, más que en ningún otro sitio, es magnificada e idealizada. No se le debe enjuiciar ni molestar con preguntas, no debe eludir las decisiones últimas sobre cuál es la mejor atención, tiene en su poder la capacidad de indicar o suspender un tratamiento (y con ello facilitar el dolor, el sueño, la vida o la muerte), es quien toma la decisión de dar por muerto a un enfermo o de que se siga luchando por su vida (Romero, 2011).

Con todo ello podemos comprender que en la situación de verse hospitalizado, el paciente va a tener que poner en marcha los mecanismos de

adaptación que son habituales en él cuando se encuentra en aquellas situaciones en las que se siente en peligro, indefenso e ineficaz (Romero, 2011).

2.7 Bioética

La Bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales de las profesiones sanitarias, y de la población, que incluye la consideración del entorno ecológico, demográfico y ambiental. Tiene por finalidad el análisis racional e interdisciplinario de los problemas morales de la biomedicina y su vinculación con el ámbito del derecho y las ciencias humanas. Implica la elaboración de lineamientos éticos con bases racionales y metodológicamente científicas (SSA Frenk, et al 2002).

La bioética es un concepto más amplio que la ética médica, que trata de los problemas relacionados con los valores que surgen en la relación médico-paciente, pues además es aplicable a las investigaciones clínicas y biomédicas, a la asistencia sanitaria, a los problemas del medio ambiente, aquellos relacionados con la producción y distribución de alimentos, la vida de plantas y animales, el diagnóstico y la manipulación genética y otros aspectos sociales como la ética del control de la natalidad. Es una herramienta de gran valor en la práctica médica de nuestros días, que bien aplicada permitirá mantener un equilibrio entre los paradigmas que rigen las ciencias médicas, el ambiente biosocial y la tecnología. Según Stepker 2006, la bioética, como procedimiento para formular y resolver dilemas pertenece ya a nuestro entorno más familiar (Sáez, 2009).

2.7.1 Los principios de la bioética

De acuerdo a Sáez deontológicamente la Bioética se fundamenta en principios, provenientes de los tiempos de Hipócrates con ligeras modificaciones, y

que reflejan las buenas intenciones, las posiciones morales, éticas, filosóficas y por tanto clasistas. Los principios son:

- La beneficencia.
- La autonomía.
- La justicia.

2.7.2 Los principios de beneficencia y no maleficencia en la paciente.

La práctica diaria coloca al paciente en muchas ocasiones en condiciones de inferioridad, al considerar que todo lo que se hace es por su bien y por tanto se omite la información que este amerita sobre su enfermedad y los procedimientos que se le practican, pensando que se beneficia, ignorando que cuando el paciente no es informado se crea desconocimiento, y a su vez la ignorancia genera desconcierto y ansiedad y sin quererlo infringimos mal (Sáez, 2009).

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social (SSA, 2001).

2.7.3 El principio de autonomía en paciente.

La mejor garantía de respetar la autonomía de las pacientes, se obtiene practicando una medicina centrada en el paciente, lo cual implica brindar toda la información relevante sobre su enfermedad o condición de salud, a él o sus familiares, establecer una adecuada empatía, respetar sus preferencias, comprender sus emociones (Sáez, 2009).

Con el principio de autonomía se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería (SSA, 2001).

2.7.4 El Principio de Justicia

La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud (SSA, 2001).

Teniendo estos principios como referencia, se puede analizar cualquier dilema derivado de la asistencia. La responsabilidad moral se fundamenta en ellos, los cuales también sirven de inspiración para desarrollar las normas de la excelencia profesional tanto a nivel asistencial, como investigativa, docente o ambas (Sáez, 2009).

Atributos del personal de salud

(HGM, 2007). Toda persona que ha decidido dedicar su vida a la noble tarea de proteger o aliviar la salud de sus semejantes, debe procurar cultivar algunas cualidades que intentará mantener o acrecentar cotidianamente. Tendrá un particular cuidado sobre los siguientes atributos.

- *Vocación de servicio*. Disposición de realizar su mayor esfuerzo en provecho de las personas a quienes sirve.
- *Honorabilidad*. Comportamiento acorde con los dictados de una conciencia recta y limpia.
- *Nobleza*. Deseo de ayuda y compasión hacia los que sufren o requieren sus servicios.
- *Bondad*. Trato amable y cuidadoso con los usuarios y sus familiares, colegas y demás miembros del equipo de salud.
- *Responsabilidad*. Firme propósito de cumplir con las funciones de atención a la salud que tiene asignadas.
- *Tenacidad*. Perseverancia en las acciones en beneficio de los usuarios.
- *Flexibilidad*. Tolerancia y búsqueda de alternativas que sean aceptadas por usuarios y colegas.
- *Superación*. Continúa actualización para ofrecer a los usuarios las mejores posibilidades en su atención.
- *Sentido de equipo*. Respeto y reconocimiento para todos los componentes del equipo de salud.
- *Lealtad a la Institución*. Preservar y cooperar a la superación de la imagen de su Institución ante la sociedad.
- *Humildad*. Reconocimiento de los errores cometidos y corrección cuando es posible.

Estándares de Trato Social

Se refieren al tipo de comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes, sus familiares y responsables legales.

- La relación profesional será amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes y quien tutele sus derechos, a los que habrá que dirigirse por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades.
- De la misma manera el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución.
- El trato de los integrantes del equipo de salud habrá de ser digno y considerado respecto de la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales, con acato a su intimidad y pudor, independientemente de su edad, género y circunstancias personales.
- Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables.
- Sustraerse de establecer relaciones románticas o sexuales con los pacientes y familiares, explotando la confianza, las emociones o la influencia derivada de sus vínculos profesionales.
- Los profesionales de la salud, deberán evitar comentar en público aspectos médicos y sociales de los pacientes o de la institución resaltando su propia persona.
- Constituirse en ejemplo de probidad profesional ante los pacientes y de acatamiento a la vida sana libre de adicciones y practicar algún tipo de ejercicio físico.
- La presentación, el arreglo debido y el lenguaje empleado por el personal que presta servicios de salud son considerados importantes en la relación con los pacientes.
- Preparar a los pacientes que irremediablemente van a morir, así como a sus familiares, junto con los demás miembros del equipo de salud, para que con lucidez mental disponga de sus bienes, se despida de sus seres queridos y resuelva, en su caso, sus problemas de conciencia y asuntos religiosos respetando su credo.

- El personal de salud respetará profundamente el secreto profesional confiado al médico y no deberá comentar con ligereza o desdén, hechos de la vida de los pacientes, aunque aparentemente no tengan importancia, pero que para ellos tienen gran significación (SSA Frenk, et al 2002).

