



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**

HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE"

**"DIFERENCIA EN TRATO DIGNO DE ACUERDO AL ESTADO DE
CONCIENCIA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL "1° DE OCTUBRE"**

REGISTRO INSTITUCIONAL: 509/2015

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN MEDICINA CRÍTICA**

PRESENTA:

NOREEN ROSENDO BALLESTEROS

ASESOR DE TESIS:

DRA. NANCY TRUJILLO RAMÍREZ

ASESOR METODOLÓGICO:

DR. JOSÉ VICENTE ROSAS BARRIENTOS

Ciudad de México, Marzo de 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I. HOJA DE FIRMAS

DR. RICARDO JUÁREZ OCAÑA
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. JOSÉ VICENTE ROSAS BARRIENTOS
JEFE DE INVESTIGACIÓN / ASESOR METODOLÓGICO

DRA. RAQUEL MÉNDEZ REYES
PROFEOR TITULAR DEL CURSO

DRA. NANCY TRUJILLO RAMÍREZ
ASESOR DE TESIS

II. ÍNDICE		PÁGINA
I.	Hoja de firmas	I
II.	Índice	II
III.	Índice de figuras	III
IV.	Índice de tablas	IV
V.	Resumen	V
VI.	Abstract	VI
1.	Introducción	1
2.	Marco teórico	1
2.1.	Aspectos históricos sobre la dignidad	2
2.2.	Dignidad humana	4
2.3.	Dignidad social	4
2.4.	Los usos de la dignidad	5
2.5.	Dignidad y Respeto en la Unidad de Cuidados Intensivos	7
3.	Justificación	9
4.	Hipótesis	9
5.	Objetivos	10
5.1.	Objetivo general	10
5.2.	Objetivos específicos	10
6.	Metodología de la investigación	10
7.	Aspectos éticos	12
8.	Resultados	14
9.	Discusión	35
10.	Conclusiones	40
11.	Anexos	41
11.1.	Estudio de sombra	41
11.2.	Encuestas de autoevaluación	42
12.	Referencias bibliográficas	43

III. ÍNDICE DE FIGURAS

	PÁGINA
Figura 1. Distribución de los estudios de sombra de acuerdo a la profesión del personal	14
Figura 2. Distribución de acuerdo al género del personal evaluado en los estudios de sombra	14
Figura 3. Distribución de acuerdo al turno del personal evaluado en los estudios de sombra	15
Figura 4. Estado de conciencia de los pacientes atendidos por el personal evaluado en el estudio de sombra	15
Figura 5. Distribución de acuerdo a la profesión del personal que contestó la encuesta de autoevaluación	18
Figura 6. Distribución por género del personal que contestó la encuesta de autoevaluación	19
Figura 7. Distribución de acuerdo al turno del personal que contestó la encuesta de autoevaluación	19
Figura 8. Trato digno otorgado en la Unidad de Cuidados Intensivos	25
Figura 9. Trato digno evaluado mediante el estudio de sombra para el paciente sedado	26
Figura 10. Trato digno evaluado mediante estudio de sombra para el paciente despierto	26
Figura 11. Trato digno reportado en la autoevaluación para el paciente sedado	27
Figura 12. Trato digno reportado en la autoevaluación para el paciente despierto	27

IV. ÍNDICE DE TABLAS

	PÁGINA
Tabla 1. Distribución en número y porcentaje de acuerdo al estudio de sombra sobre el trato digno para un paciente sedado	16
Tabla 2. Distribución en número y porcentaje de acuerdo al estudio de sombra sobre el trato digno para un paciente despierto	17
Tabla 3. Distribución en número y porcentaje de acuerdo a las respuestas de la autoevaluación sobre el trato digno para un paciente sedado	20
Tabla 4. Distribución en número y porcentaje de acuerdo a las respuestas de la autoevaluación sobre el trato digno para un paciente despierto	21
Tabla 5. Porcentaje de trato digno en paciente despierto y sedado por preguntas	22
Tabla 6. Comparación de autoevaluación y estudio de sombra con paciente sedado	23
Tabla 7. Comparación de autoevaluación y estudio de sombra con paciente sedado	24
Tabla 8. Comparación del trato digno otorgado por el personal de salud de acuerdo al género	28
Tabla 9. Comparación del trato digno otorgado por el personal de salud de acuerdo a su profesión	29
Tabla 10. Comparación del trato digno otorgado por el personal de salud de acuerdo al tiempo de servicio	30
Tabla 11. Comparación del trato digno otorgado por el personal de salud de acuerdo a su edad	31
Tabla 12. Comparación del trato digno otorgado por el personal de salud de acuerdo a su turno	32

V. RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Recibir trato digno es un derecho de los pacientes, y este se refiere a que el personal de salud le otorgue un trato que respete sus convicciones morales, socioculturales, de género, respeto al pudor e intimidad sin importar su padecimiento médico y que este trato sea extensivo a sus familiares.

MARCO TEÓRICO. Recientemente, se ha incluido el concepto de dignidad durante el proceso de atención de la salud, como parte fundamental de los indicadores de calidad, siendo un concepto clave de la ética y la práctica clínica, así como la relación entre la bioética y la ley. Los paciente hospitalizados en la unidad de terapia intensiva, llegar a ser incapaces de defender su propia dignidad debido al estado de gravedad y fragilidad durante este periodo, y por las modificaciones en el estado de conciencia quedando vulnerables a las desviaciones en el trato digno que es ofrecido por el personal de salud.

OBJETIVO: Reportar si existe diferencia en el trato digno otorgado a los pacientes de terapia intensiva de acuerdo al estado de conciencia.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y analítico. Se evaluó al personal de salud adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos mediante un estudio de sombra y posteriormente contestaron encuestas de autoevaluación y se compararon las respuestas para el paciente sedado y el paciente despierto. Se hizo análisis estadístico con medidas de tendencia central y se compararon las respuestas para el paciente sedado y despierto mediante prueba de Wilcoxon y las variables cualitativas mediante la prueba de Chi cuadrada.

RESULTADOS. Se observó menor trato digno para el paciente sedado comparado con el paciente despierto con significancia estadística en los puntos de saludar a su paciente de forma amable, presentarse con él y brindar sensación de seguridad. Se otorga un mejor trato digno, con significancia estadística por el personal femenino, las enfermeras, los mayores de 40 años, el personal con más de 10 años de servicio y en los turnos matutino y vespertino.

CONCLUSIONES. El paciente sedado recibe menor trato digno respecto al paciente despierto. El porcentaje de trato digno en esta unidad es de 59%. Es necesario concientizar al personal de salud para otorgar trato digno a todos los pacientes hospitalizados en la unidad sin importar su estado de conciencia.

VI. ABSTRACT

BACKGROUND. All patients have the right to receive dignity care, this is that health personal give a treat that respects their moral, social, gender and cultural convictions, to respect their intimacy, without regard on their medical condition and make this extensive to their family members.

Recently, the concept of dignity has been included during the process of health care, as a fundamental part of quality indexes, being a key concept in clinical practice and ethical behavior, and the relationship between law and bioethics. The patients in the ICU are unable to defend their own dignity because of the severity of their sickness and their fragile state during this period, and the changes of their mental state making them vulnerable to the deviation of dignity care by health personal.

OBJECTIVE. To report if it exists a difference in dignity care to the patients admitted to the Intensive Care Unit according to their mental state.

MATERIAL AND METHODS. An observational, descriptive, longitudinal and analytic study. It was performed an assessment of the intensive care unit health personal using a shadow study and a self-assessment questionnaire, the answers were compared for awake and sedated patient. Statistical analysis was made by central tendency measures, the answers for sedated and awake patient were compared by Wilcoxon test, and qualitative variables were analyzed by Chi squared test.

RESULTS. It was noted worse dignity care for sedated patient in comparison with awake patient, statistical significance was found in greeting the patient in a kind way, to introduce to him and give them a sense of security. It was gave a better dignity care, with statistical significance by female gender personal, by nurses, older than 40 years and more than 10 years of experience and in morning and afternoon shifts.

CONCLUSIONS. The sedated patient receives less dignity care compared to awake patient. The dignity care given in our unit is 59%. It is necessary to aware health personal to give dignity care to all hospitalized patients no matter their mental state.

1. INTRODUCCIÓN

El recibir TD y respetuoso es un derecho que tiene el paciente a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica, se identifiquen y le otorguen un TD, 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. ¹

2. MARCO TEÓRICO

Para comprender a que nos referimos cuando hablamos de **Trato Digno**, nos remontamos al significado de las palabras que dan origen a dicho termino.

En primer lugar la palabra “trato” se refiere a la acción de alguna persona que va dirigida a otra persona, es decir a la forma o manera como se relaciona una persona con otras; el término “digno” indica el cómo debe ser la acción o trato, por lo que esto hace necesario revisar los conceptos de “persona y dignidad”.

El término “persona” tiene como raíz la voz latina “personare” que significa “resonar o hacer eco”, “sonar con fuerza”. De la misma familia semántica se encuentra “personus” que significa resonante y connota la intensidad de sobresalir. Por lo que el vocablo “persona” refiere una connotación prominente y relevante. Así mismo, la palabra “dignidad” según el Diccionario de la Real Academia, corresponde a dos sinónimos: “excelencia y realce”. “La dignidad constituye, por tanto, una especie de preeminencia, de bondad o de categoría superior, en virtud de la cual algo destaca, se señala o eleva por encima”. ²

Dignidad se refiere a como sienten las personas, como piensan y se comportan en relación con el trabajo y valor de ellos mismos y las personas que las rodea; es decir, dignidad significa algo que es valioso, lo que es estimado o considerado por sí mismo, y no en función de otra cosa.

La dignidad humana radica en el valor interno e insustituible que le corresponde al hombre en razón de su ser, no por ciertos rendimientos que prestara ni por otros fines distintos de sí mismo. El tratar a alguien con dignidad es hacerlo de una manera respetuosa dándole su valor como individuo.

El hombre vale por lo que el mismo es, por su ser. Ya hemos visto que lo que caracteriza al hombre es su ser persona. Persona de naturaleza racional y libre, por tanto con voluntad.

La dignidad de la persona se funda en ella misma, en su ser persona. De aquí nacen todos los derechos humanos y la igualdad en cuanto ser de hombre y mujer.

Recientemente, además de los resultados satisfactorios en la atención a la salud de los pacientes, se ha incluido el concepto de dignidad durante este proceso de atención ya que en otros países se han hecho estudios donde mediante la entrevista a personas con patología terminal expresan la importancia de recibir un trato que respete su dignidad como personas ³, en encuestas sobre la calidad en la atención médica, la dignidad sirve como un indicador de la medida de la responsabilidad del médico y el sistema ⁴, es además un concepto importante en la ética clínica, elemento esencial en la práctica clínica así como la relación entre la bioética y la ley. La dignidad es el punto donde convergen la promoción de los derechos humanos y la promoción de la salud⁵.

