



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**



**Trato Digno en el cuidado a la persona en el perioperatorio
como Indicador de Calidad de Enfermería en el
Hospital General de Mérida.**

**TESINA
QUE PARA OBTENER
EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
PRESENTA**

**Jaime Emmanuel Dávila Avendaño
Número de Cuenta: 308166316**

DIRECTOR DE TRABAJO

LIC. MARÍA DEL CONSUELO DE LOS REYES GARCÍA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS

Para hacer que un gran sueño se convierta en realidad el primer requisito es tener una gran capacidad para soñar; lo segundo es tener fe en el sueño.

H. Selye, A The Stress of Life@ , 1956.

Contenido

1.-Introducción.....	1
2.-Fundamentación del tema de la tesina.....	2
2.1 Descripción de la situación del problema.....	2
2.2 Identificación del problema.....	3
2.3 Justificación de la tesina.....	4
3.-Objetivos.....	5
3.1 Objetivo general.....	5
3.2 Objetivos específicos.....	5
4.-Marco teórico conceptual.....	6
4.1 Enfermería.....	6
4.2 El concepto de persona, como determinante del cuidado.....	8
4.3 Cuidado humanizado.....	9
4.4 Paciente quirúrgico.....	12
4.5 Calidad.....	16
4.6 Indicadores de calidad en enfermería.....	21
4.7 Trato digno.....	26
4.8 Trato adecuado.....	28
4.9 Trato digno en el perioperatorio.....	30
4.10 Factores que influyen en la percepción del trato digno.....	36

Personalidad	36
Determinantes de la salud	37
Reacción al medio.....	38
Entorno de la enfermedad.....	41
Periodo de duelo.....	41
Aspectos psicológicos ante una intervención quirúrgica.....	43
Ansiedad	45
Crisis.....	47
Humanización del cuidado de Enfermería.....	47
4.11 Aspectos legales del indicador trato digno	50
5.-Planteamiento del problema de investigación.....	54
5.1 Antecedentes.....	54
5.2 Planteamiento del problema	55
6.-Metodología de investigación.	56
7.-Conclusiones y recomendaciones	60
8.-Glosario de términos	63
9.-Referencias bibliográficas	65

1.-Introducción.

En México, en el sector salud se realizan un promedio de cuatrocientas mil intervenciones quirúrgicas al año, en hospitales de segundo y tercer nivel, tanto privados como públicos, localizados en zonas rurales y urbanas, esto implica para su correcto funcionar la necesidad de una estructura física, los insumos óptimos y un equipo profesional multidisciplinario, a esto lo nombramos como unidad quirúrgica, la persona que requiere de un tratamiento quirúrgico para potencializar su salud requiere de servicios de precisión, calidad y seguridad. La calidad y seguridad de los pacientes representan grandes desafíos para los profesionales de enfermería.

Desde el año 2000 se inicia una cruzada de calidad en nuestro país a partir del tratado de libre comercio, con la acreditación y certificación de los servicios de salud; los procesos y resultados se miden a través de los indicadores, metas internacionales y las normas técnicas, en cumplimiento a las políticas y acciones sanitarias; en materia de calidad y seguridad del paciente lo que nos lleva a la construcción de una cultura de calidad en el cuidado donde las condiciones sean seguras y libres de riesgo para las personas hospitalizadas; la evaluación de procesos y procedimientos es una herramienta valiosa que orienta hacia una gestión exitosa.

Esta tesina contiene cinco capítulos medulares que implican el abordaje del problema que surge en el momento del cuidado en el área quirúrgica del hospital General de Mérida Yucatán, es un trabajo descriptivo que se contrasta con los aspectos teóricos que sustentan los cuidados de enfermería, la calidad es uno de los pilares para mejorar el trabajo que realizamos las enfermeras que pretende disminuir la mala praxis, disminuir los riesgos y principalmente realizar el trabajo sin riesgo, las experiencias fueron realizadas durante el servicio social.

2.-Fundamentación del tema de la tesina.

2.1 Descripción de la situación del problema.

En los últimos años el tema de la calidad ha adquirido considerable importancia en las instituciones de salud tanto a nivel nacional como internacional debido a la competitividad y la globalización. La percepción de los pacientes sobre la calidad del cuidado de enfermería es fundamental, refleja la satisfacción que es uno de los indicadores importantes del proceso de atención en salud

La competencia profesional para el cuidado demanda un ejercicio crítico, reflexivo y constructivo sobre las prácticas disciplinares e interdisciplinares en salud, siendo capaz de conocer e intervenir en el proceso de vivir, enfermar y estar sano, con compromiso y responsabilidad en la búsqueda del mejoramiento de la vida.

El trato digno forma parte de los seis indicadores de calidad que se manejan en nuestras instituciones de salud, este es el único indicador que mide resultados de forma cualitativa y muchas veces al momento de evaluarse deja mucho que desear tanto de los evaluadores como de los evaluados.

El personal de enfermería tiene la responsabilidad de ofrecer trato digno a las personas que atiende ya que muy independientemente de que este sea considerado como indicador de calidad, la formación de enfermería tiene parte ética donde se formulan las bases de las relaciones interpersonales basadas en la comunicación constante y diversos valores; y también la formación del personal de enfermería incluye el cuidado de forma Holística lo cual conlleva al personal de enfermería a no solo satisfacer necesidades fisiológicas de las personas receptoras de los cuidados sino también abarca todas las esferas de la persona a cuidar.

2.2 Identificación del problema.

Durante el periodo perioperatorio, las personas atendidas conllevan diversos grados de preocupación o angustia, inseguridad, incertidumbre, ansiedad, tristeza, entre otras. Estas emociones se agravan por el trato digno que el personal de salud da despersonalizado e indiferente en las áreas quirúrgicas. El personal de enfermería por su parte, con frecuencia están sometidos a tensiones diversas: sobrecarga de trabajo, la realización de procedimientos clínicos o quirúrgicos difíciles y estresantes, el involucramiento emocional con las situaciones de las personas que atienden.

El periodo perioperatorio representa el área donde los pacientes pasan una menor cantidad de tiempo en comparación con los servicios donde tendrán mayor estancia hospitalaria, sin embargo, es en este periodo donde la persona se encuentra más vulnerable, que el equipo de salud y principalmente la enfermera no hace un adecuado trato digno a los usuarios, creando en ellos estar en un lugar agresivo, en donde sabe y espera recuperar su salud, son momentos desde su ingreso, al estar en la área blanca con un equipo de salud con las bocas cubiertas, en el área de recuperación en donde por efectos de la anestesia y los efectos de la cirugía, es una persona que siente miedo a lo desconocido y en esos momentos su necesidad de comunicación con las enfermeras, que algunas veces lo dan.

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

Es por eso que el Trato Digno por parte del personal de Enfermería en el periodo perioperatorio me parece una excelente opción a desarrollar en esta tesina ya que permitirá comprender las dimensiones del problema, abarcar algunas de sus consecuencias y proponer un plan de mejora continua ya que es poca la información que se tiene documentada sobre esta situación de la cual pude darme

cuenta durante la realización de mi Servicio Social en el Hospital General de Mérida.

2.3 Justificación de la tesina

La importancia de crear indicadores de calidad en enfermería, han permitido con el paso del tiempo perfeccionar y unificar los cuidados, que tienen para su aplicación, si lineamientos teóricos. El Hospital General de Mérida no es la excepción y se une a los lineamientos de indicadores de calidad, involucrando a todo el personal de enfermería tanto al personal responsable de la supervisión, el personal asignado tanto especialistas como enfermeras generales, auxiliares, pasantes de enfermería de diversos niveles de formación y estudiantes de enfermería que en su fase de practicantes con menos responsabilidad en las personas receptoras de los cuidados, adquieren la experiencia basados en la teoría pero sin perder el enfoque de cuidados de calidad.

Durante la formación de los futuros profesionistas en la licenciatura de enfermería y obstetricia hubo la oportunidad de rotar por áreas quirúrgicas y de tococirugía, además de mi actividad laboral en una empresa que da servicio integral de anestesia a través de kits de medicamentos, se observó que en muchas de las ocasiones no se brinda un trato digno a la persona, se ocupan de la identificación de los pacientes, cotejar pulseras de identificación con el expediente clínico, ya en las diferentes áreas en donde pocas veces lo vuelven a llamar por su nombre.

El trato digno es un excelente indicador a desarrollar ya que es el único método cualitativo y por tal motivo el medirlo es más difícil, así como también el trato digno suele ser el más percibido por las personas y será este indicador el que tome mayor peso al momento de evaluar su estancia hospitalaria ya sea entre un servicio a otro o inclusive de un turno a otro.

3.-Objetivos.

3.1 Objetivo general.

Utilizar la metodología de la investigación a través de la construcción de una tesina que permita al pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, aplicar los conocimientos aprendidos y las observaciones durante la realización del Servicio Social, aplicado al personal de enfermería que brinda cuidados en el periodo perioperatorio.

3.2 Objetivos específicos.

1.- Aplicar la investigación bibliográfica en la síntesis de los hechos observados y los aspectos teóricos, que permitan conocer las circunstancias que conllevan al hecho de que el personal de enfermería del área de quirófano del Hospital General de Mérida brinde trato digno a las personas con la calidad adecuada.

2.- Identificar los riesgos en los que el trato digno de enfermería no cubre las expectativas de las personas.

3.- Proponer estrategias de solución a través de la mejora continua del periodo perioperatorio.

4.-Marco teórico conceptual

4.1 Enfermería

Florence Nightingale creía que las enfermeras «dejaban a los pacientes en mejor estado» para que la naturaleza los curara. Decía que ni los médicos ni las enfermeras curaban a la gente.

En 1933 y 1934, Effie J. Taylor, la definió como «la adaptación de la terapia prescrita y el tratamiento preventivo a cada individuo, según sus necesidades físicas y psíquicas específicas». Pero ella también dijo: «La verdadera naturaleza de la enfermería sólo puede transmitirse a través de ideales, amor. Simpatía, conocimiento y cultura, expresados mediante la práctica de procedimientos artísticos y relaciones humanas.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras, la enfermería se define del siguiente modo:

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.¹

Virginia Henderson también dio concepto de lo que era enfermería para ella. Escribió “la función propia de una enfermera es asistir al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas que contribuyen a la salud o a su recuperación (o una muerte tranquila) que podría realizar por sí mismo si tuviera la fuerza suficiente, voluntad o conocimiento, y a realizarlo de tal forma que lo ayude a adquirir su independencia lo más rápido posible”

¹ <http://bvs.sld.cu/revistas/Enfermeria/Enfermeria1.pdf>

Abdellah:

Es tanto un arte como una ciencia que moldea las actitudes, la capacidad intelectual y las habilidades técnicas de cada enfermera en un deseo de ayudar a la gente enferma o no, haciendo frente a sus necesidades sanitarias. Es un arte y una ciencia que incluye actividades, conceptos y habilidades. • La enfermería es el encuentro con el paciente y su familia, durante el cual la enfermera observa, ayuda, comunica, atiende y enseña y contribuye la conservación de un buen estado de salud, y proporciona el cuidado durante la enfermedad hasta que el paciente sea capaz de asumir la responsabilidad de sus propias necesidades básicas como ser humano, por otra parte, cuando se requiere se brinda al moribundo ayuda compasiva y misericordiosa.²

Kerouac menciona al proponer un modelo de formación asociada al impacto de la integración teórico práctica, fundamentado en la realidad social en que éstos se desenvuelven, apuntando hacia una prospectiva que integra una base teórica asociada a experiencias de aprendizaje que promuevan el pensamiento crítico, la cohesión gremial, el fomento a la iniciativa, la toma de decisiones responsable, el respeto al medio y la biodiversidad cultural, establecer redes de comunicación, el fomento a la investigación, administrar el tiempo, los recursos físicos, materiales y humanos disponibles para la atención de los usuarios que demandan atención y cuidado para su salud; así como adaptabilidad y lealtad institucional.

