

PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN HUMANIZADA EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS EN UNA IPS DE II NIVEL DEL MUNICIPIO DOSQUEBRADAS
RISARALDA 2021

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

MARTHA PATRICIA PINEDA
MÓNICA RODRÍGUEZ PUENAYAN
JUAN CAMILO PRADA VIVEROS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
PEREIRA
2021

PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN HUMANIZADA EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS EN UNA IPS DE II NIVEL DEL MUNICIPIO DOSQUEBRADAS
RISARALDA 2021

MARTHA PATRICIA PINEDA
MÓNICA RODRÍGUEZ PUENAYAN
JUAN CAMILO PRADA VIVEROS

AREANDINA

Trabajo de grado para optar por el título de especialista en auditoría en salud
Fundación Universitaria del Área Andina

Asesor
Dora Cristina Buitrago Trujillo

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
PEREIRA
2021

Nota de aceptación.

AREANDINA

Firma del jurado

Fundación Universitaria del Área Andina

Firma del jurado

Firma del jurado

Pereira, 15 de diciembre 2021

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

AGRADECIMIENTOS

Nuestros más sinceros agradecimientos a la Fundación Universitaria, a nuestras familias y al señor Dios por guiarnos en este camino, por brindarnos todas las herramientas para que este proyecto sea un éxito.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1 INTRODUCCIÓN	7
2 PROBLEMA	8
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
3 JUSTIFICACIÓN	11
4 ANTECEDENTES	13
5 OBJETIVOS	15
5.1 OBJETIVO GENERAL	15
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
6 MARCO TEÓRICO	16
6.1 MARCO CONCEPTUAL	16
6.1.1 Humanización.	16
6.1.2 Política de seguridad del paciente.	17
6.1.3 Bienestar del paciente.	18
6.1.4 Flexibilización de los horarios de visita.	18
6.1.5 Presencia y participación familiar en los cuidados.	18
6.1.6 Cuidados al profesional.	19
6.1.7 Comunicación.	19
6.2 MARCO NORMATIVO	21
7.1 TIPO DE ESTUDIO	25
7.2 POBLACIÓN	25
7.3 UNIDAD DE ANÁLISIS	25
7.4 MUESTRA	25
7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	26
7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	26
7.7 VARIABLES	26
7.8 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.	27
7.9 PLAN DE ANÁLISIS	27
7.10 COMPROMISO BIOÉTICO	28
7.11 RESPONSABILIDAD SOCIAL	28
8 RESULTADOS	30
8.1 CARACTERÍSTICAS DE ATENCIÓN HUMANIZADA EN LAS ÁREAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS	30
8.2 SUFICIENCIA FRENTE AL PERSONAL ASISTENCIAL Y EL PROCESO DE COMUNICACIÓN	31
8.3 PLAN DE MEJORA	33
9 DISCUSIÓN	35
10 CONCLUSIONES	37

11	RECOMENDACIONES	38
12	BIBLIOGRAFÍA	39
13	ANEXOS	44
	ANEXO 1. INSTRUMENTO	44
	ANEXO 2. CRONOGRAMA	46
	ANEXO 3. CRONOGRAMA	47
	ANEXO 4. PRESUPUESTO	48

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

1 INTRODUCCIÓN

En Colombia, hemos realizado cambios relevantes en el sistema general de salud de la seguridad social con base en un modelo de salud humanizado enfocado al paciente y su familia, se ajusta al proceso por el cual la prestación del servicio se realiza desde una visión lógica de cada entorno, basada principalmente en las tareas, perspectivas, principios y valores de la organización que brinda los servicios médicos con base en estándares de calidad.

El término humanización es una cuestión ética relacionada con la formación de valores y los inicios de quienes orientan nuestras acciones en el ámbito de las personas y los sindicatos. Estos rasgos mencionados son los principales rasgos que todo profesional de la salud debe tener. Porque si faltan puede impactar en los usuarios ya que actualmente es un eje importante de atención dentro del modelo de nuestro sistema sanitario. Las ocupaciones se mecanizan una y otra vez por la voluntad de movernos, y cometemos errores que traen resultados. Algunas son específicas, altamente nocivas, acortan el proceso y afectan la calidad del servicio prestado.

El Sistema de Calidad en Salud se basa en muchas normativas que rigen en todo el territorio del país que implementan y evalúan los estándares de calidad que debe aplicar la IPS Sanitaria para asegurar la atención brindada y obtener la calificación. Las instituciones de salud tienen una variedad de componentes intrínsecos y extrínsecos que impactan negativamente en la entrega de servicios y, por lo tanto, no están satisfechas con la calidad. Por tal motivo, se implementaran instrucciones que incluyan un proceso para asegurar el cumplimiento de las políticas de humanización y un plan de acción para gestionar adecuadamente los hallazgos y oportunidades de mejora.

2 PROBLEMA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conforme con La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su estatuto declara: “Toda persona tiene derecho al más alto nivel posible de salud y ha incluido la calidad de la atención como una meta del macroproyecto Salud para Todos (1). Para la OMS, la retroalimentación de los usuarios se refiere al inicio de la cooperación con los consumidores cuyo objetivo principal es conocer su nivel de conciencia y satisfacción para adaptar los servicios prestados de acuerdo con sus necesidades y expectativas reales. La satisfacción de los beneficiarios con el apoyo recibido se conceptualizó teniendo en cuenta las diversas oportunidades que han evolucionado a lo largo del tiempo. En este sentido, algunos autores argumentan que los profesionales de la salud generalmente han asumido que pueden satisfacer las necesidades de los pacientes en base a estándares y juicios de expertos que pueden o no coincidir con las prioridades del paciente. Por lo tanto, la crítica de los pacientes con respecto a cómo compensaban realmente su estado clínico y emocional fue desconocida y poco considerada durante muchos años. (2).

En la actualidad, el término de humanización hace referencia Un enfoque integrado de cada paciente con aspectos biológicos, psicológicos, sociales y conductuales interconectados. Con base en esta visión, la enfermedad tiene la misma importancia que el compromiso psicológico asumido por los pacientes con el objetivo de mejorar y proteger la salud, curar la patología y crear un entorno propicio para una vida física, emocional y físicamente sana y armoniosa. nivel emocional. social y espiritual (3). Según la RAE, humanizar significa hacer a alguien o algo humano, familiar y genuino (4).

De la misma forma que lo expone la hipótesis esbozada en la revista *AimsofNursing*, la humanización de la atención de la salud se deriva del hecho de que cada profesión de promoción de la salud y patología se basa en una atención confiable al paciente. Es un diálogo para brindar un ambiente propicio para una vida sana y armoniosa tanto física, emocional, social y espiritualmente, basada en el individuo frente al paciente y las cualidades que hacen que el paciente sea excepcional y sobresaliente. (5)

Actualmente, las necesidades en humanización surge en una variedad de áreas de la vida profesional y la cooperación del sector privado, en el campo de la atención de la salud, así como en muchas otras profesiones. Sin embargo, su aplicación cobra cada vez más importancia en la atención de la salud, lo que ha

provocado cierta polémica en cuanto a la humanización del cuidado de los enfermos y sus familiares. Se considera esencial para las ocupaciones relacionadas con la salud y, a menudo, se utiliza como último recurso, lo que genera una controversia médica fundamental (6).

Esto refleja, entre otras cosas, los principales problemas de la medicina moderna: deshumanización, despersonalización y pérdida de interacción entre médicos y pacientes. Por este motivo, no se debe olvidar que el paciente, además de trabajar como médico, necesita un abordaje holístico de su condición para poder cubrir las diversas necesidades y diferencias de sus familiares. Conocer estas necesidades y comprender sus experiencias puede ayudar a los pacientes a sentirse satisfechos, garantizar una estadía menos traumática y acelerar su recuperación. Este es un curso predeterminado desde 2001 como Medicina Centrada en el Paciente (PCM) (7, 8).

En este sentido, diferentes estudios en materia internacional, describen el tema de cuidado humanizado, fue abordado en diferentes maneras, a partir de la percepción en Chile, se evidencio que la percepción global de 84,06% que muestra que el paciente siempre tiene una percepción de un trato humanizado, el 11,59% casi siempre, un 4,3% a veces; se incluyeron las categorías con más percepción del cuidado humanizado fueron : cualidades del hacer 99,75% ,priorizar al ser cuidado 94,93% apoyo emocional 94,20%; las categorías de menor percepción fueron : apoyo emocional con 92,75% pro actividad 90,58% y empatía 90,58%; referente a la percepción en el servicio de cirugía del paciente hospitalizado sobre el trato humanizado del personal de enfermería y la predominación en la recuperación de su estado de salud , los pacientes entrevistados mayormente expresan recibir un óptimo trato humanizado por parte del personal de enfermería en lo cual tiene relación con procedimiento (9).

En otro análisis en Perú en el 2015 determinan el cuidado que ofrece el profesional de enfermería de acuerdo con la teoría de Jean Watson, por medio de indagación a 46 expertos que calificaban como bajo, regular y elevado; el porcentaje que predominó ha sido medianamente regular con 52% del total poblacional (10). Igualmente, en Perú percibían los cuidados humanizados de enfermería en los servicios de hospitalización, cirugía, medicina y gineco-obstetricia, muestra que el 24,7 % de ellos jamás perciben este cuidado, en tanto que el 39,7% solo lo ve en ocasiones. Asimismo, se concluye que el profesional de enfermería no ofrece una buena atención, lo cual ayuda a incrementar precisamente la insatisfacción del paciente (11).

A la inversa de los anteriores en México la percepción en el servicio de cirugía del paciente hospitalizado sobre el trato humanizado del personal de enfermería y la predominación en la recuperación de su estado de salud obtuvo que los pacientes

hospitalizados mayormente expresan recibir un óptimo trato humanizado por parte del personal de enfermería (12). Por otro lado, en el orden nacional, en el análisis del Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta en la percepción de parientes de pacientes pediátricos sobre cuidado humanizado ha sido “medianamente favorable”. La percepción sobre propiedades de la enfermera ha sido valorada como “favorable”, en lo que el ayuda físico se ubicó en el segundo percentil, mostrando una valoración de “medianamente desfavorable”. Se evidencia que los sujetos de cuidado que el 58,23% continuamente percibió cuidado humanizado, el 17,5% casi continuamente, el 13,3% en ocasiones y el 7,54% jamás lo percibió. Generalmente, el cuidado humanizado es percibido como “medianamente favorable”. No obstante, los contribuyentes involucrados de la atención disminuyen la gran posibilidad del enfermero para estar más cerca al cuidado directo y para abordar situaciones complicadas de las esferas a estudiar de la atención al ser humano (13).

