



**Percepción del personal de enfermería del área de Radiología de una Institución
Prestadora de Servicios de salud de la ciudad de Medellín acerca del trato
humanizado en la prestación de servicios de salud.**

Lina Marcela Posada Alzate
Isabel Cristina Castaño Baena.

Fundación Universitaria María Cano
Medellín
2017

Percepción del personal de enfermería del área de Radiología de una Institución
Prestadora de Servicios de salud de la ciudad de Medellín acerca del trato
humanizado en la prestación de servicios de salud.

Lina Marcela Posada Alzate
Isabel Cristina Castaño Baena.

Monografía para optar al título de Pregrado de Psicología

Asesora Temática
Natalia Gómez Cardona

Fundación Universitaria María Cano
Medellín
2017

Nota de aceptación.

Resumen Analítico Ejecutivo

Título:

Percepción del personal de enfermería del área de Radiología de una Institución Prestadora de servicios de salud de la ciudad de Medellín acerca del trato humanizado en la prestación de servicios de salud.

Autores:	Lina Marcela Posada Alzate e Isabel Cristina Castaño Baena.
Fecha:	Mayo 2017
Tipo de imprenta:	Procesador de Microsoft Word 2013, imprenta Times Roman 12 puntos.
Nivel de circulación:	Restringido.
Acceso al documento:	Fundación Universitaria María Cano, Lina Marcela Posada Alzate e Isabel Cristina Castaño Baena.
Línea de investigación:	Desarrollo Humano.
Sub-línea de investigación:	Salud.
Modalidad del trabajo de grado:	Monografía con opción a título.

Palabras claves: Percepción, enfermeras, pacientes, atención, comunicación, asertividad, calidad, biomédico, holístico, cuidados.

Agradecimientos.

*Agradecemos a la profesora
Natalia Cardona, por su dedicación y colaboración.*

Descripción del estudio:

Este estudio surge de la necesidad de realizar la descripción sobre el concepto que tienen las enfermeras pertenecientes al área de Radiología de una Institución Prestadora de Servicios de salud de la ciudad de Medellín, Por tal motivo se recurre a diferentes fuentes de estudio y principalmente a la entrevista, instrumento que permitirá llegar al sentido propio del concepto, también se realiza un rastreo bibliográfico al final de dicha información seleccionada se extrae la información válida para el estudio, obteniendo como resultado final que facilitará contrastar el concepto dado mediante la entrevista y los diferentes estudios sobre el tema.

Contenido del documento:

El concepto de trato humanizado es un concepto que se maneja en el área de salud generalmente, es un concepto al cual los entes gubernamentales de diferentes países le apuntan como un derecho imperativo que tienen los usuarios para recibir por parte del personal del área de la salud, más que ser un valor agregado a la prestación del servicio es un componente al que se atribuye múltiples ventajas con respecto al mejoramiento de la condición de salud del paciente.

A pesar que la aplicación de este concepto en la prestación del servicio está condicionada en algunos casos por factores externos.

Este documento cuenta con 5 capítulos.

Donde en cada capítulo se aborda a grosso modo, el trato que se da a los pacientes que asiste a la institución prestadora de salud objeto de estudio. En el capítulo número uno se abarca todo el planteamiento del problema, acompañado de justificación del mismo y objetivos planteados para este trabajo. Seguido del marco metodológico que se aborda en el capítulo dos, desglosando aspectos como tipo, método, enfoque, diseño, población

y muestra del estudio. En el capítulo número tres se hace la contextualización del tema abordado desde el marco conceptual, histórico, contextual, legal y teórico.

Seguido del capítulo número cuatro donde se hace el análisis de la información recopilada y la posterior discusión de resultados. Para terminar, encontramos un último capítulo que consta de recomendaciones y conclusiones finales de este estudio.

Metodología:

El nivel investigativo que se ha determinado para este estudio, tendrá un tipo de investigación descriptivo, con el fin de extraer información valiosa y debidamente comprobada por medio de estudios, todo con el fin de describir el concepto de trato humanizado en una población específica perteneciente al área de la salud.

Conclusión:

La humanización en los servicios de salud genera un alto impacto positivo en la prestación del servicio, ya que de directamente relacionado como un asunto ético y a su vez está estrechamente vinculado con aquellos valores que influyen en la conducta del ser humano. Cuando estos valores están encaminados al desarrollo de programas al cuidado y dignidad del ser humano, estamos hablando de Humanización. Por esta razón, nos permitimos ahondar en este tema que tanto para el área de la salud como para el paciente en general es de valiosa información.

Contenido

Resumen Analítico Ejecutivo	4
Título:	4
Introducción.....	10
Capítulo 1. Planteamiento del problema.	11
1. Título.....	11
1.1. Descripción general del problema	11
1.2. Formulación del problema	15
1.3 Operacionalización de categorías de análisis, variables y/o hipótesis	16
2. Objetivos	17
2.1General.....	17
2.2 Específicos	17
1. Justificación.....	18
Capítulo 2. Marco metodológico	21
4. Marco metodológico	21
4.1. Tipo de estudio	21
4.3. Enfoque	22
4.4. Diseño	23
4.5. Población y muestra.....	24
4.6. Fuentes de información.....	24
4.6.1. Fuentes primarias	24
4.6.2. Fuentes secundarias.....	24
4.7. Técnicas e instrumentos.....	25
Ficha técnica.....	25
4.7.1. Procedimientos.....	26
Capítulo 3. Marco referencial.....	27
5. Marco referencial.....	27
5.1. Marco conceptual	27
5.2. Marco histórico.....	31
5.2.1. Antecedentes.....	33
5.2.2 Estudios a nivel mundial	34
5.2.3 Estudios regionales.....	35
5.2.4 Estudios en Colombia.....	36
5.3. Marco contextual.....	37
Misión	38

Visión	38
Servicios	38
Ubicación	38
Organigrama	39
5.4. Marco legal.....	40
Artículo. 2º- principios:.....	40
Capítulo II	40
5.5. Marco teórico	43
5.5.1 Trato humanizado.	43
5.5.2 Comunicación con el paciente.....	44
5.5.3 Modelos de atención.	47
Holístico	47
Modelo biomédico.	47
5.5.4 Acreditación en salud.....	48
Los valores	46
Capitulo 4. Análisis de la información discusión	49
6. Análisis de la información.....	49
6.1. Discusión de los resultados.	72
Capitulo 5. Conclusiones y recomendaciones	75
7. Conclusiones.....	75
8. Recomendaciones	76
9. Bibliografía.....	78
10. Anexos.....	80
Formato entrevista semi - estructurada.	83

Introducción

La historia de la enfermería, data aproximadamente desde 1860, cuando Florence Nightingale consideraba que un ambiente limpio, con adecuada aireación y tranquilo eran fundamentales para la recuperación de un paciente (Rev. Cubana Enfermería vol. 20 2004). No obstante de dichas premisas de Nightingale, hoy por hoy los cuidados de enfermería no solo apuntan hacia un saber científico que encuentre causas, beneficios o consecuencias de una adecuada o inadecuada inatención, sino también a brindar un trato humanizado, durante dicha atención.

El trato humanizado ha sido un término que se ha venido incorporando, según la literatura que se encuentra, desde hace aproximadamente las últimas dos décadas, con la desventaja de que hace gran hincapié en los servicios de pediatría y ginecobstetricia, pareciendo poco relevante los servicios de oncología, medicina interna, cuidado crítico o radiología. Queriendo saber cuál es la apreciación que tiene un grupo de enfermeras que labora en una IPS de Medellín del área de radiología, se realizó una serie de preguntas, con el fin de identificar que conocen ellas por trato humanizado, si piensan o no, si de un trato humanizado podría depender parte de la recuperación de un paciente, qué características consideran ellas que atinan con lo que es un trato humanizado entre otras. Dichas respuestas serán llevadas a un análisis cualitativo, que cuenta con un conjunto de herramientas que nos ayudará a agrupar u organizar la información obtenida, con el fin de obtener unos resultados más ajustados en cuanto la percepción de las enfermeras del área de radiología de una IPS Medellín.

Capítulo 1. Planteamiento del problema.

1. Título

Percepción del personal de enfermería del área de Radiología de una Institución Prestadora de Servicios de salud de la ciudad de Medellín acerca del trato humanizado en la prestación de servicios de salud.

1.1. Descripción general del problema

La Organización mundial de la salud (OMS, 2013) define la Salud, como un “estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades,” sin embargo, a través de la historia que comprende la salud, nos encontramos que cada vez son más los factores que interviene de manera positiva sobre en el bienestar de una persona, o por el contrario que contribuyen al desmejoramiento de la salud. Por ejemplo, una de las problemáticas con mayor fuerza en este momento en el país, “es la iliquidez al pagar las nóminas de los empleados, el cierre de más de 500 camas de pediatría, la falta de insumos a la hora de la atención,” Ministerio de salud (Min salud, 2016). No obstante, a pesar de dichas problemáticas de tipo económicas, también subyacen otras concernientes a la calidez, la diligencia y el trato que se brinda a la hora de la atención, y es en este punto, donde el personal de enfermería juega un papel crucial, existe una relación entre la enfermería y las buenas relaciones interpersonales con el bienestar de los pacientes, pero para ello es necesario elementos como la calidez y amabilidad, estos hacen parte de la recuperación y mejoramiento del paciente.

Hoy en día las instituciones de salud promueven un trato humanizado, sin embargo, no se encuentra la suficiente información al respecto o la aplicabilidad de la misma en las instituciones prestadoras de salud.

Actualmente se ha estado incorporando el término “trato humanizado” con el fin de humanizar las relaciones entre el personal de la salud con los pacientes. “En todos los países, las enfermeras son miembros imprescindibles de los servicios de atención de salud. Su función y condición social, su formación, su estatus profesional, jurídico y reglamentario, y sus condiciones de trabajo son muy diferentes en las distintas partes del mundo. Lo que no cambia es la dedicación a los cuidados y al servicio de la humanidad.” (Margaret Alexander, 2003, p. 13).

En Colombia el trato humanizado según información hallada en diferentes medios se ha pensado más desde una perspectiva gineco-obstetrica y pediátrica, lo que limita la ampliación y ejecución. Existen teorías en cuanto a importancia de las relaciones interpersonales enfermera-paciente, (Peplau 1990) describe cuatro fases en dicha relación, enmarcados por la orientación, identificación, explotación y resolución, estas diferentes fases son dinámicas, estos estudios que exploran las relaciones interpersonales entre enfermeras y pacientes, concluyen que aspectos como la empatía, el tiempo de escucha, diligencia y un contacto cercano son favorables y están relacionados con el cuidado de excelencia. (Mok, 2004).

Dicha fase también puede ocurrir de manera simultánea, sin embargo, a lo que más se apunta es a la flexibilidad donde la enfermera debe asumir diferentes funciones, así como la utilización adecuada de sus habilidades y conocimientos para ayudar a los otros.