Entre las actitudes que una enfermera debe desarrollar podemos mencionar las respaldadas por filosofías de la profesión, los códigos de ética y bioética, los derechos de los pacientes, los derechos de las enfermeras y la lealtad y compromiso con la enfermería. Por lo que debemos considerar que el valor de la Enfermería en un mundo cambiante, postula como uno de los desafíos al que se ve enfrentado el profesional de enfermería en un contexto de rápido cambio, las

²<http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/29939/27827>

nuevas formas de hacer los trabajos, la adaptación y la flexibilidad y cómo las enfermeras podemos utilizar nuestros valores para abrir el camino hacia el futuro.

El ser de la enfermería se apoya de las materias de ética y bioética de forma transversal en el plan de estudios, pretendiendo que se reflejen en las actitudes y valores de las futuras enfermeras al brindar cuidado con calidez y alto sentido humanitario, mismo que es altamente demandado por las sociedades contemporáneas.

En la organización del personal de enfermería donde participan enfermeras profesionales y no profesionales en un equipo para lograr una cirugía segura y de calidad. Sin embargo, en la realidad porque el liderazgo no se ejerce adecuadamente por las diferentes características personales de las enfermeras y los médicos, repercutiendo en una mala comunicación y con ello que las cirugías planeadas no se realicen en el tiempo programado. En la actualidad en donde se busca la calidad del cuidado y los procesos que se realizan con los pacientes para la obtención de resultados satisfactorios por las intervenciones efectivas y eficaces³.

4.2 El concepto de persona, como determinante del cuidado

El análisis del concepto de persona, desde una perspectiva filosófica aporta a la disciplina de Enfermería profundización en el conocimiento del ser a quien se brinda atención, ya que es punto de partida para otorgar cuidados en la experiencia de la salud, con conocimiento de aquellas características que no deben ser obviadas al ser cuidador del otro.

En la persona se sintetizan naturaleza racional, cuerpo, alma o espíritu, características que conforman la individualidad de cada ser, que ofrecen la posibilidad de darse cuenta de lo que desea y la conciencia de sí mismo, es lo que le hace elegir aquello que le aportará beneficio en su deseo de alcanzar el bienestar, es lo que le da libertad, aunque esa autonomía en la persona esta

³<http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/download/235/260>

influenciada por los valores que rigen su conducta en la sociedad. El reto es grande, pero al cuidar del otro en función de lograr su bienestar implica, tomar en cuenta todo lo que conforma a la persona, en su sentido individual como social, ya que sólo así es posible decir que se cuida del otro, de su existencia o de su fin digno, recordando y respetando la persona que ha existido en el mundo.

Se debe reflexionar en la visión que ha predominado en nuestra profesión sobre la persona, para avanzar hacia otros paradigmas que permitan trascender más allá de la perspectiva técnico – científica y reflexionar en el cuidado, a partir de la comprensión existencial de la persona en su dimensión humana, una de las propuestas para ello está en el estudiar las ciencias humanas a través del paradigma de la fenomenología que las ha enriquecido.

Es imprescindible pues, que se estudie de manera diferente a la persona, para que lo llamado como cuidado responda realmente a ello, es decir construir una asistencia para cada persona y no ajustar a la “persona” a nuestro “cuidado”.

Sea entonces un espacio de reflexión en donde se evidencie que la forma de comprender a la persona, implica una forma de vivir y desarrollar el cuidado, en donde los profesionales de enfermería somos absolutamente responsables.⁴

4.3 Cuidado humanizado

El cuidado es la esencia misma de la Enfermería. La enfermería existe desde que existe el ser humano. La historia de los cuidados y por lo tanto de la enfermería, se enmarca alrededor del proceso histórico de las distintas civilizaciones, desde la prehistoria con los cuidados por la supervivencia, hasta nuestros días, pasando por las distintas culturas antiguas, la edad media y la moderna, hasta llegar a la contemporánea, donde aparecen enfermeras ilustres como Florence Nightingale.

⁴ <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/29939/27827>

En todo este largo proceso se pasa de lo mítico a lo racional, de un pensamiento dualista a un pensamiento empírico; pero, en todas las épocas existe algo en común: cuidar es ayudar a vivir e intentar evitar el sufrimiento y también, ayudar a morir. Virginia Henderson afirmó que «La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible».

La enfermera desarrolla su trabajo, los cuidados, inmersa en unas instituciones fundamentadas en el modelo biomédico y curativo que reduce lo humano a una expresión biológica alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado. Pero ésta no es más que una de las causas que provocan una deshumanización en los cuidados enfermeros que se puede ver reflejada en la práctica diaria. La aplicación de las nuevas tecnologías, la búsqueda de la eficiencia, la sobrecarga de trabajo, el síndrome del burn-out, y un largo etc...., son otras de las muchas causas que profundizan la deshumanización de los cuidados enfermeros.

No es extraño observar cómo hablamos con muestras de prisas con pacientes y cuidadores. No es extraño tampoco charlar con nuestro compañero de cuestiones ajenas al paciente mientras realizamos a éste alguna intervención.

Tampoco lo es realizar intervenciones sin tener en cuenta la necesidad e importancia de salvaguardar la intimidad del paciente. Son un largo etcétera de actos, en la mayoría de las ocasiones inconscientes, que realizamos a lo largo de nuestra jornada de trabajo que en poco ayudan a la Humanización de los Cuidados de Enfermería. Seguramente, si nos detenemos un momento a reflexionar sobre ello, comenzarán a fluir un reguero de circunstancias, casos y anécdotas que no harán más que poner de manifiesto la práctica deshumanizante en que se ha convertido el Cuidado Enfermero. Pero, ¿y si además nos hacemos las siguientes preguntas?: ¿Cuál es la causa de cada una de esas circunstancias, casos y anécdotas? Y por último, ¿cuál es la solución? ¿Cómo podemos evitar

prácticas deshumanizantes en el desarrollo de nuestro trabajo? En el fondo, no es más que aplicar la estrategia: Ver – Pensar – Actuar. Pero cuando ese análisis, esa reflexión, la llevamos a cabo ya no de manera individual, sino colectiva y dentro de un proceso participativo, las conclusiones acerca de la humanización en los cuidados no sólo son útiles a un individuo, a una sola enfermera que de manera aislada pretenda dar un giro al modelo biomédico y curativo, sino que pretende convertirse en un pequeño tsunami que vuelva a reconducir los cuidados enfermeros desde una expresión biológica a una más humana y holística, la esencia misma de la Enfermería.

A través de los tres procesos, conocer, pensar y actuar, las enfermeras tienen al alcance de su mano ser las autogestoras de la humanización en los cuidados, las que van a reflexionar en común y las que van a encontrar las causas y las posibles soluciones y/o alternativas a la praxis deshumanizante. La OMS considera el trato “digno” del paciente, como una de las tres dimensiones para la “Evaluación del desempeño de los sistemas de salud”.

Pero de nada sirve reflexionar sobre nuestra práctica diaria si somos incapaces de entender el concepto de Humanización. Para ello, debemos primero hacer una reflexión sobre dicho concepto y contextualizarlo en el mundo en el que vivimos y nos desarrollamos como personas, para así, partiendo de un análisis más general y más global, terminar por encontrar la relación del mismo con lo más cercano, nuestra vida diaria, comenzando por nuestro desarrollo profesional. Desde lo global hacia lo local: “Una reflexión sobre nuestra práctica profesional: los cuidados.”

Si hacemos esto, seremos conscientes de que vivimos en un mundo deshumanizado y deshumanizante, donde el ciudadano, sujeto de derecho se ha convertido poco a poco en un sujeto de consumo, donde nadie queda a salvo del trinomio Tener/Ser/Seguridad, donde la sociedad misma y sus relaciones deshumanizan, como deshumanizamos nuestros cuidados. Por lo tanto, una buena forma de influir de alguna manera en humanizar la sociedad, el mundo en el que vivimos, es sin duda, humanizarnos nosotros mismos y nuestros cuidados.

Pero no es objetivo del presente escrito juzgar, criticar, ni hacer demagogia. Tampoco pretende buscar causas ni soluciones en el ámbito de lo global ni lo local. Pretende tan sólo facilitar una herramienta útil a los profesionales de enfermería para que entre todos reconduzcamos nuestra profesión hacia esa visión más humanista y holística del cuidado.

Pero, ¿cómo podemos desarrollar esta idea? Comencemos por establecer el fundamento metodológico de esta propuesta, y luego profundizaremos en su desarrollo.

Modificar malos hábitos adquiridos, encontrar deficiencias o problemas ergonómicos que puedan influir en deshumanizar nuestros cuidados, así como las posibles soluciones, que es de lo que realmente hablamos, lo haremos empleando un método fundamentado en la investigación y aprendizaje colectivo de la realidad, basado en un análisis crítico con la participación activa de los grupos implicados, que se orienta a estimular la práctica transformadora y el cambio: Investigación Acción Participativa. Supone, por lo tanto, un proceso participativo y democrático, que es a la vez modesto y sencillo al alcance de todos, donde todos se convierten en parte activa de la transformación y el cambio, donde todos se convierten en investigadores.⁵

4.4 Paciente quirúrgico

El cuidado al usuario con tratamiento quirúrgico requiere de una estructura formada por personal profesional de enfermería y médicos, de una planta física como es el área quirúrgica, en donde se realizan los tratamientos quirúrgicos y de servicios de apoyo.

⁵<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-092-08.pdf>

El proceso quirúrgico tiene tres partes (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio), en las que las circunstancias del paciente y las actividades de enfermería son diferentes. Los profesionales de la enfermería quirúrgica deben conocer con detalle estas fases.

Para garantizar la correcta asistencia en el proceso quirúrgico por parte de los/as enfermeros/as disponemos de dos medios fundamentales: uno es la formación de los profesionales y el otro es la estandarización de los procesos a aplicar.

Se entiende por enfermería perioperatoria: “El papel que la profesión de enfermería ha desarrollado con la asistencia del paciente quirúrgico. Esta disciplina comprende su asistencia total antes, durante y después de la cirugía. Entre los deberes de la enfermera perioperatoria se incluye el desarrollo y la implantación de un plan preoperatorio de asistencia al paciente”.

Se describen a continuación las fases del proceso quirúrgico:

Preoperatorio: comienza cuando se toma la decisión de someter al paciente a una intervención quirúrgica. Durante esta fase, la enfermera identifica las necesidades fisiológicas, psicosociales y espirituales del paciente, así como los problemas potenciales. A continuación, el profesional enfermero lleva a cabo las acciones encaminadas a resolver cada uno de los problemas que se hayan planteado, ofreciendo así una ayuda individualizada. Esta fase termina cuando el paciente se traslada a la mesa quirúrgica.