Además, en el Hospital universitario del caribe en la localidad de Cartagena definieron la sociedad entre cuidado humanizado y grado de satisfacción de los parientes de pacientes atendidos en el servicio de emergencia; encontraron que el 59,9% del personal de enfermería ofrece una atención con cuidado humanizado, en lo que el 40,1% no lo hace (14). En el análisis llevado a cabo de enfermería percibida por los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en una organización de IV grado del municipio de Neiva se localizó que 17,6% estima la calidad del cuidado mala, el 63% la cataloga regular y 19,3% buena. En esta se evalúan puntos que indican el nivel de satisfacción con el cuidado brindado, la enseñanza ofrecida, la inquietud por la condición del cliente a la salida y una enorme inquietud por los conocimientos adquiridos sobre la patología seguir con el procedimiento y la rehabilitación al egresar del servicio (15).

Respecto a la atención humanizada prestada por el personal asistencial del Hospital Santa Mónica, y con el desarrollo de la investigación se espera obtener información fehaciente y de primera mano que permita a la institución reconocer la percepción de la atención por parte de los usuarios y con base a ello, identificar las prácticas que deben ser implementadas, corregidas o mejoradas para garantizar una atención en salud humanizada y darle continuidad al desarrollo de la política de humanización.

2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de los usuarios con respecto a la atención humanizada por parte del personal del servicio de urgencias en una IPS de II nivel en el municipio de Dosquebradas el mes de Noviembre del 2021?

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

3 JUSTIFICACIÓN

El advenimiento de grandes avances tecnológicos en el sector salud ha contribuido a incrementar las tasas de supervivencia, pero también ha resultado en un fenómeno multifactorial de deshumanización de la práctica médica con respecto a los avances tecnológicos y la eliminación de puntos que caracterizan a los seres vivos (7). La salud humanizada no es una doctrina sino una alianza con las personas y su forma de vida, una obligación ética cuyo sujeto se considera en su conjunto. Para hacer la salud más humana, debemos considerar que cada persona es única, inimitable y responde de manera diferente a las crisis de la vida. Por tanto, debe abarcar varios dominios, como la asistencia sanitaria (cuidadores y cuidadores), ético, cultural, entorno de competencia profesional (comunicación, tecnología), entorno (espacio, confort, calidez) y entorno de vida. Departamento de Personal; Por otro lado, la deshumanización implica despersonalización y hace de los procesos patológicos el objetivo exclusivo de la conducta saludable (16, 17).

Teniendo presente las propiedades especiales de los pacientes que asisten a urgencias, cobra fundamental trascendencia la colaboración de sus parientes, en algunos casos, son considerados "voceros" o "interlocutores reales" por los profesionales de la salud para recibir noticias sobre la evolución de un paciente porque son los encargados de tomar decisiones relacionadas con la salud del paciente. Por igual, tanto los parientes como el paciente mismo se combaten a una compleja situación, puesto que súbitamente puede crear una afectación emocional, les lleva a la incertidumbre sobre su supervivencia o el desarrollo de las consecuencias de su patología. Estos eventos a menudo desmantelan el entorno, obligándolo a adaptarse a una realidad completamente nueva y relegando las propias necesidades a un segundo plano frente a procedimientos minuciosos (18).

No obstante, un porcentaje representativo de los pacientes de urgencias se van a convertir en consultores comunes, fenómeno que perjudica a un número fundamental de pacientes (30-50%). Estos incluyen consecuencias físicas después del alta (principalmente respiratorias y neuromusculares), cognitivas (deterioro de la memoria y la atención) y mentales (depresión, ansiedad, estrés y / o síndrome de estrés postraumático), que afectan negativamente la calidad. También daña a los familiares, dejándolos olvidados en muchas situaciones y a grupos de población vulnerables que sufren consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas(19).

El desarrollo de este proyecto propone acciones correctivas y brinda recomendaciones basadas en los resultados obtenidos de las percepciones de usuarios de los servicios de emergencia en relación al tratamiento humanizado por parte del personal médico para demostrar el funcionamiento de los servicios,

y el mantenimiento. Trabajamos de acuerdo con los principios de la política de seguridad del paciente en uno de nuestros servicios de emergencia así como la atención humanizada, teniendo en cuenta que beneficiaremos a los principales actores de la atención.

Sumado a que este análisis permitirá indagar una problemática que en muchas situaciones se muestra en cualquier servicio, como es el cuidado deshumanizado, este caso conlleva a que se presenten problemas en el momento de brindar una atención, puesto que los seres vivos permanecen acostumbrados a hacer ocupaciones sin producir cambios y no permiten cambiar sus ocupaciones del día a día y en otras palabras fundamental frente a la constante innovación. El rechazo al cambio, crea insatisfacción tanto en el individuo como en su familia llevando a que se experimenten malas vivencias en el cuidado brindado y se vea reflejado en el estado de salud y la calidad de vida de los individuos demostrando una percepción negativa del cuidado de los expertos de enfermería (20).

Se recopilará información a través de investigaciones realizadas de acuerdo con los lineamientos de la política de humanización de la institución, con énfasis en la sensibilización de los usuarios, los resultados y, en definitiva, las mejoras en la calidad y las mejoras que brinda este servicio para la realización de la evaluación. El sistema mejora la prestación de servicios y cuidados. Se proporcionan estrategias y recomendaciones para ayudar a promover la atención humanizada dentro de la instalación, enfatizar la calidad y la relevancia y reducir las quejas de los usuarios.

Fundación Universitaria del Área Andina

4 ANTECEDENTES

Después de revisar la bibliografía disponible, puede revisar el y nombrar algunas de las interacciones entre la atención humanizada y su percepción por parte del paciente. Un estudio de Alfaro y Beraun en Perú encontró que la atención humanizada por enfermeras en los servicios médicos internos del Hospital Nacional Dos de Mayo en Lima de Lima era una atención humanizada general para la percepción del paciente. La interacción mostró que 55% (n = 51) fueron percibidos constante y casi continuamente como un 7% (n = 51). n = 7), en algunos casos 20% (n = 18), nunca 18% (n = 17). En resumen, los pacientes siempre sintieron que el personal de enfermería brindaba atención humanitaria (21).

Por otro lado, Gonzales dijo que al respecto, el 53% de los pacientes se mostró moderadamente satisfecho con la atención humana de las enfermeras en la sala de observación de los servicios de emergencia del Hospital General María Auxiliadora Lima Perú, y el 25% manifestó estar insatisfecho. Y el 22% quedó satisfecho. En la escala humana, el 64% estaba moderadamente satisfecho, el 18% estaba insatisfecho y 18 pacientes estaban insatisfechos. En el rango correspondiente, 38% estaban moderadamente satisfechos, 32% insatisfechos y 30% satisfechos, lo que sugiere que la mayoría de los pacientes estaban moderadamente satisfechos con la atención humanizada Masu (22).

Asimismo, en Perú, un análisis que determinó la percepción de la atención humanizada y el grado de estrés de los pacientes internados en los servicios médicos del Hospital de Educación Comunitaria de Trujillo, un total de 46 pacientes y 65 internados fueron regularmente humanizados. recibió. 22% eran pobres, 13% estaban bien, 72 ° los pacientes hospitalizados estaban muy estresados, 15% estaban moderadamente estresados y 13% eran 13% (2,3). En México, un análisis centrado en la percepción del cuidado en la UCI mostró que los pacientes estudiados se encontraban estables en la UCI con enfermeras y niveles de confianza e inspiración (24).

En otra situación en Chile, se encontró conciencia de la atención humanizada en Hospital Base Valdivia, y 86 pacientes hospitalizados sintieron que estaban recibiendo una atención humanizada continua. Esto indica que no existe un agrupamiento estadísticamente fundamental entre el grado de percepción del trato humanizado y los cambios en los cambios sociodemográficos examinados (25). Espinoza y col. Sin embargo, en un análisis de la atención humanizada y las percepciones de los pacientes en el Hospital, solo 55,4 pacientes reconocieron la disponibilidad de la atención brindada por el personal de enfermería y 36,9 pacientes dijeron que era su atención un resultado que nunca sesentido que fuera una prioridad (26).

En ese sentido, el estudio de Castrillón por brindar un servicio de calidad no es suficiente, pero el replanteamiento conceptual y la organización de las condiciones que lo hacen factible, por lo que la medicina humanizada no es fácil, indica que no existe tal cosa. Su aporte de calidez y estabilidad a personas vivas científicamente competentes, sus metas en diferentes experiencias, en áreas caracterizadas por diferentes requerimientos de enfoques de gestión y diferentes obstáculos La tarea de realizar el trabajo (27).

Sin embargo, en Colombia, se encontró un estudio que explica el nivel de conciencia sobre la conducta de enfermería humanizada entre los usuarios de hospitales en establecimientos médicos de grado 3 y 4. El paciente número 72 siente que la conducta de atención humanizada es superior, y los cuidadores dependen del apoyo emocional, físico, las prioridades de atención y las categorías de calidad de desempeño del cuidador del paciente, lo que demuestra que usted está muy satisfecho con la atención que brinda. Población; en cuanto a la motivación del cuidado, el apoyo emocional y la empatía tienen los puntajes de calificación más bajos (28).