Es así como nos surge la siguiente pregunta, ¿qué entiende el personal de enfermería de una institución de radiología por el término de trato humanizado? ¿Realizan ellas funciones que van acordes al trato humanizado? a sabiendas de que “trato humanizado” se ha aplicado con mayor intensidad en los servicios de gineco-obstetricia y pediatría en Colombia.

Como podrían los servicios de radiología, ¿incorporar acciones que convoca el trato humanizado?

En todas las entidades prestadoras de salud existe la imperiosa labor de certificarse en sus diferentes servicios, para permanencia en el tiempo y sostenimiento, en el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud de Colombia existen varios numerales que apuntan hacia el servicio de cara al usuario.

Auditoría para el mejoramiento. “Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención de salud”. (Art. No. 2 del Decreto 1011 de 2006) de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Estos criterios están directamente relacionados con el servicio que prestan las enfermeras del área de Radiología, puesto que, su labor está estrechamente ligada a la atención al usuario que ingresa al servicio de Radiología y repercute en la experiencia ya sea satisfactoria o no.

Uno de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 153 de la Ley 100 de 1993 indica en su investigación “Colombia: la calidad de la asistencia al parto mejora gracias a las enfermeras” (OMS 2015) que las relaciones interpersonales armoniosas entre las enfermeras y los pacientes generan bienestar, y esto a su vez, es

prueba de que un trato con calidez y amabilidad son parte de la recuperación de un paciente.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado acciones para cada uno de los actores del sistema general de seguridad social y salud, dichas acciones son compatibles con las competencias de cada sector y con los documentos que garantizan una atención integral humanizada.

Como parte del fortalecimiento personal y profesional del personal de salud, en especial de las enfermeras, dado al rol estratégico que desempeñan dentro de la atención del paciente. Hoy en día se hacen grandes inversiones al momento de seleccionar el personal de enfermería, también dentro de las instituciones de salud, se realizan sensibilizaciones y actualizaciones, con el fin de que su personal esté a la vanguardia en conocimientos, pero también con el fin fortalecer el Ser.

El personal de enfermería tiene un rol activo, por lo tanto, es importante saber qué significa el trato humanizado para ellas y cómo contribuyen desde su rol al trato humanizado y desde sus características qué factores obstaculizan o potencian la prestación de un trato humanizado. De esta manera, se podrá comprender las necesidades y significados que tienen las enfermeras con relación al tema de un trato humanizado, todo esto dentro de un contexto específico que corresponde al servicio de enfermería del área de Radiología de una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Medellín.

1.2. Formulación del problema

Con base en lo anterior, se llega a la siguiente pregunta. ¿Qué percepción tienen el personal de enfermería perteneciente al área de Radiología de una entidad de salud en la ciudad de Medellín acerca del trato humanizado en la prestación de servicios de salud?

1.3 Operacionalización de categorías de análisis, variables y/o hipótesis

Tabla 1. Categorías de análisis.

CATEGORIA.	DESCRIPCIÓN.
Comunicación con el paciente.	Se refiere al primer contacto que tiene el paciente con la enfermera, cuando llega a las instalaciones de Radiología. Como transmite la información pertinente al servicio.
Elementos de la relación paciente – enfermera.	Consta de los atributos con los cuales el personal de enfermería perteneciente al área de Radiología se dirige al usuario.
Elementos acordes al trato humanizado.	Corresponde a los atributos que las enfermeras consideran están relacionados en un marco de trato humanizado. Como lo son: La comunicación, el respeto, escuchar al paciente.
Elementos que no van acordes al trato humanizado.	Se trata de los elementos que consideran las enfermeras no están dentro de lo que representa trato humanizado para ellas.

Percepción sobre trato humanizado.	Se trata de la apreciación que tiene el personal de enfermería sobre lo que representa un trato humanizado en su labor.
Capacitaciones.	Se refiere a la información y sensibilización que la empresa provee a las enfermeras referente a un trato humanizado.

2. Objetivos

2.1 General

Identificar las percepciones alrededor del trato humanizado por parte del personal de enfermería del área de Radiología de una entidad de salud en la ciudad de Medellín.

2.2 Específicos

- Conocer la percepción de trato humanizado de un grupo de enfermeras del área de Radiología de cara a la atención de pacientes.
- Describir las acciones que el personal de enfermería del área de Radiología cree que contribuye y/o no contribuye al trato humanizado desde su rol.
- Brindar insumos a la institución objeto de estudio de acuerdo a los resultados, para la planeación e intervención de las actividades concernientes a la humanización del servicio.

1. Justificación.

El propósito del presente trabajo es exponer la concepción que tienen un grupo de enfermeras pertenecientes al área de Radiología, sobre lo que representa el servicio humanizado. Con la finalidad de visibilizar aquellas características de cara a la atención integral al paciente enfermo ò con una demanda importante en su salud. Teniendo en cuenta que una situación de enfermedad es un momento de vulnerabilidad que atraviesa todo ser humano en cualquier momento de su vida.

La calidad del encuentro entre la enfermera y el paciente hace la diferencia entre una práctica humanizada y otra instrumental, por esto, una relación interpersonal, más allá de la ejecución de procedimientos y técnicas, es como lo explica Peplau (1990), “una oportunidad de crecimiento y maduración para el paciente y la propia enfermera.”

Se hace necesario por lo tanto ahondar un poco más en este tema, que en ocasiones resulta ser un tema álgido por múltiples falencias en el sector salud en nuestro país. Por esta razón consideramos pertinente hablar de un trato humanizado por sus condiciones y debido a una sociedad cada vez más propensa a enfermedades y a un sector de salud cada vez es más tecnificado, donde la prioridad a la eficiencia y el control del costo médico han hecho que el personal de salud anteponga aspectos administrativos, financieros y procedimentales a la prestación de un verdadero servicio orientado al ser humano. Es importante estudiar la sincronía entre la percepción y relacionamiento enfermera-paciente y poder analizar a través de los resultados mediante instrumentos de evaluación, de qué manera el personal del área de la salud

se acomoda para brindar una atención humanizada y poder proporcionar a través de estos elementos de estudio, información suficiente para el potencializar su servicio.

Al revisar la literatura se encuentran muy pocos estudios sobre la percepción del trato humanizado en enfermería y por tanto, responde a lo pertinente que es este estudio, se encontraron a nivel nacional estudios en su mayoría relacionados con las áreas de Gineco-obstetricia y población vulnerable, en los cuales concluyen que se necesita un mejoramiento en la atención brindada por el personal de enfermería. Como lo contempla el artículo 3º del Sistema general seguridad social en salud “La calidad en los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada”. Es importante no desligar la atención humanizada del servicio de salud, que hace parte de un grupo de acciones encaminadas a mejorar la calidad de la atención.

Recientemente sea desvirtuado la humanización de la atención debido a la aplicación de nuevas tecnologías dirigidas a optimizar los procesos, pero en una labor tan humanizada como lo debe ser la enfermería, se propende destacar los siguientes constructos estratégicos de cara a la atención humanizada del paciente. Jean Watson (2011) plantea lo siguiente:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.

4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.

5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.

6. El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.

7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

De esta manera podríamos conceptualizar que, a través del análisis de los resultados de la entrevista semi-estructurada que se aplicó al personal de enfermería del área de Radiología de una institución de servicios de salud de la ciudad de Medellín, se pudo identificar la percepción que tienen ellas acerca del trato humanizado y cómo contribuyen o no contribuye al trato humanizado desde su rol, beneficiando al personal y a la institución en la medida que las futuras intervenciones o planes estén encaminados al trato humanizado.

Capítulo 2. Marco metodológico

4. Marco metodológico

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo. Méndez (2000) lo define, como un método que implica observación y descripción del comportamiento de un sujeto, sin influir sobre él de ninguna manera. Además, indica que la investigación descriptiva utiliza criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura de los fenómenos en estudio y establecer comportamientos concretos mediante el manejo de técnicas específicas de recolección de información. Por otra parte, Taylor (2000), define una investigación descriptiva eficaz, siempre y cuando esté caracterizada por un enunciado claro del problema, unos objetivos específicos de dicha investigación, e información detallada. Es Así entonces, como el estudio descriptivo identifica características, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado también, se empeña en descubrir, comparar y comprobar la asociación entre variables de investigación.

El objeto de este tipo de estudio es describir el concepto que tiene el personal de enfermería del área de Radiología de una Institución Prestadora de Servicios de salud de la ciudad de Medellín acerca del trato humanizado en la prestación de servicios de salud.

4.2. Método

Inductivo. Alonso (1998) expresa que el método inductivo, pretende hacer un análisis de la información, con el fin de obtener diferentes premisas, que posteriormente permitirán crear una conclusión que englobe todos los aspectos que se desean tener en cuenta; inicialmente debe existir un proceso de recolección de información donde más tarde se procederá a su clasificación, y finalmente se hallarán unos resultados. Dicho método tiene la cuenta con la ventaja, que, partiendo de un tema particular, se llega a un conocimiento más general, nos permite además la formulación de hipótesis para finalmente llegar a una conclusión. En este caso acerca de la concepción de trato humanizado. “La cuestión se plantea ante la duda de si la evidencia inductiva puede ser utilizada para predecir futuros acontecimientos, en consecuencia, el problema de la inducción surge a partir de nuestra incapacidad para proporcionar elementos racionales que puedan ser utilizadas para explicar algo más allá de la evidencia disponible.” (Pheby, 1988, Pág. 7).

4.3. Enfoque

Cualitativo Los autores Blasco y Pérez (2007: 25), señalan que la investigación cualitativa “estudia la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas. Es una metodología que requiere un profundo entendimiento sobre el comportamiento humano y busca explicar las razones de los diferentes aspectos del tal comportamiento.”. Sin embargo, se encontró algunas críticas, pues autores como Teodoro Adorno, Jurgen Habermas consideran que la naturaleza de dicho enfoque es de carácter exploratorio y de primer nivel, para luego tener que aplicar métodos más

rigurosos. No obstante, de ambas premisas, el enfoque cualitativo, analiza los hechos, se puede basar entre otras herramientas, como lo son en las entrevistas semi-estructuradas, como lo es en este caso, donde se propende develar aspectos del pensamiento de cada persona sobre un tema determinado, la percepción de un grupo de enfermeras, acerca de lo perciben que es trato humanizado.

