



**“TRATO DIGNO APLICADO A LOS USUARIOS DE LA
CLÍNICA DE SALUD DE LA COMUNIDAD 20 DE
NOVIEMBRE EN EL PERIODO ENERO 2022 – JUNIO
2022”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

PRESENTA:

ESMERALDA MÉNDEZ LÓPEZ

ASESOR:

DA MARÍA CECILIA ZAMORANO RODRÍGUEZ

JULIO DEL 2022



PASIÓN POR EDUCAR

**“TRATO DIGNO APLICADO A LOS USUARIOS DE LA
CLÍNICA DE SALUD DE LA COMUNIDAD 20 DE
NOVIEMBRE EN EL PERIODO ENERO 2022 – JUNIO
2022”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

PRESENTA:

ESMERALDA MÉNDEZ LÓPEZ

ASESOR:

DA MARÍA CECILIA ZAMORANO RODRÍGUEZ

JULIO DEL 2022

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por la vida y darme la oportunidad de vivir esta maravillosa experiencia académica, a la maestra Cecilia Zamorano Rodríguez por haberme guiado en este proceso con paciencia, orientación, respaldo, dedicación y su valioso tiempo durante toda la asesoría.

A las personas que me ayudaron a realizar las entrevistas y compartir sus experiencias.

Muchas gracias a todos y a todas

DEDICATORIA

A mis papás José y Esperanza por sus cariños, amor y consejo durante todo este proceso. A mis familiares y amigos, en especial a Blanca luz y Rosemberg blanco por todo el cariño y apoyo recibido, que me han impulsado a luchar por mis sueños.

INDICE

Capítulo I

1.1 INTRODUCCIÓN

La percepción del usuario se construye a partir de sus expectativas, la satisfacción de sus necesidades y los resultados obtenidos del proceso de atención, reflejado el grado de satisfacción con la atención y la calidad de los servicios recibidos.

El trato digno son aquellas percepciones que tiene, el paciente o familiar acerca del personal de enfermería de la relación y atención prestada durante su estancia en la clínica, debe seguir criterios importantes como la presentación del personal, su actitud hacia el paciente, así como la información que le brindará al respecto de su estado de salud.

El derecho a trato digno y respetuoso hacia el usuario, se refiere a la aceptabilidad que el comportamiento tanto verbal como no verbal se establece en la relación del profesional de enfermería, que va más allá que un saludo simple. La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual.

La calidad de atención de enfermería está basada en la atención directa, interrelación, respeto y comunicación que se establece entre enfermera-usuario para lograr su satisfacción, y por lo cual es esencial en el personal de enfermería brindar los cuidados con calidad, calidez, sencillez, paciencia, transparencia y sensibilidad social basada en principios éticos, a todas las personas sin discriminación alguna, sobre todo a los grupos más vulnerables.

El presente estudio es un valioso aporte para la institución al determinar el trato digno aplicado a los usuarios de la clínica de salud de la comunidad 20 de noviembre. Ya que es la primera investigación que mide directamente la calidad de la atención de enfermería y a partir de los resultados se podrá utilizar como referencia para implementar medidas de mejoramiento de la calidad en la atención que brinda la enfermera.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que el trato digno que se debe ofrecer el área de enfermería a los pacientes está sujeto en el respeto de los derechos humanos y a las características individuales, a la información completa, veraz oportuna y susceptibles de ser entendida y la amabilidad por el área que ofrece el servicio.

Esta investigación se realizó con el propósito de conocer cuál es el trato digno que reciben los usuarios que son atendidos por la enfermera de clínica de salud 20 de noviembre.

La clínica no es ajena a los problemas en relación al trato digno que reciben los usuarios; debido a las constantes quejas interpuestas por ellos en las consultas donde son atendidos por el personal de enfermería, en el establecimiento de salud de la comunidad 20 de noviembre se procede a la realización del siguiente estudio.

La realización del estudio surge de la necesidad de no contar con antecedentes en cuanto al tema en esta clínica de salud, además de encontrar una herramienta que permita identificar los errores para mejorar la calidad de atención. Por lo cual surge la necesidad de investigar la percepción de los usuarios sobre el trato digno al ser atendidos por el personal de enfermería en el establecimiento de la clínica de salud de la comunidad 20 de noviembre de las Margaritas Chiapas.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer las percepciones de los usuarios sobre el trato digno al ser atendidos por el personal de enfermería de la clínica de salud de la comunidad 20 de noviembre de las margaritas Chiapas.

Objetivos Específicos

- 1.- Identificar los conocimientos que tiene los usuarios sobre el significado del trato digno.
- 2.- Describir la satisfacción de los usuarios sobre el trato digno recibido por el personal de enfermería.
- 3.- Evaluar el cumplimiento de los indicadores del trato digno.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los nuevos enfoques de gerencia en salud sobre la satisfacción del usuario exponen que brindar calidad, significa comprender a las expectativas de los usuarios, razón por lo cual, el hecho de no brindar una atención de enfermería con calidad trae consigo problemas para los usuarios ya que se van a sentir insatisfechos con la atención recibida y esto puede traer consecuencias en su estado de salud, generando tratamientos más largos, hospitalizaciones más prolongadas y por ende mayor inconformidad, relacionándose esta última con la imagen y economía de la clínica 20 de noviembre de las margaritas Chiapas.

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

Así nos planteamos la siguiente interrogante

Pregunta

¿Cuál es la percepción de los usuarios sobre el trato digno al ser atendidos por el personal de enfermería de la clínica de salud 20 de noviembre de las margaritas Chiapas?

1.5 HIPOTESIS

- 1 ¿cuál es el conocimiento de los usuarios sobre el significado de trato digno?
- 2 ¿Cuál es la satisfacción de los usuarios sobre el trato digno recibido por el personal de enfermería?

Capítulo II

Marco referencial o teórico

2.1 Antecedentes históricos (como surgió el trato digno)

La atención a la salud es considerada nivel mundial como uno de los servicios con mayor demanda social y los servicios que ofrece enfermería corresponde a uno de los de mayor cobertura en todos los niveles de atención desde la segunda mitad del siglo xx la sociedad ha puesto en evidencia cada vez con mayor intensidad, la deshumanización de los profesionales de la salud, demandando un cambio en la cultura más humanizada, porque la ciencia crece a pasos agigantados en favor de la salud o para conservarla y no crece de igual manera el lado humano del personal de área de la salud. En Enfermería se han abordado investigaciones relevantes que permiten sentar los antecedentes del área temática, y en este sentido, esas investigaciones se visualizan desde una óptica de percepción de los usuarios, grado y nivel de satisfacción de los pacientes como también la creación y validación de instrumentos fiables que permiten evaluar, describir, determinar y medir la calidad de la atención en salud y la calidad de la atención de Enfermería con base en las experiencias de cuidado y percepciones de los usuarios. El desarrollo de la disciplina de enfermería profesional surge son los aportes que Florence Nigthingale, madre de la enfermería moderna, durante su arduo y maravilloso trabajo en el auge del siglo XIX. La historia relata que su alta capacidad intelectual para abordar los problemas de atención en salud de la época la constituyeron en una mujer admirada hasta el punto de convertirse en la primera mujer consultora en materia de salud pública con una experiencia e inteligencia incalculable; demostró ser una excelente gerente con un ingenio administrativos sin precedentes en la historia de la mujer, y en cuanto a su relación con el comité de dirección muchas veces impugnaba las decisiones y a veces hasta hacia caso omiso de ellas para beneficiar a los pacientes, esta acción develaba en Florence su intenso interés en lograr la satisfacción de los pacientes; características que le fueron abriendo las puertas en el sector laboral y social, pues sus sugerencias para la creación

de los hospitales era tan importante, que hasta le consultaban sobre cómo debía ser la infraestructura de las salas de atención a los enfermos, es decir, Florence se convirtió en una de las más grandes críticas de los sistemas de salud y hospitales de la época; su capacidad de evaluación era impresionante, hasta el punto de recibir un reconocimiento por el sector oficial militar, quienes la veían como un recurso humano que prometía muy buenos resultados. A pesar de que la Calidad como concepto no se asoció directamente con los postulados de Nightingale, todo su trabajo devela las características de la calidad a través de sus acciones y la puesta en escena de los resultados obtenidos. (López, 2017)

Nacionales

A mediados de los años ochenta destaca la implantación de los primeros círculos de calidad en la Secretaría de Salud. Sin embargo, es hasta la década de los noventa cuando es posible identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios.