Intraoperatorio: empieza con el traslado del paciente a la mesa quirúrgica. Todas las actividades se enfocan con el único fin de cubrir sus necesidades y de procurar su bienestar durante todo el proceso; el paciente reconoce a la enfermera que ha realizado la visita preoperatoria y establece con ella una relación paciente-enfermera. En esta fase el profesional enfermero ha de realizar sus funciones dentro del plan quirúrgico con habilidad, seguridad, eficiencia y eficacia. Esta etapa finaliza cuando se admite al enfermo en la sala de recuperación.

Postoperatorio: se inicia con la admisión del paciente en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) y finaliza cuando el cirujano suspende la vigilancia. Las enfermeras deben cerciorarse de que todos los procedimientos y técnicas de enfermería se ejecutan de forma correcta; así, los indicadores del buen resultado del proceso perioperatorio serían la satisfacción de todas las necesidades del paciente y el logro de los resultados deseados⁶.

Antes de la realización de cualquier procedimiento quirúrgico, los pacientes deben ser preparados de forma adecuada para minimizar el impacto y los riesgos potenciales de la intervención. Esto incluye una preparación tanto física como emocional. Para ello se cuenta con herramientas como la consulta preanestésica y la consulta preoperatoria.

Los pacientes que esperan una intervención quirúrgica suelen experimentar distintos miedos y esperanzas. El personal de enfermería debe determinar las percepciones, emociones, conductas y sistemas de apoyo que pueden ayudar o interferir en la capacidad del paciente para progresar durante el período quirúrgico. Una enfermera no apresurada y comprensiva invita a la confianza del paciente.

Enfermería brinda el cuidado de los pacientes las 24 horas del día, en los servicios de urgencias, hospitalización y las áreas restringidas como son el quirófano, la UCI, entre otras; esto le permite compartir emociones y vivencias de las personas y ayudarlas a satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales cuando una persona enferma acude al hospital, se siente amenazada o temerosa por el proceso de enfermedad y espera tener una atención óptima.

Lamentablemente es muy común observar que en muchos casos los profesionales del cuidado en el área quirúrgica olvidan la parte humanística de su profesión dando como resultado una atención de regular calidad, lo cual le conlleva a generar un temor y recelo en el paciente a ser atendido.

⁶ <https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/bloquequirurgico.pdf>

Según las experiencias vividas que tenga la persona así será la respuesta, ya sea positiva o negativa, sobre todo cuando se vea sometido a un proceso que le genere estrés, de esta forma tendrá la capacidad para poder tomar mejores decisiones sabiendo cómo manejarlas. Pero si las experiencias son desfavorables esto podría influir negativamente en su estado de ánimo, repercutiendo en su estado de salud.

La cirugía en cualquier persona conlleva a un estado de estrés, ya que experimentarán un cambio repentino en su estilo de vida, siendo de suma importancia que el profesional de enfermería brinde un cuidado integral y humano a estos pacientes ya que de ello dependerá el restablecimiento del equilibrio fisiológico, la prevención del dolor y las posibles complicaciones que se puedan presentar en el paciente pos operado.

Enfermería al brindar asistencia al paciente es proveedora de cuidado, y como característica de este se contempla la calidad en el servicio que se otorga. La Organización Mundial de la Salud define calidad como *"el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima; se deberá tener en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico para lograr un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del paciente"*.

Investigar la percepción de los pacientes hospitalizados es un proceso complejo ya que depende de las características específicas de este (su cultura, expectativas, factores personales), así como de experiencias previas y de la propia enfermedad.

El Sistema de Salud mexicano, con la convicción de mejorar los servicios y eliminar la poca confianza que le otorga la población, desarrolló la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual, propone abatir las inequidades entre entidades, instituciones y niveles de atención, tomando como

eje de acción a los recursos humanos del mismo sistema, ubicando al personal de enfermería como vector de calidad con apego al respeto de la dignidad humana, bajo principios éticos y científicos. La entonces Comisión Interinstitucional de Enfermería, estableció el Sistema de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, gestionados a partir de indicadores, los cuales permitieran controlar el riesgo de daños innecesarios al paciente e identificar su percepción en cuanto al trato recibido. El Indicador de “Trato Digno por Enfermería” (TDE), es uno de los tres primeros que se posicionó para la evaluación del quehacer profesional de enfermería en su dimensión técnica e interpersonal. Se define como “la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria”. En dicha Cruzada, se estableció que la buena calidad es la que satisface a los usuarios y es claramente percibida, de tal forma que su percepción se traduce en actividades que incrementen su satisfacción y fundamenten las intervenciones para mejorar la calidad, con énfasis

El trato digno como derecho constitucional y humano. El trato digno por enfermería se apega entonces al respeto de los Derechos Generales de los Pacientes, así como al cumplimiento del Decálogo de Ética de las Enfermeras y Enfermeros de México.

4.5 Calidad

De acuerdo con el diccionario de la lengua española, la palabra calidad proviene del latín *qualitas*, *-atis* y significa propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie⁷. Esta definición además de proporcionar un significado común, da la pauta para calificar la calidad de cualquier producto o servicio con distintos niveles o grados, con relación a un referente determinado, por ejemplo mejor, igual, peor,

⁷ Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, Real Academia Española, Madrid, 1996, p. 257.

mejor que, etc. permitiendo llegar más allá de la emisión de un calificativo absoluto de existencia o ausencia de calidad. En cuanto a calidad de la atención en salud, una de las definiciones más reconocidas, es la enunciada por A. Donabedian, quien establece:

“La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios.⁸

El mismo autor señala dos dimensiones fundamentales de la calidad que están íntimamente enlazadas, la técnica y la interpersonal; en la primera considera la aplicación de conocimientos y técnicas para la atención a la salud y en la segunda, la relación que se establece entre los proveedores de servicios y los usuarios de los mismos sin dejar de considerar para ambas dimensiones el contexto sociocultural donde se otorgue el servicio⁹. (Monografía de la garantía en calidad, 2004)

Con frecuencia, el equipo médico le da más importancia al aspecto técnico, mientras que el interpersonal lo resaltan más los usuarios de los servicios. Sin embargo, es necesario reconocer que ambos aspectos tienen igual importancia en el otorgamiento de servicios de salud; los aspectos técnicos son indispensables para lograr atención eficaz, eficiente y efectiva; y, no hay duda que una buena relación proveedor-usuario, cimentada en el respeto mutuo, determina en gran medida resultados exitosos para la salud, al propiciar mejor adhesión terapéutica y a la institución de salud, además de mayor satisfacción de usuarios y de proveedores.

Donabedian también hace referencia a tres enfoques útiles para evaluar la calidad: La estructura, el proceso y el resultado. (Donabedian, 2000)

⁸ Salud Pública de México. *Avevis Donabedian*, Vol 42 no.6 Noviembre-Diciembre de 2000

⁹ Center for Human Services, *Monografía de la garantía en calidad*, Junio 2004

En la estructura engloba los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención. En el proceso incluye todo lo que el personal de salud hace por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo realiza; considera también en este rubro lo que los propios usuarios hacen por ellos mismos.

Los resultados incluyen los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado, buenos o malos; la satisfacción del usuario y del personal de salud; el conocimiento que se genera durante la atención para las personas que reciben los servicios y para los que lo otorgan. Diversos autores coinciden básicamente en esos enfoques para evaluar la calidad.

De esa concepción se desprende la necesidad de reconocer que para dar atención de alta calidad debe haber recursos suficientes para el tipo de servicio que se otorga, sin dejar de ver que su incremento no necesariamente va a relacionarse con la mejora de la calidad y que incluso, el exceso o el mal uso de recursos puede ir directamente en su detrimento. También es necesario contar con un diseño organizacional acorde a los servicios que se otorgan; es evidente que si existe una inadecuada definición de autoridad; indefinición de responsabilidades; problemas de comunicación, de coordinación o de control, impactarán de manera negativa en la calidad de los servicios.

El proceso de la atención se relaciona directamente con la calidad del servicio, por lo que dirigir esfuerzos que aseguren que el personal de salud desarrolle de la mejor manera posible los procesos diagnósticos, terapéuticos, de promoción de la salud y de servicios en general, contribuye en mayor medida a garantizar una buena calidad de atención. Del mismo modo, realizar un monitoreo sistemático al cumplimiento de dichos procesos asegura prevenir y detectar oportunamente problemas que podrían generar resultados negativos en la prestación de servicios y, obviamente, para la salud.

Por otra parte, es necesario también tener siempre presente, que otorgar servicios de salud implica, más que en cualquier otro tipo de servicios, una interacción muy

humana, donde la población usuaria se encuentra en situaciones particulares: viven un mayor nivel de dependencia hacia el personal de salud, fundamentalmente por la carencia de información y de conocimientos de los aspectos médicos; frecuentemente acuden a buscar los servicios con un estado anímico particular, sobre todo si existen sospechas o evidencia de problemas de salud, lo que conlleva diversos grados de preocupación o angustia, inseguridad, incertidumbre, ansiedad, tristeza, etc.¹⁰

Estas emociones se agravan por el trato que el personal de salud da con frecuencia a los usuarios, despersonalizado e indiferente; las personas se transforman en un número de cama o de expediente, o en una enfermedad (la señora de la cama 20, el señor del cáncer o la paciente de la histerectomía, etc.). Dicho trato es matizado, en muchos casos, de acuerdo a las características personales, de las personas atendidos, fundamentalmente sociales y culturales, no es infrecuente ver como se da un trato diferente a pobres y a ricos, en los servicios públicos y los privados, etc.

También puede observarse distinta respuesta de los usuarios, puede ser de agresividad o exigencia hacia el personal de salud, sin embargo, la mayoría de las veces, sobre todo en instituciones públicas donde se atiende a personas de bajos recursos, la respuesta es de sometimiento, ante su impotencia y necesidad del servicio. (Deming, 1986)

Los proveedores de servicios, por su parte, con frecuencia también están sometidos a tensiones diversas: sobrecarga de trabajo, obligación de cumplir metas numéricas con relación a sus servicios, la realización de procedimientos médicos o quirúrgicos difíciles y estresantes, el involucramiento emocional con las situaciones de las personas que atienden y, en muchos casos, la falta de reconocimiento a su labor realizada. Esto influye en su estado anímico puede generar en ocasiones, agresividad o indiferencia hacia las personas que reciben

¹⁰ Deming, W. E., *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*, Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1986.

su atención. Todo lo anterior propicia un vínculo interpersonal deficiente con la consecuente mala calidad de la atención¹¹.

Es pues importante reflexionar sobre el aspecto humano que caracteriza los servicios de salud, fundamentalmente en las instituciones de servicio público y establecer mecanismos que permitan subsanar las fallas.

En el país, el término calidad en servicios de salud surge de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud en el 2000, donde se encontró que cuatro de cada diez mexicanos manifestaron quejas por falta de amabilidad del personal de salud.

Debido a esta información nace el Programa Acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en donde la calidad se concibe desde dos puntos de vista: 1) atención médica efectiva, donde se incorporan indicadores que identifican el cumplimiento de los estándares de la atención de enfermería y 2) Trato Digno cuyas principales características son el respeto a los derechos y características individuales de los pacientes, en donde además se respeta la raza y credo del paciente.