4.4. Diseño

Como expresó Husserl (1913) consideremos que lo que implica la esencia de un acto, es decir, aquello que nos llama la atención y que nos invita a la reflexión, eso es Fenomenología. Por otra parte, Osorio (1998) describe que la Fenomenología, tiene por objetivo la búsqueda del fundamento, con rigurosidad, esa es la base de toda cuestión fenomenológica. Dicho en otras palabras, el diseño fenomenológico, posibilita ir más allá del estudio de los comportamientos observables y controlables, como fenómenos naturales pues estudia además la vivencia del ser humano en una determinada situación, procura interrogar la experiencia vivida, los significados que el sujeto le atribuye. Por consiguiente, para la elaboración de este trabajo, es apropiado iniciar a partir de un diseño fenomenológico pues sus atributos cualitativos buscan evaluar más allá de lo percibido a simple vista, donde a través de una entrevista, se conocerá la esencia, no se pedirán argumentaciones ni juicios. “El método fenomenológico, calificado a veces de subjetivo, no es partícipe de la huida de la objetividad: antes, al contrario, reclama la vuelta a las cosas mismas.” (Giroux: 1980).

4.5. Población y muestra

- La población objeto de estudio, son 8 enfermeras de una entidad de salud en la ciudad de Medellín pertenecientes al área de Radiología.
- El estudio se realizará con la totalidad de la población y por tanto no se trabajará con criterios muestrales.
- Pertenecientes al grupo etario entre los 25 a 45 años de edad.

4.6. Fuentes de información

4.6.1. Fuentes primarias

Entrevista semiestructurada aplicada al personal de enfermería perteneciente al área de Radiología de una Institución Prestadora de Servicios de salud de la ciudad de Medellín.

4.6.2. Fuentes secundarias.

Para recopilar información de los antecedentes, planteamiento del problema y justificación se recurre a las siguientes fuentes de información base de datos científicas como Proquest, Scielo, Google académico.

4.7. Técnicas e instrumentos.

El instrumento utilizado para la obtención de la información fue mediante una entrevista semi – estructurada que constaba de 9 preguntas abiertas, lo cual permitió conocer la percepción y las diferentes opiniones que tienen las enfermeras pertenecientes al área de Radiología sobre el trato humanizado, siendo así investigación cualitativa.

La entrevista es un instrumento que nos ofrece la facilidad de tener elementos directivos en el proceso de indagación y análisis, proporciona comodidad suficiente tanto para el entrevistador como el entrevistado, principalmente para que este último se sienta en la plena libertad de responder en ese preciso momento de cómo piensa sobre determinado tema, llegando así a un resultado más cercano a la realidad.

“Es importante resaltar, que las investigaciones cualitativas requieren mucho tiempo. Por ejemplo, se necesita de dos a cinco veces más tiempo para procesar y ordenar los datos, que el tiempo necesario para recolectarlos” (Miles y Huberman, 1994).

Ficha técnica. Atlas Ti (2002–2017). Recuperado de <http://atlasti.com/>

El ATLAS TI se creó desde 1993: software desarrollado en Alemania.

El prototipo inicial de ATLAS. Ti se desarrolló en la Universidad Técnica de Berlín como parte del proyecto ATLAS (1989–1992). En 1993, Thomas Muhr lanzó su primera versión comercial de ATLAS. Ti, marcando el comienzo de Scientific Software Development, en la actualidad ATLAS. Ti GmbH.

4.7.1. Procedimientos

Para este trabajo se diseñó una entrevista Semi-estructurada con base a la revisión teórica del concepto de trato humanizado, se planteó preguntas abiertas que permitieron indagar sobre lo que pensaban las enfermeras del área de Radiología sobre el trato humanizado, sobre la percepción del concepto, si creían que contribuían o no hacia un trato humanizado en la institución donde laboran y si recibían capacitación sobre el tema, la entrevista estuvo conformada por 9 preguntas con una duración aproximada de 25-30 minutos cada entrevista, previamente se entregó a cada participante el consentimiento informado para así constatar la veracidad de la información, con previa autorización se realizó la grabación de audio en cada entrevista y posteriormente se transcribió en Microsoft Word y obtenidos los datos se procedió a ingresarlos a la plataforma de Atlas Ti través del cual se realizó la transcripción de cada una de las entrevistas para su respectivo análisis mediante codificación y posterior categorización, esta última arrojó las siguientes categorías:

- Comunicación con el paciente.
- Elementos de la relación paciente – enfermera.
- Elementos acordes al trato humanizado.
- Elementos que no van acordes a un trato humanizado.
- Percepción sobre trato humanizado.
- Capacitaciones.

Capítulo 3. Marco referencial.

5. Marco referencial.

5.1. Marco conceptual

(Wertheimer en Carterette y Friedman, 1982) consideró “**La percepción** como un estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo o de hechos relevantes.”

En el sector de la salud existen unos criterios o claves fundamentales para el correcto y adecuado funcionamiento entorno a la atención de los pacientes, entre estos.

La seguridad del paciente, “Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.” (Ministerio de protección y salud, Colombia 2015).

No podemos hablar de servicios humanizados si estos no garantizan la seguridad en todo momento tanto para el paciente como para su familia y el personal de salud.

El mejoramiento continuo en los procesos, sobre todo los que tienen que ver con la atención del usuario, que siempre debe estar orientada hacia las necesidades del paciente y su satisfacción, esto implica el desarrollo del Talento Humano. Se deben buscar procesos seguros y costo efectivo. No sería posible humanizar los servicios de salud si no existiese una política, estrategia o programa de **Manejo del dolor**. Se requiere una oportuna detección y manejo interdisciplinario de los casos que requieren intervención aguda del dolor, independientemente del tipo de atención

o servicio que requiera el paciente. Es necesario optimizar los recursos humanos y técnicos disponibles, en busca de una experiencia sanadora y humanizada.

La calidez en la atención, entendida esta como transmitir al paciente y su familia calor humano genuino, generar empatía, tener una actitud diligente y optimista y propiciar un ambiente cálido y agradable. Es quizás en este punto en el cual el trabajo con el talento humano de la organización se vuelve una prioridad desde el proceso de selección, capacitación, entrenamiento y generación de cultura.

La información que se brinda al paciente y su familia, la cual debe ser clara, completa y suficiente para que les permita tomar las decisiones más apropiadas para su manejo y cuidado en salud. El consentimiento informado, es el acto médico de informar al paciente cuales son las alternativas terapéuticas para su enfermedad y las posibles consecuencias de estas, forma parte fundamental de la relación médico paciente, además de ser una obligación legal y ética.

La fidelización del paciente que consiste en lograr que los usuarios que han recibido los servicios, se conviertan en un cliente frecuente, logrando una relación estable y duradera. Las estrategias de fidelización son de por si estrategias de humanización, porque buscan además de hacer sentir bien al paciente, hacerlo partícipe del servicio de salud que está recibiendo.

Cabrera (1999) afirma que el “**Clima laboral** es la personalidad de una empresa. El clima laboral se forma por medio de una ordenación de las características propias de la empresa.”

Las organizaciones hoy en día tienen mejores métodos de relacionamiento con sus empleados, por considerarlos una parte fundamental de la misma. La Universidad Nacional de Colombia (1994) define a “**La organización** como una comunidad

integrada por una o varias personas que unen sus recursos (producción, tierra, mano de obra y capital), para producir bienes o servicios, mediante un orden regulado, organizado y bien administrado, marcando rangos de autoridad, sistemas de planeación, comunicación, información y control, eficientemente, con modernidad y productividad.”

Tito definen al **Potencial humano** como “uno de los recursos más valiosos del que dispone la empresa” (2003, p. 30). El recurso humano representa gran parte del éxito y permanencia en el tiempo de una organización, pero si no está capacitado, y no posee las competencias propias que requiere el cargo, se pueden presentar reprocesos. Hablar del potencial que las personas pueden aportar al área de la salud es hablar de las características con las que se asocia generalmente al personal de enfermería, entre ellas, **El trato humanizado**. Sin embargo, como lo señala Gutiérrez et al (2002), en su estudio del rol de enfermería, observó “que las enfermeras presentaban solo satisfacción con actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico (técnicas) y no de acciones que corresponden al proceso de atención de enfermería u otras del rol independiente.”

Pero Watson destaca que “el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente. El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe

en las transacciones de cuidados humanos.” Así pues, se podría casi aseverar el trato humanizado está directamente relacionado a la labor diaria de las enfermeras.

Para Virginia Henderson la función única de **Enfermería** “es asistir al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud o recuperación (muerte placentera) para que pueda ejecutar sin ayuda y si tiene la fortaleza, deseo y conocimiento para hacerlo de tal forma que le ayude a ganar independencia en su cuidado propio lo más pronto posible.”

Vargas (2009) ha definido el concepto de **La calidad del servicio**. “La calidad es una actitud y esta a su vez es un valor cultural que antecede a la conducta. Un comportamiento para la calidad supone un compromiso personal de cada individuo hacia la creencia de que la calidad es la base de la ventaja competitiva, en consecuencia la calidad de los servicios depende de las actitudes y conductas que se traducen en un comportamiento de todo el personal que labora en una empresa (Víctor Quijano, 2003), lo que a su vez se entiende como el resultado de la combinación de factores esenciales tales como habilidades y motivaciones, que inciden directamente en el desempeño de las personas, así como de la cultura de servicio que practican dichos individuos.”

5.2. Marco histórico

Según Cañas (2010) El término deshumanización hace referencia a pérdida del sentido de la vida, por el contrario, la recuperación de dicho sentido coincide entonces, con lo que es, un proceso de re-humanización.

Para este entonces, pensadores humanistas de la talla de V. Frankl, Buber, K. Jaspers, E. Mourier entre otros, colocan en un primer plano, su idea de sentido a la vida (frente al sin-sentido) como esperanzador intento de responder ante aquel drama existencial.

Hoy en día en el sector salud el trato humanizado es un término de reciente aparición, que en las últimas décadas se ha venido incorporando de manera imperiosa en la prestación de servicios de la salud, tomando gran fuerza en los servicios de ginecobstetricia, y pediatría, pues dichos servicios son los que generan mayor impacto al momento de anunciar un verdadero trato humanizado o por el contrario una arbitrariedad. Sin embargo, la historia del cuidado se remonta a distintas épocas, como la edad media, la moderna, hasta llegar a la contemporánea, existiendo como común denominador el ayudar a vivir y/o morir, evitar el sufrimiento el dolor y desvelarse por el otro. Hoy en día, la exigencia por la tecnificación de los servicios de salud, los rigurosos controles por la eficiencia, y el control por los costos, han sido elementos constituyentes de un marco administrativo, donde el objetivo es llevar a cabo una tarea donde se haga hincapié en la atención de cada individuo. No obstante, de dichos elementos, que sin duda, muchas de las instituciones prestadoras de salud cumplen con estos requerimientos, existen otro porcentaje de situaciones donde los resultados no son los más exitosos, por ejemplo en Colombia, Min salud (2012) expresó que la asignación de citas, la calidad del personal de salud, los excesivos

trámites y los tiempos de espera son algunos de los puntos más críticos al momento de la atención, evidenciándose por el contrario deshumanización. Por esta razón, el Ministerio de salud y protección social exhorta a las instituciones prestadoras de servicios en salud para la elaboración de una política de atención humanizada dirigida a sus pacientes. Otro vivo ejemplo, es igualmente por Min salud (2017) Donde solo hasta el presente año, después de 14 años de solicitarlo, se logró la reorganización, el rediseño y la modernización de las redes de empresas sociales hospitalarias del estado de la Guajira, donde se brindará agua potable, mejoramiento de infraestructuras a los hospitales y la recuperación de centros de vacunación.