Con el propósito de que la Cruzada Nacional sea una estrategia eficiente de manera paulatina, ordenada y en forma secuencial se define la implantación de las líneas de acción y la atención a cada uno de los problemas que afectan la calidad de los servicios de salud. En este sentido, para efectos de la aplicación de los recursos durante el 2002, el programa se orientará al financiamiento de proyectos que impulsen la gestión exitosa para la mejora del componente de trato digno, a partir de la medición de indicadores.

Durante el año 2001 como parte del Plan de Arranque de la Cruzada Nacional se estableció el Equipo Consultor Sectorial, integrado por funcionarios de alto nivel de la SSA, IMSS e ISSSTE para el impulso de la estrategia a nivel sectorial durante el 2002 para la aplicación de los recursos las acciones de la Cruzada Nacional.

A principios de 2001, en vista de los cambios en el perfil epidemiológico del país, los éxitos en el control de diversos padecimientos, y las prioridades de la nueva administración, el CNS (Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de

Salud” volvió a revisar la lista de indicadores. Sobre la base de una propuesta elaborada por un grupo de trabajo del propio Consejo, se acordó adoptar una nueva lista de 58 indicadores. Esta lista de indicadores está agrupada según los atributos deseables del sistema de salud: anticipación, efectividad, disponibilidad y accesibilidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad.

En el programa nacional de salud 2001-2006 se plasma los tres retos principales de que se afrontan en el sector salud: equidad, protección financiera y de calidad en este último se escribe el programa cruzado nacional por la calidad de los servicios de salud, como estrategia del gobierno federal para elevar los servicios de salud con enfoque en la mejora de calidad técnica y la calidad percibida.

Con este propósito la cruzada nacional por los servicios de salud orienta sus acciones a las organizaciones prestadoras de los servicios de salud para obtener resultados a favor de la población que recibe servicios de salud:

Las acciones institucionales para mejorar la calidad de los servicios de salud se remontan a finales de la década de los cincuenta en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 dentro de su política social estableció el compromiso de elevar el nivel de salud de los mexicanos, reducir las desigualdades, garantizar un trato adecuado a los usuarios, ofrecer protección financiera en salud y fortalecer “El Sistema” de salud. En este sentido el Programa Nacional de Salud, establece como una de sus líneas estratégicas el brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social en materia de salud, con el objeto de disminuir el número de familias que se empobrecen al enfrentar gastos en salud. Esta Protección Financiera se ve fortalecida con el decreto del 15 de mayo de 2003, publicado en el Diario Oficial de la Federación, por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud mediante el cual se creó “El Sistema” de Protección Social en Salud, en lo sucesivo “El Sistema” con lo que se estableció a nivel de ley “El Sistema” de protección financiera y de prestación de los servicios de salud Previstos en el Plan y Programa antes referidos. Con el objeto de disminuir el número de familias

que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos en salud y de fomentar la atención en salud. (Antecedentes del trato digno, 2011).

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud surgió como respuesta a la problemática puesta de manifiesto en la “Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000”. En ella, la población señaló que el nivel de calidad de los servicios de salud había empeorado con relación a los datos que se tenían en 1994, en los que se mencionaba que cuatro de cada diez mexicanos se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y calificaron el nivel de calidad de los servicios de salud por abajo de los servicios de: agua y drenaje, teléfonos y transporte público. El Programa de Acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud concebía la calidad de los servicios de salud desde dos perspectivas:

1. Trato digno, cuyas características eran:

a) Respeto a los derechos y características individuales de los usuarios, a partir de la identificación y evaluación periódica de sus necesidades y expectativas, sobre el servicio de salud que reciben.

b) Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quien es responsable de él o de ella.

c) Interés manifiesto en la persona.

d) Amabilidad.

2. Atención médica efectiva

Como parte importante de esta Cruzada surge el “Programa de evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería” y establece la incorporación de una serie de indicadores, que permitieran identificar el grado de cumplimiento de los estándares de calidad de la atención proporcionada por el personal de enfermería, dentro de los cuales se incluía el indicador “Trato digno por enfermería”. Durante los años que se ha evaluado este indicador en diferentes unidades y niveles de atención, por cierto, con bastante éxito tanto en su

aplicación como en los resultados, existen interrogantes sobre lo que significa. Las preguntas a contestar serían: ¿Las enfermeras comprenden todos los aspectos que conllevan proporcionar un trato digno? ¿Lo identifican como una parte esencial del Código de Ética que guía a la profesión de enfermería?

Se considera pues, de suma importancia profundizar y reflexionar sobre el tema, ya que este indicador por sí mismo merece el dominio de uno de los principales postulados de la práctica de enfermería: el concepto de “persona” como eje de la atención del profesional de enfermería. (Negrete-Arredondo, 2009).

Estatal

En 2007, el Gobierno del Estado de Chiapas, la secretaria Federal de Salud y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud firmaron una carta de intención para establecer una cooperación con miras a mejorar la situación y reducir las inequidades y rezagos en salud en el Estado de Chiapas. Desde 1978, con la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria en Salud (APS), la atención de salud para todos se basa en valores y principios como: universalidad, accesibilidad geográfica y económica, aceptabilidad social y cultural, métodos apropiados y participación comunitaria. Desde esa época se reconoce que la salud es parte del desarrollo económico y social. Con la renovación de la APS, en 2007, se reconoce el derecho al mayor nivel de salud posible, con equidad y solidaridad.

A su vez, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) hizo un llamado para que aborden los determinantes sociales con el fin de alcanzar la equidad sanitaria. La Comisión considera que reducir las desigualdades sanitarias es un imperativo ético, e hizo un llamado a subsanar estas desigualdades en el lapso de una generación. En el año 2000, los Estados Miembros de Naciones Unidas aprobaron la Declaración del Milenio, y se comprometieron con una agenda de desarrollo que permitiera alcanzar en 2015 ocho objetivos prioritarios.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) reflejan el compromiso asumido para erradicar la pobreza extrema y el hambre, incrementar la salud, mejorar la educación de los niños y jóvenes, lograr la igualdad entre mujeres y hombres, impulsar un crecimiento en armonía con el medio ambiente y fomentar la creación de una asociación mundial para el desarrollo. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio incorporan múltiples indicadores y metas de salud como uno de los ejes centrales del desarrollo.

El Gobierno del Estado de Chiapas asumió esta visión con la incorporación de los objetivos de desarrollo del milenio “ODMs” en su Constitución, y como referencia para su política social.

La cooperación de la Organización panamericana de la salud OPS/OMS Organización Mundial de la Salud en Chiapas se ha desarrollado con la participación del sector gubernamental federal y estatal, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas, sociedad civil y comunidades. Dicha cooperación, donde se han conjuntado valiosos esfuerzos y visiones, ha permitido la movilización de recursos financieros y de consultorías especializadas tanto de la OMS, como de los programas regionales y nacionales de la Organización panamericana de la salud (OPS).

Este trabajo intersectorial e interinstitucional ha resultado en avances significativos en temas tales como la generación de evidencias, la prevención y el control de enfermedades transmisibles y del rezago, el manejo de emergencias en salud pública, el fortalecimiento de la salud materna e infantil, el fomento de entornos saludables y mejores condiciones de vida.

Se determino, se aplicó esto para la mirada hacia el sueño de Salud para Todos en Chiapas. (Lamy, 2012).

Local

En 1990 se fundó la clínica de la comunidad del 20 de noviembre, Las margaritas Chiapas, surgió como necesidad de satisfacer a la población usuaria, ya que no contaban con atención médica y la comunidad no contaba con transportes y tenían que caminar como unos 20 minutos para llegar en la carretera de Altamirano a Comitán para ahí esperar el transporte que Sali de Altamirano hacia Comitán que en ese momento era un autobús, pasaba entre las 4 de la mañana y de regreso a las 3 de la tarde, en esa época era el único transporte que pasaba.

La vida de los usuarios en esa época era algo difícil ya que si alguna mujer estaba embarazada era un riesgo de esperar a que las contracciones llegara estando en la comunidad, hubo muertes maternas y de neonatos por falta de atención médica en la comunidad.

Tuve una entrevista con el señor José Méndez de la comunidad 20 de noviembre. Una de las muertes maternas era de su madre ya que ella camino como 5 kilómetros para llegar con una partera ya que el transporte hacia Comitán nada más pasa de las 4 de la mañana a 3 de la tarde y ella le vino las contracciones como a las 6 de la tarde. Cuando llego a su destino ya estaba muy cansada le dijeron que se acostara y en ese mismo momento la señora quedo sin signos vitales y en pocas palabras la señora muere sin que el bebe pudiera nacer así mismo hubo dos muertes, la madre y el bebe.

Desde 1990 los habitantes de la comunidad decidieron alzar su voz para que la comunidad tenga una clínica.

2.2 Concepto

El trato digno de enfermería se define como la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria; cuyas características son respeto, información, interés y amabilidad, entre otras. (VEGA*, 2022).

El trato digno se refiere a la percepción que tiene el paciente o el familiar del trato y de la atención proporcionada, que es, además, considerado como un derecho de los pacientes al recibir atención médica. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en su publicación sobre los “Derechos Generales de los Pacientes”, se manifiesta, respecto a recibir trato digno y respetuoso, que el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y que se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS) se sitúa como una dimensión de la calidad de la atención se define como:

-Respeto a los Derechos Humanos y a las características individuales de la persona.

-Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, o por quien es responsable de él o ella.

-Interés manifiesto en la persona, en sus mensajes, sensaciones y sentimientos.

Amabilidad.

Mide el grado de satisfacción del usuario (paciente, familiar, acompañante) por la oportunidad de la atención, la información proporcionada por el médico, los medicamentos surtidos y el trato brindado por el personal en la unidad médica. (Salud, 2022).

Trato digno es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas en toda la extensión de la palabra más que como pacientes debido a la relación asimétrica que la enfermedad o incapacidad puede establecer e involucra el derecho de libertad de movimientos, a la privacidad e intimidad por el personal médico y áreas afines del sistema de salud. El personal de enfermería tiene la obligación, de ante cualquier paciente, ofrecer un Trato Digno, es decir, el saludo amable de la enfermera hacia la paciente, la presentación del personal de salud, hablar a la paciente por su nombre, la explicación de actividades o procedimientos que se van a realizar, salvaguardar la intimidad de la paciente, el hacer sentir segura a la paciente, el tratarlo con respeto, brindar información acerca de los cuidados posteriores al procedimiento, no solo a la paciente si no al familiar responsable, y por último, la satisfacción de la paciente con respecto al trato de enfermería, son parámetros que nos ayudan a evaluar el Trato Digno. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS) admite que la atención médica sea efectiva, eficiente, ética y segura. Efectiva porque logra alcanzar los resultados esperados por el usuario de los servicios de salud; eficiente porque fomenta el uso óptimo de los recursos que se dispone; ética ya que se apega a los valores universales y segura puesto que ofrece un servicio que involucre los menores riesgos posibles. En el otorgamiento de calidad de los servicios de la atención médica, el factor humano juega un papel fundamental al estar estrechamente relacionados con el trato personal, lo que impacta directamente el nivel de calidad con que se atiende a los usuarios. La calidad de la atención busca la manera de que produzcan el máximo de beneficios y el mínimo de riesgos para la salud del usuario. La relación interpersonal no se mide exclusivamente por la comunicación verbal, también hace referencia al interés que se tiene por las personas, el cual se demuestra por la comodidad, privacidad y por el ambiente que se les proporciona en los diferentes lugares donde se presta la atención en salud. El ejercicio profesional del personal que atiende cuestiones del proceso salud-enfermedad de las personas debe estar caracterizado por el respeto y cumplimiento de los valores humanos universales y los principios éticos con libertad y responsabilidad. (Ramírez, 2011).

2.2.1 comunicación

La comunicación es un proceso clave en la conformación de las sociedades humanas, el término proviene del latín “communicare” que significa impartir, compartir, hacer común. Este proceso lo hacemos desde que nacemos. El ser humano utiliza la comunicación para informar, proporcionar herramientas para desarrollar hábitos o habilidades, para comunicar un mensaje con una carga afectiva, para regular la conducta de sus semejantes ya sea controlándola, motivándola o para resolver un problema. Los tipos de comunicación pueden ser la no-verbal (gestos, lenguaje del cuerpo y expresiones faciales sin el uso de la palabra), oral, escrita.

En cuanto a la comunicación, varios estudios han demostrado que estos aspectos son importantes entre los profesionales de la salud para lograr resultados favorables en los usuarios. Estos estudios han encontrado que dichas características se han asociado a una disminución en el riesgo de mortalidad, menor estancia hospitalaria, baja incidencia de eventos adversos y un aumento en la satisfacción del paciente y de los mismos miembros del equipo de salud, entre otros. Autores como Cohen y Kizander han incluido la comunicación y la coordinación como variables de proceso que influyen en resultados como la reducción de los días de estancia, disminución en el número de medios diagnósticos y aumento en la satisfacción de los usuarios.

La comunicación es una de las actividades humanas más importantes en tanto mecanismo que permite a los individuos establecer, mantener y mejorar sus relaciones. Es un proceso multidimensional y complejo. Por ello resulta un aspecto esencial en los cuidados de enfermería, considerados como un arte y dejados casi siempre en manos de la intuición e idiosincrasia del profesional.

Es el derecho de los usuarios a resolver todas sus dudas, recibiendo información suficiente, de calidad y oportuna sobre su padecimiento y las diferentes opciones de tratamiento. En un principio estas acciones se contemplaban en el área de trato digno, pero diversas reuniones de expertos coincidieron en que la

comunicación era un elemento tan importante que merecía ser considerado como un dominio importante.

2.2.2 Continuidad de los cuidados

Cuidado viene del latín cogitatus: reflexión, pensamiento, interés reflexivo que uno pone en algo. Partiendo de esto, podemos afirmar que el cuidado cobra sentido cuando la existencia del otro adquiere relevancia y emerge la disposición a participar de su existencia, Según Johnson, la Enfermería, como cualquier disciplina de la salud, dirige sus esfuerzos esenciales al cuidado de la salud de individuos y grupos, y así logra su meta profesional (social). Para Villalobos (2000).

El cuidado es la expresión del conocimiento y por lo tanto de una práctica, tal vez la más importante y la que distingue a enfermería de otras disciplinas de la salud. Cuidar es, pues, más que un acto, es una actitud, un valor. Según Silvina Malvarez (2012):“entendemos a la enfermería como una profesión del campo de las ciencias sociales cuyo objeto de estudio e intervención es el cuidado humano en cuanto implicado en la constitución, vivencia, desarrollo, protección y recuperación de la salud, que tiene como beneficiario al sujeto humano como ser cultural, a la familia, los grupos, las comunidades y la sociedad como unidades de análisis y cuidado”.

El cuidado profesional consiste en asistir en la enfermedad, guardar y conservar la salud o cuidar en la muerte, sobre la base de una formación académica. Es un proceso complejo y dinámico que requiere unos conocimientos científicos y humanistas y que además, debe desarrollar unas actitudes prácticas que se caracterizan como parte de la relación establecida entre el ser que cuida y el ser que es cuidado.

La continuidad en los cuidados es el resultado percibido por el usuario como consecuencia de múltiples procesos. Se refiere a la continuidad de los cuidados definiendo diferentes niveles o estadios:

1er nivel Cuidados paralelos: dos o más servicios prestan cuidados a una misma persona, pero con objetivos diferentes para cada uno de ellos.

2º nivel. Cuidados coordinados: Varios servicios con objetivos diferentes, se ponen de acuerdo para prestar cuidados a una persona determinada durante un proceso concreto.

3er Nivel. Cuidados integrados: vinculación permanente de los servicios mediante la permanencia en el tiempo de objetivos comunes que garanticen la continuidad de los cuidados a las personas que los precisen.

4º Nivel. Continuidad de los cuidados: consenso y toma de decisiones compartidas con cuidadores familiares, familias, usuarios. Por otra parte, uno de los elementos que más favorecen la continuidad de los cuidados es el que las personas puedan participar en la toma de decisiones tanto terapéuticas como organizativas, contribuyendo de esta manera a una mejor coordinación de sus propios cuidados. Los elementos que posibilitan la continuidad de cuidados son: la información, las personas (las relaciones interpersonales) y la coordinación gestión, como respuesta a las necesidades de la persona. La correcta interacción de estos elementos posibilita que recursos y servicios aislados sean interconectados y generen continuidad. Sin embargo, cuando alguno de los elementos falla o se antepone en detrimento de otros se provocan situaciones de discontinuidad.

2.2.3 Empatía

La empatía es un sentimiento humano por excelencia. Del griego *amaptheia*, se utiliza para designar el conocimiento del otro, obtenido por el examen reflexivo de las interacciones del yo y del tú. También se considera la habilidad de "sentir con los demás", de experimentar las emociones de los otros como si fuesen propias. Cuando desarrollamos la empatía, las emociones de los demás resuenan en nosotros. Sentimos cuáles son los sentimientos del otro, cuán fuertes son y qué cosas los provocan.

Los atributos críticos de la empatía son:

- Capacidad para percibir las emociones (capacidad de opinión) e interiorizarlas.
- Capacidad de aplicar las emociones para facilitar el pensamiento, el análisis y el conocimiento de los demás.
- Capacidad de comprender las emociones, las propias y las de otros.
- Capacidad de autocontrol de las emociones.
- Capacidad de involucrarse con emociones, sentimientos y acciones de otros.
- Capacidad de ser solidario, responder a las necesidades de otros con generosidad, transformar la empatía en acciones encaminadas a mejorar el estado físico o emocional de otros.

El concepto de empatía de Edith Stein es el de “aprehensión de las vivencias ajenas, apercibimiento del vivenciar de otro esto quiere decir; la vivencia de experiencias de sujetos ajenos, la vivencia de experiencias de otros”. Describe la posibilidad que una enfermera pueda empatizar con sus usuarios, y vivenciar las experiencias de aquellos en un acto de comprensión del sufrimiento, del dolor, sin que esto termine por agotar el propio equilibrio personal, sino que, por el contrario, pueda convertir la personalidad enfermera en un ser conocedor de los matices que constituyen y diferencian el alma humana.

Para enfermería analizar este punto de partida: que en nuestro trabajo nos están dados de forma inevitable, sujetos ajenos en unidad de su triple composición y de sus propias vivencias, en un marco en que las vivencias de aquellos predominan las experiencias negativas de enfermedad. Y estas están sin remedio ahí, ante nosotros.

2.2.4 Satisfacción

La satisfacción del enfermo es un indicador para evaluar la calidad de los servicios sanitarios, a la vez que permite identificar áreas que presentan déficit desde el punto de vista de la persona que lo recibe. Los factores de satisfacción son conceptualizados como la enfermera que con su presencia da apoyo, seguridad, alivio y afecto. Por tanto, es relevante el rol de la enfermera ya que

ayuda a las personas enfermas en las actividades de la vida diaria y facilita su crecimiento y desarrollo.

Entendiendo la satisfacción del enfermo como las manifestaciones de agrado que expresa la persona, por el cuidado recibido en cuanto a seguridad y protección, las cuales son muy importantes en estas circunstancias, y se hacen evidentes cuando la enfermera incluye en sus cuidados, actuaciones dirigidas a conseguir con prontitud un entorno seguro para él, a la vez que genera confianza por la competencia técnica que demuestra, asimismo, cuando aplica las medidas de prevención física y psicológica se genera en el enfermo, la satisfacción de sentirse protegido y seguro.

La satisfacción del usuario está ligada con el trato del personal en tal sentido que, si el personal se siente cómodo con su jornada y experiencia laboral, ofrece servicios de calidad que repercuten de manera directa en la opinión de la calidad del usuario.

2.2.5 Respeto

El respeto se acoge siempre a la verdad; no tolera baja ninguna circunstancia la mentira y repugna la calumnia y el engaño. Exige trato amable y cortés, es la esencia de las relaciones humanas, de la vida en comunidad, del trabajo en equipo, de cualquier relación interpersonal, es garantía absoluta de transparencia. Crea un ambiente de cordialidad y seguridad, permite la aceptación de las limitaciones ajenas y el reconocimiento de las virtudes de los demás. Evita las ofensas, las ironías, no permite que la violencia se convierta en el medio para imponer criterios. El respeto conoce la autonomía de cada ser humano y acepta el derecho a ser diferente. El respeto es el reconocimiento del valor inherente y de los derechos innatos de los individuos y de la sociedad. Estos deben ser reconocidos como el foco central para lograr que las personas se comprometan con el propósito más elevado en la vida.

Según la OMS respeto a la salud se define como simplemente no interferir en el disfrute del derecho a la salud “no perjudicar”.

2.2.6 Confianza

La confianza es la seguridad que alguien tiene en otra persona o en algo. Es una cualidad propia de los seres vivos, en especial con los seres humanos, ya que, aunque los animales la posean, estos lo hacen de forma instintiva, al contrario que los humanos, que confían con conciencia. Al ser algo que se hace consciente y voluntario, supone trabajo y esfuerzo conseguirla. A pesar de que sea costoso llegar a ella, se caracteriza por ser una emoción positiva.

Según Laurence Cornu, doctora en filosofía: “la confianza es una hipótesis sobre la conducta futura del otro. Es una actitud que concierne el futuro, en la medida en que este futuro depende de la acción de otro. Es una especie de apuesta que consiste en no inquietarse del no-control del otro y del tiempo”.

2.2.7 Amabilidad

La amabilidad según la R.A.E. Real academia española es ser afable complaciente, afectuoso. Es una de las virtudes mejor valorada por todas las personas la amabilidad. Una persona amable, por norma general, es una persona con buenos modales.

El término amabilidad engloba muchos conceptos: atención por los demás, respeto, consideración, encierra aspectos fundamentales de una persona bien educada. “Aunque pudiera hacerme temible, preferiría hacerme amable” dijo Michel Eyquem de la Montaigne. Y es que una persona amable es querida y respetada. La amabilidad es un profundo sentimiento que se manifiesta en ciertas actitudes, de manera espontánea. Es una cualidad en la cual se combina el amor, la comprensión, la previsión, la empatía y la generosidad. (Lopez, 2016)

2.3 Sistema Nacional de indicadores de calidad en salud (INDICAS)

Es una herramienta que permite registrar y monitorear indicadores de calidad en las unidades médicas que permitan su seguimiento y la comparabilidad entre las unidades de atención médica; integra información proveniente de encuestas

realizadas a los usuarios del servicio médico, de los expedientes clínicos y de los registros de los establecimientos del sistema Nacional de salud, con el propósito de conocer los niveles de la calidad percibida, calidad técnica y calidad de la gestión de los servicios de salud otorgados en los establecimientos de salud fijos o móviles, con el fin de contribuir a brindar servicios de salud con calidad, calidez y seguridad para el paciente. Este ciclo integral de mejora continua, permite tanto a los profesionales de la salud (médicos, enfermeros o administrativos del establecimiento de salud) como a los usuarios del servicio (paciente o familiares) dar seguimiento a los indicadores periodo a periodo y evaluar los resultados de las acciones de mejora implementadas para alcanzar los estándares establecidos; con la recolección de información a través de encuestas, el personal del establecimiento de salud conoce la percepción de los usuarios respecto al servicio brindado; al revisar expedientes clínicos e información basada en los registros de la unidad, se detectan áreas de oportunidad para la mejora en la calidad de los servicios, desde evaluar el servicio brindado por el médico y/o la enfermera, hasta lograr una estandarización en la práctica clínica.

INDICAS: incorpora en el indicador trato digno que evalúa el primer nivel y segundo nivel de atención:

La calidad percibida:

1. Satisfacción por la oportunidad en la atención.
2. Satisfacción por la información proporcionada por el médico.
3. Satisfacción por el surtimiento de medicamentos.
4. Satisfacción por el trato recibido.
5. Satisfacción general.

Las características incluidas en el INDICAS que evalúan la calidad de los servicios de enfermería en su dimensión interpersonal: Trato digno en unidades hospitalarias son:

1. Respeto
2. Información

3. Interés

4. Amabilidad

Este indicador es definido como el porcentaje de pacientes atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios determinados para el trato digno que son:

1. ¿La enfermera (o) lo saluda en forma amable?
2. ¿Se presenta la enfermera(o) con usted?
3. ¿Cuándo la enfermera (o) se dirige a usted por su nombre?
4. ¿La enfermera(o) le explica sobre los cuidados a actividades que le va a realizar?
5. ¿La enfermera (o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?
6. ¿La enfermera (o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?
7. ¿La enfermera (o) le hace sentirse segura(o) al atenderle?
8. ¿La enfermera (o) lo trata con respeto
9. ¿La enfermera (o) le enseña a usted a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?
10. ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería a las 24 horas del día?
11. ¿Se siente satisfecho con el trabajo que le da la enfermera (o)?

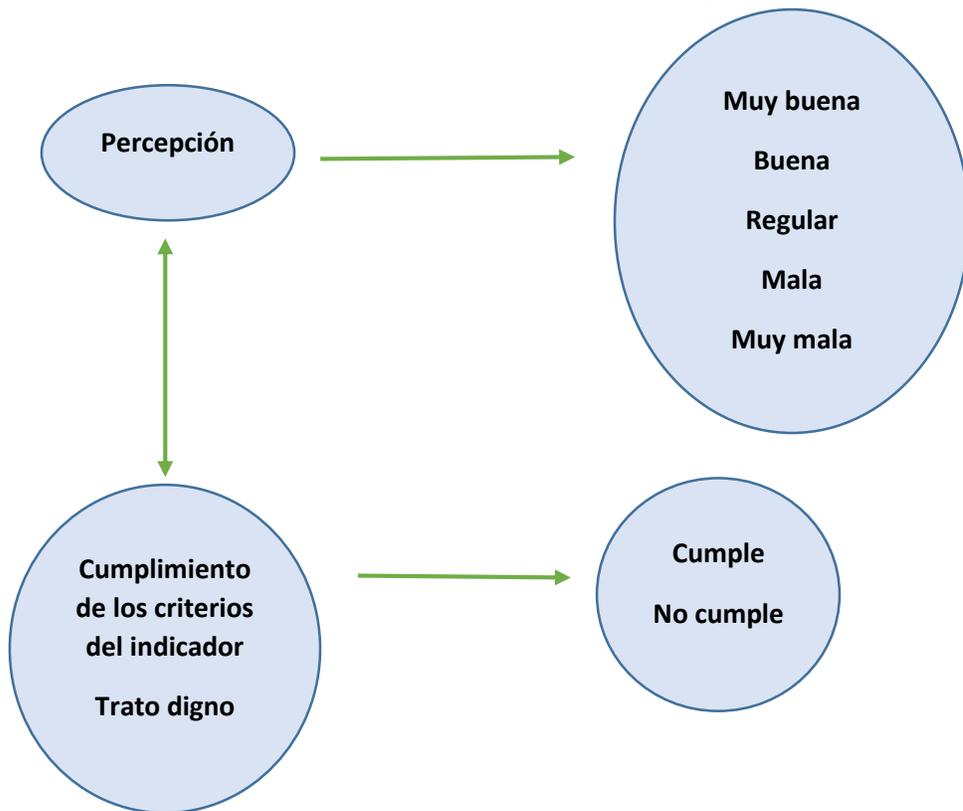
2.3.1 Aval ciudadano

Consiste en la experiencia de participación de grupos organizados de la sociedad civil, organizaciones No gubernamentales (ONG's), centros académicos y otras instituciones en la evaluación de los componentes de calidad percibida en la prestación de servicios de salud.

Los avales ciudadanos realizan entrevista y encuestas entre los usuarios de las unidades medicas y los profesionales de la salud, con el fin de establecer compromisos de mejora en la calidad de los servicios de salud entre la ciudadanía y las autoridades de las unidades médicas, en mutuo beneficio. Resulta importante señalar que el indicador de trato digno en el primer nivel de atención

involucra de manera general a todo el personal que tuvo contacto el usuario sin categorizarlo por perfil académico o función que desempeña, por el contrario, el indicador de trato digno específicamente del personal de enfermería esta diseñado para evaluar el segundo nivel de atención; por lo anterior, para este estudio se identificara la percepción del usuario con respecto al trato recibido del personal de enfermería en un primer nivel de atención de acuerdo al siguiente modelo de análisis. (fabian, 2012)

Modelo de análisis



2.4 Indicadores de un trato digno para la clínica del 20 de noviembre de las Margaritas Chiapas México

El trato digno como Indicador de Calidad en Enfermería tiene sus Orígenes en el 2002, a partir de la Cruzada Nacional de Calidad de los Servicios de Salud de México, en donde la Comisión Interamericana de Enfermería en conjunto con la Dirección General de Calidad y Educación en salud, iniciaron la evaluación de los servicios que brinda enfermería, se dieron a conocer un conjunto de indicadores por su relación importante en la práctica diaria y el control de riesgo y daño innecesario al paciente, que permiten identificar la percepción de los usuarios, entre ellos está el de la dimensión Interpersonal el de “trato digno”, este hace referencia a la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención. (Turcios, 2018)

2.4.1 Indicadores de la atención pronta;

- Garantizar la continuidad y la integridad en la atención a los usuarios
- Promover y consolidar el trabajo en equipo
- Mantener una comunicación efectiva y oportuna con las usuarias, sus familiares y los miembros del equipo de salud.

También se presentaron algunas observaciones críticas de circunstancias que dificultan la atención pronta, tales como:

- Las limitaciones de la estructura física de la Clínica (“¿Cómo vamos a brindar una atención pronta si no hay espacio?, ¿en el suelo?”);
- La falta de un trabajo coordinado –en algunas ocasiones– entre los miembros del personal de salud (“Para dar atención pronta se necesita un equipo de trabajo, y eso no siempre sucede”);
- La necesidad de que todas las personas que forman parte de la Clínica se comprometan con el propósito de brindar una atención pronta y un mejor trato (“Para la atención pronta es necesario capacitar a todos, desde la recepción, quienes son los que reciben a los pacientes y pueden contribuir a facilitar o a obstaculizar el acceso”).

Promover el trabajo en equipo y dar periódicamente cursos-taller de “trato digno” con todo el personal de la Clínica.

2.4.2 Indicadores de un trato respetuoso

El trato respetuoso se asoció a las acciones del personal de la clínica al dirigirse a las usuarias desde el primer contacto y durante toda la atención, respetando la dignidad de la persona. El respeto empieza con el saludo y la presentación del prestador de servicios. Incluye una comunicación clara, amable y completa sobre todas las intervenciones y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Es importante emplear expresiones como: “por favor”, “gracias”, “¿me permite?”, “¿qué puedo hacer por usted?”, “¿tiene alguna duda?”, “¿está satisfecha con la atención?” para asegurar un trato respetuoso son los siguientes:

- Saludar a las usuarias y llamarlas por su nombre.
- Evitar referirse a las usuarias con diminutivos (“pacientita”, “muchachita”, “mujercita”), apodos u otras expresiones paternalistas (“hija”, “madre”) que pueden manifestar un trato que reduce la autonomía y la dignidad de las mujeres.
- Presentarse, en cuanto prestador de servicios, por su nombre y su función: “Buenos días, señora Juana, mi nombre es Adriana, y soy la médica que se encargará de atenderla, si usted me lo permite”.
- Escuchar de manera activa y respetuosa.
- Individualizar la atención reconociendo la singularidad de cada usuaria.
- Reconocer y respetar los valores, sentimientos y preferencias de las usuarias.
- Ser empáticos.
- Procurar la comodidad de los usuarios.

En efecto, es deber de los prestadores de servicios de salud brindar un trato respetuoso a las usuarias, pero también ellos tienen derecho a ser tratados con respeto. De este modo, el buen trato puede y debe dar lugar a un círculo virtuoso

de relaciones respetuosas con las usuarias, otros prestadores de servicios y los compañeros de trabajo.

2.4.3 Indicadores de la comunicación

La comunicación como un aspecto muy importante del trato digno, sobre todo cuando se atiende a usuarias indígenas cuya lengua materna es distinta al español. Asimismo, el personal de la clínica reconoció que, para comunicarse, las personas utilizan también un lenguaje no verbal, es decir, señales y gestos. En este sentido, la comunicación de los prestadores de servicios con las usuarias debería ser respetuosa y comprensible, prescindir de tecnicismos, apoyarse en traductores en caso necesario, asegurar que la usuaria entienda la información y descartar dudas.

Los indicadores propuestos por los equipos participantes para asegurar una comunicación efectiva son los siguientes:

- “La información debe ser oportuna, precisa, completa, asertiva, clara, respetuosa, efectiva; todo esto nos lleva a una comunicación segura”.
- “Debemos dar una comunicación sin tecnicismos, en el propio idioma; información oportuna; asegurarse de que la información fue entendida; dar una comunicación adecuada y clara a los familiares”.

2.4.4 Indicadores de la autonomía

La autonomía es la libertad que deben tener las usuarias para participar en la toma de decisiones respecto a su salud y su atención. Se reconoce que las restricciones al respecto están determinadas por la estructura de distribución del poder en la sociedad en general, donde las mujeres indígenas en condiciones de pobreza ocupan la posición de mayor subordinación. También, que tales condiciones estructurales aumentan en el campo médico, particularmente cuando estas mujeres se encuentran en calidad de usuarias de los servicios hospitalarios y establecen limitaciones para que ellas ejerzan su derecho a la autonomía. Por esta razón, se debe ser muy consciente de estas estructuras de dominación, de tal modo que sea posible favorecer la autonomía de las usuarias.

Los indicadores propuestos por los equipos participantes para asegurar la autonomía de las usuarias son los siguientes:

- Solicitar permiso a las usuarias para explorarlas, revisarlas o descubrir alguna parte de su cuerpo.
- Servirse de un traductor institucional en todo momento para dar una información clara, precisa y oportuna a las usuarias sobre sus condiciones de salud y su atención.
- Proporcionar a las usuarias información de manera imparcial y sin prejuicios.
- Favorecer la libre decisión de las usuarias (considerando el momento y el lugar) respecto a la aceptación o no de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se les propongan.
- Informar a las usuarias y pedirles su consentimiento para aplicarles cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico; pedirles siempre su opinión.

2.4.5 Indicadores de la confidencialidad y privacidad

La privacidad y la confidencialidad de la información sobre la salud de las usuarias son derechos de los que éstas deben gozar. De este modo, el personal de salud debe garantizar las condiciones de privacidad de los encuentros médicos, y asegurarse de que los datos y la información sobre la salud de las usuarias no se divulguen.

Los indicadores propuestos por los equipos participantes para asegurar la privacidad y la confidencialidad sobre la salud de las usuarias son los siguientes:

- ✓ Atender a las usuarias en un lugar privado, en el que otras personas no puedan ver u oír la consulta.
- ✓ Brindar a las usuarias una atención personalizada.
- ✓ Cuidar el pudor y la privacidad de las usuarias al realizar cualquier procedimiento.

- ✓ Evitar hacer comentarios innecesarios dentro o fuera del hospital sobre los casos de las usuarias.

2.4.6 Indicadores del acceso de las usuarias a sus redes de apoyo

Respecto a los indicadores del acceso a las redes sociales de apoyo de las usuarias, los equipos participantes señalaron los siguientes:

- Permitir que los familiares y amigos de los usuarios los acompañen en las áreas de hospitalización en este caso en las consultas.
- Brindar información oportuna a los familiares de los usuarios sobre la evolución del estado de salud de éstas.
- Permitir que las redes de apoyo de los usuarios las reconforten física, moral y espiritualmente, siempre y cuando no molesten a otras personas.
- Ser flexibles con la dieta que los familiares de las usuarias les procuran, siempre y cuando no haya una contraindicación médica. (Navarro, 2019)

2.5 Las estructuras sociales productoras de desigualdades y la relación médico- paciente en contextos interculturales

2.5.1 la interacción intercultural desigualdad propia de la atención medica

Como ha quedado asentado desde los orígenes de la medicina moderna, la relación entre el médico y el paciente se distingue de cualquier otra relacionada con la prestación de servicios, porque involucran el cuidado de un bien de valor inestimable, la salud. Sin embargo, esta relación casi siempre es desigual, dado que la persona enferma debe reconocer la necesidad de recurrir a un profesional, quien gracias a sus habilidades y conocimientos especializados podría ayudarla a disminuir o aliviar sus malestares y recuperar la salud. Por ello puede decirse que la relación médico-paciente es por si misma intercultural, y eso se acentúa cuando las personas involucradas provienen de grupos culturales distintos.

Asimismo, la relación intercultural que ocurre en el espacio clínico (esto es, la relación médico-paciente) sintetiza los esfuerzos colectivos de profesionales de la salud, personal administrativo y diseñadores de programa para sostener un enorme sistema de salud, cuyo objetivo es mantener, restablecer o cuidar la salud. Es decir, la interacción de los profesionales de la salud con los pacientes constituye el último eslabón de una gran cadena de acciones, pero es, por lo general, el único aspecto que el paciente considera, recuerda o califica para juzgar la respuesta de la clínica, el hospital o el sistema de salud. Así, se puede asegurar, que este espacio de relación intercultural y desigualdad es el más importante desde el punto de vista de los usuarios. (Abúndez, 2019)

2.5.2 Tres aspectos críticos de la atención médica

Por lo anterior, en la interacción cara a cara con el usuario de sus servicios, el médico debe tomar en cuenta la naturaleza intercultural y desigualdad de la relación, y velar por la protección de tres aspectos de la atención:

- La calidad técnica, que se refiere a que cada una de las decisiones diagnósticas y terapéuticas debe apearse a los conocimientos científicos actuales;
- La seguridad del paciente, que implica tomar medida para evitar cualquier daño, desde una infección adquirida en el proceso de atención, hasta un accidente o incluso una reacción adversa a un medicamento, y
- La dignidad de la persona o el valor esencial que tiene cada quien, por el simple hecho de existir, principios que constituye el pilar de todo marco normativo sobre la salud. (Cordero, 2019)

2.5.3 La protección de la dignidad en la relación médico-paciente

Aunque la protección de la dignidad de las personas es fundamental en la relación médico-paciente, es frecuente identificar acciones del personal de salud –por lo general involuntarias– que atentan contra la dignidad de los usuarios. Una de las principales motivaciones del personal involucrado en la atención a la salud es, precisamente, proteger ese bien colectivo, ese valor

social que es la vida y el bienestar de las personas. De ahí que sea difícil argumentar que el maltrato y los atentados contra la dignidad en la atención de la salud se ejerzan de manera voluntaria por personal que dedica gran parte de su vida a la atención de los pacientes.

CAPITULO III

Metodología de la investigación

3.1 Diseño y tipo de estudio

3.1.1 Diseño

Según Mario Tamayo, el diseño es la estructura a seguir en una investigación, ejerciendo el control de la misma a fin de encontrar resultados confiables y su relación con los interrogantes surgidos de los supuestos e hipótesis- problema.

Constituye la mejor estrategia a seguir por el investigador para la adecuada solución del problema planteado.

El diseño también es un planteamiento de una serie de actividades sucesivas y organizadas, que pueden adaptarse a las particularidades de cada investigación y que nos indican los pasos y pruebas a efectuar y las técnicas a utilizar para recolectar y analizar los datos. (Tamayo, 2003).

por lo tanto, el diseño es muy importante ya que se puede tener un plan, estrategia concebida para obtener información que se desea.

El diseño permite evaluar varias alternativas antes de realizar el proyecto. Crea mayor seguridad en lo que se va hacer, ahorra tiempo y da mayor flexibilidad porque obliga al investigador a prever eventos inesperados. Aumenta la comunicación entre administrador e investigador y permite evaluar el proyecto

3.1.2 Tipo de estudio

Cualitativo, cuantitativo y mixto

El tipo de estudio cualitativo según Mario Tamayo, por su enfoque metodológico y su fundamentación epistemológica tiende a ser de orden descriptivo, orientado a su origen y su objeto de investigación.

Utiliza preferentemente información cualitativa, descriptiva y no cuantificada. Estos paradigmas cualitativos e interpretativos son usados en el estudio de pequeños grupos: comunidades, escuelas, salones de clase, e.t.c.

Se caracteriza por la utilización de un diseño flexible para enfrentar la realidad y las poblaciones objeto de estudio en cualquiera de sus alternativas. Trata de integrar concepto de diversos esquemas de orientación de la investigación social. En la literatura estos nuevos paradigmas aparecen con nombres diversos bajo la clasificación de enfoques cualitativos.

Estos a su vez derivan algunas modalidades como: historias de vida, etnociencia, etnometodología, macro y microetnografía, teoría fundada, estudio de casos cualitativos, etcétera. (tamayo, 2003)

Las denominaciones de investigación “cuantitativa” o “cualitativa”, tan usadas hoy en día, obedecen única y exclusivamente a la forma como se concibe la estructura de las variables involucradas en la investigación y de sus parámetros base de la operacionalización para las cuantitativas, o de los criterios de análisis para las cualitativas, pues lo que determina esta denominación de cuantitativo o cualitativo tiene fundamento en el hecho de como se estructuran las variables ; si son mediables numéricamente hablamos de investigación cuantitativa y si las variables por el contrario son conceptuales y por tal contrastables, hablamos de investigación cualitativa.

3.2 Universo y muestra

3.2.1 Universo

Una población está determinada por sus características definitorias. Por lo tanto, el conjunto de elementos que posea esta característica se denomina población o universo. Población es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las unidades de población poseen una característica común, la que se estudia y da origen a los datos de la investigación.

Población: La población es un conjunto de individuos de la misma clase, limitada por el estudio. Según Tamayo y Tamayo, (1997), "La población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación.

Entonces, una población es el conjunto de todas las cosas que concuerdan con una serie determinada de especificaciones. Un censo, por ejemplo, es el recuento de todos los elementos de una población. Cuando seleccionamos algunos elementos con la intención de averiguar algo sobre una población determinada, nos referimos a este grupo de elementos como muestra. Por supuesto, esperamos que lo que averiguamos en la muestra sea cierto para la población en su conjunto. La exactitud de la información recolectada depende en gran manera de la forma en que fue seleccionada la muestra. Cuando no es posible medir cada uno de los individuos de una población, se toma una muestra representativa de la misma. (tamayo, 2003)

La investigación se llevó a cabo con los usuarios tojol-ab'ales del sureste del estado de Chiapas, México. Se trabajó con la comunidad 20 de Noviembre que se encuentra ubicada en la microrregión denominada la cañada tojol-ab'al, a una distancia de 24 km de la cabecera municipal de Las Margaritas, 30 km del municipio de Comitán de Domínguez y 10 km del municipio de Altamirano.

3.2.2 Muestra

La muestra descansa en el principio de que las partes representan al todo y, por tal, refleja las características que definen la población de la que fue extraída, lo cual nos indica que es representativa. Por lo tanto, la validez de la generalización depende de la validez y tamaño de la muestra.

La muestra es la que puede determinar la problemática ya que les capaz de generar los datos con los cuales se identifican las fallas dentro del proceso. Según Tamayo, T. Y Tamayo, M (1997), afirma que la muestra es el grupo de individuos que se toma de la población, para estudiar un fenómeno estadístico.

Para la selección de las participantes en el estudio se tuvo en cuenta el muestreo por conveniencia, que tiene su origen en consideraciones de tipo práctico en las cuales se busca obtener la mejor información en el menor tiempo posible, de acuerdo con las circunstancias concretas que rodean tanto al investigador como a los sujetos o grupos investigados. Se tuvo como participantes gestantes indígenas. La muestra se logró por saturación de información a través de entrevista y análisis etnográfico es decir, las informantes fueron entrevistadas en varias ocasiones hasta lograr la saturación de caso y el no reporte de nuevos datos, que contribuyan a identificar las prácticas de cuidado de las gestantes indígenas. Las entrevistas se realizaron en la cotidianidad de las participantes, previa autorización de las mismas. Se consideró que la muestra por saturación de información es el método más adecuado para este tipo de investigación cualitativa, ya que el investigador hace trabajo de campo, esto significa: hacer preguntas, ¿la enfermera habla por su nombre?, ¿la enfermera se presenta adecuadamente?, ¿la enfermera da los cuidados que usted requiere?

Es importante conseguir la información requerida e identificar el trato digno que da enfermería hacia los usuarios

3.3 Tipo de muestra

1.- Muestreo aleatorio simple (o al azar). El elemento más común para obtener una muestra representativa es la selección al azar- aleatoria -, es decir, que cada uno de los individuos de una población tiene la misma posibilidad de ser elegido. Si no se cumple este requisito se dice que la muestra es viciada, por lo que si cada uno de los elementos de la población no tiene la misma posibilidad de ser elegido.

Para tener la seguridad de que la muestra al azar no es viciada, debe emplearse para su constitución una tabla de números aleatorios.

3.4 Material y métodos.

Material	Recursos financieros	Recursos humanos	Material Equipo
Métodos			

3.5 Criterios de inclusión

Usuarios que aceptaron participar en el estudio.

Usuarios que recibieron atención de parte del personal de enfermería en la visita actual.

3.6 Criterios de exclusión

Usuarios que no recibieron atención por parte de personal de enfermería.

Usuarios que no aceptaron participar en el estudio.

3.7 criterios de eliminación

No se tomaron en cuenta niños y niñas de la comunidad ni tampoco a las personas de otra comunidad .

3.8 Aspectos éticos

Respeto: (a los Derechos Humanos y a las características de la persona). Es una aptitud imprescindible para conseguir una buena comunicación con los usuarios, este se trasmite a través de acciones y aptitudes. El respeto es una actitud que enfatiza la valía e individualidad de otra persona, implica que las esperanzas o sentimientos de la persona son especiales y únicos, incluso aunque a los demás les parezca similar en muchas formas. El respeto se transmite escuchando a las personas de lo que está expresando además es importante proporcionarle cuando se realicen los procedimientos y explicarle adecuadamente los cuidados o actividades que le va a realizar.

Información: (completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente, o por quien sea responsable de él o de ella) La información y el consentimiento informado forma parte de un proceso de relación destinado a la toma de decisiones clínicas no solo por el médico sino también por los usuarios de ahí que se trata de un proceso continuado y fundamentalmente verbal y de ahí también que se trate de un acto clínico, con su finalidad de instaurar, facilitar y llevar a cabo un tratamiento médico. El proceso de intercambio de relación esencialmente hablado, debe acreditar lo que debería exigir su constancia por escrito que el usuario ha recibido toda su información que desde su punto de vista le es necesaria para tomar una decisión. Darle a conocer las normas establecidas en la institución.

Explicarle los cuidados o actividades que le va a realizar, Enseñarle al familiar sobre los cuidados con respecto a su padecimiento. Interés; (manifiesto en la persona, sus mensajes, sensaciones y sentimientos) La enfermera debe estar siempre atenta a las necesidades de los usuarios y especialmente cual es la ayuda que ellos requieren, debe mostrar respeto por los usuarios, disponibilidad y deseos de trabajar con él siempre viéndolo como una persona única y fomentando su autonomía. La forma en que la enfermera siente la acción de ayuda a los usuarios supone la diferencia en el resultado de la asistencia, desde el punto de vista de expansión de la personalidad. Entregar turno de manera

adecuada para que haya continuidad en los cuidados de enfermería. Para no dañar al usuario y al personal de salud Leyes, normas, decálogo de éticas de las y los enfermeros

CAPITULO IV

Graficación y Resultados

4.1 Análisis de resultado

4.2 Graficación de los resultados

4.3 Resultados

4.4 Conclusiones

4.5 Sugerencia/ Recomendaciones

4.6 Bibliografía / Referencia bibliografía

4.7 Anexos

1. ¿La enfermera (o) lo saluda en forma amable?
2. ¿Se presenta la enfermera(o) con usted?
3. ¿La enfermera (o) se dirige a usted por su nombre?
4. ¿La enfermera(o) le explica sobre los cuidados o actividades que le van a realizar?
5. ¿La enfermera (o) lo trata con respeto?
6. ¿La enfermera (o) le enseña a usted a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?
- 7- ¿La enfermera le da la información correcta y completa?
- 8.- ¿consideras que la atención recibida es excelente?
- 9.- ¿se ha sentido discriminado por el personal de salud?
- 10.- ¿Cuándo asistes a la clínica el entorno es adecuado?
- 11.- ¿Que tanto ha afectado que el personal de salud no hable tu dialecto tojolabal?
- 12.- ¿qué te gustaría que cambiara el personal de salud hacia el trato a tu persona?
- 13.- ¿Te gustaría que el personal de salud hablara tu dialecto?

Bibliografía

https://www.google.com/search?q=concepto+de+trato+digno+de+enfermeria+hacia+los+pacientes&rlz=1C1GCEA_enMX957MX957&ei=_XAaYvC_G4rOkPIPhsGvsA8&oq=concepto+de+trato+digno+de+enfermeria+hacia+los+pa&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAEYADIFCCEQoAEyBQghEKABMgUIIRCgAToUCAAQ. (26 de 02 de 2022). Obtenido de <https://salud.qroo.gob.mx/revista/index.php/component/content/article?id=131>

Salud, S. d. (26 de 02 de 2022).

<https://salud.qroo.gob.mx/revista/index.php/component/content/article?id=131>.

Obtenido de

<https://salud.qroo.gob.mx/revista/index.php/component/content/article?id=131>:

https://www.google.com/search?q=concepto+de+trato+digno+de+enfermeria+hacia+los+pacientes&rlz=1C1GCEA_enMX957MX957&ei=_XAaYvC_G4rOkPIPhsGvsA8&oq=concepto+de+trato+digno+de+enfermeria+hacia+los+pa&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAEYADIFCCEQoAEyBQghEKABMgUIIRCgAToUCAAQ

VEGA*, S. G. (26 de 02 de 2022).

<https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/download/64/44/83#:~:text=Operacionalmente%2C%20el%20trato%20digno%20de,inter%C3%A9s%20y%20amabilidad%2C%20entre%20otras>. Obtenido de

[https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/download/64/44/83#:~:text=Operacionalmente%2C%20el%20trato%20digno%20de,inter%C3%A9s%20y%20amabilidad%2C%20entre%20otras.:](https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/download/64/44/83#:~:text=Operacionalmente%2C%20el%20trato%20digno%20de,inter%C3%A9s%20y%20amabilidad%2C%20entre%20otras.)

[https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/download/64/44/83#:~:text=Operacionalmente%2C%20el%20trato%20digno%20de,inter%C3%A9s%20y%20amabilidad%2C%20entre%20otras.](https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/download/64/44/83#:~:text=Operacionalmente%2C%20el%20trato%20digno%20de,inter%C3%A9s%20y%20amabilidad%2C%20entre%20otras)

https://www.google.com/search?q=concepto+de+trato+digno+de+enfermeria+hacia+los+pacientes&rlz=1C1GCEA_enMX957MX957&ei=_XAaYvC_G4rOkPIPhsGvsA8&oq=concepto+de+trato+digno+de+enfermeria+hacia+los+pa&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAEYADIFCCEQoAEyBQghEKABMgUIIRCgAToUCAAQ. (26 de 02 de 2022). Obtenido de <https://salud.qroo.gob.mx/revista/index.php/component/content/article?id=131>

Ramírez, M. L. (2011). Percepción de trato digno de usuarias al acudir en una consulta. *Artículos de Investigación*, 2.

Salud, S. d. (26 de 02 de 2022).

<https://salud.qroo.gob.mx/revista/index.php/component/content/article?id=131>.

Obtenido de

<https://salud.qroo.gob.mx/revista/index.php/component/content/article?id=131>:

https://www.google.com/search?q=concepto+de+trato+digno+de+enfermeria+hacia+los+pacientes&rlz=1C1GCEA_enMX957MX957&ei=_XAaYvC_G4rOkPIPhsGvsA8&oq=concepto+de+trato+digno+de+enfermeria+hacia+los+pa&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAEYADIFCCEQoAEyBQghEKABMgUIIRCgAToUCAAQ

VEGA*, S. G. (26 de 02 de 2022).

<https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/download/64/44/83#:~:text=Operacionalmente%2C%20el%20trato%20digno%20de,inter%C3%A9s%20y%20amabilidad%2C%20entre%20otras>. Obtenido de

[https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/download/64/44/83#:~:text=Operacionalmente%2C%20el%20trato%20digno%20de,inter%C3%A9s%20y%20amabilidad%2C%20entre%20otras.:](https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/download/64/44/83#:~:text=Operacionalmente%2C%20el%20trato%20digno%20de,inter%C3%A9s%20y%20amabilidad%2C%20entre%20otras.)

[https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/download/64/44/83#:~:text=Operacionalmente%2C%20el%20trato%20digno%20de,inter%C3%A9s%20y%20amabilidad%2C%20entre%20otras.](https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/download/64/44/83#:~:text=Operacionalmente%2C%20el%20trato%20digno%20de,inter%C3%A9s%20y%20amabilidad%2C%20entre%20otras)