Además, en la comunidad, un análisis dirigido a determinar la percepción de la atención humanizada para los pacientes hospitalizados. Explique que la percepción general del cuidado humanizado es constante 55,4%, continua 35, a veces 7,9% y nunca 1,7%. Se calificaron las siguientes categorías: la prioridad de atención fue de 58,8%, el apoyo emocional fue de 57,5% y la motivación de atención fue de 56,2% (29). A partir de un estudio realizado por Alvis, Rivera y Triana (30) en Bogotá, se realizó un análisis de la percepción de la conducta de enfermería humanizada en pacientes hospitalizados en la Clínica del País, dando como resultado un dispositivo denominado percepción de la conducta de enfermería humanizada. Práctica de enfermería (PCHE). Posteriormente Gonzales y Quintello 3 (31). Usando la primera versión del dispositivo PCHE, encontraron que la mayoría de los pacientes percibían un comportamiento de atención continuamente humanizado (73%).

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de los usuarios con respecto a la atención humanizada por parte del personal del servicio de urgencias de una IPS de segundo nivel del municipio de Dosquebradas en el mes de noviembre del 2021.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características de atención humanizada en las áreas del servicio de urgencias percibidas por los en pacientes
- Establecer la suficiencia frente al personal asistencial y el proceso de comunicación durante la atención
- Diseñar un plan de mejora a los hallazgos encontrados en el instrumento aplicado a las acciones humanizadas en una IPS de segundo nivel de Dosquebradas.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

6 MARCO TEÓRICO

6.1 MARCO CONCEPTUAL

Humanización. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la humanización es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre personas que tiene como objetivo cambiar y comprender los espíritus importantes de la vida. En este proceso, el objetivo es construir conexiones entre enfermeras, pacientes y familias para tomar decisiones oportunas, rápidas y de calidad (32). Por tanto, el procedimiento que realiza el personal médico junto con los pacientes y sus familiares es un tema controvertido, y es difícil establecer estándares de atención porque estamos hablando de personas dentro del alcance posible.

Desde la época del Juramento Hipocrático desde un punto de vista histórico, se ha planteado la cuestión del valor de preservar el concepto de humanidad. Circunstancias donde existen principios como el respeto al paciente, la confidencialidad, la disponibilidad y la competencia profesional. Las primeras sanciones impuestas por los médicos bajo el Código Hammurabi de 1683 por conducta que resultó en lesiones, destrucción de órganos o muerte. En el mismo sentido, una discusión sobre la humanización en la medicina clínica en el marco de los derechos del paciente significaría un examen mucho más detenido del término humanismo en sí. Según Hamburger F. Alvaro, "El Niethammer se utilizó por primera vez para referirse al sector cultural que realiza investigaciones tradicionales y su propia psique, en contraposición al sector cultural que abarca especialidades científicas (33).

"Humanizar la salud El término "hacer" Constituye una obligación ética tener en cuenta a la persona en su totalidad, y la participación holística, universal y plena del individuo y el planeta particular del individuo deseable para acompañar, descubrir y movilizar la formación especial de los agentes sociales en el marco de la sabiduría de la mente, que requiere la capacidad de penetrar en un planeta de significados, recursos, oportunidades y valores que le permitan luchar por sí mismo y ser protagonista del proceso, así como del malestar y la necesidad. La promoción de la dignidad inherente a todo ser humano constituye el motivo último de cualquier acción humanizadora (34). Estas acciones en el campo de la salud no pueden ignorar a los propios agentes de humanización. médicos, enfermeras, asistentes, sargentos, técnicos, pacientes y sus familiares, y todos los profesionales que interactuarán entre sí; Transformación de la práctica de la salud con dinámicas interpersonales en pos de la salud y la paz.

Política de seguridad del paciente. Colombia cuenta en la actualidad con una Política Nacional de Estabilidad del Paciente guiada por el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Atención Obligatoria en Salud, que previene situaciones perjudiciales para la seguridad del paciente, minimiza la ocurrencia de eventos adversos y brinda si es removida por una institución segura y competitiva a nivel internacional. Por ejemplo, el Ministerio de Bienestar Social ha publicado directrices para el uso de políticas de seguridad del paciente desde junio de 2008.

Como parte de esto, el Ministerio de Asuntos Sociales, a través de la División de Normalización de la Industria, ha elaborado un expediente en el que se describen las prácticas más importantes desarrolladas en Estabilidad del Paciente (Guías Técnicas para la Estabilidad del Paciente en Salud), que se centra en: Brindar a las instituciones orientación técnica sobre la implementación y el uso de las pautas anteriores en el curso de la prestación de servicios de salud.

La seguridad del paciente es una prioridad de atención médica en nuestras propias instalaciones, y los eventos y eventos adversos son una señal de advertencia de la realidad de la atención insegura. Los eventos adversos están presentes en todas las actividades y son un indicador importante de la calidad de estas actividades. Y sirven como insumo para averiguar qué las hace aparecer, cuál es la posición de las instituciones que las hacen aparecer y nos permiten detectar posibles barreras una vez identificadas las causas y condiciones. Esto se hace para evitar la reaparición de efectos secundarios. Lo más importante es prevenir la ocurrencia de eventos adversos sin conocer la causa, sin sugerir medidas para prevenir la recurrencia. Las políticas de estabilidad deben tener como objetivo garantizar que los profesionales sanitarios desarrollen los comportamientos seguros esperados. Cuenta con:

- Permitir que los expertos hagan algo
- Confiar cada vez más en la memoria
- Gestionar el riesgo de cada acción
- Advertencia compartir conocimientos sin temor a equivocarse
- Pedir ayuda en caso de duda
- Inclusión en las guías de práctica clínica
- Guías de la Alianza Enfermera
- Incorporada en la Lista de verificación de prácticas laborales seguras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la calidad de la atención médica debe tener los siguientes atributos: Un alto nivel de experiencia, uso eficiente de los recursos, riesgo mínimo para los pacientes y altos niveles de satisfacción del paciente, lo que conduce a un efecto curativo final (35).

Bienestar del paciente. Hay bastantes componentes que causan dolor e incomodidad en pacientes enfermos. Los pacientes sufren de dolor, sed, frío y

calor, alteraciones del sueño debido al ruido o iluminación excesivos y movilidad limitada, a menudo debido a restricciones o comunicaciones innecesarias (36). La evaluación y el control del dolor, la sedación dinámica precisa según el estado del paciente y la prevención y el tratamiento del delirio agudo son factores importantes para mejorar el bienestar del paciente (37). Además de las causas físicas, la angustia psicológica y emocional puede ser bastante elevada. Los pacientes experimentan sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, intimidad y dignidad, dependencia y ansiedad por falta de información y malentendidos (38). La evaluación y el apoyo a estas necesidades deben considerarse un factor clave en la calidad de la atención (39). Mantener la tranquilidad del paciente proporcionando una formación adecuada a los profesionales y facilitando acciones para tratar o paliar estas señales es la tarea más importante en cuidados intensivos.

Flexibilización de los horarios de visita. A nivel histórico, la política de los familiares para acompañar a los pacientes ingresados en urgencias ha seguido un modelo restrictivo en el sentido de que este abordaje es propicio para el tratamiento y permite el trabajo de especialistas. Pero su verdadero motivo fue más bien la falta de hábito y la reflexión crítica sobre sus problemas (40). Las familias necesitan la capacidad de combinar más tiempo y visitas con responsabilidades personales y laborales (41). La experiencia de diferentes servicios, como los de pediatría y urgencias neonatales, donde los núcleos familiares son importantes en la atención integral al paciente, ha creado la necesidad de considerar otros modelos (42). Actualmente, no es factible para pacientes, familiares y profesionales (43) ajustar de manera flexible los horarios de trabajo o “abrir la puerta” en la sala de emergencias. Para extender el modelo, es necesario aprender de las experiencias positivas de los diferentes departamentos, la colaboración de expertos, el aprendizaje y los cambios en las respuestas y hábitos, cambiando abiertamente la política de visitas adaptada a las características de cada departamento. Un carácter de “cuidador primario” puede facilitar la presencia de familiares adaptados a las necesidades específicas de cada paciente y entorno.

Presencia y participación familiar en los cuidados. Los miembros de la familia muestran una alta prevalencia de trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión. Los familiares generalmente quieren participar en el tratamiento y algunos consideran quedarse con sus seres queridos, especialmente en momentos de alta vulnerabilidad, pero su presencia y cooperación en los servicios de emergencia es muy limitada. Las barreras se centran en el trauma psicológico duradero y la ansiedad que puede causar en el núcleo de la familia, las prácticas disruptivas, las distracciones y el impacto sostenible en las instalaciones de saneamiento.

Si el entorno clínico lo permite, la familia deseada puede ayudar con ciertos cuidados básicos (higiene personal, nutrición o rehabilitación) bajo la capacitación y supervisión de un profesional de la salud. Dar al núcleo de la familia la oportunidad de ayudar al paciente a recuperarse puede tener un efecto positivo en los pacientes, en ellos mismos y en los profesionales, minimizar el estrés emocional y promover la intimidad y la comunicación entre las partes involucradas. Aunque el estudio no es definitivo, no se utilizó ningún método específico para afectar negativamente la presencia de familiares, y la respuesta de los expertos cambió en consecuencia, lo que generó preocupaciones sobre la privacidad individual, la dignidad y la efectividad para aliviar el dolor. Mayor satisfacción familiar y mayor aceptación de los hechos a favor de todos los métodos, testigos, procedimientos de duelo (44).

Cuidados al profesional. El “síndrome de Burnout” o “síndrome de Burnout profesional” es una enfermedad ocupacional caracterizada por tres rasgos tradicionales: fatiga emocional, despersonalización y baja autoestima profesional (45, 46). El síndrome afecta tanto a nivel personal como profesional y contribuye al trastorno de estrés postraumático y otros trastornos psicológicos graves e incluso al suicidio. También afecta la calidad de la atención, los resultados del paciente y la satisfacción del paciente, así como la tasa de rotación profesional de la institución.

Entre los componentes destacan las propiedades especiales, el entorno y los componentes organizativos. Estos pueden conducir al síndrome de agotamiento, ya sea directamente o mediante síndromes intermedios como "colapso mental", percepción de un tratamiento inadecuado o "fatiga por compasión" (47). Recientemente, diversas comunidades científicas están trabajando para difundir y visualizar este síndrome, sugiriendo sugerencias para minimizar los síntomas y paliar sus consecuencias, y dar respuestas correctas a las necesidades físicas, emocionales y psicológicas de los profesionales de la UCI, se han establecido tácticas específicas. De su dedicación y trabajo duro para hacer su trabajo (48).