Por otro lado, el pasado 25 de abril de 2017 el Ministerio de salud igualmente, publicó su listado de 66 nuevas exclusiones del POS, y que deberán ser sometidas al proceso de comité técnico-científico, entre ellos, el acompañamiento por parte de las auxiliares de enfermería, a los pacientes que dependan de este servicio a nivel domiciliario, lo que tendrá un mayor impacto en la atención, en aquellos usuarios y familiares que dependan de este servicio. Y es de esta manera como se señala lo que ha sido la humanización a través de la historia y los actos que han llevado a determinarla, no obstante, también hoy en día, se apunta a brindar un trato humanizado, pues se ha evidenciado que los beneficios de esta sobre la salud mental.

5.2.1. Antecedentes

La historia de la enfermedad ha tenido diversas connotaciones, pasando desde los asuntos de lucha contra fuerzas malignas, teorías humorales hasta llegar a un concepto más moderno, que comprende la enfermedad desde una explicación biológica, biopsíquica y biopsicosocial. Esta última concepción de enfermedad, trajo consigo El cuidado por el otro. Martínez (1993) expresó que el cuidado era la esencia de la enfermería, debía estar constituido por acciones transpersonales para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación.

Según Watson (2012), “el objetivo de la enfermería es facilitar que los individuos adquieran un grado superior de armonía entre la mente, el cuerpo y el alma, que dé lugar a los procesos de autoconocimiento, autor reverencia, auto curación y auto asistencia y que a la vez les permita aumentar la diversidad. Afirma que el objetivo se logra mediante el proceso de asistencia interhumana y mediante las actividades de asistencia.”

Sin embargo, las entidades prestadoras de servicios de salud enmarcadas por el modelo biomédico y curativo disminuyen la parte humana a lo biológico distanciando así la labor de las enfermeras de una visión humanista y holística del cuidado.

5.2.2 Estudios a nivel mundial

Al igual que sucede en Colombia el área de la salud atraviesa por una reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas que tienen que ver con el cuidado de la salud en el mundo, el tecno-logicismo es otro factor predominante en el cambio sobre la concepción de un trato humanizado. “Las necesidades de salud de la sociedad actual están dadas ante las constantes tendencias de cambio, que tienen origen en el proceso de globalización, existe el reto de un cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería, el que no implique solo la realización de un procedimiento correcto, fundamentado en bases científicas, sino la ejecución de acciones transpersonales hacia el individuo y su entorno.” (Martha Díaz Flores at, 2012). La atención humanizada en cualquier lugar del mundo es una disposición de los profesionales de la salud tienen y que trasciende más allá de los conocimientos adquiridos en la academia, se trata de una serie de acciones encaminadas a un servicio integral.

Más sin embargo la educación es un componente determinante en la adquisición de valores, al igual que sucede con la familia, los valores son adquiridos primordialmente en el seno de una familia y posteriormente consolidados a través del entorno. En países desarrollados como Estados Unidos y Canadá se denota que realizan esfuerzos encaminados a fortalecer desde la enseñanza los valores profesionales que principalmente constituyen en el rol de la enfermera.

“La formación de valores profesionales, brinda una aproximación del cumplimiento del compromiso que tienen las Instituciones de Educación Superior con la sociedad, puesto que dentro de un mundo globalizado se tiene la obligación de brindar profesionales humanizados capaces de transformar la realidad, brindar soluciones

adecuadas a cada situación, que consideren la realidad humana misma.” Martha Díaz Flores at, (2012).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2007, menciona que el proceso de formación de enfermería, constituye un proceso de socialización en conocimientos, principios, valores, conciencia sanitaria y habilidades técnicas en un campo complejo en lo científico, técnico, ético y político. Donde los planes de estudio deben estar sintonizados con la realidad, y sus contenidos, experiencia y ambientes de aprendizaje, transmitir además de conocimientos, valores compartidos.

5.2.3 Estudios regionales

En países de Latinoamérica como Brasil y Chile se dan bastante importancia a todo lo referente a la atención humanizada se considera un factor determinante en la mejoría del paciente. En Chile, por ejemplo, si bien el estudio del cuidado está en una primera etapa se observa en las distintas fuentes de consulta, que las enfermeras tienen dificultad para concebir como propio la gestión del cuidado por su rol predominantemente biomédico.

Por otro lado, la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería (FEMAFEE), “establece que todo perfil de egreso debe señalar en forma genérica los conocimientos, aptitudes, actitudes, valores, capacidades y habilidades que se espera tenga quien haya concluido el plan de estudio de que se trate.

Menciona también que promover valores de acuerdo al perfil de egreso, posibilita brindar una atención ética y humanizada.” (Martha Díaz Flores at, 2012).

5.2.4 Estudios en Colombia

En Colombia desde el Ministerio de Salud y Protección Social se ha proporcionado los medios para que el Sistema General de Seguridad Social en Salud que es el ente que brinda los mecanismos de control para el mejoramiento de la Calidad en Salud se promueva la humanización de la atención, pero en nuestro país este propósito resulta estar encaminado solamente para la prestación del servicio a una población específica como lo representan las madres gestantes, los niños y los adolescentes, excluyendo la mayor parte de la población en general de una atención integral.

“Es importante indicar que la reforma del sistema de salud colombiano debería contemplar, entre sus aspectos fundamentales, el retorno a lo que es la esencia de la prestación del servicio, es decir, la seguridad y el trato humanizado de todos los pacientes”. Hugo Cardona Agudelo (2011).

La reforma de la salud dada en la Ley 100 de 1993, permite una mayor cobertura en la prestación de los servicios para los ciudadanos, pero paradójicamente el personal del área de la salud, no siempre está preparado para cubrir todas las necesidades mediante una atención integral. Al parecer los usuarios valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación efectiva, el afecto, y la atención que se les entrega dentro de los hospitales permitiendo una mejor adaptación a la situación problema.

A nivel teórico el personal encargado de atender personas ha adquirido conocimiento durante el trabajo en humanización. “En los conocimientos teóricos, estiman que la humanización en salud debe ser un trabajo integral y multidisciplinario, que tiene como fin mejorar el medio ambiente de las instituciones de salud e incluye la responsabilidad social.” Paula Andrea Hoyos, Mónica Alexandra Cardona & Diego

Correa (2008). La Ley 100 ha tenido una gran influencia sobre el sistema de salud, al ocasionar cambio en la estructura hospitalaria, en los aspectos socioeconómicos relacionados con el servicio de salud, en la apariencia física de las instalaciones, la estabilidad laboral y las jornadas de trabajo, entre otros. Por otro lado, encuentran diferencias significativas entre las instituciones de salud pública y privada que promueven u obstaculizan la práctica de la humanización en salud.

Pero en última instancia el llevar a cabo acciones humanizadas depende netamente de la sensibilidad del personal y no únicamente del medio.

5.3. Marco contextual. Suramericana (2015) recuperado de <https://www.sura.com/>

En 1944, nace suramericana de seguros, una empresa Antioqueña que surge por iniciativa de 32 empresas. Su larga trayectoria comenzó con venta de seguros de vida y pólizas contra desastres, más tarde se fue extendiendo a la capital del país y fue en 1990 cuando abre sus puertas al mercado de la salud surgiendo SUSALUD (actualmente EPS sura) y servicios de medicina prepagada. En 1994 nace la IPS como una institución especializada en ayudas diagnósticas y laboratorio clínico, dicha institución es una extensión de la compañía, que cuenta con una participación accionista del 100%. La entidad prestadora de servicios de salud se ha esmerado en permanecer a la vanguardia en tecnología, seguridad, conocimiento científico y humanista, por estas razones ha sido reconocido a nivel nacional por su calidad. Actualmente procede altos volúmenes de muestras, cuenta con la mejor tecnología a nivel mundial en cada una de las áreas de diagnóstico, esto incluye biología molecular, permitiéndole ser un centro de referencia a nivel nacional. No obstante, también el área de imágenes diagnósticas, permite la obtención de lesiones y patologías en menores tiempos de exposición, gracias a los equipos de punta que cuenta la institución.

Misión

Comprometidos con resultados de verdad y vida para saber cómo estás.

Visión

En el 2018 seremos referentes en el mercado nacional de ayudas diagnósticas, por las soluciones integrales al servicio de nuestros clientes nacionales e internacionales.

El laboratorio clínico que procesa altos volúmenes de muestras y cuenta con la mejor tecnología a nivel mundial en cada una de las áreas de diagnóstico, incluyendo la Biología Molecular, convirtiéndolo en un centro de referencia nacional.

La prestación de los servicios se da en sedes propias, en las instalaciones de los clientes, bajo la modalidad de outsourcing con instituciones hospitalarias o IPS y como referencia de laboratorios clínicos.

Servicios

*Laboratorio Clínico.

*Laboratorio de Cito patología.