Se abordan aspectos desde hablar a la persona por su nombre y conservar sus condiciones de intimidad. Información completa y oportuna, donde se incluye aspectos de información acerca de los diversos procedimientos que se le realizan a la persona en la consulta o durante la hospitalización y la educación para la salud que se debe proporcionar tomando en consideración su padecimiento. Debe mostrar interés en la persona y considerar aspectos de cómo la enfermera (o) se interesa por una estancia confortable en la consulta. La amabilidad, es la parte en la que se exploran aspectos de comunicación, camaradería y comprensión de la enfermera por el paciente y su familia. (Juran, 1990)

La calidad es un elemento importante en la atención que incluye el Trato Digno, donde se respetan los derechos individuales del paciente y proporciona una

¹¹ Juran, J. M., *Juran y el liderazgo para la calidad. Un manual para directivos*, Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1990

atención efectiva, eficiente y con ética profesional, que resulte en una efectiva atención al paciente y a la familia. Por lo que el Trato Digno es la percepción que tiene el paciente o su familiar acerca del trato y atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia en las diversas instituciones de salud (SS, 2001)¹². (salud, 2001)

El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) integra evidencia acerca de la calidad técnica y percibida, propone el método de semaforización que señala con rojo las evaluaciones menores al estándar, con amarillo las inferiores pero cercanas al estándar y con verde las iguales o superiores (SS, 2009a). Este modo de evaluar permite identificar de forma general el cumplimiento del indicador de cada uno de sus criterios¹³.

4.6 Indicadores de calidad en enfermería

Concepto

Son instrumentos de medición, basados en hechos y datos, que permiten evaluar la calidad de los procesos, productos y servicios para asegurar la satisfacción de los clientes, es decir miden el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para una determinada actividad o proceso empresarial. Los indicadores de calidad, idealmente pocos aunque representativos de las áreas prioritarias o que requieren supervisión constante de la gestión.

Objetivo

¹²Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad (s/a). Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Fundamentos. México; Secretaría de Salud

¹³ <http://eprints.uanl.mx/3049/1/1080227443.pdf>

Mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas de medición, que garanticen 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.

Indicadores

1. Ministración de medicamentos por vía oral
2. Vigilancia y control de la venoclisis instalada
3. Trato digno
4. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados
5. Prevención de úlceras por presión a paciente hospitalizados
6. Prevención de infecciones por sonda vesical instalada.

Ministración de medicamentos por vía oral

El personal de enfermería, debe cumplir siete criterios establecidos para la ministración de la medicación vía oral

1. Verifica que los datos del registro del medicamento y el nombre del paciente correspondan.
2. Verifica el nombre y presentación del medicamento (medicamento correcto, vía de administración correcta).
3. Verifica la caducidad del medicamento (caducado o contaminado).
4. Verifica la dosis y hora de ministración del medicamento correcto y hora correcta.

5. Le habla al paciente por su nombre y le explica sobre sobre el procedimiento que le va a realizar (identificación verbal del paciente, identificación visual pulsera, brazalete, comunicación al paciente o familiar).
6. Se cerciora que el paciente ingiera el medicamento (vía correcta, comunicación efectiva enfermera-paciente).
7. Registra el medicamento I término del procedimiento en el formato establecido.

Vigilancia y control de la venoclisis instalada

1. Solución con menos de 24hrs.
2. solución con membrete conforme a la normatividad
3. Venoclisis y equipo con menos de 72hrs. Instalado
4. Venoclisis libre de residuos
5. Sin signos de infección
6. Catéter instalado firmemente y limpio.
7. Solución parenteral con circuito cerrado

Trato digno

1. ¿La enfermera(o) lo saluda en forma amable?
2. ¿Se presenta la enfermera (o) con usted?
3. ¿Cuándo la enfermera (o) se dirige a usted lo hace por su nombre?
4. ¿La enfermera (o) le explica sobre los cuidados/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 su familia de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?
10. ¿Hay continuidad en los servicios de enfermería las 24hrs del día?
11. ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera (o)?

Prevención de caídas en pacientes hospitalizados

1. Valora y registra factores de riesgo de caída en el paciente
2. Establece intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo de caída

3. Seguridad del paciente
4. Informa sobre riesgo de caída
5. Orienta sobre seguridad del paciente
6. Intervenciones de enfermería de acuerdo al plan de cuidados
7. Registra incidentes o accidentes que presente el paciente.

Prevención de úlceras por presión a paciente hospitalizados

1. Factores de riesgo que predisponen al paciente en la aparición de UPP
 2. Intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo.
 3. Elementos que previenen upp
 4. Orienta sobre prevención de upp
 5. Revalora intervenciones de enfermería de acuerdo al estado del paciente.
- Indicadores de calidad definición

Prevención de infecciones por sonda vesical instalada.

1. La bolsa se mantiene por debajo del nivel de la vejiga

2. La sonda vesical está fija de acuerdo al sexo del paciente.
3. la sonda se encuentra con membrete de identificación
4. El sistema de drenaje se mantiene permanentemente conectado
5. Registra los datos referentes al funcionamiento de la sonda y tubo de drenaje
6. Registra días de instalación de la sonda y corrobora prescripción médica.
7. Reporta signos y síntomas de evidencia en infecciones de vías urinarias
8. Medidas Higiénicas al paciente
9. Anota medidas de orientación al paciente y familiares.¹⁴

4.7 Trato digno

Es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas en toda la extensión de la palabra más que como pacientes debido a la relación asimétrica que la enfermedad o discapacidad puede establecer.

El Indicador de “Trato Digno por Enfermería” (TDE), es uno de los tres primeros que se posicionó para la evaluación del quehacer profesional de enfermería en su dimensión técnica e interpersonal.

Se define como “la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria”.

¹⁴ <https://sinfronteras.edu.mx/wp-content/uploads/2017/06/Indicadores-de-calidad-en-enfermeria.pdf>

En dicha Cruzada, se estableció que la buena calidad es la que satisface a los usuarios y es claramente percibida, de tal forma que su percepción se traduce en actividades que incrementen su satisfacción y fundamenten las intervenciones para mejorar la calidad, con énfasis en el trato digno como derecho constitucional y humano.

El trato digno por enfermería se apega entonces al respeto de los Derechos Generales de los Pacientes, así como al cumplimiento del Decálogo de Ética de las Enfermeras y Enfermeros de México.

Lo anterior surgió como necesidad de satisfacer a la población usuaria, con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000, en donde la población sostuvo que los servicios de salud de sus comunidades habían empeorado en comparación con los resultados de 1994; el 15% de la población aseguró no haber recibido un trato digno en la institución de salud en la que solicitó atención.

Preguntas del instrumento para medir la Percepción del usuario del trato digno por enfermería, modificado del original realizado y avalado por la Secretaría de Salud (F1-TDE/02)

1. ¿La enfermera (o) lo saluda en forma amable?
2. ¿Se presentó la (el) enfermera (o) con usted?
3. ¿Cuando la enfermera (o) se dirige a usted lo hace por su nombre?
4. ¿La (el) enfermera (o) le explica sobre los cuidados o actividades que va a realizar?
5. ¿La (el) enfermera (o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?
6. ¿La (el) enfermera (o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guarden su intimidad y/o pudor?

7. ¿La (el) enfermera (o) le hace sentir seguro al atenderle?
8. ¿La (el) enfermera (o) lo trata con respeto?
9. ¿La (el) enfermera (o) le enseña a Ud. o su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?
10. ¿Hay continuidad con los cuidados de enfermería?
11. ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la (el) enfermera (o)?

4.8 Trato adecuado

El trato adecuado es un concepto relativamente nuevo que debe ser claramente diferenciado del concepto de "satisfacción del paciente", el cual se relaciona tanto con las interacciones clínicas como con aspectos no médicos. El trato adecuado, por su parte, se enfoca exclusivamente en los aspectos no médicos de la interacción del usuario con el sistema y no incorpora los aspectos clínicos de esta interacción.

Con fines operacionales, el trato adecuado ha sido desagregado en ocho dominios, los cuales se enumeran a continuación junto con una breve descripción:

- a) autonomía, que es la capacidad del usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud;
- b) confidencialidad, que se relaciona con el derecho de los usuarios a mantener el control sobre el acceso a la información sobre su salud;
- c) comunicación, que significa que el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su problema y sobre las distintas opciones de tratamiento;

d) trato digno, que implica que el usuario sea atendido con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona;

e) atención pronta, que se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la recepción de ésta;

f) condiciones de las comodidades básicas, que evalúa, entre otros aspectos, la limpieza de los baños y de las salas de espera, la amplitud de éstas y la calidad de los alimentos servidos a los hospitalizados;

g) acceso a redes de apoyo social, que implica que los usuarios hospitalizados no se encuentren aislados y se mantengan en contacto con sus familiares o con otros miembros de sus redes de apoyo, y

h) capacidad de elección del proveedor del servicio, que significa que los usuarios puedan decidir con quién y dónde atenderse.

Estos dominios fueron identificados, seleccionados y definidos por diferentes grupos de expertos convocados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), provenientes de diversos contextos culturales, que se reunieron con el fin explícito de integrar en el concepto de trato adecuado los aspectos más relevantes de la interacción de los usuarios con el sistema de salud.

Lo novedoso del concepto de trato adecuado es una de las razones por las que existen escasos antecedentes sobre la medición del mismo. Las evaluaciones previas se han basado fundamentalmente en entrevistas a informantes clave y han sido criticadas tanto desde el punto de vista conceptual como de los procedimientos metodológicos empleados. El único antecedente de medición de trato en México bajo este marco conceptual fue la realización de una encuesta en poco menos de 5 000 hogares durante 2001, que carecía de representatividad estatal y cuyos resultados no fueron publicados.¹⁵

¹⁵<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4684/5158>

4.9 Trato digno en el perioperatorio

Definiendo Dignidad

Pensemos entonces en todas aquellas percepciones que cada uno de nosotros tenemos del Hospital y del Área Quirúrgica en concreto, incluso antes de no haber pisado todavía el suelo por aquí.

Es justo cuando vives la experiencia como paciente que se inicia un aprendizaje nuevo. Así como cuando como profesional sanitario, ya seas médico, enfermera, auxiliar o celador entre otros, inicias un camino nuevo en tu vida lleno de aprendizajes sensoriales con los que construirás y forzarás unas habilidades, que te llevarán a actuar de una u otra manera en tus competencias como profesional pero fundamentadas en unos valores y principios que llevas puestos internamente. Esos que todo ser humano posee y que son cultivados gracias a la familia con la que ha estado rodeado en su crecimiento y desarrollo.

El valor de la dignidad es uno de ellos y quizás no lo tengas presente. Con esta entrada de hoy vamos a aportar a tu actividad enfermera un poco más de dignidad.

¿Qué es entonces la dignidad del paciente?

La dignidad trata acerca de cómo las personas sienten, piensan y se comportan en relación al valor de ellos mismos y de otros. Hablar de humanización entonces es reclamar la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella se derivan.

Te explico...

Humanizar una realidad como la de los quirófanos significa hacerla digna de la persona humana, es decir, coherente con los valores que percibe como peculiares e inalienables. Hacerla coherente con lo que permite dar un significado a la

existencia humana, todo lo que le permite ser verdadera persona, y sí, también en un quirófano.

Sin duda, humanizar es también el derecho a una relación de ayuda adecuada a la situación de cada uno. Y este valor primario de la dignidad de la persona debe iluminar el uso de la tecnología que utilizamos en el área quirúrgica, a fin de que el uso de ésta no se vuelva deshumanizador por nuestra falta de responsabilidad.

Las declaraciones de los Derechos Humanos y por extensión las declaraciones de los Derechos de los Pacientes así como los Códigos de Ética Médica y de Enfermería hacen especial énfasis en el respeto a la dignidad de las personas y en la obligación de ofrecer un trato digno y respetuoso. Quizás la mejor respuesta para definir la dignidad la encontramos en Emmanuel Kant según el cual los seres humanos por el hecho de serlo, deben ser considerados fines en sí mismos. Aquello que es condición para que algo sea fin en sí mismo, que no tiene un valor relativo o preciso sino un valor interno, esto es dignidad.

De acuerdo a esta definición toda persona humana es merecedora de respeto incondicional y consideración una vez que ostenta un valor interno que la torna, única e insustituible. Si la dignidad trata acerca de cómo las personas sienten, piensan y se comportan en relación al valor de ellos mismos y de otros, tratar a alguien con dignidad es tratarle de una manera que los haga sentirse como individuos valorados. Sin importar su condición social, su estado físico o mental.

¿Cómo llevamos a cabo la preservación de este valor en nuestros quirófanos?

En el proceso asistencial la dignidad puede estar afectada por el entorno físico, la cultura de la organización, las actitudes de quienes atienden a los pacientes y el modo en que las actividades se llevan a cabo.

Cuando la dignidad prevalece, los pacientes se sienten en control, seguros y capaces de tomar decisiones. Por el contrario, cuando la dignidad está

menoscabada los pacientes se sienten devaluados, inseguros, humillados o avergonzados e incapacitados para tomar decisiones.

Por lo tanto, el valor de la dignidad en nuestra cultura organizacional dentro del Área Quirúrgica debe prevalecer sobre cualquier otro si queremos que nuestra actividad siga siendo humanizada, pues la humanización de nuestros cuidados en quirófano tienen que ser parte importante en nuestra escala de valores si pretendemos alcanzar objetivos reales con la persona humana, seguros para el paciente y de excelencia para la satisfacción de todos los que participamos en el proceso quirúrgico.

La dignidad se aplica tanto a aquellos que tienen uso de sus facultades como a aquellos que las han perdido.

Responsabilidades para la dignidad del paciente

Las responsabilidades se distribuyen en tres niveles:

- Gobierno.
- Instituciones.
- Personal Humano.

Dentro de las responsabilidades de los dos primeros se pone especial atención en lo que tiene que ver con la planta física y medio ambiente tanto en el servicio de Urgencias como en las áreas de hospitalización donde las condiciones comprometen tanto la seguridad como la dignidad de los pacientes:

- Pacientes hacinados, esperando el ingreso en una camilla o en un asiento.
- Condiciones de higiene poco adecuadas.
- Condiciones de hospitalización que no permiten preservar la intimidad de los pacientes; áreas comunes sin aislamientos adecuados.

- Condiciones de espacios poco íntimos para informar a familiares de cómo ha ido una cirugía.

En nuestros hospitales los pacientes están expuestos a la mirada de todos los presentes en todo momento (a menos que se trate de un procedimiento especial) lo que implica además falta de privacidad al recibir familiares o indicaciones de los médicos.

Pensemos tan solo en la posición del paciente que debe recibir una inyección intramuscular.

La disponibilidad de baños y aseos.

La necesidad de áreas destinadas a exámenes y procedimientos que puedan violentar el pudor. O de áreas destinadas a informar de malas noticias.

El alojamiento de mala calidad con muebles rotos, ausencia de áreas donde dejar sus pertenencias con seguridad...Carencias a nivel material (sábanas, pañales, agua embotellada, etc.) así como de recursos humanos.

Con respecto al personal sanitario parece algo más sencillo actuar sobre él.

Las recomendaciones que hacemos al personal son las siguientes:

1. Debe presentarse al paciente y familiares, tanto al inicio como en posibles conversaciones telefónicas, con su nombre y el cargo que ocupa. Debe además lucir una identificación en su ropa y la presentación es presencial.
2. Debe preguntar al paciente como desea ser tratado, por su título y apellido, por su apellido, por su primer nombre. Evitar términos como *abuelito*, *madre*, *querido*, *corazón*, etc. a menos que el paciente lo solicite.
3. Debe cuidar su lenguaje corporal: estar de brazos cruzados al pie de la cama o evitar el contacto visual resulta intimidante y hostil.

4. Mientras se está con el paciente deben evitarse llamadas personales al móvil, así como conversaciones privadas sobre cualquier tema con otros miembros del personal.
5. No debe compartirse información del paciente con personal que no esté directamente involucrado en su atención, ni discutir sus condiciones en un área pública.
6. Se debe respetar y estar atento a las condiciones culturales y religiosas de los pacientes.
7. Respetar su intimidad, avisando antes de entrar en su área o golpeando la puerta si está en una habitación.
8. Se debe pedir permiso para que médicos que no participan de su tratamiento estén presentes durante la visita.
9. Debe tenerse especial cuidado en el pudor de los pacientes retirando solo las ropas necesarias.
10. Si debe ser trasladado el paciente para un examen o consulta o para entrar a quirófano debe ir adecuadamente vestido y no debe estar esperando por tiempo prolongado su traslado.
11. No usar términos vulgares, ni hacer bromas que puedan ser malinterpretadas.

Por otro lado existen actividades y procedimientos invasivos que pueden comprometer la dignidad del paciente. Sólo vamos a mencionar algunos:

- Baño en cama, ayuda en la ducha o baños de inmersión.
- Colocación de cuña o botella para miccionar o defecar en cama.
- Ayuda para usar el baño, incontinencia de orina, extracción de fecalomas.
- Preparación del intestino.
- Examen vaginal.

- Examen rectal.
- Colocación en la mesa quirúrgica del paciente sin informarle cómo se va a proceder.
- Monitorización del paciente por varios profesionales a la vez y que al mismo tiempo le están hablando y colocando una vía periférica para la administración de sueroterapia y fármacos.
- Inducir al paciente a la anestesia general sin previo aviso de cuándo se va a dormir.
- Despertar al paciente de una anestesia general sin disminuir el ruido ambiental y tener conversaciones personales entre el personal asistente.

En cuya realización deben extremarse los mayores cuidados a fin que lo que realizamos rutinariamente no sea una violencia inadvertidamente ejercida sobre el paciente. Normalizar esta violencia conlleva a crear una cultura organizacional lejos de ser humanizada.

La cultura humanizada en un hospital y en concreto en el área quirúrgica puede surgir si en el interior de cada persona que está asignada al cuidado de otra, se logra desterrar los pensamientos y sentimientos negativos para este fin pues provocan rechazo, fastidio y desagrado causado por preconceptos, estereotipos o prejuicios.

De ahí la importancia de cuidar de tu crecimiento personal en tu rol enfermera, formarte en el desarrollo de tus habilidades como ser humano que cuida a otro ser humano.

¿Cómo tratamos a *un sin techo*, a una mujer afectada de violencia de género, a un drogodependiente...?. Con el agregado que en estos casos podemos actuar con un sesgo afectivo que nos induzca a caer en un error de atribución como es pensar que el paciente está ebrio, cuando en realidad sufrió una fractura de cráneo.

¿Lo hacemos con la misma compasión y respeto que trataríamos al gerente del hospital donde trabajamos, que a la mujer del médico compañero nuestro y que al psicoterapeuta de turno que lidera un grupo de drogodependientes?

El gran sabio que fue Maimónides lo expresó concisa y sensiblemente

*Que no vea en el paciente otra cosa que un semejante que sufre*¹⁶

4.10 Factores que influyen en la percepción del trato digno

Personalidad

Cuando se habla de personalidad, se refieren a un patrón de pensamiento, sentimiento y comportamientos profundamente incorporados, que persisten por largos periodos de tiempo. La persona debe de aprender de un mismo modo enfrentarse a situaciones semejantes, por ejemplo, aquellos que afrontaron una enfermedad terminal, probablemente también con la muerte de un familiar, o la pérdida de una mascota.

La percepción juega un papel muy importante en la personalidad de todo ser humano, ya que cada uno lo experimenta de manera diferente, a través de las vivencias, costumbres, creencias, y culturas que se van adquiriendo a lo largo de la vida.

Las experiencias que adquiera cada persona se verá reflejada en su personalidad ya que en cierta medida, puede predecir o determinar, los comportamientos ante diferentes situaciones.^[8] La complejidad del ser humano y la cantidad de factores que intervienen en su manera de actuar hacen imposible la identificación de un único predictor de comportamiento.

El carácter activo del ser humano significa que no es un receptor pasivo de la estimulación externa, si no que elige y, en gran medida, genera el escenario en el que se va a desarrollar su conducta. En ese sentido, las personas difieren en la manera en que categorizan las situaciones en las que se encuentran,

¹⁶ <http://raquelfrancovalenzuela.com/la-dignidad-del-paciente/>

interpretando y dando significado en los distintos indicios presentes en las mismas variables que definen el conjunto de recursos personales, desde los que la persona se enfrenta a la situación y pone en marcha el proceso dinámico de cualquier comportamiento.

La salud y la enfermedad forman parte de un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte prematura, muchas veces prevenible, y en el otro extremo se encuentra un elevado nivel de salud, al que difícilmente llega todo ser humano.

La salud, en términos físicos, forma parte de uno de los pilares de la calidad de vida, bienestar y en definitiva de la felicidad. El objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde a la medicina, sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo.

Determinantes de la salud

Estos determinantes de la salud son los mecanismos específicos de diferentes miembros de grupos socio-económicos que influyen en varios grados de salud y enfermedad, estos determinantes según Lalonde 1974, Ministro de Sanidad de Canadiense son:

- Estilo de vida: Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción o prevención primaria.

- Biología humana: Este determinante se refiere a la herencia genética, que no suele ser modificable actualmente con la tecnología médica disponible.

- Sistema sanitario: Es el determinante de salud, que podría influir menos, sin embargo es el determinante que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados.

- Medio ambiente: Se refiere a cualquier contaminación producida en el aire, suelo o agua que afecta a la salud de los individuos, tanto si la contaminación es biológica, física, química o la llamada contaminación sociocultural y psicosocial, en la que se incluye la dependencia, violencia, estrés, competitividad etc.

Reacción al medio

En un principio, debe considerarse que al paciente le aquejan diferentes situaciones, entre las que se pueden mencionar:

1. Incomodidad y molestias; sensaciones de malestar que pueden llegar a convertirse en dolor físico y psíquico.
2. Alteración de las capacidades vitales del individuo; que van desde imposibilitar al individuo en sus actividades cotidianas hasta problemas graves de relacionarse con el entorno.
3. Aislamiento; independientemente del cuidado que recibe; la enfermedad solamente la vive el enfermo que la padece. Incluso puede dar lugar a un sentimiento de injusticia al observar que no puede realizar lo mismo que los demás, o que no puede expresar realmente lo que le está sucediendo.
4. Miedo, temor. Que van desde el miedo al fracaso, a no recuperarse, a ser diferente, y principalmente al dolor.
5. Ruptura del proyecto existencial. Impide a la persona desarrollar sus aspiraciones, sus propósitos y sus acciones vitales.

La psicología médica ha estudiado las reacciones de las personas ante la enfermedad, que no son necesariamente permanentes, y que generalmente, se recobran cuando se recupera el estado de salud. Los profesionales de la salud deben conocer la posibilidad de que los usuarios experimenten las siguientes reacciones:

Ansiedad: Desde el punto de vista clínico es una emoción compleja, difusa y desagradable que se expresa con sentimientos de temor, tensión y emoción. Se acerca al miedo pero se diferencia en que éste es un sentimiento producido por un peligro presente o inminente, mientras la ansiedad es la anticipación ante un peligro.

En el momento en que el paciente conoce el diagnóstico de su enfermedad la ansiedad es mínima y menos comprensible.

En el enfermo la ansiedad tiene diferentes manifestaciones:

Nivel cognitivo. Sentimientos de ira, tensión emocional, miedo, dificultad para superar el problema, baja autoestima.

Niveles fisiológicos. Alteraciones del sistema nervioso autónomo, cardiovascular, aparato respiratorio y sistema muscular. Estas se expresan en palpitaciones e hiperventilación entre otras.

Nivel motriz. Vienen a ser el resultado de interacción fisiológica y cognitiva.

Se pueden caracterizar por temblores, tartamudeo, reacción de huida y sensación de pánico.

Regresión: Se refiere a la conducta que no corresponde con la edad cronológica y es motivada por la propia enfermedad. La persona sana con un rol activo pasa a estar enferma y adquiere un rol pasivo, por el estado de dependencia. El usuario siente que empieza a ser el centro de cuidados inusuales, deja de ser el mismo y se vuelve dependiente de los demás, propiamente en el entorno hospitalario. En algunas ocasiones el enfermo se vuelve caprichoso y rebelde, pierde su identidad y muestra actitudes de rebeldía por ejemplo: a la hora del baño diario, alimentación, cumplimiento de sus medicamentos, etc. puede tener miedo a quedarse solo, acusa al entorno de no esforzarse en su cuidado y puede desarrollar una baja autoestima.

Evasión: Se usa como medio de escape a las dificultades que se ve sometido en ese momento. El usuario puede exagerar los síntomas y minimiza los efectos del tratamiento. En algunas personas se evidencia porque viven su enfermedad como algo insoportable. A través de la enfermedad intentan la evasión del problema y el paciente puede generar la ruptura de sus vínculos con su entorno social.

Esa retracción se acoge como una situación legítima para evitar otras desagradables.

También puede volverse introvertido y sucede cuando los intereses del enfermo están produciendo egocentrismo con lo cual abandona las relaciones exteriores para centrarse en su problema.

Negación de la realidad: La persona niega la enfermedad o le resta importancia a la misma, evitando implicarse. Esta negación puede ser parcial o total. Se da inmediatamente después del diagnóstico constituyendo así un obstáculo para el tratamiento oportuno. Con esta reacción se disminuyen los niveles de ansiedad del usuario como mecanismo protector frente al miedo que la enfermedad produce.

Sentimientos de culpa: Implica mecanismos auto-correctivos con los que el usuario se siente culpable de su enfermedad. Se aísla y se deprime.

Entrega a la enfermedad: Los usuarios pueden sentir y vivir la enfermedad como un castigo merecido y justo. También hay casos en los que intentan obtener beneficios de su enfermedad buscando la liberación de responsabilidades y exigen ayuda externa, (accidentes laborales).

Y en otros casos, existen personas en las que la enfermedad les genera desarrollar acciones para poner a prueba sus temores.

Al describir estas reacciones, se invita a los profesionales salud a que independientemente de sus intervenciones, comprendan que deben apoyar a los usuarios en la superación de la enfermedad, brindándoles serenidad, y colaboración con los familiares de ellos.

Entorno de la enfermedad

La influencia que genera la percepción de factores externos e internos del paciente dentro del proceso de la enfermedad.

- 1- Factores sociales y económicos: pobreza, analfabetismo, empleo, desempleo, lejanía del centro hospitalario, costo elevado del transporte, condiciones de vida inestables, cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad.
- 2- El equipo o sistema de asistencia sanitaria: sobrecarga de trabajo, falta de incentivos, consultas cortas, incapacidad de establecer el apoyo de la comunidad, capacidad de autocuidado, relación médico - paciente deficiente.
- 3- Las características de la enfermedad: gravedad de los síntomas, grado de discapacidad, velocidad de progresión.
- 4- Autoestima: la baja autoestima es causa de trastornos psicológicos, de neurosis, depresión, problemas psicosomáticos y fallas de carácter, como la timidez, la falta de iniciativa, anticipación del fracaso, características que impiden el crecimiento en las personas.
- 5- Conspiración del silencio: cuando los que le rodean al paciente callan situaciones dolorosas para que no se vea afectado.
- 6- Sobreprotección: evitar a los pacientes esfuerzos físicos, desgastantes, emocionales, interacción con el exterior, tratándolos como una persona mucho más discapacitada de lo que realmente esta.

Periodo de duelo

Las etapas forman parte del vivir cuando se enfrenta a un proceso de transformación, por lo tanto se puede considerar como un mecanismo de aprendizaje y evolución si se asumen de buena manera, estas etapas dotan de

significado los sentimientos y percepciones que se están viviendo, aunque no todas las personas las viven con la misma intensidad y en el mismo orden.

Elizabeth Kubler-Ross describe 5 etapas para afrontar los procesos de duelo, los cuales constituyen un buen guion para entender las reacciones a grandes momentos de cambios no deseados.

1. Negación, es la etapa de las preguntas, de incredulidad en esta etapa no se cree lo que está sucediendo, las personas se niegan a aceptar lo que les ocurre y preguntándose si son capaces de afrontar la situación, esta etapa es una defensa temporal para la persona en la que presenta insensibilidad y todo a su alrededor se vuelve absurdo y solo recibe lo que cree que es soportable y alejan los razonamientos que no concuerdan con la forma de pensar.
2. Ira, este proceso se puede manifestar de diferentes maneras, contra los que causan el cambio, contra los seres cercanos muchas veces surge de manera espontánea luego de la notificación del cambio y otras veces tardíamente, la ira es una reacción natural ante el cambio.
3. Negociación, en esta etapa aparece la esperanza de la persona de retrasar la muerte, si se lleva un buen proceso da como resultado una autorresponsabilidad que le permita mantener un buen autocuidado, pero si es de culpa dolosa puede tener como consecuencia llegar a una parálisis de la acción.
4. Depresión, todas las etapas atrás descritas se basan más en fases del pasado, la persona cuestiona que fue lo que desencadenó el mecanismo que lo llevo al cambio; en esta etapa la depresión ya es el presente de la situación, se basa en una sensación de vacío y tristeza se hace evidente que ya no puede eludirlo, este sentimiento se puede trasladar al área social del individuo afectando sus relaciones personales.

5. Aceptación o rechazo, esta etapa se presenta con la paz y comprensión de que la muerte está acercándose, es la etapa de resolución aquí se acepta el cambio con todas sus consecuencias o se rechaza; aceptar no significa sentirse bien o estar de acuerdo con lo que le ha pasado, es asumir que hay una nueva realidad y que debe aprender a vivir con ella o todo lo contrario pueden haber sentimientos de rechazo, aquí es el propio individuo quien toma la decisión ya sea de aceptación o rechazo de la situación.

Aspectos psicológicos ante una intervención quirúrgica.

Las necesidades emocionales del paciente estarán determinadas por la capacidad de adaptarse a situaciones que representen peligro, el verse enfrentado a nuevos temores y ansiedades asociadas con el acontecimientos de la cirugía. ^[10]

La enfermedad y el proceso quirúrgico, leve o grave, trae consigo una serie de pérdidas: intimidad, autodeterminación, rutina diaria, compañía, confort de hogar, imagen corporal.

Se da un efecto de dificultad en cualquiera de las distintas etapas de la experiencia quirúrgica, desde el momento de la indicación de la operación hasta cada alternativa del proceso. Algunos de los temores más habituales son:

- Pérdida del control, asociada principalmente con la anestesia. Los usuarios pueden preocuparse por sus acciones mientras se encuentran bajo sus efectos; pérdida de intimidad, dependencia total hasta para las funciones más básicas, como lo son sus necesidades fisiológicas, etc.

- Temor a lo desconocido, consecuencia de la incertidumbre del resultado quirúrgico o por falta de experiencia previa.

- El temor a la anestesia, incluyendo reacciones a la inducción, situaciones de emergencia médica o de “despertar” intraoperatorio. A menudo suele estar relacionado con los dos casos anteriores.

- El temor al dolor o a la analgesia postoperatoria, inadecuada.

- Temor a la muerte, lo cual constituye un miedo “legítimo”, ya que ninguna operación ofrece seguridad completa, a pesar de los avances anestésicos y quirúrgicos de hoy en día.

- Temor a la separación del grupo de apoyo usual, como esposo, familiares cercanos, siendo atendido por extraños durante gran parte de este período, altamente estresante.

- Temor a la alteración de los patrones de vida, ya que el ingreso hospitalario y procedimiento quirúrgico interfiere con las actividades personales, familiares, laborales y sociales.

- Temor a la mutilación, o pérdida de parte del cuerpo. La cirugía interrumpe la integridad corporal y amenaza a su imagen.

Otras preocupaciones que son fuente de ansiedad preoperatoria y están ligadas a la aceptación de la realidad, es la posibilidad de daños a la imagen corporal como consecuencia de la cicatriz que queda como marca.

El impacto emocional puede variar de acuerdo al carácter de la cirugía, si ésta es reparadora o mutilante. Aunque se tenga la seguridad de la finalidad curativa de la

cirugía, sin embargo, se vive el proceso como amenaza a la integridad física y por eso se dan con frecuencia también los temores de fragmentación corporal.

Surgen fantasías y temores relacionados al órgano que va a ser intervenido, pues éste tiene un significado que puede estar ligado a la funcionalidad o a otras capacidades, por ejemplo, en cuanto compromete la identidad del paciente.

Es el caso de órganos vinculados con la sexualidad, la reproducción, la capacidad intelectual o funcionalidad física, etc.

Es importante tener en cuenta el tiempo que tome el proceso quirúrgico en su totalidad, incluida la rehabilitación, pues este tiempo será el que facilite o dificulte la recuperación pronta y equilibrada, tomando en consideración los aspectos emocionales.

En un proceso prolongado, hay mayor deterioro tanto físico como mental o emocional, pues no todas las personas tienen la misma capacidad de tolerancia ni están todos preparados para aceptar nuevas dificultades.

La duración de esta fase varía con el tiempo requerido para recuperarse del estrés la alteración causada por la cirugía y anestesia (desde algunas horas hasta varios meses, aún después del alta hospitalaria).

Ansiedad

La ansiedad es una reacción compleja de la persona frente a situaciones y estímulos potencialmente peligrosos, o en muchos casos percibidos como cargados de peligro. La cirugía es percibida como un agente estresor importante, si estas dos situaciones las unimos nos encontramos ante un problema que debemos solucionar y que podemos resolver desde una perspectiva biopsicosocial.

Ante la proximidad de una intervención quirúrgica, la ansiedad siempre hace acto de presencia en mayor o menor grado, ésta, ha sido, y es objeto de estudio, por un lado, las consecuencias en la recuperación física y emocional de los pacientes, y por otro porque resulta idónea para desarrollar la investigación en materia de afrontamiento de agentes estresantes.

La ansiedad, es confundida con el estrés, puede ser experimentado por cualquier persona ya que es esencialmente una respuesta a éste. En cualquier caso, aunque la ansiedad pueda ser un reflejo de estados endógenos se asocia generalmente con sucesos estresantes externos.

Existen en el entorno cotidiano multitud de situaciones que resultan estresantes para el individuo; éstas pueden ser muy diversas y surgen de la interacción entre la persona y el medio. No obstante, las características más comunes a todas ellas son la novedad, incertidumbre, imposibilidad de predecir consecuencias, etc., que hacen que el sujeto perciba la situación externa como una amenaza a su integridad físico-psíquica.

El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica, postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado costo económico.

Una mejor preparación psicológica del paciente consistente en facilitar la información y apoyo psicológico en todo el proceso quirúrgico y sobre sensaciones que va a experimentar, equilibra las características estresantes de la cirugía, disminuyendo así el nivel de ansiedad del individuo, no cabe duda que la enfermera juega un papel importante en este proceso, ya que al brindar una mejor orientación, transmitir confianza, puede contribuir en gran medida a disminuir los niveles de estrés y ansiedad que se pueden presentar al someterse a una intervención quirúrgica.

Crisis

La persona enfrentada con un problema grave o amenaza se vuelve tensa e intenta emplear las técnicas normales de solución del problema. Los mecanismos de afrontamiento de la persona fallan, produciendo contratiempo y desequilibrio posterior. La persona moviliza todos los posibles recursos internos y externos para atacar el problema según sigue subiendo la tensión. Cuando el problema no se resuelve, continúan aumentando las presiones y la persona cae en estado de desorganización, inmovilización, ansiedad o depresión.

Humanización del cuidado de Enfermería

El profesional de Enfermería ha de ser sensible y mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad integral del ser humano y sus derechos, haciendo de su práctica diaria un medio propicio para la investigación y aplicación de modelos teóricos, que alimentan un cuidado con calidad, calidez y sensibilidad humana, permitiendo con esto a un crecimiento como persona y profesional, generando así mismo un impacto transformador para sí, en las instituciones de salud.

Humanizar el cuidado que brinda el personal de enfermería es un reto en la actualidad debido a factores políticos, tecnológicos, sociales y culturales. Se debe de recalcar que el gobierno juega un papel importante en este ámbito, ya que en ocasiones se deja de lado los recursos que se necesitan para brindar un mejor cuidado al usuario.

La integración de nuevos equipos biomédicos para el mejoramiento de los servicios que se brindan, no siempre se cuenta con ellos, lo que afectan de manera impredecible su rango de actuación ya que a diario el personal, debe de relacionarse con diferentes personas, que poseen costumbres, creencias, prácticas religiosas propias de él. Ocasionando que la parte humanista se deje de lado ya que cuando se habla de humanizar se asocia con un enfoque holístico a la acción de cuidar, comprendiendo lo que el ser humano, enfermo o no necesita.

El cuidado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y colaborando adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.

La enfermera no debe de limitarse solamente a prestar los cuidados de rutina (baño diario, alimentación asistida, administración de medicamentos, curaciones, entre otros). Ya que debe de incluir aportes que brinden un enfoque psicológico, con la finalidad de ayudar al usuario a que encuentre un significado a su vida y enfermedad, entendiéndolo de una mejor manera posible.

En ese aspecto cabe recalcar que la enfermera influye de forma positiva en la pronta recuperación del usuario, destacando que uno de los principios básicos de la enfermería es contribuir a la pronta recuperación del usuario de manera que pueda incorporarse nuevamente de forma activa a la sociedad.

Hoy en día las instituciones hospitalarias, cumplen la función de socializar a los usuarios con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema del centro asistencia, de esta forma el cuidado holístico se ve dificultado por las múltiples tareas delegados al personal de enfermería, quedando atrás las acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia

La visión que existe actualmente acerca de la actuación de los profesionales de la salud en especial "Enfermería", es de carácter punitivo, motivado a que se cataloga a la enfermera como personal inhumano, porque no llenan en algunos casos las expectativas de persona sensible, comprensiva, amable que esperan de ellos los usuarios y sus familiares. El cuidado humano implica una actitud consciente y de responsabilidad y de involucramiento afectivo con el ser humano; el término cuidado incluye dos significaciones básicamente íntimamente ligadas entre sí: la primera, actitud de desvelo, de solicitud y atención con el usuario. La segunda, preocupación, e inquietud, porque la persona que realiza el cuidado se siente inmersa y afectivamente ligada con la persona que interactúa en ese momento.

Sin embargo, existe una amenaza que actualmente está presente en todos los ámbitos de la vida social es aquella que tiene que ver con la deshumanización, porque vivimos en una época en la que se hace preciso realizar una profunda reflexión sobre los aspectos humanos, actitudes y valores de las enfermeras; la cual se ha ido distanciando de sus orígenes haciéndose cada vez más tecnológicas y fragmentadas, ya que los cuidados de los enfermos se están convirtiendo en la aplicación de la técnica, dejando a un lado los cuidados individualizados o personalizados que en realidad son la base de la profesión.

La humanización en Enfermería es cuestión de ser, saber y hacer, conciencia de las deficiencias de nuestros profesionales, detectarlas y aportar soluciones en beneficio de todos, debemos esforzarnos por conseguir una asistencia más humana y de un alto nivel de calidad, amabilidad y responsabilidad, evitar indiferencias ante situaciones de pasividad, omisión o abandono de las obligaciones, porque se tiene la responsabilidad moral de buscar la excelencia con compromiso del buen hacer.

En la conducta profesional, la humanización del cuidado debe iniciarse por una comprensión fundamental sobre lo que este concepto partiendo de la realidad misma, acudiendo a ella con herramientas teóricas que permitan abordarla y conceptualizarla, pero sobre todo ir analizándola y evaluándola no aisladamente, sino inmersa en una situación cambiante que favorezca la atención de enfermería, basado en el amor como valor universal de la vida, el cual es desinteresado e incondicional, que nos lleva a comportarnos de manera más humana, comprensivos, responsables, respetuosos y preocupados por los usuarios, y contribuir a mejorar la situación conflictiva que se vive en ese momento¹⁷.

¹⁷ <https://www.grin.com/document/288740>

4.11 Aspectos legales del indicador trato digno

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".

Por otro lado tenemos también a los derechos del paciente, el decálogo de ética de enfermería y los derechos de las y los enfermeros

Derechos del paciente

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
8. Recibir atención médica en caso de urgencia

9. Contar con un expediente clínico

10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

Derechos de las Enfermeras y Enfermeros

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.
7. Participar en actividades de gestión, docencia e investigación, de acuerdo con sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
9. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.

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. INDICAS (2012) incorpora el Trato digno en enfermería como un indicador de calidad el cual se debe monitorear constantemente.

En enfermería parte del cuidado holístico involucra al personal que lo rodea por tal motivo al cumplir los criterios de mantener el respeto a los derechos humanos y características individuales de la persona; procurando dar 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.¹⁸

¹⁸ www.ssa.gob.mx

5.-Planteamiento del problema de investigación

5.1 Antecedentes

Los indicadores de calidad en enfermería se iniciaron entre los años de 1980 sin embargo fue hasta el año 2000 durante la presidencia de Vicente Fox cuando se inició el proceso de estandarización de estos y más adelante con la certificación y acreditación de las instituciones de salud fue como se empezaron a recabar resultados de manera periódica como beneficio de tener estándares universales, con lineamientos fundamentados, con instrumentos de medición y la debida recolección y análisis de la información y así fue como se abrió paso a la investigación de estos indicadores; sin embargo derivado de que los indicadores son varios, seis para ser exactos y que estos se han desarrollado en diversos escenarios y personas; por la heterogeneidad tanto de los servicios como de las personas atendidas, se crean múltiples trabajos de este tipo, sin embargo es muy importante mencionar que aunque ya hay investigación sobre trato digno y sobre atención de enfermería en el periodo perioperatorio, hasta el momento no existe registro alguno que se enfoque a observar la calidad del trato digno por parte de enfermería en las personas durante su periodo perioperatorio por tal motivo si deseamos consultar antecedentes sobre este tema tendremos que investigar por separado tres temas diferentes los cuales serán: trato digno, cuidados de enfermería en el perioperatorio, y calidad de los servicios a las personas por parte del personal de enfermería.

Estos antecedentes y la obtención de datos permitieron el desarrollo de esta tesina que sin duda alguna generara a las próximas generaciones información de manera fácil a la definición de esta situación problema.

5.2 Planteamiento del problema

El problema expuesto en esta tesina es que se ha observado que el personal de enfermería no ofrece trato digno a las personas durante el periodo perioperatorio, esto surge cuando la enfermera prioriza otras intervenciones y deja olvidado o en menor prioridad esta intervención, desde mi observación durante mi servicio social detecte que este problema se da porque el paciente se encuentra durante poco tiempo en esta estancia a comparación de otras áreas del hospital, surge cuando el paciente al ser sometido tanto en el pre, trans y post operatorio no alcanza a satisfacer su percepción de ser tratado dignamente, donde surge el problema es en el momento en el que la persona y la enfermera interactúan y esta no termina de sentirse satisfecho con la atención prestada, dentro de las características que definan a nuestro problema se encuentran: inconformidad por parte de la atención recibida, nerviosismo, irritabilidad, estrés, poca cooperación durante el periodo perioperatorio, entre otros; todas estas características del problema se van a manifestar en los constantes juicios de las personas al referirse de su experiencia durante se estancia en el quirófano, es por eso que se propone estudiar este problema más a fondo para buscar mejoras que involucren una nueva percepción del trato digno ofrecido por el personal de enfermería para que con esto se pueda catalogar al área de quirófano como un servicio que trabaja con calidad a pesar de no haber seguimiento en este indicador de calidad.

Ahora la pregunta de la tesina es:

¿Existe trato digno de calidad por parte del personal de enfermería hacia la persona durante el periodo perioperatorio en el Hospital General de Mérida?

6.-Metodología de investigación.

- Tipo de estudio y variables

Tipo de estudio

Por el criterio del periodo en que se captura la información es retrospectiva.

Por el criterio de la evolución del estudio es transversal.

Por el criterio de la población es comparativa.

Por el criterio de la interferencia del investigador es observacional

Por lo tanto esta tesina es de tipo transversal, retrospectiva, observacional y comparativa.

Variables

Variable independiente: personal de enfermería de las áreas quirúrgicas del Hospital General de Mérida

Variable dependiente: el trato digno otorgado por el personal de enfermería.

Operacionalización de la variable dependiente: observar de manera detenida si el personal de enfermería se basa en las preguntas que evalúan al trato digno, asumiendo sus intervenciones desde mi marco de referencia:

- 1.- ¿La enfermera lo saluda en forma amable?
- 2.- ¿Se presenta la enfermera con usted?
- 3.- Cuando la enfermera se dirige a usted ¿lo hace por su nombre?
- 4.- ¿La enfermera le explica sobre los cuidados/actividades a realizar?

- 5.- ¿La enfermera se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?
- 6.- ¿La enfermera procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?
- 7.- ¿La enfermera le hace sentirse seguro al atenderle?
- 8.- ¿La enfermera le trata con respeto?
- 9.- ¿La enfermera le enseña a usted o su familia de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?
- 10.- ¿Hay continuidad de los servicios de enfermería las 24 horas del día?
- 11.- ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera?

De esta manera yo estando en calidad de observador respondo cada una de las preguntas como si fuera yo la persona a la que el personal de enfermería le está otorgando los cuidados perioperatorios.

- Procedimiento para realizar la observación

Universo.

Personal de enfermería que se encuentra en el Hospital General de Mérida.

Población.

Personal de enfermería asignado a las áreas quirúrgicas y con pacientes a su cargo.

Muestra.

Enfermeras de todos los turnos de todas las áreas quirúrgicas

Criterios de inclusión.

Todo el personal de enfermería, adscrito al servicio de las unidades quirúrgicas sin importar grado máximo de estudios ni categoría ni tipo de contrato.

Criterios de exclusión.

Todo el personal de enfermería que no provee cuidados directos a las pacientes esto excluye a las jefas de enfermería de los quirófanos y al personal de enfermería asignado al área de sub-ceye.

Todo el personal de enfermería que no percibe remuneración económica por desempeñar sus labores, esto excluye a todos los estudiantes y pasantes de enfermería ya que ellos no son independientes al otorgar sus cuidados

Personal de enfermería que Brinda cuidados perioperatorios a las pacientes de tococirugía ya que este personal trata también con pacientes que no pasan por el periodo perioperatorio y alteraría los resultados.

Personal de enfermería del área de cirugía ambulatoria turno vespertino ya que este personal no tiene una productividad quirúrgica, solo atienden cuidados post anestésicos y plan de alta.

- Ámbito geográfico, recursos materiales, recursos humanos

La observación para esta tesina se realizó en el Hospital General de Mérida en los servicios de quirófanos Generales, quirófanos de Ortopedia, y quirófanos de Cirugía ambulatoria que se encuentran distribuidos en diferentes puntos estratégicos del Hospital.

Recursos materiales:

Los propios otorgados por el mismo Hospital en el cual no hubo ningún conflicto así como material básico de papelería como: lápiz, plumas, libretas, bitácoras, copias, hojas de programación quirúrgica, hojas de productividad diaria, rol del personal de enfermería, equipo de cómputo con acceso a internet.

Recursos humanos:

Pasante de licenciatura: Dávila Avendaño Jaime Emmanuel

- Financiamiento, límite de la investigación

Autofinanciamiento por parte del observador sin conflicto alguno

Límite de la investigación del 2 de enero de 2018 al 31 de marzo de 2018.

Por ultimo cabe mencionar que en el desarrollo de esta tesina los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de acuerdo a la declaración de Helsinki.

7.-Conclusiones y recomendaciones

En base a las observaciones realizadas y analizando cada uno de los puntos que califican el indicador de trato digno se obtuvieron las siguientes conclusiones:

El personal de enfermería saluda de forma amable solamente a las personas que son programadas a cirugía a las personas que ingresan de urgencia muchas veces no se les saluda de forma amable y en pocas ocasiones no se les saluda

El personal de enfermería la mayoría de las veces se presenta con las personas, siempre lo hace la enfermera que está a cargo en el área de recuperación mientras que el personal de enfermería de recuperación la mayoría de las veces lo hace y en múltiples ocasiones la enfermera instrumentista no se presentó con las personas.

El personal de enfermería la mayoría de las veces al referirse a las personas los llamo por su nombre, sin embargo pude observar que las pocas veces que no lo hizo fue para referirse a ellas usando pronombres como “madre”, ”mi niño”, “flaquito”

El personal de enfermería pocas veces informo a las personas sobre los cuidados y/o actividades a realizar, en este punto es necesario aclarar que pocas veces fueron las ocasiones en que el personal de enfermería informaba lo que se iba a realizar como parte del trato digno que otorga ya que en múltiples ocasiones las personas tenían dudas sobre los cuidados y/o actividades a realizar y el personal de enfermería se limitaba a decir –ahorita le explico. – aquí no puede estar hablando.

El personal de enfermería pocas veces se preocupó porque la estancia de las personas fuera agradable ya que tanto en las etapas pre, trans y post operatorias el personal se limitó a cubrir las necesidades fisiológicas dejando mucho que desear de los cuidados holísticos, este sin duda es un tema que se debe de seguir más a fondo para que se pueda mejorar.

El personal de enfermería no se preocupó por cuidar la intimidad y/o pudor de las personas a su cargo cabe decir que desde que llegan las personas programadas y les dicen que pasen a cambiarse regañan a los pacientes porque se amarran la bata y en sala quirúrgica despojan del todo su ropa para la inducción de la anestesia cuando no es necesario este es otro de los grandes puntos con mayor conflicto

El personal de enfermería la mayoría de las veces hizo sentir seguras a las personas sin embargo dentro de la sala quirúrgica cuando las personas manifiestan temor a lo desconocido el personal de enfermería por realizar sus actividades asistenciales no se preocupa por hacer sentir seguras a las personas

El personal de enfermería siempre trata con respeto a las personas que ofrecen sus cuidados sin embargo es común que se expresen o hagan comentarios donde dejan en duda su profesionalismo pues comentan situaciones íntimas de las personas que atienden.

El personal de enfermería no le enseña a las personas los cuidados a seguir para su recuperación y al familiar tampoco ya que pasa poco tiempo en comunicación con él, por otro lado si hablan de cuidados pero solo cuando es parte del plan de alta de los pacientes ambulatorios.

El personal de enfermería la mayoría de las veces dio cuidados las 24 horas continuas sin embargo se observó que en los cambios de turno en hay un lapso en el que los cuidados quedan en segundo plano

El personal de enfermería la mayoría de las veces hizo sentir satisfechos a las personas a las que otorgo sus cuidados sin embargo esto tiene mucho que ver con la perspectiva y percepción de las personas ya que las situaciones particulares de cada una justifican el hecho de que fueran más tolerantes al sentirse satisfechos con el trato otorgado por el personal de enfermería

Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones surgen como resultado de comparar la teoría con lo observado durante mi servicio social.

1.- Exigir al personal de enfermería cuidados de calidad hacia las personas a las que atienden ya que solo se enfocan en las actividades de rutina y las técnicas asistenciales.

2.-Informar a cada una de las jefas de enfermería de quirófano sobre la situación observada e implementar la supervisión de este indicador en todos los momentos del perioperatorio

3.-Concientizar al personal de enfermería que pequeñas acciones como el llamar a los pacientes por su nombre, el tener contacto visual, ayudarle a resolver sus dudas y cuidar su intimidad en algo tan básico como el uso de la bata pueden potencializar la calidad de los cuidados

4.- Tomar un momento en las situaciones que no son de urgencia para que el personal de enfermería y todos los integrantes del equipo quirúrgico resuelvan las dudas del paciente y así al estar debidamente informado pueda ser más llevadera su estancia.

5.-Construir modelos de atención al paciente en el perioperatorio basados en situaciones de igualdad ya sea por condiciones, grupos de edad u origen pero sin olvidar que el trato debe de ser personalizado

6.- Fomentar las relaciones interpersonales entre la enfermera instrumentista y la persona que será sometida en el acto quirúrgico.

8.-Glosario de términos

Acreditación.- Facultad que se otorga a una persona o institución que se otorga para asumir una responsabilidad o función.

Autocuidado de la salud.- Conjunto de medidas que propone el equipo de salud a las personas, y que éstas deciden adoptar, para mejorar la salud y el bienestar propio y de su familia, en el seno de las actividades cotidianas. Condición libre y reflexiva de la persona para conservar su salud en las mejores condiciones.

Certificación.- Atribuir certeza de un conocimiento o profesión por medio de un documento público expedido por una institución educativa, colegio o sociedad conformada ex profeso para este fin.

Competencia.- Conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, para la realización del ejercicio profesional.

Cuidados de la enfermería.- Intervenciones que se proporcionan a la persona con la finalidad de prevenir enfermedades; fomentar, preservar y restaurar el estado de salud.

Declaración de principios.- Formulación de ciertas palabras que constituyen una proposición como la razón que norma o fundamenta el actuar. Son máximas inapelables como fundamento del bien humano y social.

Dignidad.- Cualidad intrínseca del ser humano que le confiere la condición de fin en sí mismo, no mediatizable y que implica respeto y decoro en el comportamiento. Cualidad interior sumamente apreciada de bienestar y valor personal. Excelencia de la condición humana.

Equipo de salud.- Grupo humano de diferentes disciplinas que trabajan entre sí en beneficio de la salud de las personas.

Integridad.- Cualidad de rectitud y honestidad en el comportamiento del individuo.
Probidad incorruptible.

Juicio crítico.- Apreciación hecha con razón y conocimiento pleno sobre el valor ontológico de las personas, las cosas, los hechos y cualquier proposición.

Persona.- Consideración radical y excepcional de cada hombre y/o mujer como individuo, integralmente constituido física, espiritual y socialmente; como sujeto de derechos y obligaciones; y como núcleo íntimo abierto a las personas, a las cosas y a la trascendencia. La persona tiene un yo que es la biografía de todo lo que ha vivido, con su fisonomía, carácter y las relaciones con su mundo.

Racista.- Ideología que detenta la superioridad de un grupo social respecto a otros grupos. Secreto profesional.- Deber que tiene la enfermera de comportarse con reserva y discreción respecto a la información que obtiene de las personas a su cuidado.

Servicio social profesional.- Obligación constitucional que tienen todos los profesionistas de prestar sus servicios en forma temporal, de acuerdo a las necesidades sociales. Es un compromiso para con la población que más requiere de su apoyo.

9.-Referencias bibliográficas

Cesar, M. I. (Julio de 2012). *Universidad Autonoma de Nuevo Leon*. Recuperado el 13 de mayo de 2018, de <http://eprints.uanl.mx/3049/1/1080227443.pdf>

Deming, W. E. (1986). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*,. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Donabedian, A. (2000). *Salud Pública de México*. Vol 42 no.6.

El concepto de persona, como determinante del cuidado. (s.f.). Recuperado el 09 de julio de 2018, de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/29939/27827>

Enfermería, C. i. (diciembre de 2001). *Codigo de ética para las enfermeras y enfermeros en México*. Recuperado el 16 de mayo de 2018, de <http://hmasqueretaro.mx/pdf/codigo-etica-enfermeros.pdf>

Española, R. A. (1996). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Real Academia Española.

Esteban Puentes-Rosas, M. e.-M.-L. (2005). Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. *Salud Publica de México*.

García, M. Q. (2010). Humanización de los Cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesiona. *Enfermería Docente*, 20-22.

Juran, J. M. (1990). *El liderazgo para la calidad. Un manual para directivos*,. Madrid : Ediciones Díaz de Santos.

La Naturaleza de la Enfermeria 25 años despues. (1990). Recuperado el 09 de julio de 2018, de <http://bvs.sld.cu/revistas/Enfermeria/Enfermeria1.pdf>

Manuel Quero García*, N. M. (2010). Humanización de los Cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional. *Enfermería Docente*, 20-22.

Monografía de la garantía en calidad. (2004). *Center for Human Services*, 20.

Muñoz, e. d. (2010). *Actuación de enfermería en el bloque quirúrgico*. México: trillas.

Salud, S. d. (2001). *Secretaría de Salud, Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Fundamentos; Secretaría de Salud*. Mexico .

Salvador, U. d. (2015). *Percepción de los Pacientes sobre Trato Humanizado por Enfermería y su Influencia en la Recuperación de la Salud*. Recuperado el 14 de mayo de 2018, de <https://www.grin.com/document/288740>

Solis, Y. N. (junio de 2017). *Educación sin Fronteras*. Recuperado el 22 de junio de 2018, de <https://sinfronteras.edu.mx/wp-content/uploads/2017/06/Indicadores-de-calidad-en-enfermeria.pdf>

Trujano, L. E. (2009). El concepto de persona, como determinante del cuidado. *Enfermería Universitaria*, 40-44.

Valenzuela, r. f. (4 de Junio de 2016). Recuperado el 03 de julio de 2018, de La Dignidad del Ser Humano cuando se es paciente: La Dignidad del Ser Humano cuando se es paciente