Comunicación. Como requieren todos los sistemas de salud, el trabajo en grupo en urgencias requiere una comunicación particularmente activa (49). La transferencia de información (cambios momentáneos, cambios de guardias de seguridad, traslado de pacientes a otros departamentos o servicios, etc.) suele implicar el intercambio y la responsabilidad de la información y requiere una forma estructurada para hacerlo posible ... Efectivo y eficiente ... seguro. Asegurar la relevancia de este proceso y utilizar las instrucciones y los medios adecuados para permitir la cooperación interdisciplinaria es un recurso importante para optimizar la comunicación (50).

Los conflictos entre los expertos del equipo de emergencia se repiten en muchas situaciones debido a dificultades de comunicación. Estos conflictos amenazan a los miembros del equipo, afectan directamente la calma y el núcleo familiar del paciente, causan agotamiento profesional e impactan negativamente en los resultados (51). La formación no técnica y las tácticas de apoyo pueden ayudar a construir la cohesión del grupo. La información es una de las necesidades básicas de los pacientes y familiares en la sala de emergencias (52). A menudo, en los pacientes críticamente discapacitados, el derecho a la información se transmite a los familiares. La correcta comunicación en situaciones emocionales requiere habilidades comunicativas en las que algunos profesionales no tienen una formación específica. La comunicación perfecta con pacientes y familiares crea una atmósfera de confianza y respeto y permite la toma de decisiones conjunta. De esta forma se tratan los siguientes conceptos:

Comunicación: es la relación que se genera mediante el lenguaje y la retroalimentación entre el paciente y el profesional de salud que interviene en la atención de este y la cual permite que se brinde una atención de calidad y adecuada.

Calidez: es la forma en la cual se percibe el trato por parte del paciente con relación a la atención humanizada realizada por el profesional de salud, que hace que la atención prestada sea más amena.

Privacidad: se refiere a las garantías que se le brindan al paciente relacionado con el trato digno, bajo los principios del respeto por sus creencias las cuales guardan el derecho a no ser observado o intervenido de manera tal que afecte su parte emocional

Confidencialidad: son las garantías que se le brindan al paciente relacionado con su información personal, historia clínica y todo lo referente a la información que es susceptible de ser publicada o recolectada por terceros.

Calidad de la atención en salud: es el grado de satisfacción del paciente ante cualquier enfermedad que es atendida en un centro hospitalario y la cual esta relacionada con la infraestructura, los materiales y las habilidades de los profesionales de salud.

Humanización de la atención: Es la interacción entre el conocimiento científico y los valores humanos, para establecer una atención personalizada de alta calidad a través de conexiones.

Seguridad del paciente: asegurar todos los mecanismos, medidas y precauciones necesarias para brindar los servicios, reduciendo los riesgos y en la

atención que ponga en peligro la condición y la vida de las mujeres embarazadas, recién nacidos, niños y niñas menores de 10 años. Es para evitar eventos adversos en los servicios médicos.

Urgencias: es la instancia hospitalaria en la cual se atienden personas que han sufrido un deterioro súbito de su salud ya sea física o mental, la cual requiere una atención priorizada para mitigar la pérdida de su vida.

Trato digno: se refiere a la relación humanizada que debe tener un profesional de la salud al estar con un paciente y que va desde la comunicación con este hasta la realización de procedimientos, garantizando que se cumpla requisitos mínimos para mantener una situación deplorable lo más humana posible.

Deber: son las obligaciones a las cuales está sujeto un paciente y las cuales debe de cumplir con el de garantizar un acceso y prestación adecuado de un servicio de salud.

Derechos: son las garantías a las cuales tiene obligación los prestadores de salud por brindarle a un paciente que accede a los servicios de salud.

Duelo: es el estado en cual una persona se encuentra al pasar por una situación que lo afecta tanto física como mental y que se relaciona con el estado de salud crítico de una familiar o persona allegada.

En este sentido, los conceptos tratados en esta sección fueron los relacionados con el tema de investigación los cuales son: comunicación, calidez, privacidad, confidencialidad, calidad de la atención en salud, humanización de la atención, seguridad del paciente, urgencias, trato digno, deber, derechos, duelo.

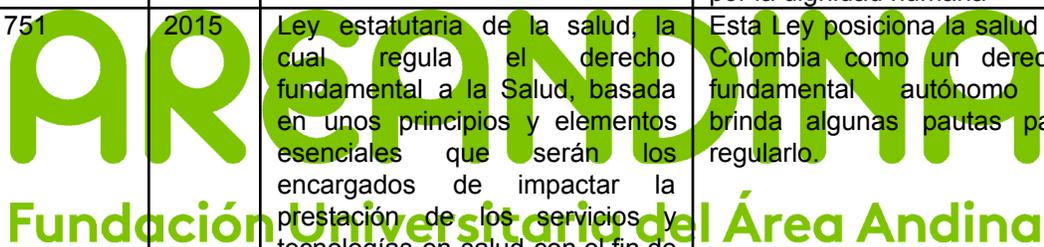
6.2 MARCO NORMATIVO

Tabla 1. Marco jurídico

NORMA	AÑO	DEFINICIÓN	PERTINENCIA
Constitución Política de Colombia	1991	De los principios fundamentales	Carta magna y guía básica dentro de un estado social de derecho que dicta a la salud como un derecho fundamental
Resolución 13437	1991	Se forma la Junta de Ética del Hospital y acepta los Diez Mandamientos de los Derechos	Se rigüe como una guía dentro de la aplicación del programa de humanización y cuidado del

		de los Pacientes. Se presentan diez derechos del paciente, "adoptados como premisa fundamental para promover la humanización de la atención al paciente y garantizar una mejor calidad de la atención pública en las instalaciones hospitalarias públicas y privadas".	paciente
Ley 100	1993	Por la cual se crea el sistema General de la seguridad social.	Crea el sistema de seguridad social integral conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley
Resolución 8340	1993	La cual establece las normas para la investigación científica, técnica y administrativa en salud	Es la guía para el desarrollo de investigaciones en Colombia
Ley 911	2004	Se emitirá un reglamento sobre responsabilidad dental por los servicios de enfermeras colombianas. Se establecerá un sistema de acción disciplinaria correspondiente y se promulgarán otras disposiciones. Cuando el Departamento de Asuntos Laborales establece un sistema de información de calidad y se hace cargo de los indicadores de seguimiento del sistema de calidad obligatorio del sistema de salud.	Esta ley regula, en todo el territorio de la República de Colombia, la responsabilidad deontológica del ejercicio de la enfermería para los profesionales nacionales y extranjeros que estén legalmente autorizados para ejercer esta profesión
Resolución 1446	2006	Donde el Ministerio de Protección Social define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.	Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 1011	2006	Establecer un sistema obligatorio de aseguramiento de la calidad de la asistencia sanitaria para el sistema general de seguridad social en asistencia sanitaria.	Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y

			científica
Ley 1450	2011	Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014: Prestar atención oportuna y de calidad a los usuarios del SGSSS y proponer lo siguiente: Definir e implementar un plan nacional de mejora de la calidad con un enfoque claro en el logro de resultados.	Se genera una herramienta para medir la humanización del paciente
Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes	2014	Política humanización para niños, niñas y adolescentes.	En el marco de la Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia y los desarrollos técnicos en relación con la atención a infancia y adolescencia, el Ministerio de Salud y Protección Social comprende la calidad y humanización de la atención como un imperativo ético que resulta del respeto por la dignidad humana
Ley 1751	2015	Ley estatutaria de la salud, la cual regula el derecho fundamental a la Salud, basada en unos principios y elementos esenciales que serán los encargados de impactar la prestación de los servicios y tecnologías en salud con el fin de asegurar una atención acorde a las necesidades de la población.	Esta Ley posiciona la salud en Colombia como un derecho fundamental autónomo y brinda algunas pautas para regularlo.
Circular 23	2016	Define cuidados paliativos a través del Ministerio de Salud. Aseguramos una atención integral y continua con calidad, compatibilidad y eficiencia a la vez que protegemos los derechos de los pacientes y familiares a los cuidados paliativos, información, segundas opiniones, firma de testamento vital, procedimientos de consentimiento o denegación. (Pacientes y familias) y los derechos de la niñez y la adolescencia. Forme un programa de cuidados paliativos con un grupo de expertos.	Se incluye a la familia y los cuidados paliativos dentro de la política de humanización del paciente
Decreto 780	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Hoja de ruta del sector salud actualizado



ARCA

Fundación Universitaria del Área Andina

Plan Nacional de Mejoramiento de la calidad en salud	2016	Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 con	Reconoce a la humanización como fundamento esencial del Sistema de Salud. Esto implica, centrar su accionar en las personas y plantear la necesidad de que sus agentes enfoquen su misión al cumplimiento del derecho fundamental y al fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida en general.
Ley 2626	2019	La cual establece el modelo de atención integral MAITE y se convierte en el nuevo norte conceptual para la transformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud en Colombia.	Busca generar estrategias y un marco para la para mejorar las condiciones de salud de la población mediante de acciones entre los diferentes actores en cabeza del ministerio de salud.
Resolución 3100	2019	por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud	Es el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Define los instrumentos para contar con condiciones, estándares y criterios mínimos necesarios para prestar un servicio de salud en el país.
Política nacional de humanización en salud	2020	Entretejemos Esfuerzo en la Construcción de la Cultura de Humanización para el Goce Efectivo del Derecho a la Salud y la Dignidad Humana” 2021-2031	es una política que se pretende interiorizar afectivamente, promoviendo en la convocatoria a personas, organizaciones, instituciones y comunidad como elementos fundamentales el amor a la vida, la libertad defendida con responsabilidad y el respeto que descubre y comprende las bondades del ser, que reconoce al sujeto de derechos y deberes, y que valora la dignidad de la persona

Fuente: elaboración propia

7. METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se rige bajo un enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, la cual busca evidenciar el fenómeno tal y como se encuentra en el medio sin ser intervenido, teniendo en cuenta el objetivo planteado anteriormente, pretende identificar las causas y efectos de la percepción relacionada con la humanización del paciente, recolectando información de fuentes primarias y analizándolas mediante un análisis matemático y estadístico, para presentar la información encontrada. En este sentido es descriptiva porque se basa en un proceso reflexivo que se vincula dinámicamente la investigación “da-de-di-do-du”, como base de análisis en esta investigación basado en estándar de acreditación 33, propiciando la humanización de los servicios, de la siguiente manera, “DA” dar información, “DE” Deberes y derechos, “DI” dignidad y respeto al usuario, “DO” Oportunidad, “DU” Manejo de momentos difíciles y/o Duelo, con el fin de iniciar los procesos de planeación de la atención de respeto hacia el usuario, su privacidad, dignidad y apoyo emocional a familiares.