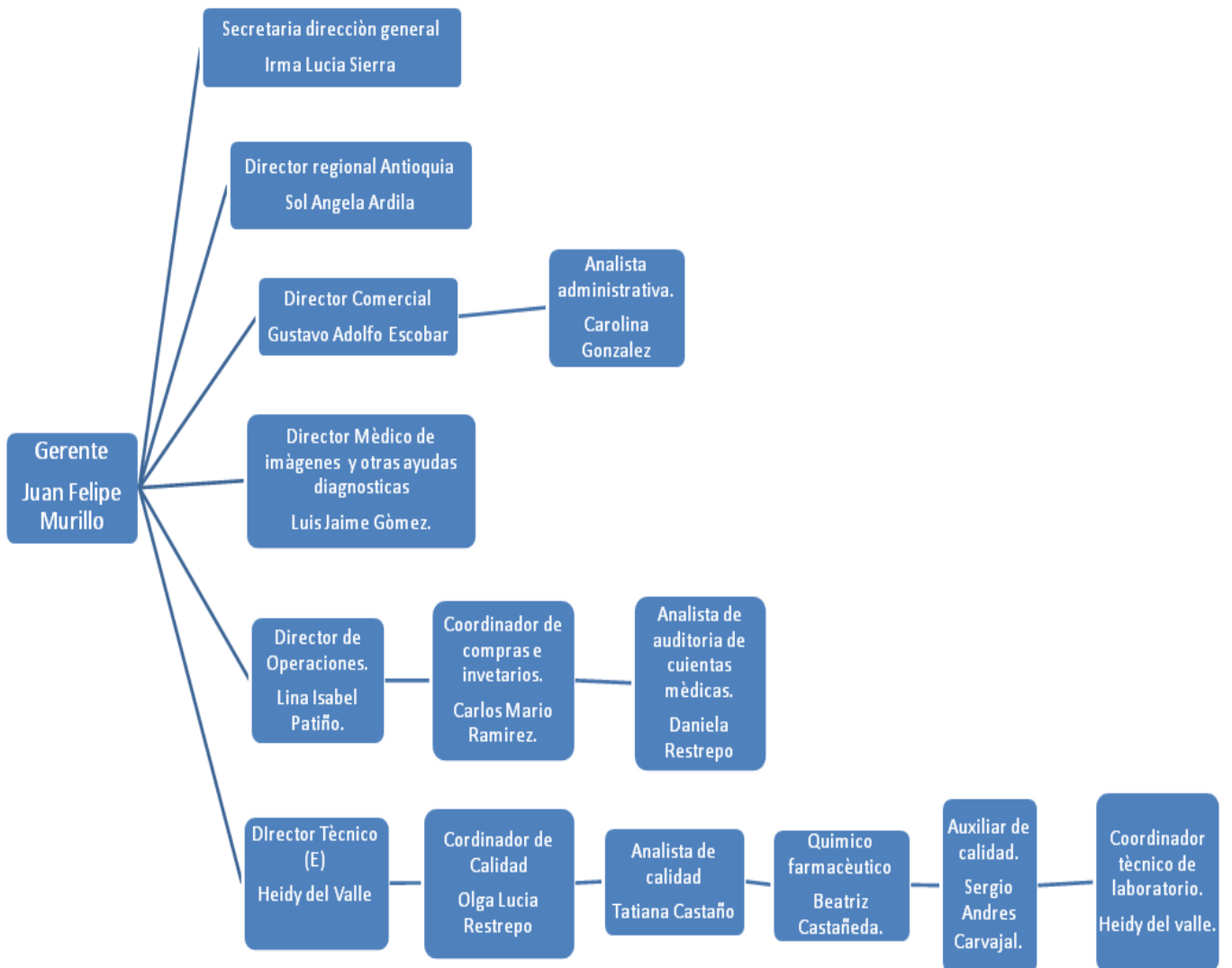
*Imágenes Diagnósticas.

Ubicación

Laboratorios en:

Barranquilla, Bogotá, Cali, Manizales, Medellín, Popayán y Rionegro.

Organigrama



5.4. Marco legal - extraído (constitución colombiana 1991)

En Colombia el ejercicio de enfermería se consideran los siguientes aspectos éticos relacionados con los principios específicos de la práctica profesional incluidos en el artículo 2 del capítulo 1 de la ley 266 de 1996.

LEY 100 DE 1993 (Diciembre 23).

Artículo. 2º- principios: El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Reforma del sistema de salud colombiano, a partir de la ley 1438 del 2011.

En Colombia existe la Ley de Parto Humanizado N° 25.929 y su reglamentación (decreto 2035/2015) que cubre por el momento solo los servicios de Gineco-obstetricia.

Capítulo II

DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 193: Incentivos a los trabajadores y profesionales de la salud. Con el fin de estimular el eficiente desempeño de los trabajadores y profesionales de la salud y su localización en las regiones con mayores necesidades, el Gobierno podrá establecer un régimen de estímulos salariales y no salariales, los cuales en ningún caso constituirán salario. También podrá establecer estímulos de educación continua, crédito para instalación, equipos, vivienda y transporte. Igualmente, las entidades promotoras de salud auspiciarán las prácticas de grupo y otras formas de asociación solidaria de profesionales de la salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en

Salud determinará las zonas en las cuales se aplicará lo dispuesto en el presente artículo.

Para los empleados públicos de la salud del orden territorial el Gobierno Nacional establecerá un régimen salarial especial y un programa gradual de nivelación de salarios entre las diferentes entidades.

El régimen salarial especial comprenderá la estructura y denominación de las categorías de empleo, los criterios de valoración de los empleos y los rangos salariales mínimos y máximos correspondientes a las diferentes categorías para los niveles administrativos, o grupos de empleados que considere el Gobierno Nacional.

El Gobierno Nacional establecerá un proceso gradual para nivelar los límites mínimos de cada rango salarial entre las diferentes entidades territoriales. Esta nivelación se realizará con arreglo al régimen gradual aquí previsto y por una sola vez sin perjuicio de lo establecido en el artículo 6º de la Ley 60 de 1993. Esta nivelación debe producirse en las vigencias fiscales de 1995 a 1998 de acuerdo con la disponibilidad de recursos del situado fiscal y de las demás rentas del sector en los diferentes departamentos y municipios con quienes deberá concertarse el plan específico de nivelación. Para la vigencia de 1994, puede adelantarse la nivelación con arreglo a las disponibilidades presupuestales y al reglamento.

Para la fijación del régimen salarial especial y la nivelación de que trata el presente artículo, se considerarán los criterios establecidos en el artículo 2 de la Ley 4ª de 1992, con excepción de las letras k, y ll. Igualmente, deberá considerarse la equidad regional y el especial estímulo que requieran los empleados públicos que presten sus servicios en zonas marginadas y rurales de conformidad con el reglamento.

Parágrafo 1. Los convenios docente-asistenciales que se realizan con ocasión de residencia o entrenamiento de profesionales de la salud en diferentes especialidades que impliquen prestación de servicios en las instituciones de salud deberán consagrar una beca-crédito en favor de tales estudiantes y profesionales no menores de dos salarios mínimos mensuales. Al financiamiento de este programa concurrirán el Ministerio de Salud y el Icetex conforme a la reglamentación que expida el Gobierno. El crédito podrá ser condonado cuando la residencia o entrenamiento se lleve a cargo en las áreas prioritarias para el desarrollo de la salud pública o el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y/o la contraprestación de servicios en las regiones con menor disponibilidad de recursos humanos, de acuerdo con la definición que expida el Ministerio de Salud.

Parágrafo 2. Las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud podrán establecer modalidades de contratación por capitación con grupos de práctica profesional o con profesionales individuales con el fin de incentivar la eficiencia y la calidad de la prestación de servicios de salud.

Parágrafo 3. El Instituto de Seguros Sociales podrá establecer un sistema de prima de productividad para los trabajadores, médicos y demás profesionales asalariados, de acuerdo con el rendimiento de los individuos o de la institución como un todo, la cual en ningún caso constituirá salario. El Consejo Directivo del Instituto reglamentará su aplicación.

Parágrafo 4. Las instituciones prestadoras de salud privada podrán implementar programas de incentivos a la eficiencia laboral para los médicos, demás profesionales y trabajadores asalariados de la salud que tengan en cuenta el rendimiento de los individuos, de los grupos de trabajo o de las instituciones como un todo. El Consejo

Nacional de Seguridad Social en Salud definirá la modalidad de los estímulos a que se refiere este párrafo.

5.5. Marco teórico

5.5.1 Trato humanizado.

El concepto de humanización puede ser visto desde varias perspectivas, sin embargo se encuentra una en la cual es muy fácil de entender y lleva a concluir que la humanización es la transformación que ha tenido el hombre para convertirse en ser humano.

“Considerar como se fueron estructurando sus manifestaciones intelectuales, afectivas, sociales y éticas” (Sescovich, 2015).

Según la Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson “sustenta la necesidad de integrar sus preceptos teóricos en el cuidado transpersonal es una forma singular que aborda el enfermero es “una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana”, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica.” (Rosa Guerrero-Ramírez, Mónica Elisa Meneses-La Riva, María De La Cruz-Ruiz, 2002).

Contrario a la humanización indica Otero, “se halla la deshumanización, la cual se enfoca hacia la pérdida de valores, un problema de relaciones interpersonales. Valores como la honestidad, la compasión, el respeto, sinceridad, habilidades y destrezas en el proceso de comunicación.” (Otero, 2004). La humanización en el servicio está estrechamente relacionada con **las relaciones humanas** estas a su vez aplican a distintos contextos, son interacciones que los individuos tienen entre sí con la finalidad de intercambiar ya sea conocimiento y/o un servicio y para un óptimo entendimiento

entre ambas partes es necesario ciertos parámetros como el respeto, la comunicación entre otros que permiten una interacción adecuada.

Como lo menciona Hoyos & Hernández “la humanización en salud requiere líderes que se caractericen por generar cambios en los comportamientos y actitudes de las personas, promoviendo el bienestar integral a partir del trato humanizado.” (Hoyos & Hernández P, 2008)

Ahora en nuestros tiempos las relaciones entre seres humanos conllevan distintos elementos, cuando se habla por ejemplo de la prestación de un servicio, el relacionamiento es un trato recíproco, hoy en día a ese vínculo se agregan otros componentes como en este caso resulta ser el trato humanizado.

Es esta la relación que se establece por parte del personal de la salud hacia el paciente, tiene como objetivo ser una característica diferenciadora con relación a la atención y hace parte de las relaciones humanas.

Hoy en día la labor de enfermería se desarrolla en un escenario más humano, más allá del cuidado que técnicamente le pueda proporcionar el personal de la salud. En términos de atención se trata de método.

5.5.2 Comunicación con el paciente.

La comunicación con el paciente representa una capacidad innata que tiene cada persona para recibir y filtrar toda la información que le ofrece su entorno, esto le ha permitido relacionarse con sus semejantes la cual desde sus inicios era de continuación de la especie.

Hildegart Peplau con su teoría de las relaciones interpersonales menciona que “la relación se caracteriza por ser una comunicación de carácter lingüístico y terapéutico, y que el proceso interpersonal se compone de 3 fases que se sobreponen: la de

orientación, la de trabajo y la de terminación. *Fase de orientación*: donde la enfermera se identifica y declara su propósito para el paciente, se inicia el conocimiento de este como persona y se obtiene información de él sobre su condición de salud; le ayuda a entender los problemas de salud para comprender su estado. *Fase de trabajo*: se enfoca en las reacciones del paciente, a la enfermedad y se trabaja en el entendimiento y comprensión del estado de salud. *Fase de terminación*: la enfermera le ayuda al paciente a organizar sus actividades para que sea más productivo en su vida social”.

Por lo tanto la comunicación con el paciente, es una comunicación que engloba varias características y principalmente debe partir de una **comunicación asertiva**, Adler (1977) señala “que existen tres componentes básicos involucrados en toda comunicación asertiva: lo visual, lo vocal y lo verbal.” el ser humano desde que nace se comunica con sus semejantes de diferentes maneras, aprende inicialmente mediante los recursos que tengan a disposición.

Por otro lado, Hybels & Weaver (1982:100) señalan “que el contacto con los ojos opera de tres maneras distintas que son: demuestra que se presta atención e indica inclusión, muestra la intensidad de un sentimiento y, finalmente, proporciona retroalimentación.”

La comunicación incide mucho en la forma en que nos relacionamos con el otro, y sobre qué mensaje transmitimos a través de nuestra comunicación verbal o no verbal. La comunicación asertiva hace parte de una característica que al igual que **la empatía** permite un acercamiento genuino entre paciente y enfermera. La empatía según Goleman es la conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones ajenas. La empatía es una habilidad que implica varios componentes como lo son: la escucha activa, la comprensión y el asertividad.