2.8 Estudios Relacionados

García y Cortés (2012) estudiaron la percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del estado de México. De manera particular, en el Estado de México la gestión del indicador trato digno de enfermería se ubica en un semáforo de cumplimiento rojo y amarillo, específicamente en el primer contacto con el paciente y la explicación de los procedimientos a realizar. Se realizó un estudio observacional, transversal y correlacional, en un hospital de segundo nivel del Estado de México, con muestreo probabilístico estratificado por servicio y turno. Esta investigación tuvo como objetivo conocer la percepción del usuario del trato digno por enfermería así como identificar si existen diferencias relacionadas con el turno y el servicio.

Los resultados obtenidos del indicador de calidad trato digno en enfermería que evaluaron la dimensión técnica de la atención de enfermería, mostraron que en 47% de los casos, la enfermera no se presentó con el paciente, 48% de los usuarios aseguraron no haber recibido una explicación previa a los procedimientos que le realizó la enfermera, 42% sostuvieron que la enfermera no le ofreció las condiciones necesarias que resguardaran su intimidad y/o pudor durante su atención y en 44% de los casos no se le brindó un plan de cuidados al paciente y/o familiar respecto a su padecimiento. Desde la perspectiva del usuario, el trato digno por enfermería se cumplió parcialmente, ya que la percepción del trato digno que recibió no fue totalmente adecuada.

Nava, Brito, Valdez y Juárez (2011) estudiaron la percepción del usuario del trato digno por enfermería en centros de salud del estado de Morelos. Los

resultados indicaron que de los 39 centros de salud en estudio 64 % se encuentran dentro de la semaforización roja; mientras que 5.1 % se ubicaron dentro de la semaforización amarilla y 30.8 % se ubica en verde. El porcentaje de satisfacción más bajo de las preguntas que conforman el indicador trato digno fue con respecto al “tiempo de espera” con 85 %, seguido por la satisfacción al “dirigirse la enfermera por el nombre del paciente” con 86 % y 88 % de satisfacción sobre la “presentación de la enfermera al dirigirse a los usuarios”.

De igual forma existe una correlación negativa significativa entre la variable dependiente “nivel de trato digno otorgado por el personal de enfermería” y la variable independiente “número de enfermeras que laboran en el centro de salud”, lo que significa que entre más enfermeras el trato digno es menor. Los resultados arrojados en el estudio reflejaron una percepción de los usuarios que señaló una carencia de trato digno por parte del personal de enfermería del primer nivel de atención participante por lo que se encontró por debajo del nivel mínimo establecido para ser catalogados como aceptable.

Puebla, Ramírez, Ramos y Moreno (2009) realizaron un estudio para conocer la percepción que tiene el derechohabiente de una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, Baja California, de la atención recibida por el personal de enfermería, realizaron 92 entrevistas a usuarios de los servicios de medicina preventiva y consulta externa de una unidad de medicina familiar. Bajo consentimiento informado se aplicó cuestionario diseñado para recopilar información sobre la percepción de la atención que recibe el derechohabiente, tomando en cuenta las variables trato digno, respeto y profesionalismo. Donde 60.87 % de los encuestados manifestó recibir atención regular por el personal de enfermería, 51.90 % consideró no ser tratado dignamente, 46.74 % no se les trata con respeto y 46.41 % visualiza a enfermería poco profesional, en términos generales la percepción que tienen los usuarios de la atención que brinda el personal de enfermería es mala, lo que muestra la necesidad de implementar modelos enfocados a la atención integral hacia el

paciente y el respeto a sus derechos desde las escuelas de enfermería, para avanzar en la profesionalización de la enfermera (o).

Nieto, Romero, Córdoba, y Campos (2011) realizaron un estudio descriptivo, transversal, cualitativo y cuantitativo, con una muestra de 380 mujeres embarazadas, que acudieron a su consulta prenatal en un hospital general de segundo nivel de atención en el Distrito Federal. A quienes se aplicó un cuestionario enfocado a evaluar la percepción del trato digno y la identificación de este derecho como uno de los establecidos en la carta de los derechos generales de los y las pacientes. Del total de las mujeres encuestadas 64% refieren que el trato digno es bueno. La edad promedio es de 27 años, el 58% mencionaron que la enfermera no se presentó con ellas durante la atención de su parto, 61% no se dirigen por su nombre y 57% no ofrecen condiciones que guarden intimidad o pudor y 37% refieren conocer sus derechos como paciente y 36% reconocen el significado de trato digno.

En conclusión, la mujer embarazada percibió el trato digno otorgado por el personal de enfermería como bueno. En relación al indicador trato digno el cual es evaluado con un estándar del 95% de cumplimiento se obtuvo que cada una de las variables se encontraban por debajo del mismo, sobresaliendo el que las enfermeras no se presentaban con el paciente, el no llamarlos por su nombre y no resguardar su intimidad y pudor. Manifestando con ello el proponer mejora continua en estos tres aspectos que son importantes para la seguridad del paciente en cuanto a su identificación con el profesional de la salud.

III METODOLOGÍA

3.1 Diseño de estudio:

Estudio de tipo comparativo donde se eligieron 2 grupos para realizar la comparación de ellos, retrospectivo porque los datos se obtuvieron posterior a la fecha de estudio y transversal porque solamente se mide una variable que es la percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno otorgado por enfermería realizado en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco de Alarcón Gro. Este tipo estudio permitirá probar o desaprobar la hipótesis planteada, comparando grupos con muestras independientes.

3.2 Universo y muestra:

La información se recolectó a través del formato “Trato digno por enfermería” fue un total de 846 encuestas elaboradas en el cuatrimestre septiembre-diciembre del 2011 y enero-abril del 2012. Tipo de muestreo probabilístico (todos los elementos tienen la probabilidad de ser incluidos en la muestra). El muestreo se realizo por estratos y selección sistemática.

Se estima que cuando los fenómenos que se estudian son homogéneos, (que pertenecen a un mismo genero y poseen caracteres iguales) se requiere de una muestra pequeña y cuando es mayor la variabilidad de los fenómenos se requiere de una muestra mas grande si se tiene una población de 100 individuos habrá que tomar por lo menos el 30% para tener el tamaño mínimo recomendado (Canales 2006).

Por lo tanto si la población es de 792 encuestas se decidió tomar por conveniencia el 20% de ambos cuatrimestres realizando un muestreo por estratos dividiendo las encuestas por cuatrimestre y posteriormente una selección sistemática que consistió en tomar 5 hojas que hacen un total de 90 encuestas del

2011 y 5 hojas del primer cuatrimestre del 2012, haciendo un total de 180 encuestas de pacientes hospitalizados de ambos sexos con una estancia mayor a 24 hrs de los diferentes servicios de medicina interna, ginecología y cirugía general.

Criterios de selección: De un total de 792 encuestas seleccionadas, se eligieron 180 de las cuales 90 corresponden al cuatrimestre septiembre-diciembre del 2011 y 90 al cuatrimestre enero-abril del 2012.

Criterios de inclusión: Todas aquellas encuestas con datos completos, indistintamente del sexo, edad mayor a 18 años independientemente del servicio al que pertenecía.

Criterios de eliminación: Se eliminaron 3 hojas de 18 encuestas cada una, las cuales presentaban datos incompletos haciendo un total de 54 encuestas eliminadas

3.3 Material y métodos

Colecta de datos: Se elaboró la solicitud (anexo 4) para tener acceso a la información y con autorización (anexo 5) del Gestor y responsable del departamento de calidad se analizaron las encuestas, el levantamiento de los datos se realizó en los diferentes turnos por las supervisoras de enfermería.

El instrumento utilizado para esta investigación fue el formato numero 1 de recolección de datos "Trato Digno por Enfermería" (anexo 3) ya establecido por las instituciones de salud nacional como SSA, IMSS, ISSSTE; con 11 reactivos en escala dicotómica. Con respuestas SI - - NO. fue aplicado informando en forma verbal al paciente, en apego al reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación.

El instrumento consta de un encabezado con información que identifica a la unidad, un cuerpo que contiene 13 columnas y 10 filas para el registro de la información requerida, y una sección para firmas.

En el encabezado registra los datos solicitados de acuerdo con las especificaciones. Servicio o área que se evalúa: Registrar el nombre completo del servicio y marcar con una "X" el cuadro que corresponda a la especialidad del servicio. (Médica o quirúrgica) Periodo que se evalúa: Fecha de inicio y conclusión de la recolección de datos usando siempre dos dígitos, día/mes/año.

Institución: Nombre completo de la institución.

Jurisdicción o Delegación: Registrar la Jurisdicción Sanitaria o Delegación donde se encuentra ubicada la unidad médica.

Municipio: Nombre completo del municipio donde se ubica la unidad médica.

Localidad: Nombre completo de la localidad donde se ubica la unidad médica.

Fecha de elaboración: Fecha en que se lleva a cabo la recolección de los datos, usando siempre dos dígitos, día/mes/año.

Nombre de la unidad: Nombre completo de la unidad médica sin abreviaturas.

Clave de la unidad: Colocar en cada recuadro o celda un solo número, hasta completar la clave.

Turno: Marcar con una "X" el cuadro que identifica al turno en el que se lleva a cabo la recolección de los datos. Utilizar un formato para cada turno hasta completar la muestra.

Área: Marcar con una "X" el cuadro que identifica el área geográfica donde está ubicada la unidad.

Cuerpo: Consta de 13 columnas y 10 filas para realizar hasta nueve registros, en la décima fila se totalizarán los datos de cada columna. Cabe mencionar que también se incluye el número de expediente.

Preguntas del formato (F1-TDE/02) del trato digno por enfermería realizado y avalado por la Secretaría de Salud.

3.4 Análisis de datos

Con los datos obtenidos se generó una base de datos la cual se capturó en el programa computacional SPSS versión 17 obteniendo resultados de estadística descriptiva, distribución de frecuencias, porcentajes y algunas medidas de tendencia central.

Se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney prueba no paramétrica. Esta prueba estadística es útil cuando las mediciones se pueden ordenar en escala ordinal y resulta aplicable cuando las muestras son independientes. Dentro de los supuestos las 2 muestras han sido extraídas de manera independiente y de forma aleatoria de sus poblaciones respectivas, la variable de interés es continua, si las poblaciones son diferentes varían solamente en lo que respecta a la mediana, se trabaja con un nivel de significancia de 5% que es igual al 0.05 que es el máximo error permitido en esta prueba, interpretando el valor de P que es la significancia asintótica bilateral. Los resultados se reportan en cuadros.

3.5 Ética del estudio

El artículo 42 de la Constitución Mexicana, establece en su primer párrafo que los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos, a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno, también especificados en el artículo 2° de la carta de los derechos generales de los pacientes, con base en lo anterior el trato digno es un derecho al que se hace acreedor y en el que se debe proteger su salud y seguridad.

La presente investigación está basada en el Reglamento de la Ley General de Salud en el Título Quinto de la Investigación para la salud (DOF, 2014).

Capítulo único:

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;

II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población.

IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;

V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y

VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la

experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

V.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VII.- Constará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso.

VIII.- Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de la atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de la conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

Función de investigación: Son las actividades que realiza el personal profesional para aplicar la metodología científica, técnica, ética y humanística de la investigación, los conocimientos prácticos que de ellas se deriven, así como, las acciones que permiten contribuir a la definición o desarrollo del ejercicio profesional (DOF, 2012).

De la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación

- La carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o protocolo de investigación, por lo que deberá cumplir con las especificaciones que se establecen en los artículos 20, 21 y 22 del Reglamento.
- En los casos de investigaciones sin riesgo o con riesgo mínimo, la carta de consentimiento informado no será un requisito para solicitar la autorización del proyecto o protocolo de investigación.
- En la investigación, queda prohibido cobrar cuotas de recuperación a los sujetos de investigación, sus familiares o representante legal, por participar en ella.

- Todo sujeto de investigación tiene derecho a la protección de sus datos personales al acceso, rectificación y cancelación de los mismos, así como a manifestar su oposición, en los términos que fijen la ley, la cual establecerá los supuestos de excepción a los principios que fijen el tratamiento de datos, por razones de seguridad nacional, disposiciones de orden público, seguridad y salud pública para proteger los derechos de terceros (DOF, 2013).

De las instituciones o establecimientos donde se realiza una investigación.

- El titular de la institución o establecimiento y los Comités en materia de investigación para la salud correspondientes, deben actuar de manera imparcial y objetiva, con apego estricto a los principios éticos y científicos, en todos los asuntos que se desprendan de la investigación que se esté llevando a cabo en sus instalaciones, especialmente cuando se trate de atender las quejas que formulen los sujetos de investigación, por sí o a través de sus representantes legales.
- Toda institución o establecimiento en cuyas instalaciones se realice una investigación, deberá supervisar y garantizar que su desarrollo esté a cargo de profesionales de la salud, con apego a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y que los sujetos de investigación no sean expuestos a daños ni a riesgos innecesarios o mayores que los beneficios esperados.
- No podrá ser condicionada la atención médica a una persona a cambio de otorgar su consentimiento para participar o continuar participando en una investigación.

IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De acuerdo a la base de datos obtenidos y la muestra considerada de 90 pacientes hospitalizados en cada cuatrimestre haciendo un total de 180 pacientes en los servicios de medicina interna, ginecología y cirugía general respectivamente. Según los servicios evaluados en ambos cuatrimestres prevalecen el servicio de ginecología, con 68.9% en el 2011 y 53.3% en el 2012 esto debido a que existe una mayor demanda de atención de las mujeres embarazadas en el Hospital General.

De los reactivos del indicador de trato digno se observó que en el cuatrimestre 2011 7.8% de los pacientes refiere que la enfermera no se presenta, mientras que el 2012 se reporta 5.6%, otro reactivo que prevalece en los 2 cuatrimestres es que la enfermera no explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar el 4.4% en el 2011 y el 10% en el 2012. Mientras que en el 2011 6.7% dice no haber recibido enseñanza de la enfermera de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento y 10% en el 2012 respectivamente. Por lo que se propone elaborar un proyecto de mejora continua en estos tres aspectos que han sido relevantes en ambos cuatrimestres.

Estos resultados se contrastan con los obtenidos por García y Cortez (2012) donde muestran que en un estudio realizado en un hospital del estado de México 47% de los casos no se presentan con el paciente el 48% aseguraron no haber recibido una explicación previa a los procedimientos que le realizó la enfermera, y en el 44% de los casos no se le brindó un plan de cuidados respecto a su padecimiento.

Nava, Brito, Valdez, y Juárez (2011) realizaron un estudio en 39 centros de salud del estado de Morelos, los resultados indican que el 64% de estos se encuentra dentro de la semaforización roja con respecto al indicador de Trato

Digno, ubicando en los porcentajes mas bajos la pregunta que conforma este indicador “la presentación de la enfermera” con un 88%.

Nieto, Romero, Córdoba, y Campos (2011) señalan que el indicador trato digno es evaluado con un estándar del 95% de cumplimiento donde se obtuvo que cada una de las variables se encontraban por debajo del mismo, sobresaliendo el que las enfermeras no se presentaban con el paciente, el no llamarlos por su nombre y no resguardar su intimidad y pudor.

La percepción del usuario con respecto al indicador de trato digno por enfermería fue del 97.67% en el cuatrimestre septiembre- diciembre del 2011 y del 97.17 en el cuatrimestre enero-abril del 2012 por lo que la hipótesis: “Los pacientes hospitalizados en el Hospital General Adolfo Prieto de Taxco de Alarcón Guerrero, perciben mejor el indicador de trato digno en el primer cuatrimestre del 2012 comparado con el último cuatrimestre del 2011”. Se rechaza debido a que los resultados arrojan una diferencia no significativa en relación a los 2 cuatrimestres, donde el valor de P es de .088 que supera el nivel de significancia de .05 que es el máximo grado de error permitido en esta prueba.

Estos resultados coincidieron con respecto al estudio realizado por García y Cortes (2012) donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción del usuario del trato digno de enfermería y el servicio de hospitalización que fue del 91% percibió un trato digno adecuado y el 90% manifestó haber sido tratado con respeto.

Cuadro 4.1 En este cuadro se muestran los servicios evaluados por cuatrimestre, mostrando el siguiente resultado, el 68.9% corresponde al servicio de ginecología en el periodo del 2011, destacando de igual manera en el periodo del 2012 con un 53.3% siendo evaluado en mayor frecuencia este servicio, por ser el que tiene mayor demanda hospitalaria.

Cuadro 4.1 Servicios evaluados por cuatrimestre

Cuatrimestre	Servicio	Frecuencia	Porcentaje
2011	Medicina Interna	14	15.6
	Ginecologia	62	68.9
	Cirugia General	14	15.6
2012	Medicina Interna	21	23.3
	Ginecologia	48	53.3
	Cirugia General	21	23.3

n= 180

Fuente: Instrumento de colecta de datos. Formato F1 indicador de trato digno por enfermería 2011-2012

En el cuadro 4.2 que aborda las características del indicador de trato digno de la evaluación del cuatrimestre 2011, encontramos que el paciente responde afirmativamente a la mayoría de ellas, en la pregunta que habla sobre si; la enfermera se presenta con el paciente 7 personas de las 90 encuestadas indica que no, (Moreno e Interrial, 2012) mencionan que los pacientes piden que la enfermera se presente que los traten de manera amable, que sean comprensivas que los animen, que platicuen, dado que esto los hace sentir mejor y perciben una buena atención, y en la pregunta que dice si la enfermera orienta sobre la enseñanza de los cuidados que se deben brindar al paciente 84 personas responden afirmativamente y 6 negativa, Moreno e Interrial también señalan que la falta de conocimiento del personal impide brindar la enseñanza.

Cuadro 4.2 Características del indicador de trato digno evaluación 2011.

Reactivos	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1.- La enfermera lo saluda en forma amable	90	100	0	0
2.-Se presenta la enfermera con usted	83	92.2	7	7.8
3.-Cuando la enfermera se dirige a usted lo hace por su nombre.	89	98.9	1	1.1
4.-La enfermera le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar	86	95.6	4	4.4
5.- La enfermera se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable.	90	100	0	0
6.- La enfermera procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor.	89	98.9	1	1.1
7.- La enfermera le hace sentirse seguro al atenderle	87	97.6	3	3.3
8.- La enfermera le trata con respeto	89	98.9	1	1.1
9.- La enfermera le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que debe de tener respecto a su padecimiento.	84	93.3	6	6.7
10.- Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 hrs. del día.	90	100	0	0
11.- Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera.	90	100	0	0

n= 180

Fuente: Instrumento de colecta de datos. Formato F1 indicador de trato digno por enfermería 2011-2012

En el cuadro 4.3 relacionado a las características del indicador de trato digno en la evaluación del cuatrimestre 2012, que es exactamente igual al anterior encontramos que el comportamiento de este grupo evaluado es muy similar al anterior, solo en la pregunta que dice si la enfermera le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar encontramos que 9 personas contestaron negativamente, este es otro aspecto importante, que es el de mantener informado al paciente respecto a las actividades y procedimientos que se le van a realizar hace que el paciente perciba una mejor atención, y en la pregunta que dice si la enfermera le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento 9 personas contestaron que no, este reactivo sigue prevaleciendo en relación al cuatrimestre del 2011.

Cuadro 4.3 Características del indicador de trato digno evaluación 2012.

Reactivos	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1.- La enfermera lo saluda en forma amable	90	100	0	0
2.-Se presenta la enfermera con usted	85	94.4	5	5.6
3.-Cuando la enfermera se dirige a usted lo hace por su nombre.	90	100	0	0
4.-La enfermera le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar	81	90	9	10
5.- La enfermera se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable.	90	100	0	0
6.- La enfermera procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor.	89	98.8	1	1.1
7.- La enfermera le hace sentirse seguro al atenderle	90	100	0	0
8.- La enfermera le trata con respeto	90	100	0	0
9.- La enfermera le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que debe de tener respecto a su padecimiento.	81	90	9	10
10.- Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 hrs. del día.	88	97.8	2	2.2
11.- Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera.	88	97.8	2	2.2
				n= 180

Fuente: Instrumento de colecta de datos. Formato F1 indicador de trato digno por enfermería 2011-2012

En el cuadro 4.4 Muestra el índice de cumplimiento del indicador de trato digno por cuatrimestre, se observa que en el índice del 2011 la desviación estándar es de 6.75385 y en el 2012 de 5.03391, las medias son casi iguales en cuanto a ambos cuatrimestres, esto señala que no hay diferencia significativa en los dos cuatrimestres, contrastando este resultado con el de García y Cortés donde el 91% percibió un trato digno adecuado y el 90% manifiesta haber sido tratado con respeto.

Cuadro 4.4 Índice de cumplimiento del indicador de trato digno por cuatrimestre

Variable	Valor Mínimo	Valor Maximo	Media	Mediana	Desviacion Estandar
Indice 2011	63.64	100	97.6768	100	6.75385
Indice 2012	81.82	100	97.17	100	5.03391

n= 180

Fuente: Instrumento de colecta de datos. Formato F1 indicador de trato digno por enfermería 2011-2012

En el cuadro 4.5 que corresponde al índice de cumplimiento de trato digno por servicio, observamos que ginecología es el servicio que tiene la desviación estándar más elevada y cirugía general es el servicio que tiene la desviación estándar mínima, esta puede ser atribuible a que el servicio de ginecología cuenta con un mayor número de camas.

Cuadro 4.5 Índice de cumplimiento del indicador de trato digno por servicio

Variable	Valor Mínimo	Valor Maximo	Media	Mediana	Desviacion Estandar
Medicina Interna	72.73	100	98.1818	100	5.31003
Ginecologia	63.64	100	97.1074	100	6.62364
Cirugia General	90.91	100	97.6623	100	4.03127

n= 180

Fuente: Instrumento de colecta de datos. Formato F1 indicador de trato digno por enfermería 2011-2012.

En el cuadro 4.6 Tenemos 2 muestras de grupos independientes y en la media y la mediana ambos grupos nos proporcionan porcentajes similares, este resultado lo podemos comparar con el obtenido por Torres y Rivas 2010, donde menciona que el trato digno proporcionado por enfermeras y enfermeros se reporto como buena en un 98 y 96 % respectivamente. La prueba de U de Mann Whitney para la variable de trato digno, dado que el valor de P supera el nivel de significancia, es decir se encuentra por arriba del nivel de significancia de 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis planteada.

Cuadro 4.6. Prueba de U de Mann Whitney para la variable de trato digno

Variable	Media	Mediana	U	Valor P
Trato Digno 2011	97.67	100	3626	0.088
Trato Digno 2012	97.17	100		

n= 180

Fuente: Instrumento de colecta de datos. Formato F1 indicador de trato digno por enfermería 2011-2012

V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

A pesar del esfuerzo realizado que se inicio a principios del 2011, impulsando estrategias de sensibilización al personal, para brindar un mejor trato al usuario aún siguen siendo los mismos reactivos los que prevalecen con porcentajes bajos, los que colocan al indicador de trato digno en una semaforización amarilla y roja en ambos cuatrimestres. Los reactivos con respuestas negativas por los usuarios, como es la presentación de la enfermera con el paciente, la explicación de los procedimientos que se le van a realizar al paciente y la enseñanza de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento, desde esta perspectiva el trato digno para el usuario se cumple parcialmente ya que para el cliente es importante conocer el nombre de la enfermera (o) pues le permitirá crear lazos de confianza que faciliten la ministración de los cuidados, así mismo es importante que la enfermera explique sobre los procedimientos que va a realizar y enseñe los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento.

Con esto se observa que aunque la investigación arrojó resultados favorables, aún no se logra la excelencia del trato digno en el área de enfermería, ya que existen brechas que con estrategias adecuadas se pueden disminuir. Por lo tanto, es importante considerar una estrategia de capacitación y sensibilización hacia el personal de enfermería, que permita concientizar de la importancia de otorgar un trato digno que sea claramente percibido por los usuarios de la unidad de salud en la que prestan sus servicios, creando conciencia de la importancia de proporcionar un trato digno adecuado y no solo por ser un criterio más para evaluar en la certificación de hospitales.

La comunicación con los pacientes no solo se da con palabras. Las expresiones no verbales y el silencio también son formas de comunicación; y para lograr una efectiva comunicación es importante tener en cuenta características tales como la edad, el sexo, el nivel educativo, el nivel socioeconómico y la

religión, conociéndolas podemos definir como acercarnos a él, que términos utilizar para lograr una comunicación adecuada donde se ejerzan habilidades y destrezas, como sonreír, interpretar los gestos del paciente, satisfacer sus necesidades, crear disposición para el dialogo, ser asertivo, generar confianza, dar seguridad y brindar apoyo afectivo entre otras. El objetivo es mostrar la importancia de establecer una comunicación adecuada con el paciente como pieza fundamental del cuidado de enfermería (Naranjo & Ricaurte, 2006).

Se exponen algunas recomendaciones para mantener una comunicación efectiva con las personas a las que se les brinda atención de acuerdo a los reactivos que se evalúan en el indicador de trato digno.

- Llamar al paciente por su nombre respetar su intimidad y su libertad de decisión identificándose y dirigiéndose con amabilidad.
- Explicarle con lenguaje claro y sencillo los cuidados que se proporcionan.
- Favorecer un ambiente de confianza para que expresen sus dudas sentimientos y emociones.
- Atender de inmediato la solicitud de ayuda o apoyo explicándole en su caso las situaciones que pudieran retrasar la misma.
- Respetar los límites de las atribuciones y responsabilidades señaladas en manuales normas y políticas institucionales respecto a la información que corresponde dar a cada integrante del equipo de salud.
- Posibilitar el dialogo, trabajar con sencillez y humildad, liderar el equipo de trabajo, cumplir con la palabra dada, acercarse, ponerse en el lugar de otro, escuchar y comunicarse con cordialidad.

La experiencia que tienen las personas de la atención que dispensa el sistema de salud está determinada principalmente por el trato que reciben cuando sufren un problema y buscan ayuda: por la capacidad de respuesta del personal sanitario entre la población y los servicios de salud. La gente valora una cierta libertad de elección del proveedor de salud porque prefieren a alguien confiable y

que la atienda con prontitud y en un entorno adecuado, con respeto y confidencialidad (OMS, 2008).

La enfermera debe replantear su práctica para adaptarse a las necesidades del usuario. Para ello es necesaria no solo la enseñanza de conceptos teóricos sino también de principios éticos y valores morales, que hagan de la práctica enfermera una profesión humanizada.

Si el personal de enfermería sigue estas recomendaciones se puede prevenir:

- Insatisfacción del cuidado de enfermería.
- Inconformidades o denuncias.
- Mala atención al paciente.
- Rechazo de los pacientes a los procedimientos.
- Mala comunicación con el paciente, familiares o personal de salud.

UNA REFLEXIÓN SOBRE LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES

“El silencio de los pacientes es interpretable, por lo que su aceptación como tal puede ser más una condición de sordera profesional que de incapacidad de hablar”.

V BIBLIOGRAFÍA

- Ariza, O. & Daza DC. (2008) Calidad del Cuidado de Enfermería al paciente hospitalizado (p 23) Editorial Pontificia Universidad Javeriana Colombia.
- Arciniega, F. AE; Tinoco, Morales. A; Ramírez, Arias. C; (2010) Sicalidad Construir ciudadanía en salud. Aval ciudadano. http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/planeacion/curso_taller/6_CONSTRUIR_CIUADANIA.pdf. Consultado 19 agosto 2013
- Basset, M. I; Estévez, R. R; Leal, G. ML; Granados, G.; López, V. JT; (2011) Estrés laboral y personal en los recursos humanos de enfermería de una unidad de Psiquiatría en México. Enf. Neurología Vol. 10 No 1.
- Canales, F. H; (2006) Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. Editorial Limusa, México.
- Córdova, V. JA; (2007) Programa de Acción Especifico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud Primera Edición.
- Colegio Médico de Chile A.G: (2008) Decálogo de la buena práctica Médica. Santiago
- Del Barrio, L; & Reverte, S. (2010) Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios. Enferm Intensiva 21 (4).
- DOF (2012) Proyecto de la Norma oficial mexicana PROY-NOM-019-SSA3-2012. Para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5263263&fecha=13/08/2012 consultado 14 enero 2014.
- DOF (2013) Norma oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la Salud en seres humanos. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5320513&fecha=01/11/2013 consultado 12 de enero 2014.
- DOF (2014) Ley general de Salud www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/142.doc Consultado 12 diciembre 2013.
- Duran, J. IA; García, L. A; Ibarra, S. O; Lagos, J. EM; Luna, F. MY; Loera, R. C; (2009). Proyecto que propone la Dirección de Enfermería para mejorar el trato a los pacientes hospitalizados por parte del personal de Enfermería en el piso de gastroenterología del hospital de especialidades, el encamado 4 del hospital de ginecoobstetricia y el piso de hematooncología del hospital

de pediatría. Centro Medico Hospital de Occidente y UMAES Hospital de Pediatría. Guadalajara Jalisco.

Favela, O. (2008) Indicadores de Seguridad en Enfermería. Hospital Licona.

Frenk, M. JJ; (2002) Acuerdo por el que la Secretaria de Salud da a conocer las reglas de operación específicas e indicadores de gestión y evaluación de la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud.

García, G; C. & Cortes, E; I (2012) Trato digno de Enfermería, percepción del usuario. Revista Conamed. (17) 1; Pág.

Garrido, R. Y; (2010) Calidad de atención a pacientes en el servicio de urgencias en el hospital general de Huauchinango Puebla. <http://www.ioqtheweb.com/flat/0hYuXAYZUKD5/CALIDAD-DE-ATENCI%C3%93N-A-PACIENTES-EN-EL-SERVICIO-DE-URGENCIAS> consultado 16 octubre 2013.

Gómez, L. J; (2010) Estrategias para Humanizar y promover el buen trato en la atención a personas mayores.

Guerra, J. Haranburo, M. Escalante, M. Franco, R. (2011) Diferencias en aspectos psicológicos entre pacientes hospitalizados crónicos y agudos.

Gogeoascoechea, T. MC; Pavón, L. P; Blázquez, M. MS; Blázquez, D. CR; Raba, S. I; (2009) Satisfacción y Trato al Usuario en un Hospital Universitario.

Granados, C. JA; Tetelboin, H. C; Torres, C. C; Pineda, P. D; Villa, C. BM; (2011) operación del programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) La función de los gestores en atención primaria y hospitales. Salud Pública Méx. 2011; Vol. 53

Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.

Hernández, O, O; (2012) Generalidades sobre Administración Hospitalaria.

Hospital General de México, (2007). Código de Bioética para el Personal del Hospital General de México.

Ibarra, C. MG; (JUNIO 2012) Protocolo de trato digno por enfermería. Hospital regional de alta especialidad de Oaxaca, calidad e investigación en enfermería.

- Ibarra, P. AG; (2012) Trato digno de enfermería.
<http://hannyibarra.blogspot.mx/2012/02/trato-digno-de-enfermeria.html>.^o consultado 21 de octubre 2013
- Maiqui, M & Flores M. (2009) El Hospital: Concepto y su Funcionamiento Histórico.
- Méndez Z. J; (2013) Hacia el Infinito. La percepción pág. 84
- Moreno, M. MG; Interrial, G. MG; Saucedo, F. PF; Vázquez, A. L; López, E. JT;
 (2011) Satisfacción a las madres con la atención a sus hijos hospitalizados.
- Naranjo B. IC, Ricaurte, G. GP (2006) La comunicación con los pacientes invest. Educ. enferm.; 24 (1): 94-98.
- Nava, G. MG; Zamora, R. PE; (2010) Percepción del trato digno de los familiares de los enfermos neurológicos en el instituto nacional de Neurología y Neurocirugía. Enf. Neurología Vol. 9 No 1.
- Nava, G. MG; Valdez, L R; Zamora, R. PE; (2012) Modelo de consultoría en enfermería Neurológica. Enf. Neurología Vol. 11 No 1.
- Nava, G. M; Brito, O. JF; Valdez, E. A; Juárez, G. A; (2011) Trato digno otorgado por enfermeras en centros de salud en Morelos. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Morelos.
- Negrete, A, MI. Trato Digno: Reto Cotidiano. Suplemento de enfermería 2009.
- Nieto, G. LA; Romero, Q. MA; Córdoba, A. MA; Campos, C. M (2011) Percepción del trato digno por la embarazada en la atención obstétrica de enfermería. Rev. CONAMED 2011: 16 Supl 1:S5-S11.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006) informe sobre la salud en el mundo. Colaboremos por la salud. http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf consultado 15 de junio 2013.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008) informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria a la salud más necesaria que nunca. http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_es.pdf consultado 13 de junio 2013.
- PNS (2013-2018) Programa Sectorial de Salud
www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf. Consultado 18 marzo 2014.
- Puebla, V. DC; Ramírez, G. A; Ramos, P. P; Moreno, G. MT; (2009) Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social 2009; 17 (2): 97-102 97

- Ramírez, P. SP; Martínez, P. A; Rojas, G. S; Cañestro, M. FJ; Díaz, C. MC; Martínez, L. JF; Calcedo, B. I; Lorenzo, T. F; Aguilar, C. M; Benavente, R. JM; (2008). Restauración en servicios hospitalarios. Características del paciente hospitalizado pág. 37-38. Editorial vértice Impreso en España.
- Ramos, F. VM; Rico, V. RM; Martínez, P. C; (2012) Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. *Enfermería Global* Vol. 11 No 25.
- Ratti, M. MJ; Rondón, G. AM; Salazar, F. DR (2010). Calidad de atención del profesional de enfermería el servicio de maternidad del hospital universitario Ruiz y Páez Ciudad Bolívar.
- Romero, Y. J; Aspectos Psicológicos del Paciente frente a la enfermedad. (2011).
- Saavedra, C. MI; (2012) Trato digno y de calidad al paciente, brindado por el personal de enfermería. Universidad Tecnológica de México.
- Sáez, C. V; (2009) Algunas Consideraciones Bioéticas en la paciente obstetra crítica. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y emergencias*.
- Sánchez, MZ; (2010) Desempeño Laboral Gerentes de Enfermería, Motivación de las enfermeras de cuidado directo.
- SS, (2006). Secretaria de Salud. Dirección General de Evaluación de desempeño.
- SSA (2000). Carta de los derechos generales de las pacientes y los pacientes. Diciembre.
- SSA (2001). Código de Ética para las Enfermeros y Enfermeros de México. México.
- SSA Frenk, M. JJ; (octubre 2002) Código de conducta para el personal de salud.
- Torres, M. C; Rivas, E. JG; (2010) Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera- un enfermero. *Rev. Mexicana Enfermería Cardiológica* Vol. 18 N° 3.
- Tor, JI; (2007) Sensación y percepción del “comoendio de psicología. <http://psicologiacepunt.blogspot.mx/2007/12/sensacin-y-percepcin-del-comoendio-de.html> consultado 18 de diciembre 2013.
- Vargas, E. LM; Ramírez, V. MT; Rodríguez, M. S; Colín, E. LM; Barrón, L. DF; (2012) Factores sociodemográficos del personal de enfermería que influyen en el trato digno al paciente en un hospital del ISSSTE. *Rev. Especializada en ciencias de la salud*.

APÉNDICE

Figura 1.1 Calidad de atención hospitalaria en el ámbito nacional Comparativo 2000, 2006 y 2012

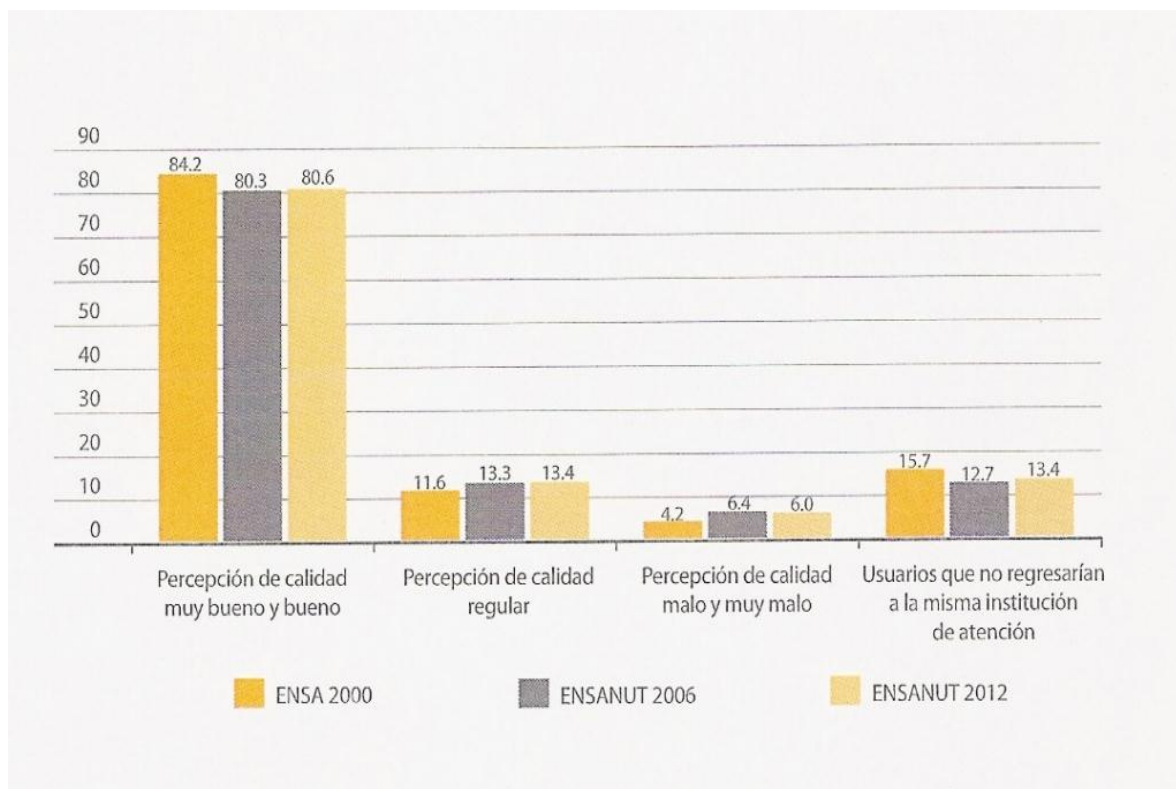


Figura 1.2 Percepción de la calidad del servicio de usuarios de servicios hospitalarios, por institución que proporciona la atención. México, ENSANUT 2012

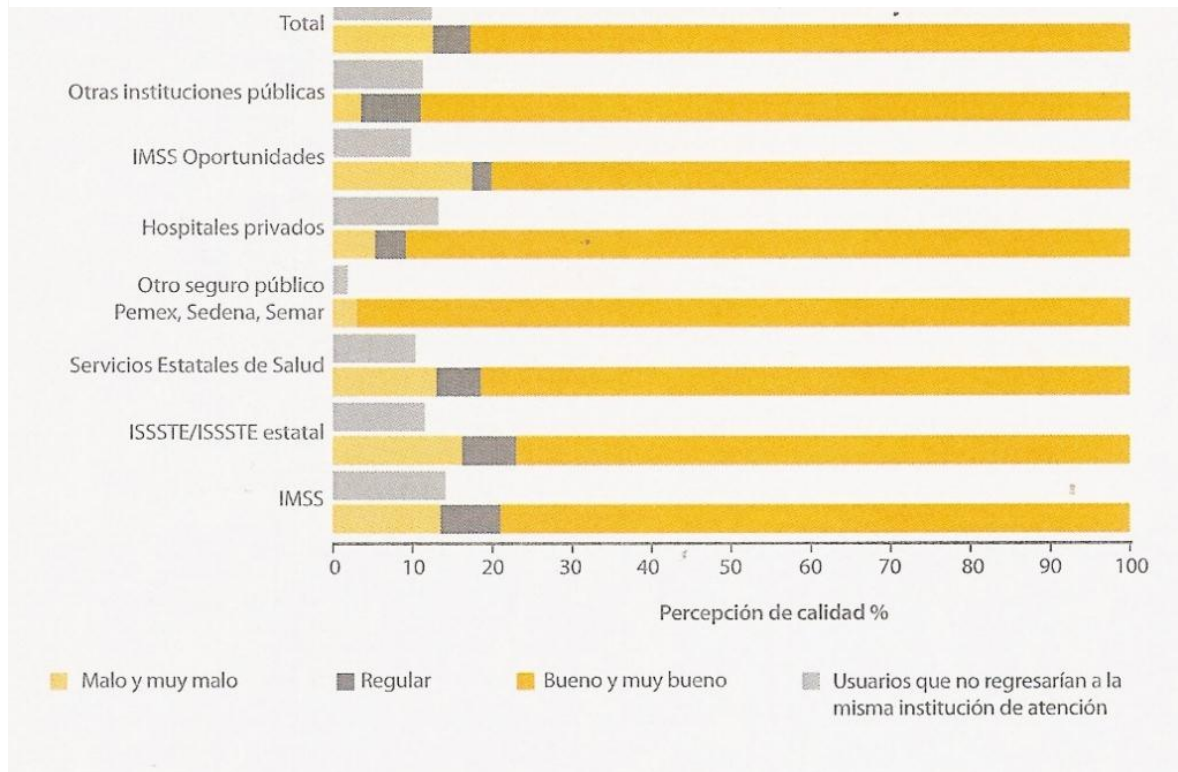
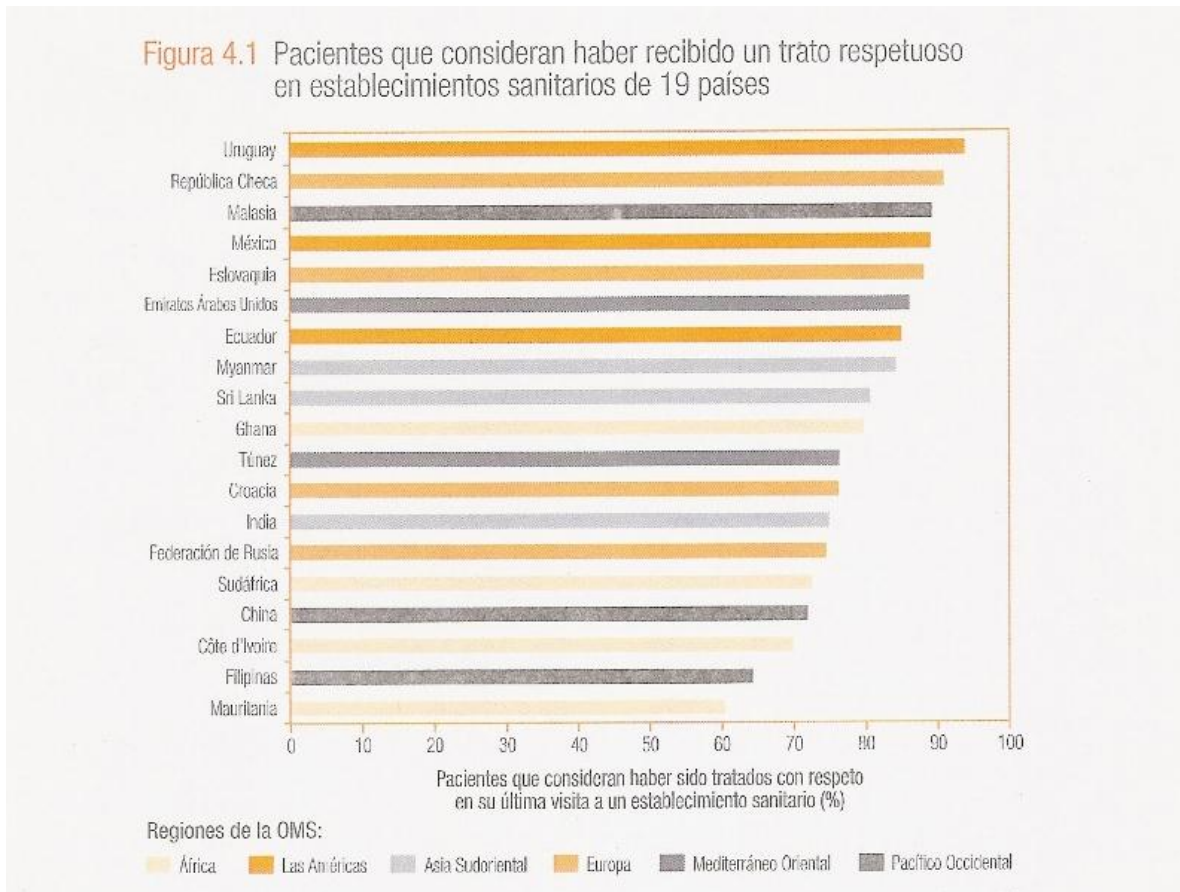


Figura 1.3 Pacientes que consideran haber recibido un trato respetuoso en establecimientos sanitarios de 19 países.



Desprenda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos

F1-TDE/02



INDICAS: SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD
INDICADOR DE TRATO DIGNO POR ENFERMERÍA



FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TIPO DE UNIDAD:

FECHA DE ELABORACIÓN: ____/____/____

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ SERVICIO O ÁREA QUE SE EVALÚA: _____

ESPECIALIDADES MÉDICAS

ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

Nº de caso	Número de expediente	1. ¿La enfermera(o) lo saluda en forma amable?		2. ¿Se presenta la enfermera (o) con usted?		3. ¿Cuando la enfermera(o) se dirige a usted lo hace por su nombre?		4. ¿La enfermera(o) le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?		5. ¿La enfermera (o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?		6. ¿La enfermera (o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?		7. ¿La enfermera(o) le hace sentirse segura(o) al atenderle?		8. ¿La enfermera (o) lo trata con respeto?		9. ¿La enfermera (o) le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento ?		10. ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día?		11. ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera(o)?	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

SITUAR LA CALIDAD EN LA AGENDA PERMANENTE DEL SISTEMA NACIONAL EN SALUD

Hoja ____ de ____

Taxco de Alarcón a 25 de junio del 2012.

LIC. LUCILA ACEVEDO FIGUEROA
GESTOR DE CALIDAD
HOSPITAL GRAL. ADOLFO PRIETO
P R E S E N T E:

Por medio de la presente solicito a usted su autorización para obtener información de las encuestas del Indicador de Trato digno realizadas por las supervisoras de enfermería de los diferentes turnos, esto con motivo de realizar el proyecto de investigación de tesis para concluir los estudios de posgrado de Maestría en Ciencias de enfermería.

Sin más por el momento y esperando una respuesta favorable a esta solicitud, reciba un cordial saludo.

Atentamente.



Lic. en Enfría. Socorro Díaz Ríos



DEPENDENCIA: HOSPITAL GENERAL "ADOLFO PRIETO"

SECCIÓN: DIRECCIÓN

DOMICILIO: CALLE DEL CHORRILLO NO. 94,
COL. EXHACIENDA DEL CHORRILLO C.P. 40220

NUMERO DE OFICIO: HGT/DI/0960

ASUNTO: EL QUE SE INDICA

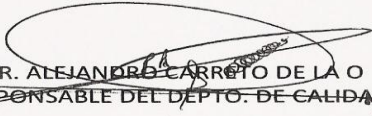
Taxco, Gro., a 30 de Junio del 2012.

**L.E. SOCORRO DÍAZ RÍOS
PRESENTE.**

Por medio del presente y en respuesta a su solicitud recibida el día 26 de Junio del presente año, le informo a Usted que se le autoriza utilizar la información requerida de esta Unidad a mi cargo, con el fin de que únicamente se utilice para realizar su investigación y concluir su proyecto de tesis para obtener su Título.

Esperando que concluya con su proyecto y sea de utilidad la información, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE


DR. ALEJANDRO CARRETO DE LA O
RESPONSABLE DEL DEPTO. DE CALIDAD



S.E.S.
HOSPITAL GENERAL
"ADOLFO PRIETO"
Taxco de Alarcón, Gro
DIRECCION

c.c.p. Minutario