7.2 POBLACIÓN

Fundación Universitaria del Área Andina

La población para el presente proyecto se conformó por los usuarios atendidos en el servicio de urgencias de una IPS de segundo nivel del municipio de Dosquebradas en el mes de Noviembre del 2021.

7.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Estuvo conformada por cada una de las personas que son pacientes atendidos en el servicio de urgencias de una IPS de segundo nivel del municipio de Dosquebradas en el mes de Noviembre del 2021.

7.4 MUESTRA

Marco muestral. Se conformó por el listado de pacientes atendidos en el servicio de urgencias de una IPS de segundo nivel del municipio de Dosquebradas en el mes de Noviembre del 2021

Muestreo. El muestreo que se utilizó en la presente investigación será no probabilístico a conveniencia de cercanía con la población objetivo, teniendo en cuenta que para acceder a estos se debe de contar con aprobación por parte de la institución.

Tamaño de la muestra. El tamaño de la muestra de la presente investigación se definido por una muestra no probabilística en la que se encontraron 78 pacientes atendidos en el servicio de urgencias, lo cuales se seleccionaron de manera aleatoria por los investigadores y a conveniencia según el acceso que se tuvo a la información durante el día 12 del mes de noviembre del año 2021.

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes mayores de edad que asistieron al Hospital Santa Mónica de la ciudad de Dosquebradas

Pacientes atendidos en el servicio de urgencias en el mes de noviembre del año 2021 en el Hospital Santa Mónica de la ciudad de Dosquebradas

7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Paciente con alguna discapacidad cognitiva o motora.

7.7 VARIABLES

Tabla 2. Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Categorías	Método de recolección	Preguntas	Indicador
Atención prestada	Se refiere a las actividades que se desarrollan en la atención en urgencias	Categoría nominal	Si, No, Tal vez, No sabe no responde	Encuesta	¿cuál fue la percepción de la atención humanizada en el servicio de urgencias?	Frecuencia
Adecuadas	Es el confort	Categoría	Si, No, Tal	Encuesta	¿son las	Frecuencia

instalaciones	identificado por el paciente y acompañante en cuanto a la infraestructura	a nominal	vez, No sabe no responde		instalaciones adecuadas en el servicio de urgencias?	a
Cantidad de personal	Se refiere a la suficiencia de personal de la salud	Catégorica nominal	Si, No, Tal vez, No sabe no responde	Encuesta	¿es suficiente el personal en el servicio de urgencias?	Frecuencia
Apoyo psicosocial	Son las estrategias utilizadas por el personal de salud para mediar en una situación dolorosa	Catégorica nominal	Si, No, Tal vez, No sabe no responde	Encuesta	¿es adecuado el apoyo psicológico brindado en el servicio de urgencias?	Frecuencia
Respeto por la intimidad	Es la percepción del paciente en cuanto al respeto por este	Catégorica nominal	Si, No, Tal vez, No sabe no responde	Encuesta	¿fue respetada su intimidad en el servicio de urgencias?	Frecuencia
Plan de mejora	No aplica			Resultados	¿cómo se logra generar soluciones a los hallazgos?	Entregable

Fuente: elaboración propia

Fundación Universitaria del Área Andina

7.8 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

La recolección de la información se realizó mediante el instrumento de la encuesta con escala de Likert para las preguntas de percepción, ver ANEXO 1.

7.9 PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis de la información, en primera instancia fue tabulada en una base de datos del software Excel 2016. Seguido de esto se realizó la clasificación de las respuestas referentes a la atención humanizada de los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias en una Institución de II nivel de la ciudad de Dosquebradas, se clasificaron según las dimensiones que apuntan a la política de humanización, como se explica en el ANEXO 2. El análisis de la información se realizó mediante tablas de frecuencias y será presentada mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central.

7.10 COMPROMISO BIOÉTICO

Los investigadores se basan en los siguientes principios estipulados en las investigaciones con humanos:

Principio de liberación del daño: se refiere a la obligación de no dañar a los demás. Significa la obligación de no matar, causar dolor o sufrimiento, incapacitar, privar a otros de su sustento o dañarlos.

Principio de Respeto a la Autonomía: Se refiere a la autonomía independiente de las intervenciones de control y las restricciones individuales que impiden las decisiones racionales. Respetar a los agentes independientes significa reconocer las habilidades y perspectivas de un individuo, así como su derecho a opinar. Esto le permite tomar decisiones y actuar sobre valores y creencias específicos.

Principio de caridad: generalmente se refiere a la obligación de hacer el bien (no solo quererlo). Esto está en consonancia con los principios básicos de la utilidad de la ética teleológica y coherente relacionada con la prevención, eliminación y promoción del bien. Lograr algo implica un equilibrio positivo entre lo bueno y lo malo.

Principio de justicia: se inscribe en el campo de la filosofía social y política. Se habla de regular la asignación de recursos limitados para satisfacer necesidades y demandas. La respuesta en el sentido de justicia distributiva se basa en varios criterios como la edad, la gravedad de la enfermedad, la esperanza de vida y los recursos económicos, y varía entre las tendencias liberales, utilitarias y socialistas. Los investigadores se comprometen a cumplir con las disposiciones del Convenio de Helsinki, además de la normativa nacional, resolución 008430 de 1993.

7.11 RESPONSABILIDAD SOCIAL

- Por medio de los resultados de este estudio se genera la opción de optimización la atención y la prestación de un servicio más humanizado a los pacientes que

asisten a los servicios de urgencias del Hospital Santa Mónica de la ciudad de Dosquebradas.

- Aportar conocimiento a los estudios relacionados con la humanización del paciente y la calidad en la prestación de servicios de salud en el área de urgencias con el fin de sentar las bases para generar estrategias de mejora continua en las instituciones de salud.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

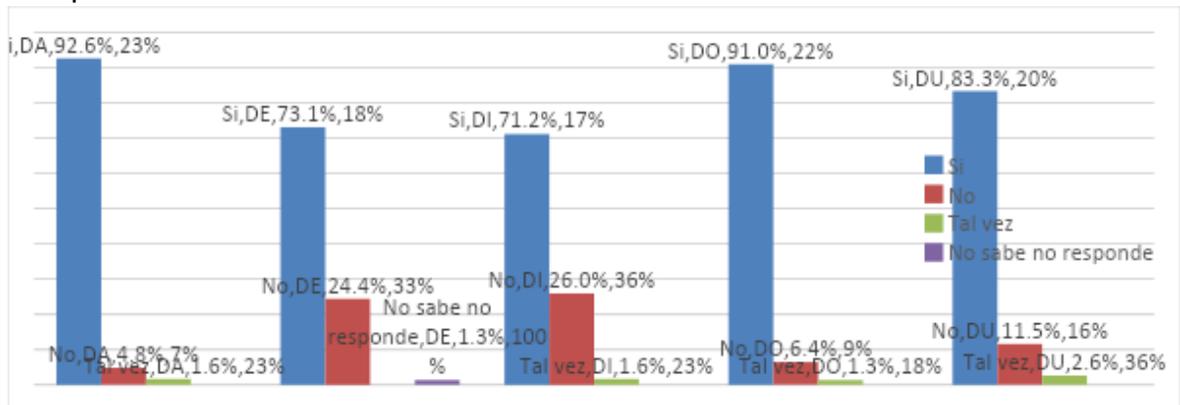
8 RESULTADOS

Luego de realizar la recolección de la información, se logró realizar la aplicación del instrumento a un total de 78 personas, los cuales fueron informados de las preguntas en la que aprobaron verbalmente la realización de la encuesta, en este sentido se realizó una única aplicación del instrumento en una sola jornada a solicitud de la institución y teniendo en cuenta las condiciones actuales por efectos de la actual pandemia del COVID-19.

8.1 CARACTERÍSTICAS DE ATENCIÓN HUMANIZADA EN LAS ÁREAS DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Con relación a las respuestas brindadas por los participantes, se clasificaron según las dimensiones que apuntan a la política de humanización, (Ver anexo 2.). En este orden de ideas a continuación, se presenta el resultado de la aplicación del instrumento, bajo la anterior clasificación, teniendo en cuenta la participación igualitaria de cada una de las dimensiones establecidas para la medición de la percepción de la atención humanizada y en el que cada una de las dimensiones participaron con un 20%, lo que se hace evidente en la presente gráfica.