Es importante destacar que el respeto es una actitud, conducta o sentimiento hacia otra persona por el simple hecho de reconocerlo como un ser distinto pero de iguales características. La dignidad es un concepto multifacético que significa tanto un valor moral cimentado por la obligación de respeto hacia el paciente.⁶

2.1. Aspectos históricos sobre la dignidad

Desde épocas antiguas, como en las civilizaciones griega y romana, el concepto de dignidad se basó en el aprecio y reconocimiento social al individuo de acuerdo a la posición social que ocupaba. ⁷ Esta concepción no se encuentra fundamentada en la condición humana, sino en una condición social, a diferencia de los conceptos actuales, rechaza un concepto de igualdad, lo que justificaba en su momento la esclavitud y a la vez demandaba un comportamiento acorde con esa dignidad, actualmente a este concepto se le conoce como “dignidad posicional”.⁸

También, desde esta etapa de la Filosofía, se hace un reconocimiento a lo divino en los individuos, exigiéndoles un comportamiento virtuoso. Y, aunque, en la mayoría de las religiones monoteístas existe la creencia de la creación del hombre por parte de un ser divino, es hasta la extensión del cristianismo en que la dignidad se vincula

con la divinidad. Esto le otorga al hombre diversos atributos que conserva hasta el momento, como que la dignidad no se pierde, ni depende de sus características personales ni la manera en cómo se conduce en sociedad, sino que es digno sin importar su condición social, la dignidad no se pierde durante la vida ya que no depende de sí mismo. Se crea también la idea de que el ser humano es el más excelso de todos los que existen ya que tiene una relación paterno-filial con Dios, y éste creó todos los seres para su beneficio. Y, además, desde esta perspectiva, se le concedieron el libre albedrío, la libertad y la autonomía.

Es durante la Edad Media, donde se plantea la dignidad humana basada en atributos y características, iniciando el carácter ontológico de la misma, en el cual el ser humano es digno por sí mismo, sin depender del prestigio social o su vínculo con la divinidad, la naturaleza humana le otorga una dignidad y valor intrínseco.

En el siglo XV Pico de la Mirandola escribe su *Discurso sobre la dignidad del hombre* donde expresa que el ser humano es distinto a los seres biológicos, ya que aunque la naturaleza ejerza alguna influencia en él, puede actuar de forma autónoma para guiar su futuro y tomar decisiones. ⁸ De acuerdo a esta perspectiva, el hombre que no tiene capacidad de gobernarse no puede entenderse como ser humano, ya que debe de tener la capacidad de identificar las cosas que son importantes para él, y lograr lo que entiende como su propósito en la vida y dándole a la autonomía la base de la dignidad humana ya que permite al hombre decidir respecto a sus fines y planes personales.

Otra perspectiva es la que fundamenta la naturaleza moral del ser humano, permitiéndole distinguir el bien y el mal y optar por alguno, siendo Kant quien agrega a la racionalidad la voluntad con la cual se construye la naturaleza moral del ser humano, fundamentando a la dignidad como la característica personal más influyente en la tradición jurídica y política. Kant señala que la persona humana es la única cuyos fines son immanentes a su naturaleza, al ser el único dueño de su propio ser, lo que le impide ser tratado como medio sino únicamente como fin, por lo tanto no tiene precio.

En la etapa de la modernidad, la dignidad pasó a una dimensión más amplia al ser entendida no como un hecho, sino además digna de respeto y se erige como una

obligación del Estado respetar la dignidad, consignándola en los textos constitucionales de diversos países.

2.2. Dignidad humana

La dignidad humana es el valor inherente e inalienable que pertenece a cada ser humano sólo por pertenecer a este género. Desde el significado religioso de la dignidad humana fluye un entendimiento es santificada por la protección de Dios, aunque siempre amenazada por las acciones de otros hombres. La forma secular de la dignidad humana lleva la implicación de que todos los seres humanos son iguales y como individuos deben ser tratados con niveles mínimos y aceptables de decencia y respeto.⁹

2.3. Dignidad social

La dignidad social comprende la noción abstracta del valor universal en conducta, percepción y expectativa, y es experimentada, perdida o ganada mediante la interacción en las situaciones sociales.

Existen dos aspectos de la dignidad social, la dignidad del ser y la dignidad en la relación. La dignidad del ser es el auto respeto y la auto confianza; la dignidad en relación se refiere al proceso de reflejar y respetar el valor del individuo a través de la palabra y la acción.

La dignidad social puede ser perdida, amenazada, violada o promovida. En ocasiones puede ser ganada mediante ciertas conductas como una manera de integrar las estructuras sociales¹⁰

Cuando dos individuos se encuentran, es probable que en la relación de estos individuos resulte una violación de la dignidad humana cuando uno de los actores se encuentra en una posición de vulnerabilidad (enfermedad, pobreza, debilidad, confusión) y el otro en una posición de antipatía (impaciencia, arrogancia, prejuicio), resultando en una relación asimétrica ya que uno de los actores tiene mayor poder, autoridad, conocimiento o fuerza que el otro. La violación de la dignidad se encuentra atada a la desigualdad favorecida por racismo, sexismo o disparidad económica.

La promoción de la dignidad ocurre cuando un actor se encuentra en una posición de confianza (individuo compasivo o con esperanza) y el otro se encuentra en una

posición de compasión (amabilidad, mente abierta, honestidad) generando una relación de solidaridad en la cual hay reciprocidad, empatía y confianza. Los ambientes que promueven la dignidad son aquellos donde hay transparencia, amistad, calma. La promoción de la dignidad ocurrirá bajo un orden de justicia en el cual se garantice acceso a ingreso económico, vivienda y servicios de salud.¹¹

2.4. Los usos de la dignidad

Las aplicaciones más importantes de este concepto son: derechos humanos, leyes, justicia social, y en la salud como parte de la bioética y los aspectos clínicos.

En cuanto a los derechos humanos, se consigna en la Declaración Universal de los Derechos Humanos concebida en 1948 después del holocausto nazi consigna lo siguiente: “... *Todos los seres humanos son nacidos libres e iguales en dignidad y derechos. Están dotados de razón y conciencia y deberán actuar hacia el otro en un espíritu de hermandad...*”.¹² Inaugurando el concepto de que los derechos humanos son “la ley de la dignidad humana”; así como los derechos humanos se entienden como restricciones y obligaciones de parte de los gobiernos, son así mismo representación de los distintos usos de la dignidad humana.

El aspecto legal de la dignidad se encuentra en múltiples constituciones nacionales y respalda la dignidad humana como el derecho de tomar las propias decisiones acerca de muchos aspectos del destino propio y contribuir en las decisiones hechas por terceros que puedan afectar la vida propia.¹³

Mantener la dignidad durante el cuidado de los pacientes implica la forma y fondo del cuidado (cómo se realiza y que se realiza) con el fin de mantener la integridad y el valor de los recipientes del cuidado así como de los proveedores. Se incluyen en los códigos de ética de múltiples especialidades conceptos de “mantener” y “respetar” la dignidad humana. La práctica médica orientada hacia la dignidad se caracteriza por un comportamiento atento, perceptivo, con responsabilidad profesional y compromiso además de la defensa activa. Los conceptos bioéticos incluyen tanto la concepción religiosa de la dignidad así como el pensamiento secular acerca de la dignidad humana así como mantener la dignidad social. La dignidad en el cuidado implica una conducta de respeto por parte de los proveedores de la atención médica.¹⁴

La dignidad de la persona es la razón por la que no podemos tratar a las personas de cualquier manera como cosas o animales. Sin embargo hay determinadas períodos de la vida en la que la defensa de la propia dignidad resulta más difícil, es el caso de los no nacidos, los recién nacidos, personas con discapacidad, demencia senil, pacientes sedados, con toma de conciencia, que son vulnerables al trato que reciben de los demás y de la sociedad.¹⁵

En situaciones de cuidado a la salud, la dignidad se promueve tanto en el entorno físico, como en la cultura organizacional, la actitud y el comportamiento del equipo médico y paramédico.

Cuando el trato digno está presente, la gente se siente en control, con valor y confianza, con la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

Todas las personas tienen el mismo valor como seres humanos y deben ser tratados de la mismo forma, ya sean o no, capaces de sentir, pensar y actuar en su entorno en relación a su propio valor.¹⁶

Las características del trato digno incluyen:²

- a) Respeto a los derechos y características individuales de los usuarios, a partir de la identificación y evaluación periódica de sus necesidades y expectativas, sobre el servicio de salud que reciben.
- b) Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quien es responsable de él.
- c) Interés manifiesto en la persona.
- d) Amabilidad

Los pacientes, receptores de los servicios sanitarios, pueden ser violentados a través de manifestaciones que vulneren sus derechos, sobretodo dentro de una atención medica enfocada en la ciencia y la tecnificación de los procesos, hecho que simplemente es ignorado por el personal de salud, lo cual impide otorgar un trato digno y demerita la calidad de la atención médica.¹⁷

Es por esto que la medicina de calidad requiere de profesionales de salud capacitados para diagnosticar, atender adecuadamente los procesos patológicos y ofrecer a los pacientes un trato digno, ético y empático.¹⁸

2.5. Dignidad y Respeto en la Unidad de Cuidados Intensivos

Como ya se ha comentado, la atención en la UCI debe de ir más allá de las complicaciones tradicionales las cuales ya han sido detectadas mediante escalas y criterios estandarizados además de contar con regímenes terapéuticos bien establecidos que permiten al paciente recuperarse; sin embargo, el daño a la dignidad del paciente son difíciles de identificar y rectificar debido a que el personal sanitario no cuenta con un marco conceptual para detectarlos.

El respeto a la dignidad del paciente debe basarse en tres conceptos: la humanidad compartida, autonomía y la narrativa personal.

La humanidad compartida es la principal y central fuente de dignidad ya que aplica para todos los pacientes a pesar de contar o no con ciertas cualidades, esto permite mantener un nivel mínimo de respeto hacia los pacientes. Implica para la institución y el personal de salud el reconocer al paciente con un valor moral igual en todos, obligándolos a tratar al paciente con respeto sin importar su diagnóstico, estilo de vida, actitud, nivel socioeconómico, género, raza, religión o cultura; al faltar el respeto a estas características del paciente ignoran la dignidad que todos los pacientes comparten.

Este respeto a la dignidad implica referirse a los pacientes por su nombre, mirarlos a los ojos al hablar, presentarse al ingresar a su espacio, explicar los cuidados y procesos diagnósticos que les serán realizados evitando tratarlos como objetos.¹⁹

A pesar de la condición clínica del paciente, y de que en ese momento tenga la capacidad de expresar emociones, este sentido de humanidad compartida debe impulsar al médico a respetar el pudor del paciente. Los pacientes en el ambiente de UCI se encuentran desnudos, cubiertos con una bata hospitalaria que implica exposición corporal; son auxiliados para su limpieza y necesidades fisiológicas en varias ocasiones por personal del sexo opuesto; durante los tratamientos y procedimientos son descubiertos y tocados por extraños en maneras que invaden su espacio personal; todas estas intrusiones amenazan el sentido de dignidad del paciente.²⁰

Las intervenciones para evitar esta violación a la dignidad del paciente se sugiere presentarse antes de entrar al espacio personal del paciente (cuarto o cama de

hospital) y explicar la razón de su presencia. Al desvestir o tocar el cuerpo del paciente para algún procedimiento o durante la exploración física debe explicarle lo que llevará a cabo aún en casos donde el paciente no tenga la capacidad de responder o consentir a la maniobra. Además de muestra respeto al paciente al cerrar la cortina o puerta para mantener su privacidad así como volver a cubrir al paciente al terminar el procedimiento.¹⁸

La narrativa personal del paciente comprende respetar lo que el paciente ha creado, invertido e internalizado volviéndolo único, es el respeto de la percepción que el individuo tiene de sí mismo así como de lo que es importante para él.

Cuando el paciente es hospitalizado implica la transición de ser una persona saludable, capaz de encargarse de él mismo y proteger su dignidad, a ser un paciente críticamente enfermo y dependiente de otras personas, el dudar si al superar el padecimiento actual podrán funcionar en su rol previo, los cambios en su conducta, y sobre todo las alteraciones corporales implican en los pacientes el sentimiento de que su dignidad ha disminuido.²¹

Entender como el paciente percibe esta dimensión de su identidad es el primer paso en proveer cuidados respetuosos de este aspecto de la dignidad. Establecer quién es el paciente así como los aspectos importantes de su vida, lo que es valioso para él es el primer paso para ofrecer respeto al paciente que están tratando.

Una vez que los clínicos entienden quién es su paciente como persona, deben evitar tratar a los pacientes con diagnósticos iguales sin respetar su narrativa personal ya que esto implica enfocarse sólo en el problema de salud y no en el bienestar general del paciente. Esto implica discutir las opciones de tratamiento de acuerdo a sus deseos, miedos o valores (culturales y religiosos) sin importar si éstos concuerdan con los del médico lo que implica honrar la autonomía del paciente.

Los médicos deben mantener “el rol del paciente” impulsándolos a llevar a cabo su actividad profesional, social y relaciones a pesar de las restricciones por el entorno del paciente crítico o el mantenerse en la unidad hospitalaria. En los pacientes inconscientes deben favorecer crear un ambiente familiar para el paciente con música o artefactos que recuerden al paciente su rol en la sociedad para mantener intacto su “ser” durante la estancia en UCI²²

El concepto de autonomía se respeta al solicitar al paciente su consentimiento informado al realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Esto implica que no todos los pacientes en UCI tienen la capacidad cognitiva o el interés en tomar las decisiones acordes con su cuidado, en otros momentos se encuentran incapacitados debido a sedación, parálisis o lesiones para tomar las decisiones respecto a su tratamiento. El médico en la UCI debe establecer un nexo con los pacientes o sus representantes morales para proveer tratamiento que respete la autonomía del paciente.¹⁸

El “auténtico respeto” a la autonomía del paciente implica no comprometerse a un resultado, sino al proceso de entendimiento y significado. Comprende además aceptar la individualidad de paciente evitando un habla condescendiente y respetar su dignidad al honrar sus preferencias.²⁰

3. JUSTIFICACION

Los paciente hospitalizados en la unidad de terapia intensiva, llegar a ser incapaces de defender su propia dignidad debido al estado de gravedad y fragilidad durante este periodo, y por las modificaciones en el estado de conciencia producidas por el uso de sedación o deterioro cognitivo secundario a su patología de base, quedando vulnerables a las desviaciones en el trato digno que es ofrecido por el personal de salud. Es por esto que se propone evaluar si el trato que se ofrece a estos pacientes respeta su dignidad durante todo el proceso de atención y si hay variaciones de acuerdo al estado de conciencia del paciente; esta evaluación nos ayudara a establecer un plan educativo que nos permita dar el realce e importancia que tiene el mantener una atención medica apegada a lineamientos éticos, y no solo enfocarse al aspecto científico y tecnológico.

4. HIPÓTESIS

El paciente hospitalizado en terapia intensiva que se encuentra con alteraciones en estado de conciencia tiene una susceptibilidad del 20% de no recibir un trato digno respecto al paciente despierto.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Reportar si existe diferencia en el TD de acuerdo al estado de conciencia

5.2. Objetivos específicos

Reportar si existe diferencia en el TD hacia los pacientes en cuidados intensivos entre el diferente personal de salud de acuerdo a su profesión, género y años de servicio

Reportar si existe diferencia en el TD de acuerdo al turno donde se desempeña el personal de salud

Reportar el porcentaje de TD que se otorga a los pacientes dentro del servicio

6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño y tipo de estudio: Observacional, descriptivo, longitudinal, analítico.

Población de estudio: Personal sanitario adscrito a la UCI del Hospital Regional “1º de octubre”

Universo de trabajo: Encuestas de autoevaluación aplicadas al personal sanitario de la UCI. Estudio de sombra.

Tiempo de ejecución: octubre - diciembre de 2015

Criterios de inclusión: Personal sanitario adscrito a la unidad de terapia intensiva que interactúe en la atención de pacientes y que aceptó contestar la encuesta de autoevaluación

Criterios de exclusión: Personal sanitario que no accedió a contestar las encuestas.

Criterios de eliminación: Encuestas incompletas o mal llenadas

Tipo de muestreo: Muestreo no probabilístico. Por conveniencia se evaluó a todo el personal sanitario adscrito a la unidad de terapia intensiva que acepte a participar en las encuestas.

Descripción operacional de las variables:

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIO
Trato digno	Derecho de los pacientes de ser tratados como personas, lo que involucra el respeto a su privacidad e intimidad, además de ser tratadas cordialmente por todo el personal de salud.	Cualitativa	Nominal
Edad	Tiempo que ha vivido en años una persona	Cuantitativo	Discreta
Sexo	Condición orgánica de masculino y femenino	Cualitativo	Nominal
Ocupación	Se expresa en el nombre de la ocupación del personal de salud (Médico residente, médico adscrito, enfermera, camillero).	Cualitativa	Nominal

Años de servicio como personal de salud	Expresión en años	Cuantitativa	Discreta
Estado de conciencia	Estado en el cual el sujeto tiene conocimiento de sí mismo y su entorno, definido para este estudio como despierto o sedado	Cualitativa	Nominal
Turno	Horario durante el cual el personal sanitario desempeña su labor	Cualitativa	Nominal

Técnicas y procedimientos empleados:

- Se realizó un estudio de sombra para evaluar la conducta sobre TD del personal sanitario de la UCI
- Se realizó la encuesta de autoevaluación sobre TD al personal sanitario adscrito a la UCI
- Se compararon los resultados de ambas evaluaciones

Procesamiento y análisis estadístico:

- Las variables nominales se expresan en porcentaje.
- Las variables numéricas se expresan con medidas de tendencia central (media, mediana, moda).
- Para variable dependiente cualitativa de muestras dependientes se utilizó prueba de Wilcoxon con una $p < 0.05$
- Todas las variables se analizaron a través del sistema de análisis estadístico SPSS.
- Los resultados se reportan en forma de cuadros y tablas.

7. ASPECTOS ÉTICOS:

Con fundamento en la Ley General de Salud, Título Quinto, Capítulo Único. Artículos 96, 100 (fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII), artículo 102 (fracciones I, II, III, IV, V). Y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, y considerando el Título Primero, Capítulo único, Artículos 3º y 5º. Título Segundo, Capítulo Primero, Artículos 13, 14, (fracciones V, VI, VII), Artículo 17, fracción I: que al pie dice: .- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Artículos 20, 21, 22 y 23. Capítulo Tercero, Artículo 72. Título Sexto, Capítulo Único, Artículos 113, 114, 115, 116 y 119.

De acuerdo a los principios de bioética respecto al personal de salud se respetará la autonomía al permitirles el libre actuar en su trato hacia el paciente, justicia ya que se procurará evaluar a todo el personal de salud sin importar su categoría, beneficencia ya que una vez que se detecten los aspectos en los cuales se puede mejorar el trato hacia el paciente se podrá capacitar al personal para otorgar trato digno hacia los pacientes, no maleficencia ya que al mantenerse el anonimato del personal no se perjudicará a ninguno laboralmente. Respecto al paciente, el principio de autonomía debe ser respetado de manera intrínseca al otorgar el trato digno al paciente, justicia ya que el trato digno será otorgado a todos los pacientes, beneficencia dado que la justificación de este estudio es mejorar en la atención brindada hacia los pacientes, no maleficencia debido a que el presente estudio tiene como fin mejorar el respeto a la dignidad de los pacientes.

Toda la información recabada será anónima y confidencial.

8. RESULTADOS

Se realizaron de manera inicial 30 estudios de sombra en el personal que interactúa con los pacientes en la UCI distribuidos de la siguiente manera (Figura 1)

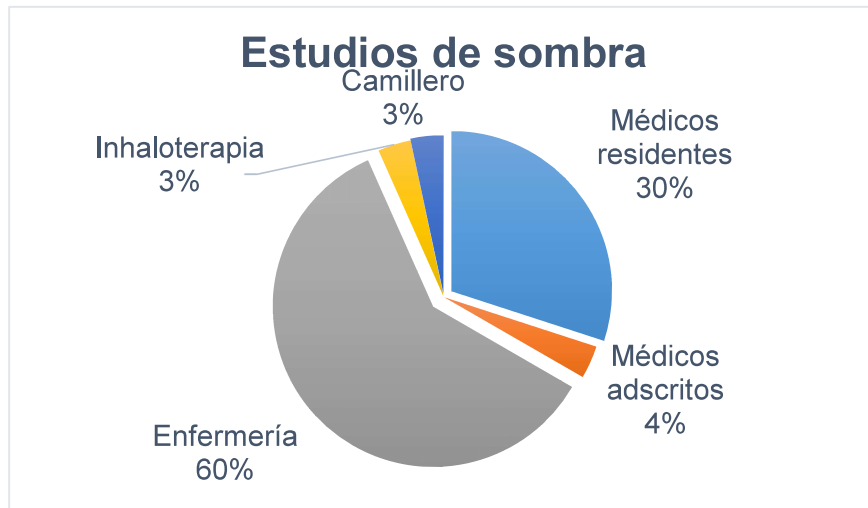


Figura 1. Distribución de los estudios de sombra de acuerdo a la profesión del personal

El género del personal evaluado presentó la siguiente distribución (Figura 2)

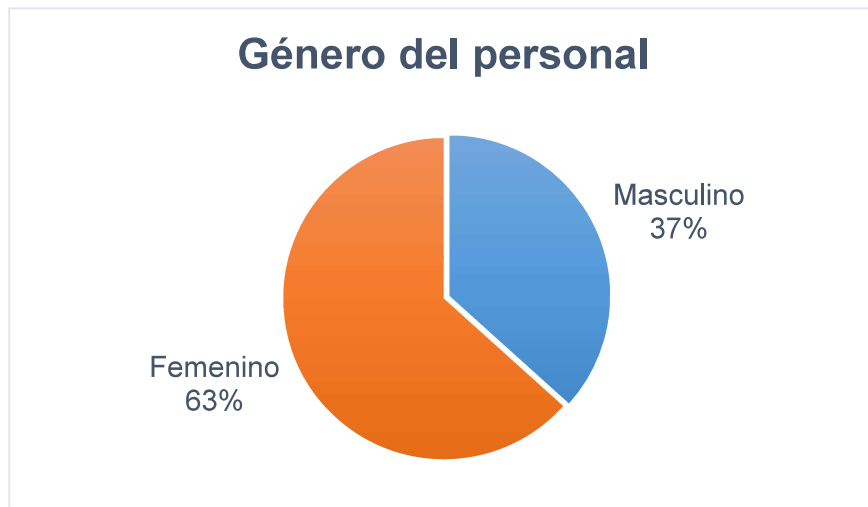


Figura 2. Distribución de acuerdo al género del personal evaluado en los estudios de sombra

El promedio de edad de los evaluados fue de 33.87 ± 7.40 años, con un promedio de 10.0 ± 5.8 años de servicio.

De acuerdo al turno en que desempeña su labor la distribución del personal evaluado fue (Figura 3)

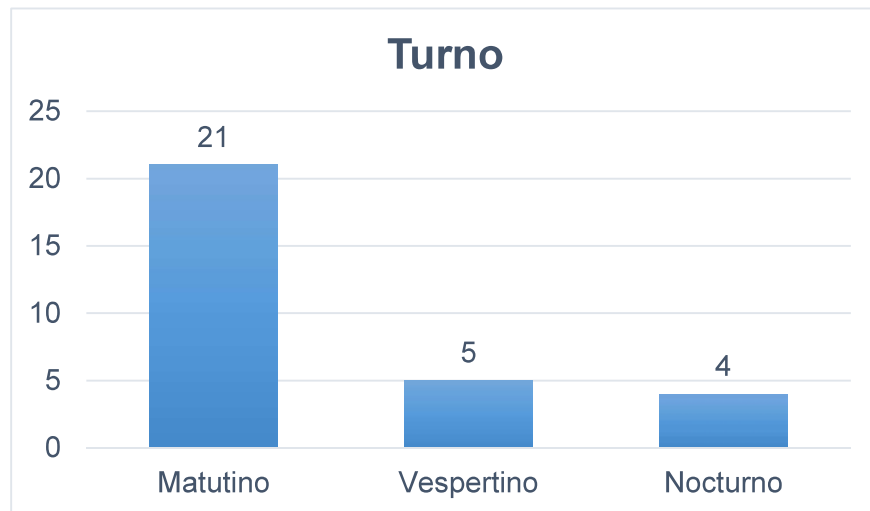


Figura 3. Distribución de acuerdo al turno del personal evaluado en el estudio de sombra

El estado de conciencia de los pacientes atendidos por el personal evaluado fue (Figura 4)



Figura 4. Estado de conciencia de los pacientes atendidos por el personal evaluado en el estudio de sombra

La distribución en número y porcentaje de acuerdo al estudio de **sombra** sobre el trato digno para un paciente **sedado** fue el siguiente. Tabla 1.

Pregunta	Nunca	Casi nunca	Ni si ni No	Casi siempre	Siempre
1.Saluda a su paciente de forma amable	0	1(7.1%)	2 (14.3%)	9 (64.3%)	2 (14.3%)
2.Se presenta con él	0	3 (21.4%)	1 (7.1%)	7 (50%)	3 (21.4%)
3.Se dirige hacia él por su nombre	0	1 (7.1%)	0	3 (21.4%)	10 (71.4%)
4.Le explica las actividades que le va a realizar	0	2 (14.3%)	2 (14.3%)	4 (28.6%)	6 (42.9%)
5. Le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad.	0	0	0	9 (64.3%)	5 (35.7%)
6.Se interesa por que su estancia sea agradable	0	1 (7.1%)	6 (42.9%)	6 (42.9%)	1 (7.1%)
7.Lo hace sentirse seguro	0	0	3 (21.4%)	9 (64.3%)	2 (14.3%)
8.Lo trata con respeto	1 (7.1%)	0	0	1 (7.1%)	12 (85.7%)
9. Llega a utilizar expresiones burlonas estando cerca de él	4 (28.6%)	8 (57.1%)	0	1 (7.1%)	1 (7.1%)
10.Le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener al respecto de su padecimiento	2 (14.3%)	7 (50%)	0	4 (28.6%)	1(7.1%)
11.Le brinda apoyo emocional al paciente o su familia	2 (14.3%)	11 (78.6%)	0	0	1 (7.1%)
12.Llega a utilizar expresiones de regaño	1 (7.1%)	12 (85.7%)	0	0	1 (7.1%)
13.Brinda igual atención al paciente irrecuperable	0	0	0	1 (7.1%)	13 (92.9%)

14. Le llega a exasperar hablar con al paciente o familiar	2 (14.3%)	10 (71.4%)	1 (7.1%)	1 (7.1%)	0
------------------------------------------------------------	--------------	---------------	----------	----------	---

La distribución en número y porcentaje de acuerdo al estudio de **sombra** sobre el trato digno para un paciente **despierto** fue el siguiente. Tabla 2.

Pregunta	Nunca	Casi nunca	Ni si ni No	Casi siempre	Siempre
1. Saluda a su paciente de forma amable	0	0	0	5 (31.3%)	11 (68.8%)
2. Se presenta con él	0	1 (6.3%)	0	2 (12.5%)	13 (81.3%)
3. Se dirige hacia él por su nombre	0	0	0	1 (6.3%)	15 (93.8%)
4. Le explica las actividades que le va a realizar	0	1 (6.3%)	1 (6.3%)	1 (6.3%)	13 (81.3%)
5. Le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad.	0	0	0	1 (6.3%)	15 (93.8%)
6. Se interesa por que su estancia sea agradable	0	0	4 (25%)	8 (50%)	4 (25%)
7. Lo hace sentirse seguro	0	0	1 (6.3%)	8 (50%)	7 (43.8%)
8. Lo trata con respeto	0	0	0	1 (6.3%)	15 (93.8%)
9. Llega a utilizar expresiones burlonas estando cerca de él	9 (56.3%)	6 (37.5%)	1 (6.3%)		
10. Le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener al respecto de su padecimiento	2 (12.5%)	5 (31.3%)	3 (18.8%)	6 (37.5%)	0
11. Le brinda apoyo emocional al paciente o su familia	2 (12.5%)	4 (25%)	5 (31.3%)	5 (31.3%)	0

12.Llega a utilizar expresiones de regaño	4 (25%)	11 (68.8%)	1 (6.3%)	0	0
13.Brinda igual atención al paciente irrecuperable	0	0	0	0	16 (100%)
14.Le llega a exasperar hablar con al paciente o familiar	8 (50%)	8 (50%)	0	0	0

Se aplicaron 30 encuestas de autoevaluación al personal que labora en la UCI con la siguiente distribución (Figura 5)

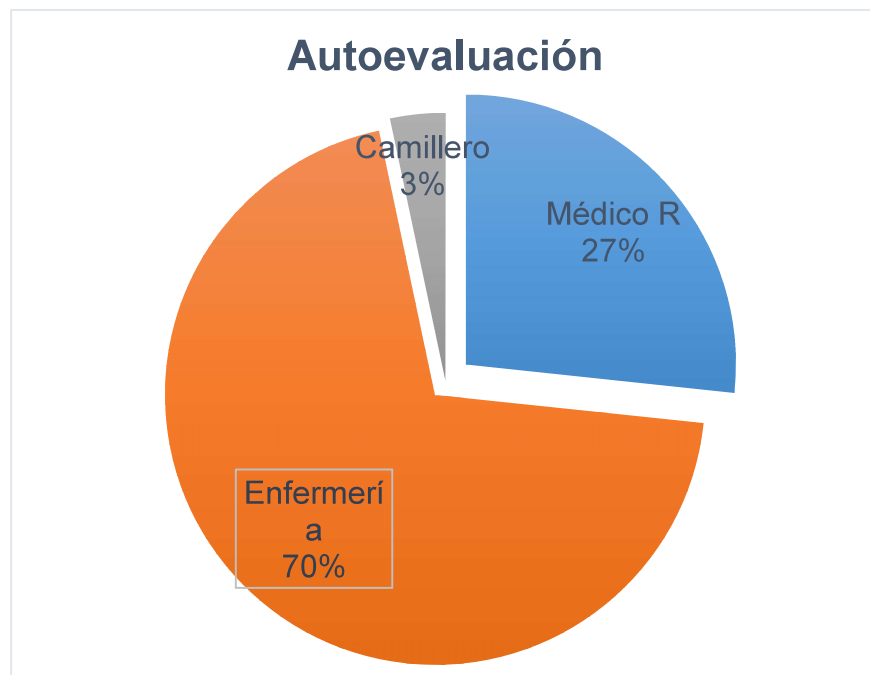


Figura 5. Distribución de acuerdo a la profesión del personal que contestó la encuesta de autoevaluación

La distribución de acuerdo al género es (Figura 6)

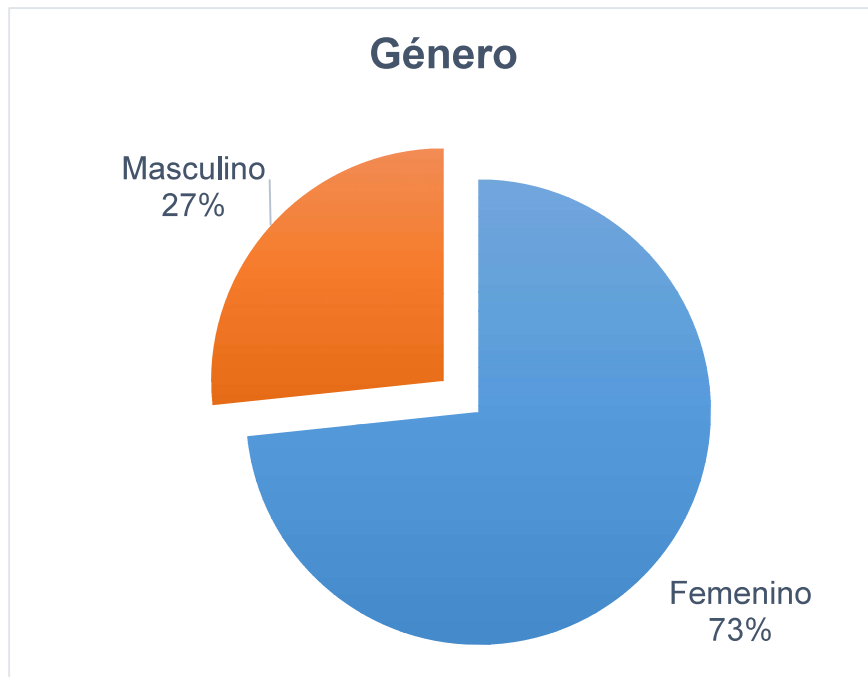
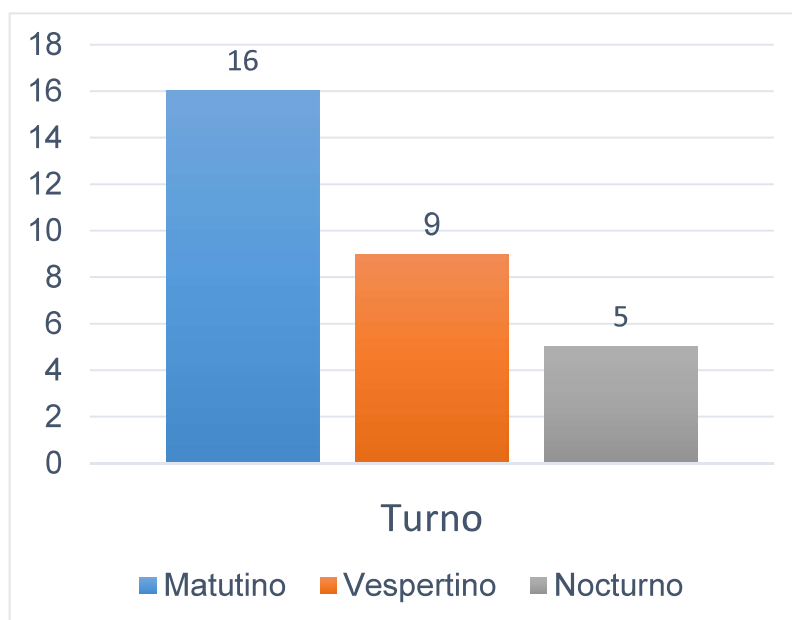


Figura 6. Distribución por género del personal que contestó la encuesta de autoevaluación

El promedio de edad del personal que contestó las encuestas de autoevaluación es de 33.6 ± 6.62 años, con un promedio de 9.6 ± 5.6 años de servicio.

De acuerdo al turno en que desempeña su labor la distribución del personal evaluado fue (Figura 7)



La distribución en número y porcentaje de acuerdo a las respuestas de la **autoevaluación** sobre el trato digno para un paciente **sedado** fue el siguiente.

Tabla 3.

Pregunta	Nunca	Casi nunca	Ni si ni No	Casi siempre	Siempre
1.Saluda a su paciente de forma amable	0	0	0	13 (43.3%)	17 (56.7%)
2.Se presenta con él	0	0	0	14 (46.7%)	16 (53.3%)
3.Se dirige hacia él por su nombre	0	0	0	5 (16.7%)	25 (83.3%)
4.Le explica las actividades que le va a realizar	0	1 (3.3%)	0	11 (36.7%)	18 (60%)
5. Le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad.	0	0	0	9 (30%)	21 (70%)
6.Se interesa por que su estancia sea agradable	0	0	0	12 (40%)	18 (60%)
7.Lo hace sentirse seguro	0	0	0	17 (56.7%)	13 (43.3%)
8.Lo trata con respeto	0	0	0	3 (10%)	27 (90%)
9. Llega a utilizar expresiones burlonas estando cerca de él	28 (93.3%)	1 (3.3%)	1(3.3%)	0	0
10.Le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener al respecto de su padecimiento	1 (3.3%)	5 (16.7%)	0	19 (63.3%)	5 (16.7%)
11.Le brinda apoyo emocional al paciente o su familia	0	5 (16.7%)	0	19 (63.3%)	6 (20%)
12.Llega a utilizar expresiones de regaño	20 (66.7%)	7 (23.3%)	1 (3.3%)	1(3.3%)	1(3.3%)

. 13.Brinda igual atención al paciente irrecuperable	1(3.3%)	1(3.3%)	0	2 (6.7%)	26 (86.7%)
. 14.Le llega a exasperar hablar con al paciente o familiar	14 (46.7%)	13 (43.3%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	1(3.3%)
. 15. ¿Considera usted que su estado de ánimo influye en la manera en que usted trata al paciente?	10 (33.3%)	10 (33.3%)	0	5 (16.7%)	5 (16.7%)

La distribución en número y porcentaje de acuerdo a las respuestas de la **autoevaluación** sobre el trato digno para un paciente **despierto** fue el siguiente.

Tabla 4.

Pregunta	Nunca	Casi nunca	Ni si ni No	Casi siempre	Siempre
1.Saluda a su paciente de forma amable	0	0	0	3 (10%)	27 (90%)
2.Se presenta con él	0	0	0	6 (20%)	24 (80%)
3.Se dirige hacia él por su nombre	0	0	0	2 (6.7%)	28 (93.3%)
4.Le explica las actividades que le va a realizar	0	1 (3.3%)	0	6 (20%)	23 (76.7%)
5. Le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad.	0	0	0	6 (20%)	24 (80%)
6.Se interesa por que su estancia sea agradable	0	0	0	7 (23.3%)	23 (76.7%)
7.Lo hace sentirse seguro	0	0	0	9 (30%)	21 (70%)
8.Lo trata con respeto	0	0	0	2 (6.7%)	28 (93.3%)

9. Llega a utilizar expresiones burlonas estando cerca de él	26 (86.7%)	3 (10%)	1(3.3%)	0	0
10.Le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener al respecto de su padecimiento	1 (3.3%)	3 (10%)	1 (3.3%)	18 (60%)	7 (23.3%)
11.Le brinda apoyo emocional al paciente o su familia	1 (3.3%)	5 (16.7%)	2 (6.7%)	13 (43.3%)	9 (30%)
12.Llega a utilizar expresiones de regaño	18 (60%)	11 (36.7%)	0	1(3.3%)	0
13.Brinda igual atención al paciente irrecuperable	0	1(3.3%)	0	5 (16.7%)	24 (80%)
14.Le llega a exasperar hablar con al paciente o familiar	13 (43.3%)	14(46.7%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	1(3.3%)
15. ¿Considera usted que su estado de ánimo influye en la manera en que usted trata al paciente?	9 (30%)	11 (36.7%)	0	4 (13.3%)	6 (20%)

Tabla 5. Porcentaje de trato digno en paciente despierto y sedado por preguntas.

Pregunta	Despierto	Sedado
1.Saluda a su paciente de forma amable	90%*	56%
2.Se presenta con él	80%*	53%
3.Se dirige hacia él por su nombre	93%	83%
4.Le explica las actividades que le va a realizar	76%	60%
5. Le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad.	80%	70%
6.Se interesa por que su estancia sea agradable	70%	60%
7.Lo hace sentirse seguro	93%*	43%
8.Lo trata con respeto	86%	90%

9. Nunca llega a utilizar expresiones burlonas estando cerca de él	85%	93%
10. Le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener al respecto de su padecimiento	23%	16%
11. Le brinda apoyo emocional al paciente o su familia	30%	20%
12. Llega a utilizar expresiones de regaño	60%	66%
13. Brinda igual atención al paciente irrecuperable	80%	86%
14. Le llega a exasperar hablar con al paciente o familiar	43%	46%
15. ¿Considera usted que su estado de ánimo influye en la manera en que usted trata al paciente?	30%	33%
16. Considera hay cosas que puede mejorar	83%	83%

Prueba de Wilcoxon, * p <0.05

Al compararse mediante la prueba de chi cuadrada las respuestas de las encuestas de autoevaluación y los estudios de sombra se obtienen los siguientes resultados

Tabla 6. Comparación de autoevaluación y estudio de sombra con paciente **sedado**

Pregunta	Sombra	Auto
1. Saluda a su paciente de forma amable	14%*	56%
2. Se presenta con él	21%*	53%
3. Se dirige hacia él por su nombre	71%	83%
4. Le explica las actividades que le va a realizar	43%	60%
5. Le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad.	36%*	70%
6. Se interesa por que su estancia sea agradable	7%*	60%
7. Lo hace sentirse seguro	14%*	43%
8. Lo trata con respeto	86%	90%
9. Nunca llega a utilizar expresiones burlonas estando cerca de él	29%*	93%

10.Le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener al respecto de su padecimiento	7%*	16%
11.Le brinda apoyo emocional al paciente o su familia	7%*	20%
12.Llega a utilizar expresiones de regaño	7%*	66%
13.Brinda igual atención al paciente irrecuperable	93%	86%
14.Le llega a exasperar hablar con al paciente o familiar	14%	46%

Prueba de chi cuadrada, * p <0.05

Tabla 7. Comparación de autoevaluación y estudio de sombra con paciente despierto

Pregunta	Sombra	Auto
1.Saluda a su paciente de forma amable	68%	90%
2.Se presenta con él	81%	80%
3.Se dirige hacia él por su nombre	93%	93%
4.Le explica las actividades que le va a realizar	81%	76%
5. Le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad.	93%	80%
6.Se interesa por que su estancia sea agradable	25%*	76%
7.Lo hace sentirse seguro	43%	70%
8.Lo trata con respeto	93%	93%
9.Nunca llega a utilizar expresiones burlonas estando cerca de él	56%	86%
10.Le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener al respecto de su padecimiento	0%*	23%
11.Le brinda apoyo emocional al paciente o su familia	0%*	30%
12.Llega a utilizar expresiones de regaño	25%*	60%
13.Brinda igual atención al paciente irrecuperable	100%	80%
14.Le llega a exasperar hablar con al paciente o familiar	50%	43%

Prueba de chi cuadrada, * p <0.05

Al analizarse los resultados del estudio de sombra y las encuestas de autoevaluación se obtuvo que el trato digno otorgado en nuestra unidad es de (Figura 8)

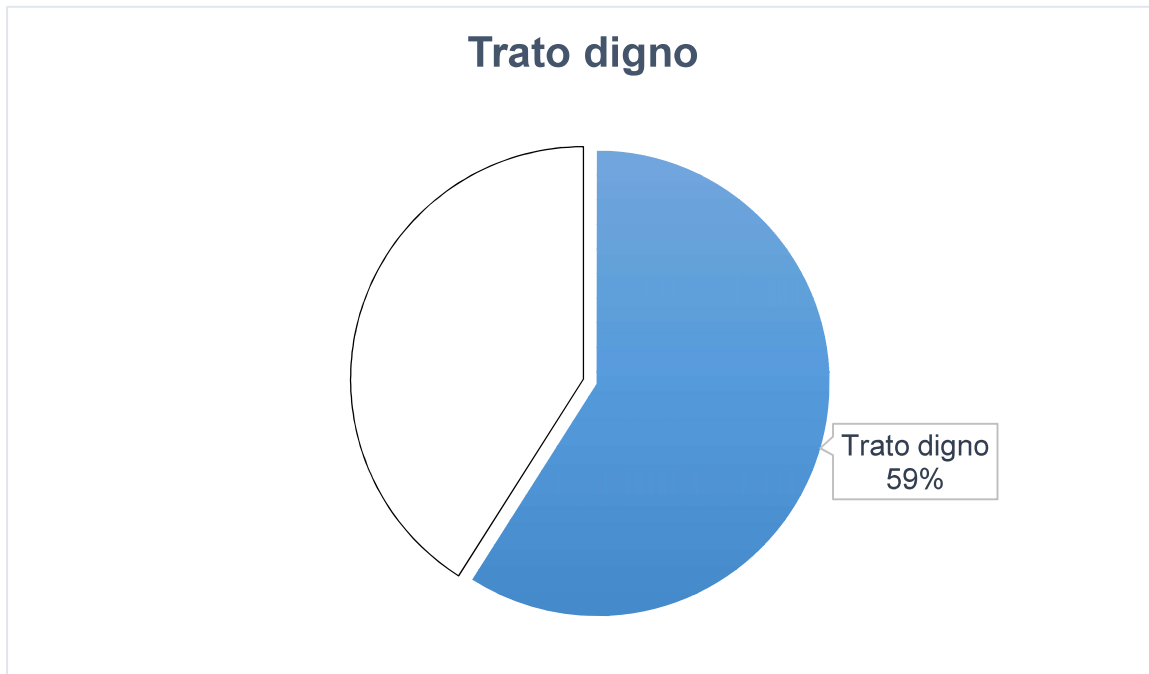


Figura 8. Trato digno otorgado en la Unidad de Cuidados Intensivos

El trato digno otorgado por el personal y evaluado mediante el estudio de sombra fue el siguiente para el paciente sedado y despierto (Figura 9 y 10)

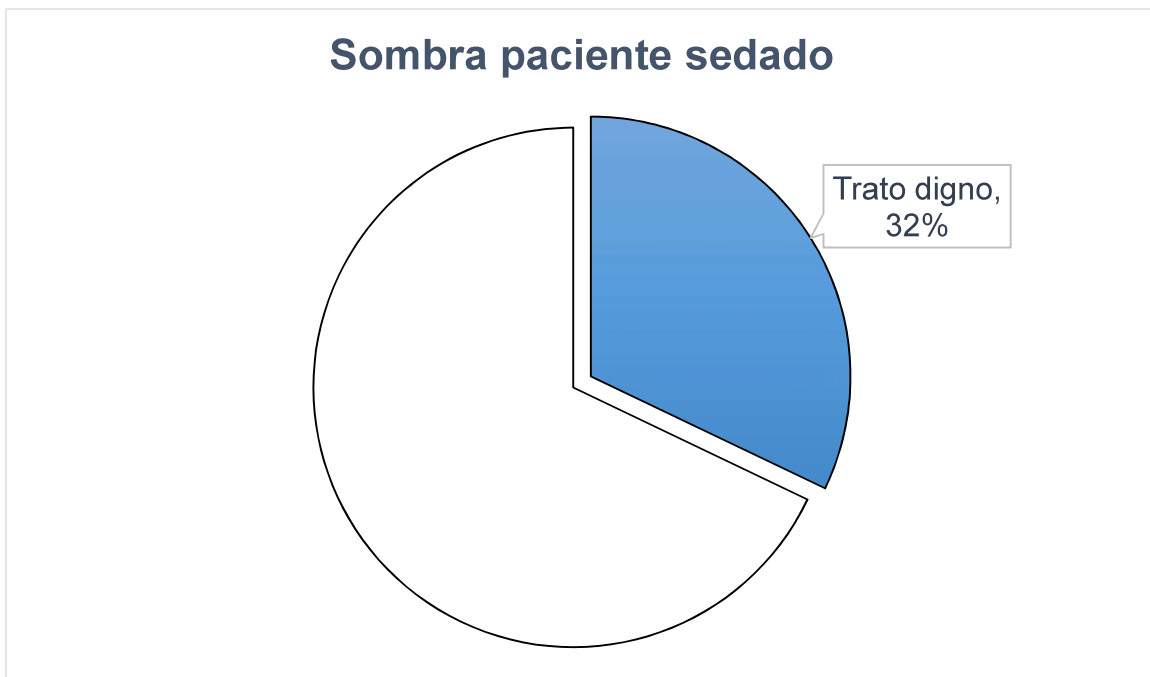


Figura 9. Trato digno evaluado mediante el estudio de sombra para el paciente sedado

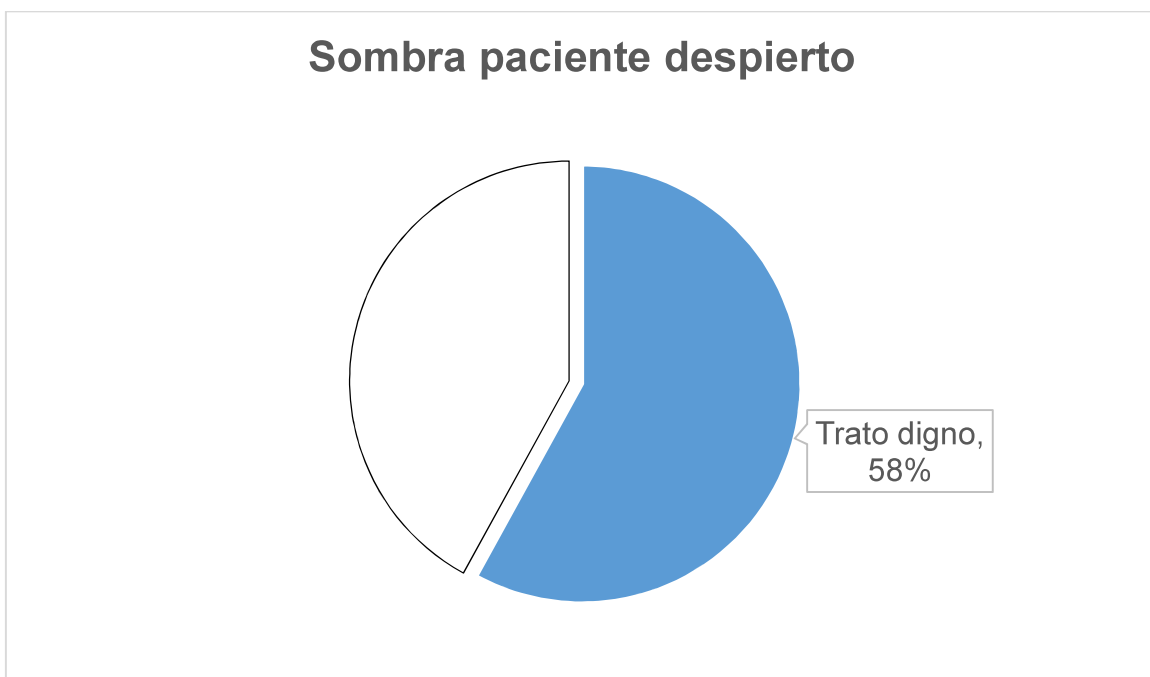


Figura 10. Trato digno evaluado mediante estudio de sombra en el paciente despierto

De acuerdo a las encuestas de autoevaluación el trato digno otorgado a los pacientes de acuerdo a su estado de conciencia es (Figuras 11 y 12)

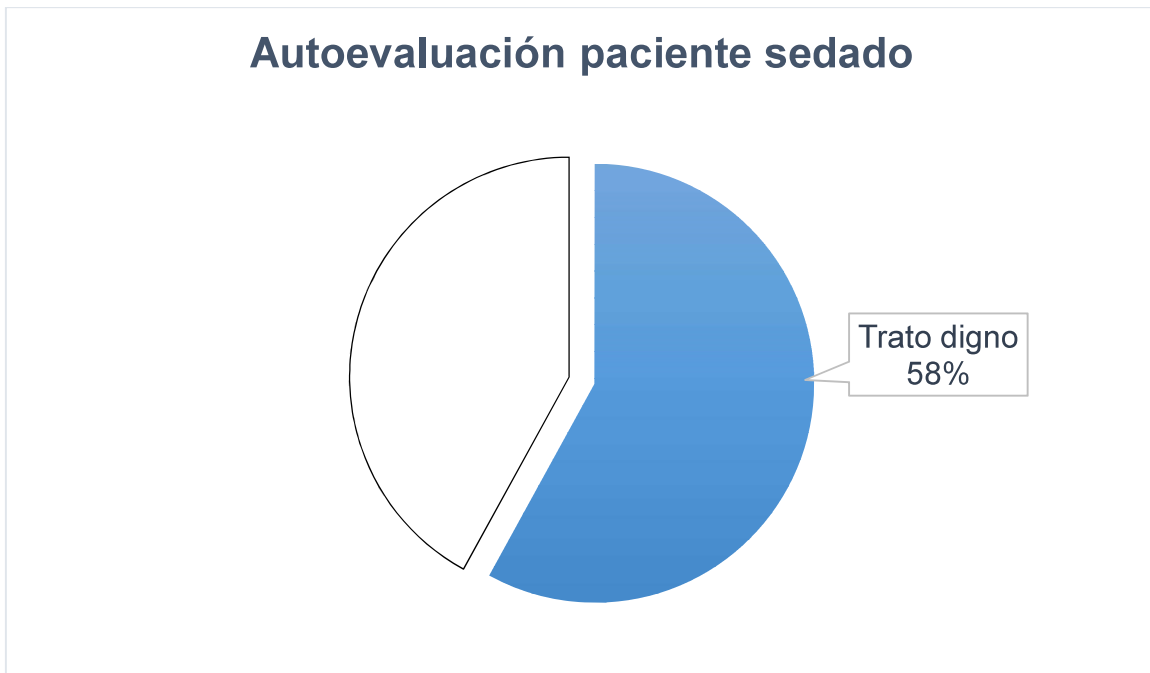


Figura 11. Trato digno reportado en la autoevaluación para el paciente sedado

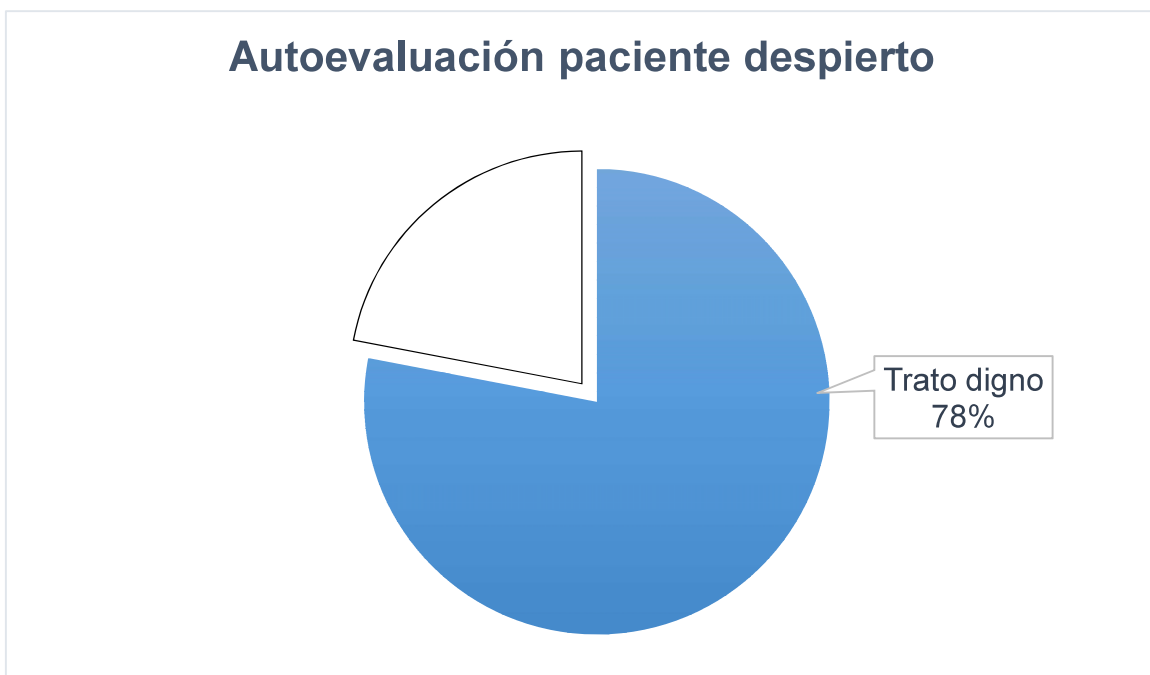


Figura 12. Trato digno reportado en la autoevaluación para el paciente despierto

Tabla 8. Comparación del trato digno otorgado por el personal de salud de acuerdo al género

Pregunta	Sombra		Auto	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
1.Saluda a su paciente de forma amable	58%*	18%	73%	75%
2.Se presenta con él	68%	27%	70%	56%
3.Se dirige hacia él por su nombre	84%	81%	98%*	62%
4.Le explica las actividades que le va a realizar	73%*	45%	73%*	56%
5. Le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad.	68%	64%	82%*	56%
6.Se interesa por que su estancia sea agradable	21%	9%	75%	50%
7.Lo hace sentirse seguro	31%	100%	59%	50%
8.Lo trata con respeto	84%	54%	96%	81%
9.Nunca llega a utilizar expresiones burlonas estando cerca de él	36%	36%	98%*	68%
10.Le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener al respecto de su padecimiento	5%*	0%	11%*	43%
11.Le brinda apoyo emocional al paciente o su familia	5%	0%	18%	0%
12.Llega a utilizar expresiones de regaño	16%	18%	59%	75%
13.Brinda igual atención al paciente irrecuperable	100%	91%	86%*	75%

14. Le llega a exasperar hablar con al paciente o familiar 32% 36% 43% 50%

Prueba de chi cuadrada, * p <0.05

Tabla 9. Comparación del trato digno otorgado por el personal de salud de acuerdo a su **profesión**

Pregunta	Sombra	Sombra	Auto	Auto
	Med.	Paramed.	Med.	Paramed.
1. Saluda a su paciente de forma amable	20%	55%	63%	77%
2. Se presenta con él	20%*	70%	50%	72%
3. Se dirige hacia él por su nombre	70%	90%	69%*	95%
4. Le explica las actividades que le va a realizar	10%*	90%	50%*	75%
5. Le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad.	30%*	85%	63%	80%
6. Se interesa por que su estancia sea agradable	0%*	25%	56%	72%
7. Lo hace sentirse seguro	0%*	45%	50%	59%
8. Lo trata con respeto	90%	90%	81%	95%
9. Nunca llega a utilizar expresiones burlonas estando cerca de él	20%	55%	12%	93%
10. Le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener al respecto de su padecimiento	0%	5%	31%*	15%
11. Le brinda apoyo emocional al paciente o su familia	0%	5%	0%	22%

12.Llega a utilizar expresiones de regaño	0%	25%	6%	66%
13.Brinda igual atención al paciente irrecuperable	90%	100%	63%*	91%
14.Le llega a exasperar hablar con al paciente o familiar	0%*	50%	25%	52%

Prueba de chi cuadrada, * p <0.05

Tabla 10. Comparación del trato digno otorgado por el personal de salud de acuerdo al tiempo de servicio

Pregunta	Sombra	Sombra	Auto	Auto
	<10	>10	<10	>10
1.Saluda a su paciente de forma amable	43%	43%	72%	75%
2.Se presenta con él	57%	50%	59%	75%
3.Se dirige hacia él por su nombre	86%	81%	78%*	100%
4.Le explica las actividades que le va a realizar	57%	68%	53%*	86%
5. Le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad.	50%*	81%	75%	75%
6.Se interesa por que su estancia sea agradable	0%*	31%	66%	71%
7.Lo hace sentirse seguro	14%	44%	44%*	71%
8.Lo trata con respeto	86%	94%	91%	93%
9.Nunca llega a utilizar expresiones burlonas estando cerca de él	36%	50%	84%	96%
10.Le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener al respecto de su padecimiento	7%	0%	19%	21%
11.Le brinda apoyo emocional al paciente o su familia	7%	0%	25%	25%

12.Llega a utilizar expresiones de regaño	0%	31%	65%	61%
13.Brinda igual atención al paciente irrecuperable	93%	100%	75%	93%
14.Le llega a exasperar hablar con al paciente o familiar	21%	44%	34%	57%

Prueba de chi cuadrada, * p <0.05

Tabla 11. Comparación del trato digno otorgado por el personal de salud de acuerdo a su edad

Pregunta	Sombra		Auto	
	<40	>40	<40	>40
1.Saluda a su paciente de forma amable	43%	43%	71%	83%
2.Se presenta con él	57%	43%	65%	75%
3.Se dirige hacia él por su nombre	83%	86%	85%	100%
4.Le explica las actividades que le va a realizar	61%	71%	60%*	100%
5. Le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad.	57%*	100%	73%	83%
6.Se interesa por que su estancia sea agradable	8%	43%	63%	92%
7.Lo hace sentirse seguro	22%	57%	54%	67%
8.Lo trata con respeto	87%	100%	90%	100%
9.Nunca llega a utilizar expresiones burlonas estando cerca de él	35%	71%	88%	100%
10.Le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener al respecto de su padecimiento	4%	0%	18%	25%

11. Le brinda apoyo emocional al paciente o su familia	4%	0%	25%	25%
12. Llega a utilizar expresiones de regaño	9%	43%	62%	67%
13. Brinda igual atención al paciente irrecuperable	96%	100%	81%	92%
14. Le llega a exasperar hablar con al paciente o familiar	30%	43%	40%	67%

Prueba de chi cuadrada, * p <0.05

Tabla 12. Comparación del trato digno otorgado por el personal de salud de acuerdo a su turno

Pregunta	Sombra	Sombra	Sombra	Auto	Auto	Auto
	M	V	N	M	V	N
1. Saluda a su paciente de forma amable	33%	75%	60%	69%	70%	83%
2. Se presenta con él	43%	75%	80%	59%	90%	67%
3. Se dirige hacia él por su nombre	76%	100%	100%	84%	100%	89%
4. Le explica las actividades que le va a realizar	52%	100%	80%	69%*	100%	50%
5. Le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad.	62%	50%	100%	78%	70%	72%
6. Se interesa por que su estancia sea agradable	19%	25%	0%	72%	70%	61%
7. Lo hace sentirse seguro	33%	25%	20%	56%	60%	56%

8.Lo trata con respeto	91%	100%	80%	91%	100%	89%
9.Nunca llega a utilizar expresiones burlonas estando cerca de él	43%	50%	40%	91%	100%	83%
10.Le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener al respecto de su padecimiento	14%	0%	0%	19%	10%	27%
11.Le brinda apoyo emocional al paciente o su familia	5%	0%	0%	22%	10%	39%
12.Llega a utilizar expresiones de regaño	19%	0%	20%	50%	80%	78%
13.Brinda igual atención al paciente irrecuperable	95%	100%	100%	75%	90%	94%
14.Le llega a exasperar hablar con al paciente o familiar	38%	0%	40%	31%	80%	50%

Prueba de chi cuadrada, * p <0.05

9. DISCUSION

Se realizó el presente estudio para evaluar si se otorga trato digno a los pacientes que se atienden en la Unidad de Cuidados Intensivos en relación a su estado de conciencia, de manera inicial se evaluó al personal mediante un estudio de sombra donde se observó que para un paciente sedado el mayor cumplimiento de indicadores de trato digno se observó en: dirigirse al paciente por su nombre, trato con respeto y brindar igual atención al paciente irrecuperable. Los indicadores con peor cumplimiento fueron enseñar al paciente o familiar los cuidados respecto a su padecimiento y brindar apoyo emocional al paciente o su familia. En el caso de los pacientes despiertos se observó mayor cumplimiento en los indicadores: brindar igual atención al paciente irrecuperable, trato con respeto, ofrecer las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad y dirigirse a él por su nombre. En 2013 en la Universidad Johns Hopkins inició un estudio sobre el trato digno al paciente en la UCI²³, donde al interrogar a los familiares sobre el respeto a la dignidad de su paciente reportaron que no trataban a su paciente como ser humano, confiriendo mayor importancia a los números del monitor que a su paciente, movilizar al paciente o su entorno sin tomar en cuenta que el paciente es un ser humano, ignorar sus molestias, considerando de vital importancia que el personal de la Unidad los escuche y les dé información veraz y recomendaciones sobre el estado de salud del paciente, lo que coincide con los indicadores encontrados en este estudio de sombra.

Al aplicarse los cuestionarios de autoevaluación se encontró que para el paciente sedado los indicadores con mayor cumplimiento fueron nunca usar expresiones burlonas, trato con respeto y brindar igual atención al paciente irrecuperable. Aquellos con peor cumplimiento fueron enseñar al paciente o familiar los cuidados que debe tener respecto al padecimiento, brindar apoyo emocional al paciente o su familia. Los indicadores con mejor cumplimiento para el paciente despierto fueron dirigirse al paciente por su nombre, saludar a su paciente en forma amable, tratar con respeto al paciente; los de menor cumplimiento fueron enseñar al paciente o familiar los cuidados que debe tener al respecto de su padecimiento, brindar apoyo emocional al paciente o su familia.

Dentro del mismo protocolo de estudio de la Universidad de Johns Hopkins, al preguntar al personal de salud²⁴ éstos refirieron que los aspectos débiles en su profesión fueron el hablar sobre el paciente sedado, hacer el esfuerzo por educar al paciente o su familiar, ser sensible a la experiencia del paciente y escuchar al paciente, lo cual coincide con lo encontrado en esta Unidad.

Al comparar las respuestas para el paciente sedado y despierto se observan diferencias estadísticamente significativas en saludar a su paciente de forma amable, presentarse con él y brindar sensación de seguridad, lo cual coincide con lo reportado por familiares en el Hospital Johns Hopkins²³ como “la educación del médico al pie de la cama del paciente, haciendo sentir bienvenido y querido al paciente”

Cuando se contrastan las respuestas obtenidas en los estudios de sombra y autoevaluación para el paciente sedado se observan diferencias estadísticamente significativas en saludar al paciente en forma amable, presentarse con él, ofrecer las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad, interés porque su estancia sea agradable, brindar sensación de seguridad, no utilizar expresiones burlonas estando cerca del paciente, enseñar al paciente o familiar los cuidados que debe tener respecto al padecimiento de su paciente. En las respuestas para el paciente despierto se observan diferencias estadísticamente significativas en los indicadores interés porque su estancia sea agradable, enseñar al paciente o familiar los cuidados que debe tener al respecto de su padecimiento, brindar apoyo emocional al paciente o su familia y utilizar expresiones de regaño. Comparando nuestros resultados con los del estudio llevado a cabo en el servicio de consulta externa de un hospital de tercer nivel en Nuevo León²⁵ donde encontraron menor cumplimiento en interés porque la estancia sea agradable y enseñar los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento al igual que en esta UCI. Respecto al uso de expresiones burlonas respecto al paciente sedado, fue igualmente notado en el Hospital Johns Hopkins²³.

El trato digno otorgado en nuestra unidad fue del 59%, en menor porcentaje para el paciente sedado de acuerdo al estudio de sombra (32%) y la autoevaluación

(58%), con una diferencia mayor al 20% lo cual es mayor a lo esperado de acuerdo al planteamiento de la hipótesis de esta investigación, además se encuentra por debajo del indicador trato digno de la Cruzada Nacional de Salud quien considera debe ser al menos un 95%²⁶. En nuestro país se han realizado únicamente estudios respecto a este indicador en los servicios de consulta externa reportando índices de trato digno de 56.1%²⁷

Comparando el trato digno otorgado por el personal de acuerdo a su género se encontró diferencia estadísticamente significativa en el estudio de sombra a favor del género femenino en los indicadores saluda a su paciente en forma amable, le explica las actividades que le va a realizar, le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento. En la autoevaluación se encontró que los indicadores se dirige a él por su nombre, le explica las actividades que le va a realizar, le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad, nunca utiliza expresiones burlonas cerca del paciente, le enseña al paciente o familiar los cuidados respecto a su padecimiento y brinda igual atención al paciente irrecuperable, todas a favor del género femenino.

Al comparar los indicadores de trato digno de acuerdo a la profesión del personal, se dividió en dos grupos incluyendo en el primero al personal médico y en el segundo al personal paramédico (enfermería, camilleros) obteniéndose diferencias estadísticamente significativas en el estudio de sombra a favor del personal paramédico en los indicadores se presenta con él, le explica las actividades que va a realizar, le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad, se interesa porque su estancia sea agradable, lo hace sentir seguro, le llega a exasperar hablar con el paciente o familiar. Respecto a los indicadores reportados en la autoevaluación se observaron diferencias estadísticamente significativas en se dirige a él por su nombre, le explica las actividades que va a realizar, le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener al respecto de su padecimiento, brinda igual atención al paciente irrecuperable a favor del personal paramédico excepto en enseñar los cuidados respecto al padecimiento el cual fue mejor en el personal médico. Esto coincide

con lo reportado en el Hospital Johns Hopkins donde el personal médico refiere como sus debilidades el hablar frente a un paciente sedado como si no estuviera, poca capacidad para hablar con la familia del paciente respecto a los cuidados que requiere y mencionan además que una forma de mejorar su trato es solicitar el permiso del paciente para realizar la exploración física²⁴.

Respecto al tiempo de servicio, se dividió a los encuestados en dos grupos, uno con tiempo de servicio menor a 10 años y otro con más de 10 años de servicio, presentando diferencias estadísticamente significativas en los indicadores le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad, se interesa porque su estancia sea agradable posterior a la realización del estudio de sombra, todos a favor del personal con más de 10 años de servicio. Al comparar las respuestas de la autoevaluación se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los indicadores se dirige al paciente por su nombre, le explica las actividades que va a realizar y lo hace sentirse seguro, nuevamente a favor del personal con más de 10 años de servicio. En un estudio llevado a cabo en nuestro Instituto, en el Hospital Regional “Adolfo López Mateos”, con pacientes de diversos servicios de Hospitalización se encontró que el personal que otorgaba mejor trato al paciente es aquel con una antigüedad entre 14-19 años.²⁸ Se realizó la división del personal evaluado en dos grupos de acuerdo a la edad en dos grupos: uno con los menores de 40 años y otro con los mayores de 40 años. En la evaluación mediante el estudio de sombra se observó diferencia estadísticamente significativa en el indicador le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad; en la comparación por autoevaluación se encontró diferencia estadísticamente significativa en el indicador le explica las actividades que le va a realizar, a favor del personal mayor de 40 años, lo que coincide con el estudio de Vargas²⁸.

Finalmente, se dividió al personal estudiado de acuerdo al turno donde desempeña su labor encontrando diferencia estadísticamente significativa en la autoevaluación al explicar al paciente las actividades que va a realizar respecto al turno nocturno. Esto es de vital importancia, ya que en estudios llevados a cabo en servicios de hospitalización como el de reportan diferencias en atención

en los diversos turnos, resaltando en el estudio de Gutiérrez²⁹ diferencia estadísticamente significativa con disminución en el trato digno en el turno nocturno, lo cual comparado con la escasa diferencia en nuestra unidad nos habla de continuidad en el cuidado de los pacientes.

10. CONCLUSIONES

Se encontró que en la Unidad de Cuidados Intensivos de este Hospital existe diferencia en el trato digno hacia el paciente de acuerdo a su estado de conciencia siendo menor para el paciente sedado.

Se encontraron diferencias en el trato digno otorgado por el personal de salud de acuerdo a la profesión siendo mejor en algunos indicadores por parte del personal paramédico, de acuerdo al género por el femenino y los años de servicio por el personal con más de 10 años de experiencia laboral.

En cuanto al turno del personal, únicamente se encontró diferencia estadísticamente significativa en el indicador explica al paciente las actividades que va a realizar siendo menor en el turno nocturno.

El porcentaje de trato digno otorgado a los pacientes dentro del servicio es de 59%.

Ante estos resultados, es evidente la necesidad de concientizar al personal de salud principalmente a los médicos para otorgar trato digno a todos los pacientes hospitalizados en la unidad sin importar su estado de conciencia. Además, de favorecer la continuidad de este trato en todos los turnos.

11. ANEXOS

11.1. Estudio de sombra



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

PROTOCOLO: DIFERENCIA EN TRATO DIGNO DE ACUERDO AL ESTADO DE CONCIENCIA EN
LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
REGIONAL "1° DE OCTUBRE"

ESTUDIO DE SOMBRA

Médico R Médico A Enfermería Terapeuta Respiratorio Nutrición Técnico radiólogo Camillero

Masculino Femenino Edad: _____ Años de servicio como personal de salud: _____ Turno: Matutino Vespertino Nocturno

PACIENTE SEDADO DESPIERTO

	Nunca	Casi nunca	Me es Indiferente	Casi siempre	Siempre
1. Saluda a su paciente de forma amable					
2. Se presenta con él					
3. Se dirige hacia él por su nombre					
4. Le explica las actividades que le va a realizar					
5. Le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad					
6. Se interesa porque su estancia sea agradable					
7. Lo hace sentir seguro					
8. Lo trata con respeto					
9. Llega a utilizar expresiones de burla estando cerca de él					
10. Le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento					
11. Le brinda apoyo emocional al paciente o su familia					
12. Utiliza expresiones de regaño hacia el paciente					
13. Brinda igual atención al paciente Irrecuperable					
14. Lo llega a exasperar hablar con el paciente o familiar					

11.2. Encuestas de autoevaluación



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

PROTOCOLO: DIFERENCIA EN TRATO DIGNO DE ACUERDO AL ESTADO DE CONCIENCIA EN
LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
REGIONAL "1° DE OCTUBRE"

ENCUESTA DE AUTO EVALUACION

Se solicita llene de forma anónima y con toda veracidad las siguientes preguntas, tachando la respuesta más apropiada para usted según sea al caso.

Médico R Médico A Enfermería Terapeuta Respiratorio Nutrición Técnico radiólogo Camillero

Masculino Femenino Edad: _____ Años de servicio como personal de salud: _____ Turno: Matutino Vespertino Nocturno

CON UN PACIENTE DESPIERTO USTED:

	Nunca	Casi nunca	Me es Indiferente	Casi siempre	Siempre
1. Saluda a su paciente de forma amable					
2. Se presenta con él					
3. Se dirige hacia él por su nombre					
4. Le explica las actividades que le va a realizar					
5. Le ofrece las condiciones necesarias para cuidar su pudor e intimidad					
6. Se interesa porque su estancia sea agradable					
7. Lo hace sentir seguro					
8. Lo trata con respeto					
9. Llega a utilizar expresiones de burla estando cerca de él					
10. Le enseña al paciente o familiar los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento					
11. Le brinda apoyo emocional al paciente o su familia					
12. Utiliza expresiones de regaño hacia el paciente					
13. Brinda igual atención al paciente irrecuperable					
14. Lo llega a exasperar hablar con el paciente o familiar					
15. ¿Considera usted que su estado de ánimo influye en la manera en que usted trata al paciente?					
16. ¿Considera usted que puede mejorar su trato hacia el paciente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En que?				

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México. 2001. <http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/cartas.php>
- ² Negrete-Arredondo M. Trato digno: Reto cotidiano. Artículo de revisión. Rev. CONAMED. 2009; (14) Supl 1: 34-36.
- ³ Chochinov, H. M. Dignity-conserving care—A new model for palliative care. *Journal of American Medical Association*, 2002.287(17), 2253–2260.
- ⁴ Blanchard, J., & Lurie, N. R-E-S-P-E-C-T: Patient reports of disrespect in the health care setting and its impact on care. *The Journal of Family Practice*. 2004. 53(9), 721–730.
- ⁵ Mann, J. Dignity and health: The UDHR's revolutionary first article. *Health and Human Rights: An International Journal*. 2008. 3(2), 30–38.
- ⁶ Frankena, W. K. (2006). The ethics of respect for persons. *Philosophical Topics*, 14, 149–167.
- ⁷ González Valenzuela, Juliana, *Genoma humano y dignidad humana*, Barcelona, UNAM-Anthropos, 2005, p. 64.
- ⁸ 2013. UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 136, pp. 39-67
- ⁹ Liebenberg, S. (2005). The value of human dignity in interpreting socio-economic rights. *Journal on Human Rights*. 2005. 21(2), 1–31.
- ¹⁰ Nordenfelt, L. The varieties of dignity.2004. *Health Care Analysis*, 12(2), 69–81.
- ¹¹ Jacobson, N. (2009). A taxonomy of dignity: a grounded theory study. *BMC International health and human rights*, 9(1), 3.
- ¹² Declaración universal de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General de la ONU. Diciembre 10, 1948.
- ¹³ Jacobson, N. (2007). Dignity and health: A review. *Social Science & Medicine*,64(2), 292-302.
- ¹⁴ Jacobson, N. (2009). A taxonomy of dignity: a grounded theory study. *BMC International health and human rights*, 9(1), 3

-
- ¹⁵ Dignidad de la persona en: <http://www.fundacioncanfranc.org/wp-content/uploads/2012/03/PDF-Tema-9-DIGNIDAD-DE-LA-PERSONA.pdf>
- ¹⁶ Jackson A, Irwin W (2011) Dignity, humanity and equality: Principle of Nursing Practice A.Nursing Standard. 25, 28, 35-37. March 16: vol 25 no 28. 2011.
- ¹⁷ Burgos Moreno M Y Paravic Klijn T. Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público. *Ciencia y Enfermería*. 1x (2): 29-42, 2003.
- ¹⁸ Rodríguez Suarez J. Trato digno, seguridad del paciente, y autocuidado. *Revista CONAMED*, vol.15, núm. 3, julio-septiembre, 2010.
- ¹⁹ Henry, L. M., Rushton, C., Beach, M. C., & Faden, R. (2015). Respect and dignity: A conceptual model for patients in the Intensive Care Unit. *Narrative inquiry in Bioethics*, 5(1), 5A-14A.
- ²⁰ Matiti, M. R., & Trorey, G. (2004). Perceptual adjustment levels: Patients' perception of their dignity in the hospital setting. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 735–744
- ²¹ van Gennip, I. E., Pasman, H. R. W., Oosterveld–Vlug, M. G., Willems, D. L., & Onwuteaka–Philipsen, B. D. 2013. The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1080–1089
- ²² Rushton, C. H. (2007). Respect in critical care: A foundational ethical principle. *AACN Advanced Critical Care*, 18, 149–156.
- ²³ Beach, M. C., Forbes, L., Branyon, E., Aboumatar, H., Carrese, J., Sugarman, J., & Geller, G. (2015). Patient and family perspectives on respect and dignity in the intensive care unit. *Narrative inquiry in bioethics*, 5(1), 15A-25A.
- ²⁴ Beach, M. C., Forbes, L., Branyon, E., Aboumatar, H., Carrese, J., Sugarman, J., & Geller, G. (2015). Patient and family perspectives on respect and dignity in the intensive care unit. *Narrative inquiry in bioethics*, 5(1), 15A-25A.
- ²⁵ Martínez Ibarra, J. C. (2012). Cumplimiento del indicador trato digno por enfermería en la consulta externa de un hospital de tercer nivel (Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- ²⁶ <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cnalsalud.pdf>

²⁷ Carrillo-Martínez, M., Martínez-Coronado, L. E., Mendoza-López, J. R., Sánchez-Moreno, A. D., Yáñez-Torres, R. D., Rivera-Sáenz, R. V., & Caballero-Escamilla, R. (2009). Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 17(3), 139-142.

²⁸ Vargas Esquivel, L. M., Ramírez Vázquez, M. T., Rodríguez Morán, S., Colín Espinosa, L. M., & Barrón López, D. F. Factores sociodemográficos del personal de enfermería que influyen en el trato digno al paciente en un hospital del ISSSTE. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 15(1).