También Adam Smith, en su teoría sobre los Sentimientos Morales (1757), habla de la “capacidad de cualquier ser humano para sentir pena o compasión ante la miseria de otras personas o dolor ante el dolor de otros” La empatía resulta ser entonces el esfuerzo que hacemos para comprender las situaciones y/o emociones por las que está pasando la otra persona. Lipps (citado en Wispé, 1986) señala que “la empatía se produce por una imitación interna que tiene lugar a través de una proyección de uno mismo en el otro.”

Los valores brindan una estructura moral al sujeto, lo que posteriormente esté exterioriza a su entorno. “Los valores morales son principios éticos interiorizados respecto a los cuales las personas sienten un fuerte compromiso de conciencia, que permiten juzgar lo adecuado de las conductas propias y ajenas” (Sarabia, 1992). Uno de los valores más representativo para el ser humano es **el respeto** es de los valores más imprescindibles, el respeto podría significar un lugar privilegiado y a veces aislado, en él se encuentran vinculados de forma radical el yo y el mundo, “la reflexión sobre lo que merece respeto nos llevará a las ideas de armonía, fragilidad y secreto y veremos cómo, a partir de ellas, es posible entender por qué hay cosas en el mundo dignas de ser respetas.” (José M. Esquirol, 2006).

Los componentes anteriormente mencionados están relacionados de cara al trato humanizado y a una **actitud de servicio**: “Así el servicio al cliente aparece como el gran factor diferenciador en el mercado, convirtiéndose en la estrategia, en el nuevo producto, indispensable para sobrevivir en los mercados actuales” (Serna, 1999). Junto con la **ética profesional** se compone un servicio integral, ideal para el trato humanizado. En este contexto, “la existencia de principios profesionales éticos sería más importante hoy en día que en épocas anteriores, debido a los cambios que experimentan las profesiones y los desajustes que ello ocasiona en la identidad profesional.” (Hirsch Adler, 2003). Hoy en día existe una mayor exigencia en cuanto a

la ética y moral de las personas, y aún más cuando se trata de profesionales al servicio de los demás, la demanda es aún mayor debido a los estilos de vida que hoy en día afronta la sociedad.

5.5.3 Modelos de atención.

Holístico el cual indica que “es un sistema y sus propiedades se analizan como un todo, de una manera global e integrada.” Jan Christian Smuts (1926). Esto quiere decir que en términos de atención se refiere a tener en cuenta todos los aspectos que tienen que ver con el ser humano.

En Colombia debido a la reforma que han tocado tan de cerca al área de la salud, se propende mejorar el servicio, pero finalmente se termina desviando hacia intereses económicos. “La ley 1438 del 2011, la más reciente del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), no logra consolidar propiamente una reforma, no tiene una estructura integral que regule las áreas claves del sistema.” (Álvaro Franco, 2012).

Modelo biomédico. Este modelo se trata de curar enfermedades más no pacientes con enfermedades, según esté modelo el médico puede curar solo aquello que ve, que puede reconocer, diagnosticar y clasificar permitiendo aislar la parte física de todo lo demás del ser humano, diferente al **modelo bio-psicosocial** éste modelo de atención tiene semejanzas con el método holístico, tiene gran importancia todos ámbitos que rodean a un ser humano, como lo son psicológico, socio ambientales y fisiológicas. “Una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad. Ésta aparece por la interrelación de diversas causas, no sólo moleculares, sino también psicológicas y sociales.” (George Libman Engel, 1980).

En Colombia por ejemplo para garantizar la atención integral bajo el modelo biopsicosocial, existe la **Acreditación en salud** (Técnico No. 2 de la Resolución 1445 de 2006) “Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizadas para dicha función.”

La atención brindada por parte del personal de salud está estrechamente relacionada no solamente con los aprendizajes técnicos que adquieren en las diferentes instituciones, también está enmarcada por unos lineamientos establecidos por cada país.

Capítulo 4. Análisis de la información discusión

6. Análisis de la información

CATEGORIA	CITA	INTERPRETACIÓN.
COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE.	¿EN LAS ACTIVIDADES QUE USTED REALIZA DURANTE SU TURNO COMO ES LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE? “Es una comunicación amable, clara... Trato de contarle todo el proceso lo que se le va hacer y muy amable.”	Según las respuestas del grupo de enfermeras de dicha institución, consideran que la comunicación con el paciente, se basa inicialmente en aspectos como la claridad, amabilidad, asertividad y continuidad en el preguntar al paciente cómo se siente durante el examen. Existe un gran esmero por parte de ellas, en que el paciente entienda la información acerca del procedimiento que se les realizará. Sin

	<p>“La comunicación con el paciente es muy corta, pero hay momentos en que se da las respuestas claras y concisas y hay momentos en que nos pone como en duda, porque no da las respuestas claras es porque cree que se está irrespetando la intimidad ò como que estamos indagando en algo, que no debemos indagar, como por ejemplo los hábitos que tiene como fumar, tomar, el consumo de sustancias psicoactivas con respecto a esas preguntas ellos son muy indecisos y no son tan honestos en el momento de dar las respuestas porque cree que uno lo hace por violar derecho de ellos o por meterse en la intimidad de ellos.”</p>	<p>embargo se observan algunos heurísticos, por parte de algunas respuestas, al inferir que el paciente se puede sentir irrespetado con cierto tipo de preguntas, como lo son el consumo de sustancias psicoactivas entre ellas, alcohol, cigarrillo o alucinógenos. Dichos heurísticos, podrían dar lugar a inferencias subjetivas por parte de las enfermeras, pues durante la atención, pueden presentarse inconformidades en la comunicación paciente-enfermera generando fallas en esta.</p>
--	---	---

	<p>“Es una comunicación asertiva, trato de que sea lo más clara posible, poniéndome como en el nivel del paciente para que pueda entender que es lo que se necesita de él, lo que se requiere de la colaboración, trato de manifieste todas sus dudas e inquietudes y de que estas sean resultas de buena manera.”</p>	
	<p>“Es una comunicación amable, clara... Trato de contarle todo el proceso lo que se le va hacer y muy amable.”</p>	
	<p>“Buena”</p>	

	<p>“La comunicación con el paciente es una comunicación asertiva, muy respetuosa, muy clara siempre hay que hablarle a los pacientes con la verdad hacia los procedimientos que le vamos a hacer.”</p>	
	<p>“es una comunicación continua, porque uno tiene que estar preguntándole cómo se siente, si necesita algo ò también de parte de él hay una comunicación en la que hay una demanda de algo entonces hay una comunicación activa todo el tiempo.”</p>	

<p>ELEMENTOS DE LA RELACIÓN PACIENTE – ENFERMERA.</p>	<p>¿QUE ELEMENTOS CONSIDERA IMPORTANTES EN LA RELACIÓN PACIENTE-ENFERMERA?</p> <p>“Manejar el respeto, ser discreta no contarle al paciente más allá de lo que debe saber y manejar los derechos y deberes.”</p>	<p>Mediante el análisis de los elementos que las enfermeras consideran importantes en la relación paciente-enfermera, ellas destacan algunos como el respeto, discreción con la información, claridad, explicación de lo que se les va a realizar, empatía y tener en cuenta a la familia, o acudiente pues ellos también hacen parte del proceso de humanización y es derecho de ellos conocer igualmente las complicaciones, riesgos o</p>
	<p>“Debe ser una relación primero que todo de respeto, clara en la que el paciente se sienta tranquilo, conforme con la manera como se está tratando y sobre que está en manos de profesionales que le van a poder resolver su problema de salud.”</p>	
	<p>“Primero la presentación para el paciente, la explicación del procedimiento, que el paciente tenga pues como claro que es lo que vamos a hacer.”</p>	

	<p>“Primero que todo, como se dice... La comunicación que sea muy transparente que siempre los pacientes tengan sepan todo lo que se les va a realizar, no hablarle a los pacientes como ningún tipo de mentiras ò ocultándoles nada de lo que se le va a hacer menos a los acompañantes, siempre todos que sepan claros los procedimientos que se van a hacer ò a realizar.”</p>	<p>beneficios del examen que se les hará a sus familiares.</p>
	<p>“En la relación paciente-enfermera, ¡el respeto y la empatía diría yo! ¡De parte y parte porque uno como enfermera a veces el paciente puede ser muy demandante y quiere una cantidad de cosas y uno diría este tan cansón, podría pensar! Pero si uno es empático también se pone en el lugar de él que es su realidad y él no tendría porque entender que</p>	

	<p>son más pacientes y que tiene una necesidad en ese momento. Así sea cada 10 ò 15 minutos. Y de parte del paciente también porque ser que él tiene su propia necesidad pero también si se pone en el papel de la enfermera que aparte de él tiene otros 8 pacientes sabe que no tiene toda la disponibilidad del tiempo, entonces si los 2 se ponen como en esa posición empática es posible que haya una muy bonita relación porque se comprenden la realidad de cada uno de los otros.”</p>	
	<p>“La comunicación, el buen trato, la tolerancia, el respeto.”</p>	

<p>ELEMENTOS ACORDES AL TRATO HUMANIZADO.</p>	<p>¿QUE CARACTERISTICAS COMPORTAMIENTOS CONSIDERAS QUE DEBEN IR ACORDES CON UNTRATO HUMANIZADO? "Primero que nada, mirar al paciente a los ojos, cuando yo hablo con el mirarlo a los ojos</p>	<p>Se identifica que para ellas es importante el buen trato hacia el paciente, se denota mediante sus respuestas que tienen cierta sensibilidad hacia la situación de vulnerabilidad que presenta los usuarios cuando acuden al servicio de Radiología.</p>
--	---	---

	<p>debo prestarle atención al paciente y debo de llamarlo por su nombre, porque el paciente no es un número sino que es un ser humano que requiere atención.”</p>	<p>Según lo indicado por las enfermeras, ellas consideran que tener un trato humanizado incluye una serie de valores que hacen de la labor un valor agregado.</p> <p>Para J. Watson este aspecto “incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud” (Watson, 1979).</p>
--	---	--

	<p>“Como habíamos dicho ahorita, el respeto, la empatía, la actitud de servicio, el querer ir más allá de las necesidades de adelantarse como a las necesidades del paciente y también de su familia porque muchas veces ese entorno se y dentro de todo el grupo interdisciplinario con él y con su familia.”</p>	

	<p>las necesidades del paciente y también de su familia porque muchas veces ese entorno se deja como aparte tratar de que se sientan como conformes y de que haya una empatía dentro de todo el grupo interdisciplinario con él y con su familia.”</p>	
	<p>“Las características... Pienso que son como estoy yo apta para atender un paciente, para dar una adecuada información o se tenga la paciencia, la tolerancia, el respeto, buena comunicación.”</p>	
	<p>“Pues el trato humanizado que... que van acorde en la atención es saludar al paciente, tratarlo por su nombre... Ehh como escuchar todas sus dudas con respecto al examen.”</p>	

	<p>“Vuelvo y digo la seguridad, el respeto, la transparencia, el buen trato al paciente, entre otros.”</p>	
	<p>“¿Siempre... Primero recibir al paciente agradablemente con una sonrisa, ¿pregúntale señor como esta? Tratarlo con mucho respeto ehh hablarle con claridad sobre el procedimiento, con claridad cuando necesita sus resultados que eso para los pacientes es muy importante, bueno todo para garantizar que el paciente se vaya muy atendido y se vaya muy augusto de nuestra sede”</p>	

	<p>“la diligencia es súper importante, yo diría que también la sensibilidad frente al sufrimiento ajeno, yo diría que la responsabilidad al propio acto, porque yo también debo ser responsable de cómo me dirijo al otro como lo trato, como le hago los procedimientos, creo que también la paciencia, yo creo que para usted poder tratar humanamente a un paciente valga la redundancia tiene que ser una persona llena de paciencia. Yo creería que eso es.”</p>	
--	---	--

<p>ELEMENTOS QUE NO VAN ACORDES AL TRATO HUMANIZADO.</p>	<p>¿QUE CARACTERISTICAS Ò COMPORTAMIENTOS NO VAN ACORDES CON UN TRATO HUMANIZADO?</p> <p>“Olvidarse que el paciente es un ser humano y tratarlo como lo dije anteriormente como un número ò código ò un negocio al paciente hay que tratarlo como un ser humano y si nosotros lo tratamos sin prestarle atención sin mirarlo a los ojos, sin brindarle una sonrisa eso es no tratarlo como una persona.”</p>	<p>Mediante las respuestas dadas por las enfermeras se pudo inferir que tienen conocimiento sobre aquellas características que no van acordes al trato humanizado distinguen la intolerancia, el no sonreír, no hacer contacto visual, el afán, tratar los pacientes como un número, código, negocio o diagnóstico, exceder los límites de confianza y el uso de improperios durante la atención. Dicha distinción que ellas manifiestan, de lo que no es un trato humanizado, permite concluir que subyace en ellas una conciencia de</p>
	<p>“La falta de tolerancia, la falta de paciencia... Cuando son por ejemplo los pacientes que son viejitos que uno no tener paciencia al paciente, no saberlo llevar, no saberlo como tratar ser a veces como a la carrera no tengo tiempo que pena, pienso</p>	

	<p>que eso es algo que no va acorde.”</p>	<p>aquellas actuaciones que deben procurar hacer diariamente, es decir aquellas que van acordes al trato humanizado.</p>
	<p>“Un trato que exceda los límites de la confianza, o también un trato malo en el que se le hable al paciente de mala forma con malas palabras que se le tenga poca paciencia sin entender cuál sea su condición o sus limitaciones que en el ambiente donde esté no se le propicie o el descanso o la tranquilidad o la posibilidad como de expresar todo lo que él necesita saber.”</p>	<p>Como lo expresa Furegato uno de los autores que hablan de trato humanizado, indica que “El profesional cuidador debe poseer algunas características especiales como: capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias de la otra, gran dimensión de entrega, compromiso ético y calidez humana. Furegato señala que "los pacientes requieren a la enfermera siempre presente para atender su llamado, escuchar su angustia. Lo que hace la diferencia entre dar atención de enfermería y el</p>

		<p>cuidado humanizado.”</p> <p>(Furegato, 2000).</p>
<p>PERCEPCIÓN SOBRE TRATO HUMANIZADO.</p>	<p>¿QUE ENTIENDE USTED POR TRATO HUMANIZADO?</p> <p>“El respeto por el paciente que va incluido el aportarle que se le va hacer como es el procedimiento y si en algún momento el paciente tuviera alguna duda que se le pudiera dar respuesta oportuna.”</p>	<p>Dentro de las percepciones que las enfermeras tienen de trato humanizado, resaltan el respeto por el paciente, la explicación de lo que se les realizará, ser cálido, sonreír y observar en el paciente un ser humano y no un</p>

	<p>“Que sea un trato cálido, respetuoso, como la palabra lo dice muy humano muy hacia de una persona hacia otra, porque igual todos somos seres humanos y necesitamos que nos traten bien en todas partes, que nos reciban con una sonrisa respetuosa.”</p>	<p>diagnóstico o una patología. Estas percepciones, caben dentro de la teoría que define trato humanizado, amabilidad, respeto e información.</p>
	<p>“Yo creo que el trato humanizado es aquel que se da cuando uno deja ver al otro como un diagnóstico, ò patología y lo empieza a ver como un ser humano, un ser humano que está sufriendo y que está en las mismas condiciones en que uno podría estar también, entonces para mí el trato humanizado es entenderse como el otro, como el ser humano y no como una enfermedad, como un nombre de patología.”</p>	<p>En la teoría J. Watson (2007). Se continua dejando explicito “que los seres humanos no pueden ser tratados como objetos y no pueden ser separados del yo, de los otros, de la naturaleza y del universo, más extenso.” esto refiriéndose al paciente como el ser humano que es y que requiere de atención en un momento de vulnerabilidad.</p>

<p>“Yo creo que dentro de la atención hacia el paciente no se le debe olvidar a uno, que uno está tratando con un ser humano y que ese ser humano tiene problemas como tal hay que darle la importancia que requiere.”</p>	
--	--

	<p>“Trato humanizado para mi es dar un adecuado... el respeto que yo le doy al paciente, como yo lo trato o sea que yo me ponga en el lugar de él para darle un adecuado trato o sea que yo me ponga en la circunstancia en que el esta, que está enfermo, que está en el momento angustiado, ansioso porque no sabe que es lo que tiene o que es lo que está padeciendo, entonces es ponerme en el lugar de él para darle un adecuado manejo a la situación.”</p>	
--	--	--

	<p>“El trato humanizado es todo lo que comprende la atención de los pacientes del área de la salud en lo que se refiere a su respecto, al ir más allá de sus necesidades al resolver cualquier duda por más pequeña o poco importante que se piense y al darle la confianza de que toda la expectativa o las respuestas que necesita de su médico se le van a dar a través de esa atención.”</p>	
--	--	--

CAPACITACIONES.	<p>¿USTED HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE TRATO HUMANIZADO EN LA INSTITUCIÓN DONDE USTED LABORA?</p> <p>“No”</p>	
	<p>“Realmente yo he asistido a muy pocas capacitaciones que han hecho, pero la institución realmente si hace y dentro del trato humanizado esta eso, en que al paciente se le explique el procedimiento, en que usted se presente le diga cómo se llama y de ahí surge como hacerle un trato humanizado al paciente, para que el paciente se dirija a usted o usted se dirija por el nombre o cuando usted encueste al paciente haga lo mismo.”</p>	<p>La empresa objeto de estudio, donde trabajan las enfermeras proporciona las herramientas suficientes para ellas se sensibilicen con respecto al tema de un trato humanizado.</p> <p>En cuanto a si el grupo considera, si la empresa para la que laboran, les brinda capacitaciones acerca de lo que es el trato humanizado, en su mayoría opinan que la organización, si les hace el respectivo</p>
	<p>“Si, hemos tenido capacitaciones y eso pues lo refuerzan mucho en el trato humanizado.”</p>	<p>acompañamiento, pues se puede dar que las capacitaciones que les ofrezcan tienen otro nombre</p>

	<p>“Hemos tenido capacitaciones sobre todos los valores que debemos tener en la institución que es el respeto, la transparencia, el derecho a tener pues a la historia clínica reservada.”</p>	<p>pero el objetivo implícito, es brindar una atención humanizada, así como se describió en alguna de las respuestas, capacitación en valores, que de igual manera permite fortalecer el trato humanizado.</p>
	<p>“Claro que sí, a nosotros en la institución donde trabajamos nos enfatizan mucho sobre todo en trato humanizado, es más la institución está enfocada es en eso, en un trato de calidad hacia los pacientes.”</p>	<p>Según supuestos surgidos en la teoría de Jean Watson (1979), Coincide plenamente con lo dicho por las enfermeras sobre su percepción de trato</p>
	<p>“Pues directamente de la institución no, o sea si lo hablan, pero realmente no hubo formación, pero yo si hice un curso virtual en el Sena, desde la institución no.”</p>	

	<p>“A nosotros en la institución nos han enseñado que cuando hablamos y tenemos atención con el paciente debemos de mirarlo a los ojos, entender que es una persona que viene con un problema y que debe de darse la importancia a ese paciente a ese problema debe tratarse ese paciente con un ser individual.”</p>	<p>Humanizado. “El compromiso moral, la intencionalidad, y la conciencia de la enfermera protegen, fomentan y potencian la dignidad humana, la integridad y la curación, permitiendo a la persona, por tanto, crear o cocrear su propio significado de la existencia.”</p>
	<p>“Generalmente nos dan capacitaciones y actualizaciones acerca de esto y nos repiten de la importancia durante nuestro horario de trabajo de atender a el paciente de una manera humana.”</p>	

6.1. Discusión de los resultados.

Mediante la entrevista semi-estructurada realizada a las enfermeras, se encontraron los siguientes hallazgos, entre ellos nos encontramos que al grupo de enfermeras de la institución prestadora de servicios de salud se ha preocupado por proporcionar espacios de capacitación y sensibilización alrededor del tema de trato humanizado. En Colombia se encuentra muy poca información con respecto al tema de trato humanizado, éste solamente se puede encontrar más ampliamente en áreas como lo son Gineco-obstetricia y pediatría. El gobierno de Colombia solo ha escatimado esfuerzos en estas dos áreas específicamente.

Gutiérrez G, Núñez C & Rivera C. (2002) en su estudio del rol de enfermería observaron “que las enfermeras presentaban solo satisfacción con actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico (técnicas) y no solo de acciones que corresponden al proceso de atención de enfermería u otras del rol dependiente.”

Aunque brindar un trato humanizado es una postura que el profesional de la salud decide tomar, hoy en día existen esfuerzos por parte del área de la salud que está encaminada a sensibilizar al personal de cara al servicio.

A pesar de las situaciones adversas que en materia de humanización se identifican en las instituciones de salud, existen intervenciones dirigidas a promover una cultura basada en valores humanos y donde la prioridad sea el crecimiento personal.

“Para ello es necesario humanizarse a sí mismo para humanizar a los demás y reconocer los propios valores que permiten actuar en función de quien lo necesita.” Redrado JL, (1988).

Por otra parte, (Nizama, 2002) “establece como objetivos y estrategias el promover en el personal de la salud la sensibilidad humana, la solidaridad, la calidez, la sapiencia, el respeto por sí mismo y la interiorización y acción en pro de la ética, la moral y los derechos humanos del paciente y su familia. Para lograr lo anterior se necesita escucha activa, motivación para cultivar una adecuada imagen personal y desempeñarse como líder en su ocupación.”

Para las enfermeras que sirvieron como objeto de estudio para este trabajo sus respuestas dan cuenta de lo que significa para ellas el trato humanizado, esto en el marco de la atención que ellas prestan. Entre los atributos que para ellas representan tener un trato humanizado, mencionan la calidez, el respeto, llamar al paciente por su nombre, comprensión hacia el dolor que pueda estar sintiendo el paciente en ese momento, tener cierta cercanía con el paciente y con las personas que le acompañen, además de tener un adecuado uso de la información que se le va suministrar al paciente y acompañantes.

En las diferentes teorías encontradas se puede ratificar la importancia en el relacionamiento de cara al paciente, como lo menciona (Peplau, 1990) “La deshumanización de los cuidados de enfermería no se debe sólo a la tecnología, sino que es multifactorial, además, resaltar las relaciones interpersonales en la práctica humanizada.”

La teoría de Peplau se refiere a la relación entre una persona con necesidad de ayuda y una enfermera formada adecuadamente para reconocer sus necesidades e intervenir terapéuticamente.

Jean Watson pionera en todo lo concerniente al trato humanizado en enfermería también menciona en trabajos posteriores describe que “los espacios de curación pueden usarse para ayudar a otros a superar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento”, y hace hincapié en que el entorno y la persona están conectados: “Cuando la enfermera entra en la habitación del paciente, se crea un campo magnético de expectativa” (Watson, 2003).

Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones

7. Conclusiones

1. Se evidencia que la institución prestadora de salud donde trabajan las enfermeras les proporcionan los espacios y las herramientas para integrar la atención humanizada al servicio que prestan a los diferentes pacientes que llegan a hacer uso de los servicios.
2. Las características que las enfermeras hacen mayor hincapié al momento de brindar un trato humanizado, se podrían simplificar en dos, la amabilidad, y la claridad al momento de explicar lo que se va a realizar.
3. Las enfermeras asumen la explicación de lo que se les va a realizar a los pacientes como parte del trato humanizado, y no como un deber por parte de ellas, pues esto debe estar incorporado dentro de las funciones de ellas.
4. Se evidencia por parte del personal de enfermería, que conocen de aquellos actos que no van acordes al trato humanizado, sin embargo reconocen tener fallas al momento de la atención algunas de ellas en relación a su estado de ánimo o al número de pacientes que visita la sede en el día, estas fallas podrían incluir el no sonreír, disminución en la amabilidad, entre otros, por lo que se estaría incurriendo que ocasionalmente no se preste el trato adecuado. Sería necesario conocer si existen planes de contingencia frente a dicha situaciones.

8. Recomendaciones

- Se recomienda al grupo de enfermería, además de la amabilidad y la comunicación clara como parte del trato humanizado, incorporar nuevos elementos a dicha atención, pues como lo señaló Mok, se debe tener en cuenta asuntos como el tiempo de escucha, la diligencia y el contacto cercano pues están quedando de lado al momento de ofrecer la atención.
- Se sugiere a la institución, cuando realice sus capacitaciones, tener presente el nombre de “trato humanizado”, de esta manera se podría evitar discrepancias entre los colaboradores al pensar si se les ha hablado del tema o no, además es pertinente que no solo los servicios de ginecobstetricia y pediatría hablen de trato humanizado, sino también el resto de servicios que componen el sector salud, como radiología, medicina interna, oncología entre otros.
- Con el fin de evitar maltrato durante la atención a causa de emociones personales por parte de las enfermeras a los usuarios o por el volumen de pacientes que visitan la sede durante el día, se recomienda a la IPS generar espacios destinados a la capacitación de su personal en asuntos como autorregulación emocional, manejo de estrés, trabajo bajo presión con el objetivo de afianzar el trato humanizado, e incluso podría existir una relación intrínseca entre dicho trato y la competencia de orientación al resultado.
- Las enfermeras asumen la explicación de lo que se les va a realizar a los pacientes como parte del trato humanizado, y no como un deber por parte de ellas, por lo que sería necesario conocer el manual de sus funciones, con el fin de evidenciar si dicha práctica corresponde a un deber o a trato humanizado. En caso de que el hecho de brindar la información suficiente esté sumido dentro de las funciones, sería importante realizar una actividad con las enfermeras donde

ellas reconozcan las características y las diferencias entre los deberes y trato humanizado.

- Minimizar los riesgos de que no se preste una atención humanizada, y contar con planes de contingencia en caso de que suceda.

Capítulo 6. Referencias bibliográficas y anexos

9. Bibliografía

Urra, E., Jana, A., & García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del Pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 11-22.

Robbins S. P. & Judge, T. A. (2009) *Comportamiento Organizacional*. México: Pearson Educación.

Schultz D. P. & Schultz, S. E (2010) *Teorías de la personalidad*.

Talavera, E. R., & Pérez-González, J. C. (2007). *Formación en competencias socioemocionales a través de las prácticas en empresas*. *Revista Europea de Formación Profesional*.

Schubert V. *El Legado Histórico del modelo Nightingale Su estilo de Pensamiento y su Praxis*. *Revista Horizonte de Enfermería*. 1988; 9 (1):7-21.

Alexander M. F *Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista*.

Portilla. M V. (2003). *Actitud de servicio en las organizaciones*. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/actitud-servicio-organizaciones/>

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Calidad y humanización de la atención*. Recuperado <https://www.minsalud.gov.co/>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Seguridad del paciente y la atención segura*. Recuperado

<https://www.minsalud.gov.co/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

Arredondo-González, C. P., & Siles-González, J. (2009). *Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales*. *Índex de enfermería*, 18(1), 32-36.

Recuperado <http://atlasti.com/>

Elizondo, M. (1990). *Asertividad y escucha activa en el ámbito académico*. México: Trillas, Universidad Virtual, ITESM.

Botero, M. M. & Peña, P. (2006) *Calidad en el servicio: El cliente incógnito*.

Rodríguez C. *Calidad de atención en salud y ley 100 de seguridad social*. En: Escobar J, compilador. *Bioética y justicia sanitaria*. Bogotá: Ediciones del Bosque; 1999. p. 147-182.

Redrado JL. *Humanicemos el hospital*. Bogotá: Cencapas; 1988. p. 47-79.

10. Anexos.



PERCEPCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL AREA DE RADIOLOGIA DE UNA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEDELLIN, ACERCA DEL TRATO HUMANIZADO EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE LA SALUD.

Investigador principal:

I. Introducción:

Les queremos informar, que se trata de una investigación de monografía del programa de Psicología de la Fundación Universitaria María Cano, donde queremos invitarlas a participar de manera voluntaria, a una serie de preguntas, donde sus respuestas, serán el fruto de dicha investigación. A continuación, es importante que ustedes tengan en cuenta los siguientes aspectos:

1. **la participación es voluntaria.** Usted puede elegir participar o no hacerlo, de igual manera, si durante la participación de dicha investigación, decide no continuar, también puede desistir, aun al comienzo habiendo aceptado.
2. **Descripción del proceso.** Por parte de las estudiantes Isabel Castaño y Lina Posada, se realizará una entrevista semi estructurada que consta de nueve preguntas, dicha entrevista deberá ser grabada en audio, y será utilizada única y exclusivamente con fines investigativos, por ende no serán divulgados fuera de éste ámbito, respondiendo a lo estipulado en la Ley 1090 de 2006 (Secreto profesional). Todas las preguntas están en relación al “trato humanizado”, esto tomará un tiempo aproximado de 30 minutos. Se tendrá como objetivo principal poder identificar por parte del personal de enfermería que presta su servicio en el área de radiología, que conocen de

dicho concepto. De igual manera, en caso de que se presente alguna inquietud, por parte de los participantes, y que concierne al trabajo de investigación, podrá consultarla.

3. **No habrá remuneración.** No habrá lugar a ninguna retribución económica, partiendo solo del beneficio teórico que se proporcionará a toda la comunidad académica.

4. **Riesgos e inconvenientes.** Según la resolución 8430 de 1993 del 4 de octubre emitida por el ministerio de salud, esta investigación es mínimo riesgo, pues llevará a cabo el registro de datos a través de una entrevista, por lo tanto no hay lugar a riesgo físico ni moral de los participantes. En caso de presentar alguna incomodidad, podrá acudir a los investigadores para orientarlo y hacer la remisión correspondiente

5. **Se garantiza el derecho a la intimidad.** El equipo de investigación, guardará la información suministrada bajo el secreto de confiabilidad y ética profesional. Tanto los datos personales y de identificación no serán divulgados por ningún motivo ni medio de comunicación

6. Esta propuesta ha sido revisada y a probada por la Psicóloga Natalia Gómez Cardona, docente e investigadora de la Fundación Universitaria María cano, **quien** ha procurado hacer todo el acompañamiento en esta investigación y se ha asegurado de proteger los datos de los participantes.

II. INFORMACION SOBRE LA MONOGRAFIA

El cuerpo de nuestra investigación se basa en el concepto individual que cada enfermera del área de radiología, nos comparta por lo que comprende de trato humanizado.

Objetivo: Identificar la percepción de trato humanizado de un grupo de enfermeras del área de radiología pertenecientes a una IPS de la ciudad de Medellín.

Procedimiento: se le realizará nueve preguntas, de manera consecutiva, donde usted, de manera espontánea deberá responder. Recuerde que dichas respuestas serán grabadas en audio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARACION DE VOLUNTAD

Manifiesto que tengo las facultades mentales para comprender la información que me ha sido proporcionada o leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. También se me ha dado la oportunidad de expresar cualquier inquietud y de manifestar si deseo participar o no de la investigación.

Autorizo voluntariamente a participar de esta investigación y doy por entendido que tengo el derecho de retirarme de la misma en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

Nombres y Apellidos del Participante: _____

Firma: _____

INVESTIGADORES (Estudiantes).

Lina Marcela Posada

Isabel Cristina Castaño.

Fecha: _____

Hora: _____

Psicóloga y Asesor encargada.

Natalia Gómez Cardona.

Tarjeta Profesional:

Formato entrevista semi - estructurada.

1. ¿En las actividades que usted realiza durante su turno como es la comunicación con el paciente?
2. ¿Qué elementos considera importantes en la relación paciente – enfermera?
3. ¿Qué entiende usted por trato humanizado?
4. ¿Qué información ha recibido sobre trato humanizado en la institución donde labora?
5. ¿Qué características ò comportamientos consideras que deben ir acordes con un trato humanizado?
6. ¿Qué características ò comportamientos no van acordes con un trato humanizado?
7. ¿Qué características ò comportamientos van acordes a lo que es un trato humanizado, pero que usted aplique?
8. ¿Qué comportamientos van acordes al trato humanizado que consideras que hace falta por fortalecer?
9. ¿Usted brinda un trato humanizado?