Gráfica 1. Percepción de la atención humanizada en pacientes que ingresaron al servicio de urgencias en cuanto a las dimensiones de dar información, deberes y derechos, dignidad, dolor y duelo en una Institución de II nivel de la ciudad de Dosquebradas



Fuente: elaboración propia

Al observar la anterior gráfica, se hace evidente como en términos generales la percepción por parte de los usuarios del servicio de urgencias, en cuanto a las dimensiones de dar información, deberes y derechos, dignidad, dolor y duelo, es

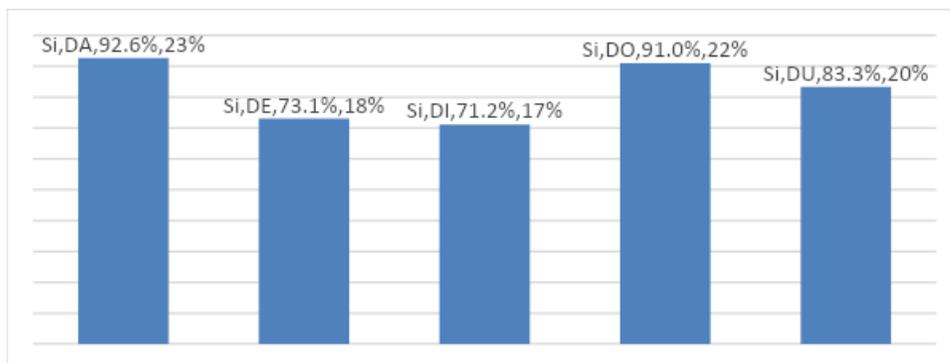
adecuada ya que, en cada una de estas, las respuestas positivas alcanzaron más del 60%.

Ahora bien, para las dimensiones que presentaron el mayor cumplimiento en cuanto a las dimensiones evaluadas en la anterior gráfica fueron las relacionadas con la información al paciente y la atención del dolor que alcanzaron un máximo del 92,6% y 91% respectivamente, de esta forma, se evidencia como la institución en el servicio de urgencias logra cumplir en su mayoría con los requisitos de información y comunicación del paciente, contando con un trato cordial y explicándole tanto los procedimientos como los riesgos a los cuales se expone, teniendo en cuenta que en este servicio existen procedimientos que deben realizar en el menor tiempo posible, por tal motivo se debe de precisar la información que se le suministra al paciente y/o acompañante así como con la mayor brevedad y eficacia posible, lo que acarrea que el manejo del dolor sea percibido bajo prácticas adecuadas y acordes a las necesidades del paciente en su mayoría.

Por otro lado, se encontró que la percepción en cuanto a las otras dimensiones de deberes y derechos el que se ubicó en un 73,1%, existiendo en algunos puntos una ausencia o desconocimiento de la información adecuada de estos por lo que los usuarios no saben o no conocen hasta dónde llega la responsabilidad del personal de salud e inicia la responsabilidad como usuarios del servicios, para la dimensión de dignidad se encontró una percepción del 71,2% la cual obtuvo ese resultado, ya que se presenta una inconformismo por la planta física y la infraestructura en la sala de espera y en las unidades de observación y procedimientos ya que según los encuestados no son adecuadas para este tipo de servicio se encontró una percepción para dolor del 83,3%, la cual está ligada a las habilidades del personal para tratar tanto a los acompañantes como al paciente de forma adecuada con relación a situaciones difíciles, a lo cual existe un grupo de usuarios inconformes ya que el personal de salud no cuenta con la formación y las habilidades adecuadas para hacerle frente a este tipo de situaciones.

8.2 SUFICIENCIA FRENTE AL PERSONAL ASISTENCIAL Y EL PROCESO DE COMUNICACIÓN

Gráfica 2. Respuestas positivas relacionadas con en el cumplimiento del proceso de comunicación en una Institución de II nivel de la ciudad de Dosquebradas

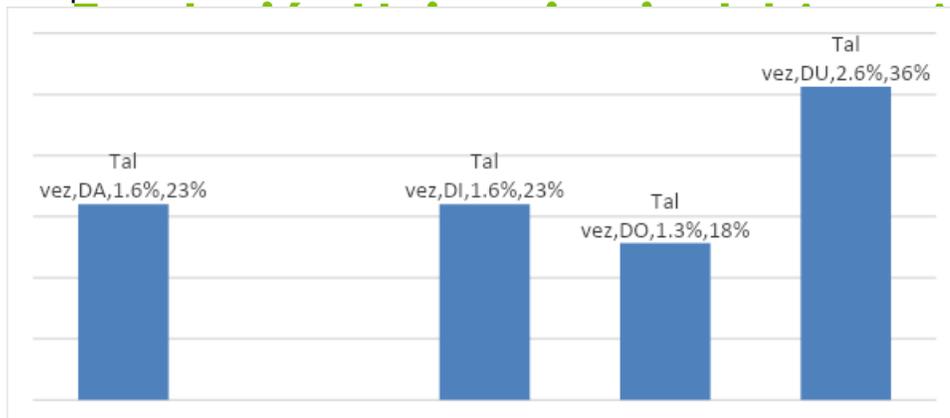


Fuente: elaboración propia

Al analizar las respuestas positivas para el proceso de comunicación en el servicio de urgencias, se evidencia como resalta las preguntas relacionadas con dar información obteniendo la mayoría de respuestas positivas, lo que indica una fortaleza por parte de la atención brindada en el servicio de urgencias, sumado al acompañamiento del duelo del paciente, presentó una tendencia superior al 80% lo que refiere que el persona logra aplicar en su mayoría buenas estrategias a la atención de situaciones penosas o dolorosas, a la vez que informa oportuna adecuadamente al paciente de los procedimientos y tratamientos a realizar.

ARCAINDINA

Gráfica 3. Respuestas intermedias relacionadas con en el cumplimiento del proceso de comunicación en una Institución de II nivel de la ciudad de Dosquebradas

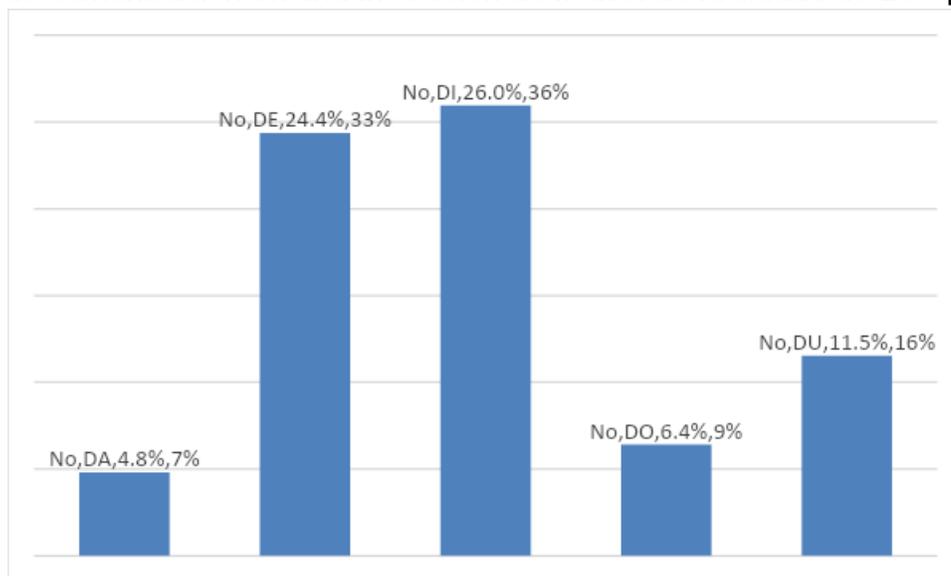


Fuente: elaboración propia

Otro punto estudiado por los investigadores y que fue apropiado colocar en la encuesta fue un punto intermedio de respuesta, el cual aunque gira en torno a una respuesta positiva y evoca la desinformación o falta de atención de los pacientes que fueron abordados para la realización de la investigación, indica que existe una desinterés o falta de información por parte de los usuarios en la dimensión de dolor la cual se relaciona con el conocimiento de las capacidades para atender

situaciones dolorosas por parte del personal, otro punto que tuvo incertidumbre por parte de los usuarios fue la dimensión de dignidad, la cual existe falta de conocimiento de los usuarios así como la poca información y comunicación de los deberes y derechos del usuario.

Gráfica 4. Respuestas negativas relacionadas con en el cumplimiento del proceso de comunicación en una Institución de II nivel de la ciudad de Dosquebradas



Fuente: elaboración propia

Con relación a las respuestas negativas evidenciadas por parte de los usuarios, existe una tendencia marcada que llega al 25%, en la cual existe un desconocimiento o desinformación total o en algunos casos la ausencia de prácticas llevadas a cabo por el personal de salud en el servicio de urgencias y que hacen referencia a las dimensiones relacionadas con los deberes y derechos del paciente, en este caso cabe aclarar existe escenarios en los que los usuarios no conocen cuáles son sus deberes y derechos por desinterés y no por falta de información en el tema, ya que exista material visual que brinda un primer acercamiento de cuales son los deberes y derechos de los usuarios, por otro lado, para la dimensión de dignidad existe un malestar generalizado en cuanto a la falta de dotación en la institución que logre hacer más amena la estancia en este servicio.

8.3 PLAN DE MEJORA

De los resultados encontrados, se puede apreciar que las dimensiones de derechos y deberes, dignidad y duelo presentan oportunidades de mejora sustanciales y que pueden impactar de manera positiva en la institución, para lo cual se estableció un plan considerando los factores que afectan estas dimensiones.

Tabla 4. Plan de mejora

¿Qué?	¿Por qué?	¿Quién?	¿Dónde?	¿Cuándo?	¿Cómo?
Sensibilizar a todo el personal asistencial sobre la importancia de las obligaciones y los derechos de los usuarios.	Todo el personal de salud de la institución debe conocer los deberes y derechos para ser informados al paciente	Jefe de enfermería	Auditorio de la institución.	2 meses	-Continuar con la formación del personal. -Elaboración de un manual educativo que enfatice la importancia de los deberes y los derechos
Utilizar ayudas visuales para identificar responsabilidades y derechos de los lugares a los que sus usuarios acceden con más frecuencia.	Es importante proporcionar información visual sobre responsabilidades y derechos.	Jefe de enfermería	Salas de espera de urgencias y pasillos.	4 meses	Proporciona información visual sobre la importancia de los deberes y derechos de los usuarios en salas de espera, clínicas, pasillos, etc.
Brindar materiales como panfletos cuando los usuarios ingresan al servicio de	Es necesario que los usuarios conozcan sus deberes y derechos como paciente.	Jefe de enfermería	- Sala de espera de urgencias. -Admisiones. -Estaciones	3 meses	Folletos con imágenes y temas como derechos y deberes del Usuario y

ambulancia, destacando la importancia de las obligaciones y derechos, y otros temas importantes como la humanización.			de enfermería.		sobre educación para la salud y humanización.
Desarrollar un plan de mejora de infraestructura en el área de recepción de urgencias	Para mejorar y reducir el estrés en el área de espera	Tesorería	-Sala de espera de urgencias	5 meses	-Adecuación de espacios más cómodos mediante cambios físicos
Realizar formación al personal asistencial en cuanto al manejo del dolor físico y mental del paciente	Con el fin de aumentar la percepción en cuanto a la atención en momentos de dolor del paciente	Jefe de enfermería	-Auditorio de la institución	2 meses	-Generación de un plan de capacitaciones

Fuente: elaboración propia

AREA ANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

9 DISCUSIÓN

Según Bautista y otros (28), la atención al detalle, la necesidad de atención personalizada indica mala calidad de los profesionales, está ligada a una mala gestión, los cambios en la legislación rara vez se comparten con otros trabajadores, Un sistema corrupto donde los recursos se pierden todos los días y la devolución de recursos sanitarios y la equidad no intervencionista en la regulación fortalecerá en última instancia la importancia del amor y el respeto por los demás y los apoyará en todos los ámbitos y en todas las edades sin discriminación. Para entender un tipo de tolerancia, el otro como: acciones, pensamientos, visiones y sobre todo mundos diferentes con diferentes necesidades de usuarios y empleados, también estamos preparados profesional y técnicamente para ser incorporados. Ofrecemos seminarios y cursos de formación que pueden ser utilizado para su uso. Dotado de herramientas para realizar la unión, fortalecer las relaciones interpersonales y los parámetros para brindar una atención de calidad a los usuarios, y motivar a los usuarios a actuar de manera autónoma en términos de experiencia, calidad y humanidad.

En este sentido, la calidad del sistema de salud está directamente relacionada con la legislación nacional y los requisitos de diversas normas relacionadas con la salud a nivel nacional, por lo tanto, Cumplir con los programas internos y normativas de calidad para cumplir con las normas aplicables. legislación, por lo que de acuerdo con esta encuesta, un programa que humaniza a los pacientes, es parte de un pilar fundamental de la prestación de servicios y tiene un impacto directo en la calidad de todo el sistema Institución de segundo nivel de la ciudad de Dosquebradas.

Según Romero (29), el personal asistencial debe brindar el apoyo necesario o la atención básica con respeto y respeto mientras mantienen la conciencia del cuidado intencional. Ella sostiene que uno de los privilegios de la enfermería y su papel en el trato con la humanidad es que las enfermeras tienen acceso a la persona en su totalidad. Las enfermeras tienen el íntimo honor de ayudar a otras personas a satisfacer sus necesidades humanas más básicas, especialmente en situaciones vulnerables. En este sentido, esto concuerda con los resultados de este estudio realizado en un establecimiento de segundo nivel en la ciudad de Dosquebradas, donde tanto enfermeras como auxiliares de enfermería tratan de manera adecuada y confiable a los pacientes y sus acompañantes con dignidad y respeto.

Por parte de los teóricos de la profesión, proponen que los trabajadores de la salud deben desarrollar la capacidad o aptitud para reconocer una relación con otra, a través de la comunicación. Wiedenbach destaca estas habilidades de

comunicación y las define como: la comunicación verbal y no verbal se pueden utilizar juntas o por separado para transmitir un mensaje o recibir una respuesta específica (30). Por tanto, concuerda con lo encontrado en un estudio realizado en una institución de segundo nivel de la ciudad de Dosquebradas, ya que se capacitó al personal para realizar todas las funciones respetando la humanización del paciente.

Sin embargo, los resultados parciales encontrados en cuanto a la humanización del paciente en una institución de segundo nivel de la ciudad de Dosquebradas no son admisibles, en cuanto a la estandarización y el cumplimiento de la política de humanización, ya que existen fallas en la prestación del servicio de urgencias las cuales son percibidas por los usuarios que son atendidos en este y que son atribuibles en su mayoría con los deberes y derechos y los factores relacionados con el trato digno del paciente por parte del personal de salud (37).

Independientemente del ángulo de la discusión, la comunicación tiene cierta importancia, es el medio por el cual la persona establece una relación; Para las enfermeras, se le da más atención a esta importancia como elemento fundamental de la relación terapéutica. Para González (31), la comunicación “es un proceso dinámico fundamental para la existencia, crecimiento, cambio y comportamiento de todos los seres vivos, ya sean individuos o grupos de organismos. Oficio”. En este sentido, discrepan de lo que se encuentra en las Institución de segundo nivel de la ciudad de Dosquebradas, argumentando que el personal de enfermería no comunicó las acciones a tomar a los pacientes y sus familiares.

Fundación Universitaria del Área Andina

10 CONCLUSIONES

Se concluye que, en general, existen prácticas humanizadas y un respeto programático del personal de enfermería de una Institución de segundo nivel de la ciudad de Dosquebradas, teniendo en cuenta áreas de mejora como la comunicación con los pacientes, familiares y en la prestación de cuidados relacionados con el dolor cuando sea necesario.

Se ha evidenciado que, según la percepción positiva de los pacientes, los profesionales de enfermería cumplen parcialmente con la percepción referente a la política de humanización del paciente, caracterizándose por un buen conocimiento de los tratados referentes a los pacientes y cuidadores, ya que están en contacto e interacción constantes con las personas involucradas, todo gracias a la práctica regular desde el seno de la experiencia.

Se encontró que, bajo la percepción de los usuarios del servicio de urgencias, existen oportunidades de mejora las cuales son relacionadas con la falta de infraestructura adecuada en el área de espera, procedimientos y observación, así como la falta de comunicación de los deberes y derechos de los pacientes y en general de una buenas prácticas que garanticen la retroalimentación y la información constante del pacientes y su acompañante en los diferentes procesos del área de urgencias, lo que indica una muy baja interacción con los pacientes, así como las indicaciones de la necesidad de poner a disposición del paciente y sus acompañantes otras ayudas.

La investigación existente ha demostrado que el nivel de comprensión de las deberes y derechos de los pacientes es inadecuado y que pocos usuarios saben cuáles son, lo que lleva a un bajo nivel de percepción de esta dimensión por parte de los pacientes, generando que se presenten fallas en la comunicación y en la prestación adecuada del servicio de urgencias, por desconocimiento del paso a paso que debe llevar el paciente.

11 RECOMENDACIONES

Se alienta la educación en la comunicación con las familias y los pacientes para mejorar la prestación de servicios en términos de atención familiar y adherencia al programa de humanización de la clínica. La razón por la que se deben divulgar las obligaciones y los derechos de los pacientes es que esta debe ser la causa de la falla, y puede ser útil gráficamente ya que el personal médico no tiene los recursos para brindar una explicación efectiva de esto. Proporcionar evidencia de que esta información pertinente se ha proporcionado tanto al paciente como a su acompañante o familiar.

Educar al personal médico y a los usuarios sobre las responsabilidades y derechos de los usuarios y los diversos programas de la institución para que puedan comunicar información proporcionando a cada miembro del personal la información más reciente sobre este tema. Aumente su conocimiento de sus deberes y derechos de manera oportuna, en combinación con un plan de acción que vincula a toda la institución, evalúa el cumplimiento de los programas de humanización en diferentes áreas de la Institución para hacer un diagnóstico general del estado de cumplimiento y finalmente intervenir en los temas más importantes.

Fundación Universitaria del Área Andina

12 BIBLIOGRAFÍA

1. Organización mundial de la salud. Estrategias del informe de la OMS "Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas". Rev. Panam Salud Pública. 2002.
2. Romero M, de la Cueva L, Jover C, Delgado P, Acosta B, Sola M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. Enfermería intensiva. 2013; 24(2): 51-62
3. March J. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. Revista de Calidad Asistencial. 2017; 32(5): 245-7.
4. Diccionario de la Real Academia Española. Humanizar [Internet]. Madrid: Diccionario de la Real Academia Española. [Citado en 14 de julio de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=humanizar>
5. García M. Metas Enfermería. Revista enfermería 21. 2014; 17(1): 70-74.
6. De la fuente C, Rojas M, Gómez MR, Lara P, Morán E, Aguilar E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Medicina Intensiva. 2018; 42(2): 99-109.
7. Peña MH, Talledo NM, Ruiz EO, Gómez JL, Ruiz AR, Miguelez AG, et al. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. Medicina Intensiva. 2017; 41(2): 78-85.
8. Miranda CP, Monje, V, Oyarzún G. Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia. 2014. <file:///E:/DOCUMENTOS%20USUARIO/Downloads/fmm672p.pdf>
9. Espinoza L., Huerta K, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D, Ramos A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital Es Salud Huacho. 2010. UPCH. <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>
10. Guerrero R., Meneses M, Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. 2016. file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/3017-7642-1- PB.pdf
11. Calsin M. Percepción de las usuarias sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital

- Regional Manuel Núñez Butrón, Puno. 2017.
http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RNAP_5bf5fdea2fbef86aa5fceb704d161826
12. Chica L., Grande Y, Portal K. Percepción de los pacientes sobre trato humanizado por enfermería y su influencia en la recuperación de la salud. 2015.
<http://www.grin.com/es/e-book/288740/percepcion-de-los-pacientes-sobre-trato-humanizado-por-enfermeria-y-su>
13. González G, Oviedo H, Bedoya L, Benavides G, Dalmero N, Vergara C. Cuidado humanizado de enfermería percibido por familiares de pacientes pediátricos, usuarios del Hospital Universitario Fernando Troconis de Santa Marta. 2013.
<file:///E:/DOCUMENTOS%20USUARIO/Downloads/Articulo%202.pdf>
14. Romero E, Contreras I, Moncada A. Relación Entre Cuidado Humanizado Por Enfermería Con La Hospitalización De Pacientes. 2016.
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a03.pdf>
15. Ramírez C, Perdomo A, Galán E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. 2013.
<file:///E:/DOCUMENTOS%20USUARIO/Downloads/Art%203.pdf>
16. La Calle GH, Lallemand CZ, del Cutillo M, Matarín J, Sanz TV, de la Ventana AS, et al. HUCI se escribe con H de HUMANO. Enfermería Intensiva. 2014; 25(4): 123-72.
17. Rivera SA, Sánchez M. ¿Es necesario «humanizar» las Unidades de Cuidados Intensivos en España? Enfermería intensiva. 2017; 28(1): 1-3.
18. Bonilla J. Bioética para enfermería: aspectos teóricos y prácticos. 2015
19. Delgado MCM, de Lorenzo AG. Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. Medicina intensiva. 2017; 41(8): 451-3.
20. Silva A, Torres L, Cortes A, Araujo L, Costa A. Percepción de los usuarios y los profesionales de la salud acerca de la calidad de la atención prestada a los pacientes con AIDS. 2015.
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/administracion1.pdf>

21. Alfaro E, Beraun M. Percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo, Cercado de Lima [Citado 22 de octubre 2021] Rev. enferm. vanguard. 2015; 2(1): 86-97. Disponible en: <http://repositorio.ual.edu.pe/handle/UAL/20>
22. Gonzales k. Satisfacción de los pacientes sobre el cuidado humanizado de la enfermera en Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital General María Auxiliadora Lima-Perú 2014. [Citado 22 de octubre 2021] Universidad nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4802/1/Gonzales_Baldarrago_Karla_Giuliana_2014.pdf
23. Becerra F. y Tacilla L. Percepción del cuidado humanizado de enfermería y nivel de estrés del paciente hospitalizado en los servicios de medicina. Hospital Regional docente de Trujillo. 2015 [Citado 22 de octubre 2021]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/handle/UNITRU/809>
24. Mendoza S, Torres M, Rincón J, Urbina B. Percepción sobre la atención de enfermería en una unidad de cuidados intensivos. [En línea] RevEnfermInst Mex Seguro Soc. [Citado 22 de octubre 2021]. 2015;23(3):149-56. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim153d.pdf>
25. Miranda P, Monje P, Oyarzún J. Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014. Universidad Austral de Chile facultad de Medicina escuela de Enfermería 2014 [Citado 22 de octubre 2021]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/fmm672p/doc/fmm672p.pdf>
26. Guerrero R, Meneses M, y De la Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao. FANEF. 2016;9 (2): 127-136. Disponible en: <http://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
27. Castrillón C. El mundo de la enfermera: Uno aquí no se sienta. Contexto de los cuidados. Estudios Públicos. [Citado 22 de octubre 2021]; InvestEducEnferm. 2009; 27(2):226-234. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n2/v27n2a08.pdf>
28. Bautista L, Parra E, Arias K, Parada K, Ascanio K, Villamarin M., et al. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. Colombia. Rev. cienc. ciudad 2015 [Citado 22 de octubre 2021];12(1):105- 118.

Disponible en:
<http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/331/345>

29. Romero E, Contreras I, Pérez Y, Moncada V, Jiménez V. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena. Universidad de Cartagena. 2013 [Citado 22 de octubre 2021];4(1) Disponible en: <http://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1143>
30. Rivera L, Triana A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. Av. enferm 2007; 25(1): 56-68
31. González J, Quinteros D. Percepción del cuidado Humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. Pontificia Universidad Javeriana; 2009:101
32. Escudero D, Viña L, Calleja C. [For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change]. Med Intensiva. 2014; 38(6):371-5.
33. Hamburger-Fernández AA. Humanización de la empresa. Colombia. Editorial Bonaventuriana, 2008: 46- 47.
34. Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao: Desclée de Brower, 2014.
35. Social MDLP. Seguridad del paciente y la atención segura [Internet]. Colombia: Ministerio de salud y protección social, 2010. [Citado 16 de sep de 2021]. p. 101. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
36. Alonso Á, Heras G. ICU: a branch of hell? Intensive Care Med. 2016; 42(4): 591-2.
37. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. Am J Health Syst Pharm. American College of Critical Care Medicine. 2013; 70(1): 53-8.

38. Cutler LR, Hayter M, Ryan T. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive Crit Care Nurs.* 2013; 29(3):147-57.
39. Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP, Ball JA, Spronk P, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med.* 2016; 42(6): 962-71.
40. Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *Am J Crit Care.* 2014; 23(4): 316-24.
41. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Visitation policy, design and comfort in Spanish intensive care units. *RevCalidAsist.* 2015; 30(5): 243-50.
42. Meert KL, Clark J, Eggly S. Family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Clin North Am.* 2013; 60(3): 761-72.
43. Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimens Crit Care Nurs.* 2014; 33(4): 181-93.
44. Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med.* 2013; 368(11): 1008-18.
45. Maslach C, Jackson SE. MBI: Maslach burnout inventory; manual research edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
46. Silva JL, Soares RS, Costa FS, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2015; 27(2): 125-33.
47. Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS One.* 2015; 10(8)
48. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement-Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest.* 2016; 150(1): 17-26.

49. Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, Angus DC, Bion J, Kacmarek R, et al. Intensive care unit quality improvement: a “how-to” guide for the interdisciplinary team. *Crit Care Med*. 2006; 34(1): 211-8.
50. Abraham J, Kannampallil TG, Almoosa KF, Patel B, Patel VL. Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: implications for patient safety. *J Crit Care*. 2014; 29(2)
51. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinová K, Lafabrie A, et al. Conflicus Study Investigators and for the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009; 180(9): 853-60.
52. Ionso-Ovies A, Álvarez J, Velayos C, García MM, Luengo MJ. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Rev Calidad Asistencial*. 2014; 29(6): 325-33.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

13 ANEXOS

o ANEXO 1. INSTRUMENTO

Instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de Hospital Santa Mónica de Dosquebradas



ENCUESTA

¿Cuál es la percepción de la atención humanizada por parte de los usuarios del servicio de urgencias de una IPS de segundo nivel del municipio de Dosquebradas en el mes de noviembre del 2021?

		SI	NO	TAL VEZ	NO SABE NO RESPONDE
1. Es apropiada la atención prestada por el guarda al ingreso de la institución	DA				
2. La información que le dieron durante el ingreso de deberes y derechos como usuarios es clara	DE				
3. La atención es oportuna el equipo multidisciplinario (medico, enfermero, Aux. Enfermería) al momento de presentar algún dolor	DO				
4. Los funcionarios médicos y enfermeras aclaran dudas e inquietudes al dialogar con usted.	DA				
5. Se le brindo información oportuna la paciente o acudiente por parte del médico tratante sobre su estado de salud y definición de conducta.	DA				
6. Las comodidades que le ofrece el hospital son consideradas agradables para su permanencia en la institución	DI				
7. Se ha sentido vulnerado, intimidado o falta de apoyo al momento de expresar y ser examinado por el medico	DI				
8. Se respeta su intimidad en el momento de recibir atención del personal de salud	DI				

13

<p>9.La institución se compromete con la reducción de la contaminación visual y auditiva, permitiendo a usted tener una visión más agradable en el servicio</p>	<p>DI</p>				
<p>10. En la realización de la toma de muestras en el servicio de urgencias del hospital, le brindan información de manera oportuna, respetuosa y cordial.</p>	<p>DA</p>				
<p>11. Cree usted que el hospital cuenta con personal capacitado en el momento de usted requerir un acompañamiento de duelo.</p>	<p>DU</p>				

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

o ANEXO 2. CRONOGRAMA

Sílaba	Definición	Preguntas
DA	Dar información	1. Es apropiada la atención prestada por el guarda al ingreso de la institución 4. Los funcionarios médicos y enfermeras aclaran dudas e inquietudes al dialogar con usted. 5. Se le brindó información oportuna al paciente o acudiente por parte del médico tratante sobre su estado de salud y definición de conducta. 10. En la realización de la toma de muestras en el servicio de urgencias del hospital, le brindan información de manera oportuna, respetuosa y cordial.
DE	Deberes y derechos	2. La información que le dieron durante el ingreso de deberes y derechos como usuarios es clara
DI	Dignidad	6. Las comodidades que le ofrece el hospital son consideradas agradables para su permanencia en la institución 7. Se ha sentido vulnerado, intimidado o falta de apoyo al momento de expresar y ser examinado por el médico 8. Se respeta su intimidad en el momento de recibir atención del personal de salud 9. La institución se compromete con la reducción de la contaminación visual y auditiva, permitiendo a usted tener una visión más agradable en el servicio
DO	Oportunidad	3. La atención es oportuna el equipo multidisciplinario (médico, enfermero, aux. Enfermería) al momento de presentar algún dolor
DU	Duelo	11. Cree usted que el hospital cuenta con personal capacitado en el momento de usted requerir un acompañamiento en situaciones difíciles

○ ANEXO 3. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	Septiembre				Octubre				Noviembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Organización del equipo investigador	■											
Búsqueda de temas.		■	■									
Selección y definición del tema de investigación.				■								
Ajuste al documento borrador					■	■						
Detección de pacientes con criterio de inclusión							■					
Selección de pacientes								■				
Realizar la ejecución del instrumento									■			
Análisis de la información recolectada										■		
Resultados y discusión										■	■	
Conclusiones y recomendaciones												■
Socialización del trabajo de investigación												■
Ajuste y aprobación del trabajo de investigación												■
Publicación del trabajo de investigación												■

○ ANEXO 4. PRESUPUESTO

ÍTEM	UNIDAD	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	APORTES		VALOR TOTAL
				FUAA	Estudiantes	
Talento humano						
Asesor	Horas/docente	\$50.000	20	X		\$1.000.000
Estudiantes	Horas/docente	\$30.000	180		X	\$5.400.000
Recursos logísticos y de papelería						
Internet	Horas/internet	\$1.200	100		X	\$120.000
Llamadas	Minutos	\$50	200		X	\$10.000
Papelería	Resma	\$9.500	1		X	\$9.500
Fotocopias		\$150	15		X	\$2.250
Transporte Urbano	Pasaje	\$10.000	10		X	\$100.000
Transporte Intermunicipal	-	\$20.000	14		X	\$280.000
Imprevistos	-	\$500.000	-		X	\$500.000
TOTAL DEL PRESUPUESTO						\$7.421.750

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina