

**PERCEPCION DE LOS USUARIOS EN ATENCION HUMANIZADA DEL
SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL
DE SANTIAGO DE CALI- 2019.**



**INDIRA VANESSA GUERRERO VIVEROS
DIANA ALEXANDRA VILLA FIGUEROA
ERIKA FERNANDA FILIGRANA UL**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI**

2019

**PERCEPCION DE LOS USUARIOS EN ATENCION HUMANIZADA DEL
SERVICIO DE HOSPITALIZACION EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL
DE SANTIAGO DE CALI- 2019.**

**INDIRA VANESSA GUERRERO VIVEROS
DIANA ALEXANDRA VILLA FIGUEROA
ERIKA FERNANDA FILIGRANA UL**

**Tutora:
ANGELICA MARÍA SOTO**

**UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI
2019**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
2. JUSTIFICACIÓN.....	17
3. OBJETIVOS.....	19
3.1 OBJETIVO GENERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
4. MARCO DE REFERENCIA.....	20
4.1 MARCO CONCEPTUAL	20
4.2 MARCO TEÓRICO	24
4.2.1 Humanización	24
4.2.2 Humanización en los servicios de salud	25
4.2.3 Humanización y Salud Mental.....	27
4.2.4 Deshumanizan la atención en salud mental.....	27
4.2.5 Calidad de la atención.....	29
4.2.6 Seguimiento y continuidad de la atención.....	31
4.2.7 Seguridad del paciente	32
4.3 MARCO ÉTICO	32
4.3.1 Marco ético internacional	32
4.3.1.1 Declaración el Helsinki.....	32
4.3.1.2 Principios bioéticos universales	33
4.3.1.3 Pautas éticas CIOMS.....	35
4.3.2 Marco ético nacional	36
4.3.2.1 Resolución No. 008430 de 1993.....	36
4.3.2.2 Leyes, Decretos y Resoluciones a Nivel Nacional	39
4.4 MARCO LEGAL	53

4.5 MARCO CONTEXTUAL	55
4.6 TEORISTA DE ENFERMERÍA.....	58
5. METODOLOGÍA	59
5.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.....	59
5.2 POBLACIÓN	59
5.3 MUESTRA	59
5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	60
5.4.1 Criterios Inclusión	60
5.4.2 Criterios de Exclusión	61
5.5 VARIABLES	62
5.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	66
5.6.1 Instrumentos	66
5.6.2 Fases del proceso investigativo	67
5.6.3 Plan de análisis.....	68
5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	68
6. RESULTADOS.....	70
6.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	70
6.1.1.1 Aspectos sociodemográficos matriz de rastreo.....	71
7. DISCUSIÓN	95
8. CONCLUSIONES	103
9. RECOMENDACIONES.....	105
10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	106
11. PRESUPUESTOS	107
BIBLIOGRAFÍA.....	108
ANEXOS.....	112

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución por estrato	71
Tabla 2. Distribución por edad	72
Tabla 3. Distribución por sexo.....	73
Tabla 4. Distribución de la población por edad y sexo	74
Tabla 5. Distribución de rango de estancia hospitalaria.....	75
Tabla 6. Distribución a la pregunta, ¿Cuál es el servicio en el que encuentra recibiendo la atención?	76
Tabla 7. Distribución a la pregunta, ¿Que entiende usted por humanización?	77
Tabla 8. Distribución a la pregunta, ¿Qué entiende por deshumanización?	78
Tabla 9. Distribución a la pregunta, ¿Ante cualquier intervención médica el personal de salud le informa el procedimiento que le va a realizar?.....	79
Tabla 10. Distribución a la pregunta, ¿Tiene conocimiento o le han explicado acerca de su patología?	80
Tabla 11. Distribución a la pregunta, ¿Durante su estancia hospitalaria es llamado por su nombre y atendido con amabilidad?	81
Tabla 12. Distribución a la pregunta, ¿Durante su aseo personal considera que tiene espacio suficiente para su privacidad?	82
Tabla 13. Distribución a la pregunta, ¿Considera que el trato que usted dirige al personal de salud es con respeto?	83
Tabla 14. Distribución a la pregunta, ¿considera que durante su estancia hospitalaria ha recibido un trato respetuoso?	84
Tabla 15. Distribución de la pregunta, ¿Es respetada su opinión en cuanto aceptar o rechazar cualquier procedimiento?	85
Tabla 16. Distribución de la pregunta, ¿Ha sido participe de proyectos de investigación del hospital?	86

Tabla 17. Distribución de la pregunta, ¿si su respuesta fue si, le hicieron firmar consentimiento informado del proyecto?.....	87
Tabla 18. Distribución de la pregunta, ¿le hicieron conocer sus deberes y derechos?	88
Tabla 19. Distribución de la pregunta, si su respuesta anterior fue si, ¿alguno de esos derechos ha sentido que se le ha vulnerado?	89
Tabla 20. Distribución de la pregunta, ¿se le permite colaborar con el tratamiento y terapias de mejoramiento de su salud?	90
Tabla 21. Distribución de la pregunta, ¿ha recibido oportunamente tratamiento y seguimiento de su patología?	91
Tabla 22. Distribución de la pregunta, ¿Es oportuna la información acerca de procedimientos e intervenciones médicas?	92
Tabla 23. Distribución de la pregunta, ¿Cómo califica el grado de atención durante la estancia hospitalaria?	93
Tabla 24. Distribución de la pregunta, ¿Se ha sentido excluido por parte del personal de salud durante su hospitalización?	94

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Distribución de la población por estrato socioeconómico	71
Gráfico 2. Distribución de la población por rango de edad.....	72
Gráfico 3. Distribución de sexo	73
Gráfico 4. Distribución de la población por edad y sexo	74
Gráfico 5. Distribución de rango de estancia hospitalaria	75
Gráfico 6. Distribución a la pregunta, ¿Cuál es el servicio que se encuentra recibiendo la atención?	76
Gráfico 7. Distribución a la pregunta, ¿Que entiende usted por humanización? ...	77
Gráfico 8. Distribución a la pregunta, ¿Qué entiende por deshumanización?.....	78
Gráfico 9. Distribución a la pregunta, ¿Ante cualquier intervención médica el personal de salud le informa el procedimiento que le va a realizar?	79
Gráfico 10. Distribución a la pregunta, ¿Tiene conocimiento o le han explicado acerca de su patología?.....	80
Gráfico 11. Distribución a la pregunta, ¿Durante su estancia hospitalaria es llamado por su nombre y atendido con amabilidad?	81
Gráfico 12. Distribución a la pregunta, ¿Durante su aseo personal considera que tiene espacio suficiente para su privacidad?.....	82
Gráfico 13. Distribución a la pregunta, ¿Considera que el trato que usted dirige al personal de salud es con respeto?	83
Gráfico 14. Distribución a la pregunta, ¿considera que durante su estancia hospitalaria ha recibido un trato respetuoso?	84
Gráfico 15. Distribución de la pregunta, ¿Es respetada su opinión en cuanto aceptar o rechazar cualquier procedimiento?	85
Gráfico 16. Distribución de la pregunta, ¿Ha sido participe de proyectos de investigación del hospital?	86

Gráfico 17. Distribución de la pregunta, ¿si su respuesta fue si, le hicieron firmar consentimiento informado del proyecto?.....	87
Gráfico 18. Distribución de la pregunta, ¿le hicieron conocer sus deberes y derechos?	88
Gráfico 19. Distribución de la pregunta, si su respuesta anterior fue si, ¿algunos de esos derechos han sentido que se le ha vulnerado?	89
Gráfico 20. Distribución de la pregunta, ¿se le permite colaborar con el tratamiento y terapias de mejoramiento de su salud?.....	90
Gráfico 21. Distribución de la pregunta, ¿ha recibido oportunamente tratamiento y seguimiento de su patología?	91
Gráfico 22. Distribución de la pregunta, ¿Es oportuna la información acerca de procedimientos e intervenciones médicas?	92
Gráfico 23. Distribución de la pregunta, ¿Cómo califica el grado de atención durante la estancia hospitalaria?	93
Gráfico 24 Distribución de la pregunta, ¿Se ha sentido excluido por parte del personal de salud durante su hospitalización?	94

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Teorista de enfermería	58
Cuadro 2. Operacionalización de Variables	62

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento informado para paciente y/o acudiente	112
Anexo B. Formato de encuesta.....	113
Anexo C. Aval otorgado por el comité científico de ética y bioética de la facultad de salud	117

INTRODUCCIÓN

A partir de la Ley 100 de 1993, el sistema general de seguridad social en Colombia ha sufrido diversos cambios tanto a nivel estructural como en su modelo para la atención, recabando en la importancia de la calidad de vida no solo del usuario de manera individualizada, sino también de su familia como núcleo sistémico, tal como se dispone en la Constitución Política de Colombia con el fin de proveer una atención orientada desde un enfoque de principios, valores y estándares de calidad.

El decreto 1011 del 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene como objetivo proveer servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios. Integrado por cuatro componentes a saber: Habilitación, Auditoria, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

Con relación a lo anterior, la humanización de los servicios hospitalarios implica en primera medida que los profesionales de la salud como médicos, enfermeras, personal de recepción y facturación brinden un servicio de calidad a los pacientes que lo requieran, y así mismo se respeten sus derechos, deberes, creencias, el derecho a recibir un trato digno.¹

EL Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle en cumplimiento de la normatividad y en su deseo de brindar servicios con altos estándares de calidad, definió desde el año 2017 establecer unos lineamientos para garantizar una atención en salud humanizada, para lo que creó el programa de Humanización de la Atención, reducción del Estigma e Inclusión Social compuesto por 5 componentes

(derechos y deberes, dignidad y respeto, compartir información, participación y colaboración).

Esta investigación pretende establecer a partir de las conductas determinadas en cada uno de estos componentes cual es la percepción que tienen los usuarios del servicio de hospitalización acerca de la atención brindada en esta institución, teniendo en cuenta que humanización hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica, y conductual, mediante la búsqueda del bienestar propio y de los demás ante cualquier circunstancia, y que justamente estos usuarios son los que por el tiempo de la estancia, tienen mayor exposición a una atención humanizada o lo contrario.

Se desarrollará en el primer trimestre del año 2019 en el servicio de hospitalización y será un estudio de tipo transversal y descriptivo-observacional porque son estudios de carácter estadístico y demográfico, ya sean de tipo sociológico o biológico-estudios epidemiológicos- en los que no hay intervención por parte del investigador, y este se limita a medir las variables que definen el estudio; transversal, porque son estudios diseñados para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo; y descriptivo, porque permite la caracterización de las variables a tratar.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia el Estudio Nacional de Salud Mental muestra cifras consistentes con las encontradas a nivel global y en la región de las Américas. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, muestran que las personas adultas vinculan la salud mental con las necesidades básicas satisfechas, consideran que “se relaciona principalmente con buena salud física, dormir, descansar, sensación de paz y bienestar individual, superación de obstáculos sin que éstos impidan avanzar, y ausencia de estrés y sufrimiento; las personas en condición de pobreza entre 18 y 44 años anotan dentro de las respuestas prioritarias, el contar con todas las comodidades”; muestran una autovaloración positiva de la salud mental propia y la de los niños, estas apreciaciones parecen afectarse de acuerdo a la edad, género y situación de pobreza. En lo que se refiere al bienestar individual y a las relaciones, describe que los adultos y niños tienen en general muy buenas relaciones, sin embargo, más del 25% de los cuidadores admite que “ante los problemas con el niño tiende a actuar reactivamente. (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud mental 2015).

Con base a estos estudios está demostrado que todas las personas viven a lo largo de la vida situaciones que pueden afectar su salud mental. Estados como la depresión o la ansiedad son cada vez más comunes en las sociedades y afectan a buena parte de la población, es por esta razón que recordar que la sociedad como determinante de la salud requiere superar el estigma sociocultural que aún existe en torno a la enfermedad mental y la connotación negativa, barreras y condicionamientos que esta conlleva a una atención en salud deshumanizada.

La construcción de una mejor atención en salud requiere terminar con la cultura imperante donde no muestre prejuicios que llevan a las discriminaciones. En el caso de la enfermedad mental, el prejuicio puede llevar a denegar ayuda o a sustituir la atención sanitaria por el sistema de justicia penal. El miedo lleva a un

comportamiento de evitación. Por ejemplo, los empleadores no quieren personas con trastornos mentales a su alrededor, así que no las contratan.

El estigma está íntimamente asociado con la desinformación sobre la forma de identificar los problemas y trastornos mentales de manera oportuna, su tratamiento y pronóstico, así como su manejo en la familia y la comunidad. Esta dificultad se presenta no sólo en quienes rodean a las personas que presentan estos problemas, sino que es común entre los médicos generales, quienes en su mayoría requieren de entrenamiento adicional para lograr una identificación, abordaje y canalización oportuna de los casos. De lo anterior se deduce que la reducción del estigma es una estrategia clave para promover la recuperación e inclusión social de las personas con trastornos y problemas mentales.²

No obstante, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle determinó en su programa de humanización elementos esenciales como los principios, derechos y deberes por medio del cual el hospital se compromete a brindar una atención humanizada centrada en el paciente y su familia mediante un trato respetuoso y digno, fomentando la participación y colaboración en su proceso de atención para lograr el goce efectivo de sus derechos y la identificación de sus deberes. Con el fin de adoptar la Política de Humanización de la Atención, además contendría estos dos puntos adicionales que son la reducción del estigma y la inclusión social, así como establecer los principios, objetivos y estrategias del Programa de Humanización de la Atención de la institución.

Teniendo en cuenta lo mencionado hasta ahora, el cuidado debe ir de la mano de la humanización, lo cual es orientar el trabajo en salud hacia el servicio del enfermo, considerando a éste en su totalidad personal, y tratando de ofrecerle una asistencia integral que satisfaga todas sus dimensiones.

Es importante recordar que el cuidado es la esencia de la profesión de enfermería a través del cual los profesionales ayudan y acompañan al paciente durante el proceso de la enfermedad y sufrimiento; y por lo tanto debe ser más que la realización de técnicas y procedimientos, convirtiéndose en el apoyo emocional de expresión de sentimientos, emociones y preocupaciones del paciente³.

Entre tanto, el Ministerio de la Protección Social señala que “La humanización es concebida como un imperativo ético para el Sistema de Salud, y no solamente como un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman”⁴

Con relación a lo anterior, es fundamental que todos los profesionales orienten su conocimiento al servicio de los demás, situando en primer lugar la sensibilidad y la ética en el acto del cuidado, resaltando la dignidad humana y ofreciendo una óptima atención, comunicación e información a los usuarios, pacientes, familias y otros profesionales involucrados en el sistema.

En el mes de octubre del 2017 se hizo el lanzamiento de la Política de Humanización, Reducción del Estigma e Inclusión Social del Hospital Departamental Psiquiátrico del Valle con la expectativa de diseñar e implementar el programa que lleva el mismo nombre en el año 2018, con el desarrollo de sus componentes: derechos y deberes, dignidad y respeto, compartir información, participación y colaboración.

En el documento Programa de Humanización de la Atención, reducción del Estigma e Inclusión Social del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE, se ha planteado componentes relevantes para lograr el objetivo de brindar una atención centrada en las necesidades y expectativas del paciente promoviendo la dignidad, privacidad, seguridad, respeto y comunicación

Finalmente, para asegurar un cuidado humanizado en paciente de salud mental, existen herramientas que enriquecen la relación terapéutica como son: el conocimiento de los problemas que pueden surgir en la relación, el espacio, el tiempo, la comunicación, la actitud, la escucha activa, la observación y la empatía. Su omisión ocasiona una asistencia despersonalizada e influye negativamente sobre los cuidados prestados y el estado emocional del paciente.

Teniendo en cuenta esto, es importante determinar cuál es la percepción que tienen los usuarios del servicio de hospitalización del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV) de la atención humanizada que se brinda en esta institución.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción de los usuarios de atención humanizada que se les brinda en el servicio de hospitalización del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle de Santiago de Cali en el primer trimestre del 2019?

2. JUSTIFICACIÓN

La realización de este estudio acerca de la percepción del usuario sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería, sería una contribución para la Institución de Salud Mental, debido a que los resultados establecen una línea base de la percepción del usuario frente a este aspecto y pueden aportar a la implementación del programa de humanización dirigida a los criterios o conductas que desde el usuario son de algún modo vulnerados, logrando que se fortalezca y trascienda el cuidado humanizado a los diferentes servicios, como un valor esencial del cuidado desde el fortalecimiento de las relaciones interpersonales.

En el aspecto social, el estudio sirve de apoyo para brindar unas directrices de atención especializada a pacientes en situaciones agudas o críticas de salud, con la finalidad de cuidar, proteger la integridad y preservar la dignidad, el respeto, la intimidad y el valor del otro. Sin caer en la despersonalización, la falta de empatía y comunicación con el paciente crítico, que puede originarse a partir del nivel de complejidad del servicio entre otros.

Para la Institución Universitaria adelantar esta investigación trae importantes beneficios en sus contenidos programáticos de enfermería, ya que permite profundizar en el tema, lo cual conlleva a promover el cuidado humanizado, desde las necesidades propias y aquellas que puedan surgir desde la interacción, motivando así al profesional a reflexionar permanentemente sobre el cuidado, la calidad de vida y los comportamientos de cuidado del usuario.

El presente trabajo se realiza, además, con el fin de profundizar en diversas definiciones en torno a la humanización de la atención en salud y de la misma manera se logran identificar los obstáculos y fortalezas en una institución hospitalaria relacionada con la Atención Humanizada en Salud Mental.

Así mismo, con el firme propósito de sensibilizar sobre la importancia de una atención digna y humanizada hacia el usuario no dejando a un lado al profesional dado que también es un ser humano que requiere de un trato digno y un trabajo que cuente con condiciones óptimas, materiales, recursos humano necesario, debido a que la falta de estos factores trae como consecuencia malas relaciones interpersonales, comunicación deficiente, escaso trabajo en equipo, lo que termina provocando baja calidad al brindar cuidado

En la cotidianidad, la atención al usuario por lo general se desvirtúa, dado el grado de indiferencia y actitud de algunos profesionales, generando esto una barrera que impide ubicarse simbólicamente en la posición del paciente, quien, al momento de acudir al área de la salud, se encuentra vulnerable y por ende requiere un trato humanizado que inicia desde el primer contacto y saludo.

Es evidente que las características de la atención de salud deben ser la centralidad en la persona, la integralidad y la continuidad de la asistencia, con un punto de acceso sistemático al sistema de salud para que los usuarios y quienes les atienden puedan entablar una relación duradera basada en la confianza.

En ese mismo sentido, la atención del usuario y su familia se debe realizar de manera congruente con las características socioculturales individuales y de acuerdo con las condiciones específicas de salud. Para ello se espera que el plan de cuidado y tratamiento sea recibido por el usuario bajo condiciones de seguridad, el respeto a sus derechos, de manera informada, con acciones de educación sobre su enfermedad y con el propósito de obtener los resultados esperados.

De modo que el talento humano en la salud tiene la más humana de las profesiones luego la atención que se centra en el usuario, así como el reconocimiento del ser humano desde sus ámbitos física, emocional, social y espiritual de tal forma que se conciba de una forma integral pero reconociendo la singularidad como individuo.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de los usuarios de atención humanizada que se les brinda en el servicio de Hospitalización del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle de Santiago de Cali en el primer trimestre de 2019.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Categorizar las conductas o actividades más importantes que se encuentran implementadas en el programa de humanización del HDPUV.
- Identificar las características que debe tener la atención en salud mental para que esta sea humanizada.
- Explorar sobre cuáles son las prácticas en salud que el usuario (paciente y familia) percibe como atención humanizada o deshumanizante.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO CONCEPTUAL

Humanización: Asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano.

Calidad de vida: Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Calidad en salud: La calidad en salud define que es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Atención en salud: La atención en salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

Accesibilidad en salud: Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud. Oportunidad: Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Cuidado humanizado: Es una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana”, lo que permitirá trascender el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica

Equipo de salud: Un grupo de personas, desde una amplia gama de disciplinas, que trabajan juntos para asegurar la utilización integrada de las ciencias naturales y sociales y las artes en la planificación y la toma de decisiones para resolver un mismo problema

Salud mental: Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Deshumanización: Define un proceso mediante el cual una persona o un grupo de personas pierden o son despojados de sus características humanas. Los procesos de deshumanización, de valoración ética habitualmente negativa, remiten inmediatamente a la noción de humanismo como contracara éticamente positiva.

Burocratización: Es un sistema organizativo que se encarga de administrar y gestionar determinados asuntos, siguiendo un conjunto de reglas y procedimientos específicos.

Calidad de atención: La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente.

Derechos y deberes. Todo paciente, sin importar raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas, preferencias sexuales, posición económica o condición social, tiene derecho a:

A. Elegir

- A la libre decisión de aceptar o rechazar el tratamiento de su enfermedad luego de recibir asesoría; en caso de no poder tomar la decisión, la familia o su representante podrán hacerlo.
- A decidir si participa o no en investigaciones cuando el Hospital lo invite a hacerlo, luego de recibir información acerca de los beneficios y riesgos.
- A tener un médico o especialidad tratante responsable de su atención.
- A solicitar una segunda opinión con profesionales de la Institución.
- A decidir libremente a quien recibe como visitante durante su hospitalización.

B. Estar informado y preguntar

- A recibir de las personas que lo atienden información clara y oportuna sobre su enfermedad, tratamiento y pronóstico.
- A preguntar sus inquietudes y ser escuchado sobre la atención.
- A conocer el nombre y cargo del personal que lo atiende y los servicios que presta la institución.
- A solicitar información sobre normas y funcionamiento de la institución.

C. Recibir la mejor atención

- A recibir atención profesional de acuerdo con su enfermedad y con el recurso del Hospital.
- A qué se le brinde el manejo a su dolor físico según su condición clínica.
- A ser atendido en forma oportuna y puntual, o recibir una explicación en caso de retraso en la atención.
- A ser tratado con respeto y amabilidad.

- A presentar sugerencias y reclamaciones sobre la atención recibida en el hospital.

D. Seguridad

- A qué se le proporcionen los medios adecuados y disponibles para evitar el daño a su integridad física.

E. Privacidad y confidencialidad

- A que se respete su intimidad en la atención.
- A mantener la confidencialidad sobre su enfermedad y el contenido de la historia clínica, la cual sólo podrá ser revelada en caso que el paciente lo solicite, o en los casos que establezca la ley.

Respeto y dignidad. La dignidad del paciente se explica por su valor como ser racional que tiene libertad para escoger entre alternativas vitales. Indubitablemente, la libertad del paciente se ve recortada en mucho pues el enfermar implica justo la limitación y el desvalimiento. Por ello es más importante que nunca que el ser humano doliente sea tratado con dignidad; es decir, sea respetado en la toma de decisiones y en el ejercicio de su libertad.

Participación. En cuestiones relacionadas con la mejora de la calidad asistencial, la participación de pacientes y usuarios ha tenido un desarrollo teórico importante en los últimos años, y la atención centrada en el paciente, junto con la seguridad, se han considerado dos perspectivas o dimensiones esenciales de la calidad asistencial, en las que es fundamental conseguir involucrar a los pacientes. Lógicamente, para hacer efectivo este derecho, el paciente ha de disponer de la información necesaria para decidir sobre una base de conocimiento.

4.2 MARCO TEÓRICO

4.2.1 Humanización

Según el Diccionario de la Lengua Española humanizar es “hacer humano, familiar, afable a alguien o algo”. “Es ablandarse, desenojarse, hacerse benigno”. Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que dirigen la conducta del ser humano en el ámbito de la salud, haciendo referencia a la importancia del abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y conductual, mediante la búsqueda del bienestar propio y de los demás ante cualquier circunstancia. De esta manera, se encuentra asociada con las relaciones que se establecen, al interior de una institución de salud, entre el paciente y el personal de la salud, administrativo y directivo.⁵

Para hablar de humanización de los servicios de salud e incorporar el conjunto de valores implicados en esta, es importante en primer lugar, hacer un llamado a las instituciones del sector salud, como responsables de proveer a su personal profesional y técnico de las herramientas e insumos para que puedan cumplir apropiadamente sus funciones, no solamente considerar las deficiencias en la formación y en las relaciones interpersonales, sino también las limitaciones y carencias de infraestructura y equipos que influyen en una atención de calidad y que se unen a la falta de preparación y actualización, mediando en el logro de los resultados, objetivos y metas.

Mientras tanto la humanización de los servicios hospitalarios implica en primera medida que los profesionales de la salud como médicos, enfermeras, personal de recepción y facturación brinden un servicio de calidad a los pacientes, **respetando sus creencias, derechos y deberes, para así proporcionar un trato digno.**

La humanización promueve la vida, la esperanza, la curación, y si no se consigue la curación contribuir a un final de vida digno. Para crear la humanización existen las siguientes:

- Centralidad de la persona humana: la persona constituye el centro de la actividad, proyectos y realizaciones.
- Ser colaboradores de Dios en el proceso de humanización: como trabajadores de salud somos agentes de humanización, empleando todos los medios que estén a nuestro alcance.
- Querer dedicarse y servir a los enfermos, sentirse en grupo en procura de una causa común: por la sociedad y, especialmente, por los enfermos a quienes se atienden y con quienes se debe ser solidarios y procurarles su rehabilitación.

4.2.2 Humanización en los servicios de salud

Humanizar los servicios de Salud es un imperativo ético relacionado con principios y valores, los cuales motivarían la conducta de los profesionales en el área de la salud, para promover acciones encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida y dignidad en el ser humano. En este sentido la humanización de los servicios, debe ser considerada como un eje fundamental que deberían adoptar los entes en salud, a partir de una óptica integral, en donde se intervenga al ser humano desde una visión integral sin desconocer su esfera física, mental, relacional y espiritual.

Los cambios asumidos en el área de la salud, actualmente se han visto reflejados en las diferentes instituciones prestadoras de servicios, pues diversos factores internos y externos han traído consigo traumatismos y barreras durante el cumplimiento de los objetivos y mejoramiento continuo de la calidad en salud, por

ende y de acuerdo con la normatividad vigente, el sistema de garantía de la calidad en salud, propone una serie de acciones encaminadas al mejoramiento de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y su familia, partiendo de los principios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

La organización mundial de la salud (OMS)⁶ en su constitución afirma: “Toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de atención como un objetivo de macro proyecto de salud para todos, dentro del cual se tiene en cuenta la percepción y la satisfacción de los pacientes”

Para garantizar unos cuidados humanizados al paciente con enfermedad mental, y más concretamente a los pacientes con esquizofrenia, los profesionales de enfermería deberían poseer los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para saber atenderlos adecuadamente y, en caso de agitaciones, promover la contención verbal y disminuir el número de contenciones físicas que tan traumáticas resultan para los pacientes.⁷

De modo que si bien es cierto el término Humanización es algo que incluye al todo el equipo de salud, vale la pena aclarar que el contacto o la interacción que tienen médicos y terapeutas con el paciente no son igual al tiempo que dedica el auxiliar de enfermería o la enfermera jefe.

En ese sentido, y como lo manifiesta Beltrán⁸, “son numerosas las ocasiones en las que los valores humanitarios de la enfermería son invisibilizados por las labores biomédicas enfocadas a la patología restando importancia a la individualidad de los pacientes y sus aspectos relacionales”.

4.2.3 Humanización y Salud Mental

La humanización de las instituciones y del personal de salud implica, además de cambios estructurales y el cumplimiento de algunas normas, tanto administrativas como legales, la adquisición de determinada sensibilidad y perspectiva. Con mucha frecuencia brindar una atención “más humana”, tener un alto compromiso y satisfacción con el propio trabajo, así como lograr relaciones interpersonales constructivas y respetuosas (con pacientes, colegas y directivos), lo cual requiere de una adecuada “comprensión” del fenómeno humano y del contexto social.⁹

4.2.4 Deshumanizan la atención en salud mental

Los motivos más frecuentes que llevan al personal de enfermería a la deshumanización se encuentran: aumento en la cantidad de pacientes, largas jornadas laborales, múltiples tareas de tipo medico delegadas, el aumento de actividades administrativas esto genera que enfermería dedique menos tiempo a la buena comunicación y atención inmediata brindando así un trato humanizado dirigido hacia el paciente y su familia y dedique más tiempo a actividades no propias de la profesión, las cuales se deben realizar por requerimientos de las instituciones hospitalarias, esto genera inconformidad en el paciente sentimientos de falta de cuidado y falta de atención por parte del personal, generando así una atención de baja calidad.¹⁰

Son varios los obstáculos que se pueden presentar al momento de brindar una atención humanizada, por ejemplo, la tecnificación, la burocratización, la centralización del poder, el exceso de demanda, la rigidez de las organizaciones, el lenguaje tecnificado incomprensible, la falta de formación en comunicación asertiva y bajo apoyo entre los profesionales.

Otros impedimentos, no menos importantes, son la falta de coordinación entre servicios y profesionales, las dificultades de acceso/retraso a pruebas o consultas y el aumento de las exigencias de los usuarios que muchas veces desbordan los recursos que se tienen para brindar la atención en salud. Se pueden identificar varios factores que deshumanizan la atención y que podrían aprovecharse para convertirlos en oportunidad para mejorar y fortalecer el sistema.

- **Exceso de demanda en el servicio.** En Colombia aún persiste la ausencia estatal de garantías frente al derecho a la salud para los ciudadanos, prueba de ello es que las personas deben trasladarse a otros municipios aledaños para recibir la atención médica necesaria, o el hecho de que cuentan con centro de salud, pero no cuenta con el personal ni los equipos necesarios para la atención de los pacientes, o en el peor de los casos, el personal que labora en las instituciones no es suficiente para cubrir con la demanda de usuarios.
- **Contratación y convenios interinstitucionales.** En ocasiones la alta gerencia y sus estrategias de dirección en salud se tornan acciones deshumanizadoras, dado a que la contratación y convenios interinstitucionales con prestadores de servicios de salud se desarrollan en lapsos de tiempo muy prolongados, lo cual interrumpe la continuidad en los tratamientos de los usuarios, así como su seguimiento oportuno.

Por la burocratización excesiva el individuo, de persona pasa a ser cosa o mejor objeto de experimentación, el hospital se convierte en una cadena de montaje, similar a la de una moderna fábrica de productos en serie. La deshumanización contribuye al empeoramiento de la misma persona, ya que actúa y acentúa la enfermedad y puede propiciar otras.

4.2.5 Calidad de la atención

Actualmente, la humanización en salud es un tema vigente en el país, dado que el Ministerio de Salud y de la Protección Social implementó el Programa de Acreditación en Salud como una estrategia para mejorar la calidad de la atención a los usuarios. Por este motivo los entes en salud han visto la necesidad de trabajar en la calidad de la atención de los usuarios, ahora el personal capacitado para la atención en salud ha centrado sus intereses en que la prestación de servicios cuente con alta calidad, manteniendo una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano, así como de sus derechos y deberes, tomando decisiones acertadas durante la prestación de servicios.

En este sentido, es de gran importancia tener en cuenta la importancia de la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, la cual debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, optando por atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social.

Según una investigación adelantada por el Departamento Estudios y desarrollo de Chile, estableció mediante una serie de encuestas y análisis que “sus ideas (pacientes) son consecuentes al señalar que en el momento que se contactan con el personal de salud y administrativo que los atienden se activan otros conceptos, algunos de ellos, más concretos que sustentan el significado de ser tratados como persona, los cuales se asocian a que éstos: miren, escuchen, saluden, tengan en consideración su opinión, sean cordiales e, incluso, cariñosos.¹¹

Así mismo, Del Salto manifiesta que “La calidad en un servicio de salud abarca diferentes factores físicos, técnicos y científicos, administrativos, de comunicación y relaciones humanas entre otros, la calidad obliga a mejorar todos los agentes que contribuyen a una satisfactoria atención y a su vez permite que el personal no tenga

alteraciones emocionales por privación de alguna necesidad para el normal desenvolvimiento del ofertante”.¹²

- **Componentes de la humanización.** El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E. se compromete a brindar una atención humanizada centrada en el usuario y su familia mediante un trato respetuoso y digno, fomentando la participación y colaboración en su proceso de atención con el fin de lograr el goce efectivo de sus derechos y la identificación de sus deberes de acuerdo a los siguientes componentes, que son aplicados a todos los usuarios, red de apoyo, y a todos los funcionarios de la institución.

Derechos y deberes: Sensibilización frente a su importancia, divulgación y evaluación del entendimiento a empleados y usuarios Incorporándola en todas las rutas de atención institucionales.

Dignidad y respeto: Identificación de las expectativas y preferencias de los usuarios para incluirlos en la atención estableciendo, protocolo de bienvenida y desarrollo de competencias para la escucha activa.

Compartir información en todas las fases de la atención: Admisión, registro e ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, salida y seguimiento acerca de condición de salud, condiciones administrativas de servicio.

Participación: Promover la participación en la toma de decisiones, médicas, autocuidado y las discusiones para su tratamiento.

Colaboración: Acompañamiento en las rutas de atención, acompañamiento en la prestación de los servicios, soporte emocional y apoyo, continuidad de la atención, construcción de redes de apoyo. La organización evalúa el entendimiento por parte del usuario de toda la educación recibida durante en proceso de atención.

4.2.6 Seguimiento y continuidad de la atención

La salud mental es algo más que ausencia de trastornos mentales, es parte integral del concepto de salud; no hay salud si no hay salud mental. La salud mental hace referencia a cómo una persona piensa, siente y actúa cuando hace frente a situaciones de la vida; cómo la gente se ve a sí misma, cómo ve su vida y sus relaciones personales, cómo evalúa los cambios y los problemas y cómo busca soluciones. Esto incluye el manejo de su competencia y capacidad ante la percepción de sí mismo, del estrés, las relaciones con otras personas y la toma de decisiones.¹³

Por tanto, la salud mental es fundamental para el bienestar personal, las relaciones familiares e interpersonales satisfactorias y para la contribución a la comunidad o la sociedad, y está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. La mala salud mental se asocia a determinantes sociales, como los cambios sociales rápidos, condiciones de trabajo estresantes, discriminación de género, exclusión social, modos de vida poco saludables, riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a padecer trastornos mentales, así como otros determinantes de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.¹⁵

En todo lo anterior, es importante la definición de salud según la OMS, que la define como el estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad; hay que tener en cuenta esta definición para brindar cuidados de calidad.

4.2.7 Seguridad del paciente

Seguridad del paciente es entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Más allá de verificar procesos técnico científicos y administrativos, dentro los parámetros que promueven seguridad en el paciente, es clave humanizar los espacios físicos debido a que al momento de acudir al servicio un usuario siente bien cuando sus necesidades físicas, emocionales y sociales están cubiertas. Cuando una persona ingresa a un consultorio, los aspectos físicos adquieren especial relevancia, sin embargo, no por ello desaparecen las necesidades emocionales y sociales, sin embargo allí comienza la satisfacción y seguridad. Se conoce que la estancia en un entorno sanitario supone un impacto sobre la vida cotidiana del paciente que genera estrés. En este sentido es de mencionar que las características del entorno, influyen en los resultados de salud mental de los pacientes, pues el espacio determina el comportamiento del ser humano.¹⁴

4.3 MARCO ÉTICO

4.3.1 Marco ético internacional

4.3.1.1 Declaración el Helsinki

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

Esta investigación cumple con los principios mencionados en la declaración de Helsinki. Las investigaciones se comprometen a respetar siempre el derecho de las personas a salvaguardar su intimidad según lo declarado en el numeral 6. De igual manera, a publicar con exactitud los resultados obtenidos, lo anterior descrito en el numeral 8.

Los posibles participantes del estudio serán informados con respecto a los objetivos , métodos, beneficios y posibles riesgos, por lo que la persona tendrá la libertad de participar o no en la investigación; lo anterior mencionado en el en el numeral 9.El punto II investigación médica combinada con asistencia profesional (investigación clínica), de la presente declaración se menciona en el numeral 4 que la negativa de participar en la investigación, de ninguna manera perturbada la relación entre el investigador y el investigado.¹⁵

4.3.1.2 Principios bioéticos universales

Informe de Belmont. El Informe de Belmont es un informe creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”. El reporte fue creado en abril de 1979 y toma el nombre del Centro de Conferencias Belmont, donde la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de Comportamiento se reunió para delinear el primer informe.

En el informe se identifican tres principios o juicios prescritos generales que son relevantes para la investigación con sujetos humanos. Otros principios pueden también ser relevantes. Estos tres, sin embargo, son amplios y se formulan a un nivel de generalización que ayude a los científicos, a los sujetos, a los revisores y a los ciudadanos interesados a entender los temas éticos inherentes a la investigación con sujetos humanos.

A. Respeto por las personas: incorpora al menos dos convicciones éticas; primero, que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos; segundo, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección. El principio del respeto por las personas se divide entonces en dos requerimientos morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida.

B. Beneficencia: Las personas son tratadas éticamente no sólo respetando sus condiciones y protegiéndolas del daño, sino también haciendo esfuerzos para asegurar su bienestar. Tal tratamiento cae bajo el principio de "beneficencia"; este término se entiende a menudo como indicativo de actos de bondad o caridad que sobrepasan lo que es estrictamente obligatorio. Se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de acciones de beneficencia en este sentido: 1) no hacer daño; 2) aumentar los beneficios y disminuir los posibles daños lo más que sea posible. Prevalciendo la seguridad de los beneficios por ser una investigación sin riesgo porque la población está contenida dentro de un servicio de hospitalización que garantiza las condiciones de salud que no requiere desplazamiento ni se van a realizar intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en él, en la que solo se emplean técnicas y métodos de investigación documentada

C. Justicia: Ocurre injusticia cuando se le niega a una persona algún beneficio al que tiene derecho sin que para ello haya una buena razón, o se le impone indebidamente alguna carga. Otra manera de concebir el principio de la justicia es que los iguales deben ser igualmente tratados.¹⁶

4.3.1.3 Pautas éticas CIOMS

El Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS) es una organización internacional no gubernamental que fue fundada en 1949 para colaborar con las Naciones Unidas y sus agencias especializadas, principalmente, con la OMS y la UNESCO. A fines de los años 70, en asociación con la OMS, comenzó a trabajar en ética de la investigación biomédica. Su propósito fundamental era desarrollar pautas «para indicar el modo en que los principios éticos que debieran guiar la conducta de la investigación biomédica en seres humanos, establecidos por la Declaración de Helsinki, podían ser *aplicados en forma efectiva*, especialmente en países en desarrollo, considerando sus circunstancias socioeconómicas, sus leyes y regulaciones, así como sus disposiciones ejecutivas y administrativas.

Las pautas se sustentan en 3 principios generales: el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia. Dichos principios se aplican a los problemas que con mayor frecuencia se suscitan en el desarrollo de la investigación con seres humanos, dando origen a pautas específicas de procedimiento así:

- El respeto por las personas se refiere, principalmente, a su autonomía. El principio sostiene que las personas capaces de deliberar deben ser tratadas con respeto en su capacidad de autodeterminación.
- La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar los beneficios y minimizar los riesgos.
- La justicia, en ética de la investigación con seres humanos es, repartir equitativamente las cargas y los beneficios al participar en una investigación. Las diferencias de distribución de carga se justifican solamente en aquellos casos en que se deba proteger los derechos y el bienestar de personas vulnerables.¹⁷

4.3.2 Marco ético nacional

4.3.2.1 Resolución No. 008430 de 1993

En el **Resolución 8430** de 1993 el Ministerio de Salud¹⁸ establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En su artículo 14 se define el consentimiento informado como el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- c) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- e) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.

- f) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

Artículo 15. El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

- a) La justificación y los objetivos de la investigación.
- b) Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c) Las molestias o los riesgos esperados.
- d) Los beneficios que puedan obtenerse.
- e) Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h) La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

- i) El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- j) La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación.
- k) En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

De acuerdo al artículo 9 de la resolución anteriormente nombrada, se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

Artículo 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.


b. Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas,

obtención de saliva y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de la resolución.


c. Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo: Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, estudios con los medicamentos y modalidades que se definen en los títulos III y IV de esta resolución, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyen procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Según lo anterior, el presente estudio se considera una investigación sin riesgo, ya que no se intervienen o modifican las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

4.3.2.2 Leyes, Decretos y Resoluciones a Nivel Nacional

 **Ley 100 de 1993 Artículo 1.** “El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para

obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico en salud”.

 **Resolución 13437 DE 1991** adopta como postulados básicos el propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, además de garantizar a todo paciente el ejercer sin restricciones los derechos descritos en esta resolución por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social. Se presentan los diez derechos de los pacientes que se establecen a continuación:

A. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.

B. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.

C. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.

D. su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.

E. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.


F. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.

G. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.

H. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

I. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.

J. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

 **Decreto 1011 De 2006.** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. “Características - del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud,

centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados”.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- “Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.
- “Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios”.
- “Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”.
- “Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- “Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico”.

Manual de acreditación-Manuales de Acreditación bajo la resolución 1445 de 2006 modificado con la resolución 123 de 2012. Eje trazador “humanización de los servicios de salud”, enfoque de humanización de servicios: respeto a los derechos de los pacientes, reconocimientos de sus derechos, atención sin discriminación, atención caracterizada socioculturales, atención centrada en el paciente.

- **Estándar 17.** Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia

- **Estándar 32.** El proceso de planeación en la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad.

- **Estándar 44.** La organización tiene procesos estandarizados para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho debe ser informado a través de cualquier mecanismo con que cuente la organización, incluido el mismo profesional tratante.

- **Estándar 75.** Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes criterios:
 - La junta directiva, el equipo directivo y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico.
 - Aspectos éticos y normativos.
 - Los cambios del entorno.
 - La seguridad del paciente y los colaboradores.

- El enfoque y la gestión de riesgo.
 - La humanización durante la atención del usuario y su familia.
 - La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud.
 - Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios.
 - La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios.
 - Responsabilidad social con el usuario, los colaboradores, la comunidad y el medio ambiente.
 - La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve.
 - La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.
 - La voz del cliente interno y su responsabilidad frente a sus colaboradores.
 - La organización identifica e interactúa con las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable
 - Ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento.
- **Estándar 78.** La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.
 - **Estándar 79.** La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

- **Estándar 83.** La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.

Criterios:

- Desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- Inducción y reinducción.
- Evaluación de la aplicación del direccionamiento estratégico en el desempeño del colaborador.
- Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.

- **Estándar 96.** La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia. Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia incluyen:

Criterios:

- Dignidad personal.
- Privacidad.
- Seguridad.
- Respeto.
- Comunicación.

- **Estándar 119.** La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta. Lo anterior incluye:

Criterios:

- Procesos consistentes con los valores, la misión y la visión de la organización.
- Enfoque de riesgo.
- Mejoramiento de la seguridad industrial.
- Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos.
- La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades y considerando el balance entre oferta y demanda.
- La organización tiene diseñado, difundido e implementado un plan que garantiza la protección a los usuarios y a los colaboradores.
- Programas de prevención dirigidos a los usuarios y los funcionarios para riesgos biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc.
- Condiciones para la humanización del ambiente físico.


● **Estándar 127.** La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores.

✚ **Resolución 4343 de 2012.** Se expide la regulación sobre deberes y derechos que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud, más conocida como ley de deberes y derechos de los pacientes. Esta es una normativa colombiana que reglamenta las acciones concernientes a la atención de éstos por parte de las instituciones de la salud con la intención de asegurar un derecho a un trato digno, así como un consentimiento informado que permite a los afiliados al Sistema General de Salud y Seguridad Social contar con la documentación adecuada y suficiente para el ejercicio de sus derechos.

 **Ley Estatutaria 1751 de 2015.**

Artículo 2. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, por ende se debe comprender el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, y en este sentido el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación de los servicios de salud: A acceder a los servicios y tecnologías de salud. Garantía de atención integral, oportuna y de alta calidad. Comunicación plena permanente, expresa clara con el profesional tratante. Trato digno, respetando sus creencias y costumbres. Asistencia de calidad por los trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer. Servicios de salud e condiciones de higiene, respecto a la intimidad. Garantía de confidencialidad de toda la información. No ser sometido en ningún caso de tratos crueles o inhumanos que afecten la dignidad. Constitución Política de Colombia, Ministerio de Salud y de la Protección Social, Ley 100/93; Colombia; 1991.

 **Ley 1438 de 2011.** Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. ARTÍCULO 1°. OBJETO DE LA LEY. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

✚ **Ley 1616 de salud mental.** Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Artículo 1°. OBJETO. El objeto de la presente leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

TÍTULO II.

DERECHOS DE LAS PERSONAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL.

Artículo 6o. Derechos de las personas. Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

A. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.

B. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.

C. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.

D. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.

E. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.

F. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.

G. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.

H. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la Ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.

I. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.

J. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.

K. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.

L. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.

M. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.

N. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

Ñ. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.

O. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.

Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

NORMAS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Acceso Directo

Permiso para examinar, analizar, verificar y reproducir cualquier registro e informe que sea importante para la evaluación de un ensayo clínico. Cualquiera de las partes interesadas con acceso directo, debe tomar todas las precauciones razonables, dentro de los límites de los requisitos reguladores pertinentes, con el fin de mantener la confidencialidad de las identidades de los sujetos y de la información que sea propiedad del promotor.

Buena Práctica Clínica (BPC)

Norma para el diseño, dirección, realización, cumplimiento, monitorización, auditoría, registro, análisis e información de ensayos clínicos que asegura que los datos y resultados obtenidos son correctos y creíbles y que se protegen los derechos, integridad y confidencialidad de los sujetos del ensayo.

Código de Identificación del Sujeto

Identificador único asignado por el investigador a cada sujeto del ensayo para proteger su identidad y usado en lugar del nombre del sujeto cuando el investigador informa de acontecimientos adversos y/u otros datos relacionados con el ensayo.

Confidencialidad

Prevención de la revelación, a individuos no autorizados, de la información propiedad del promotor o de la identidad de un sujeto.

Consentimiento Informado

“Proceso por el cual un sujeto confirma voluntariamente su predisposición a Participar en un ensayo particular, después de haber sido informado de todos los aspectos del ensayo que son relevante”, lo anterior mencionado de acuerdo a la resolución 2378 2008.

5 para la decisión del sujeto. El Consentimiento informado estará documentado por medio de un formulario de consentimiento escrito firmado y fechado.

Control de Calidad

Técnicas y actividades operacionales realizadas dentro del sistema de garantía de calidad con el fin de verificar que se han cumplido los requisitos de calidad de las actividades relacionadas con el ensayo.

Cuaderno de Recogida de Datos (CRD)

Documento impreso, óptico o electrónico diseñado para recoger y transmitir al promotor toda la información requerida en el protocolo para cada sujeto del ensayo clínico.

Documentación

Todos los registros, en cualquier forma (incluyendo, aunque no limitado a ello, registros escritos, electrónicos, magnéticos y ópticos) que describan o registren los métodos y resultados de un ensayo, los factores que le afectan y las acciones realizadas.

Documentos Esenciales

Documentos que, individualmente y colectivamente, permiten evaluar la realización de un estudio y la calidad de los datos producidos

Documentos Originales

Documentos, datos y registros originales (p.ej. registros hospitalarios, cartas clínicas y de oficina, notas de laboratorio, listas de evaluación diaria de los sujetos).

Monitorización Acto de vigilancia del progreso de un ensayo clínico y de asegurar que el mismo es realizado, registrado e informado de acuerdo con el protocolo, los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs), la Buena Práctica Clínica (BPC) y los requisitos reguladores pertinentes.

Opinión (en relación con el Comité Ético Independiente) El juicio y/o consejo proporcionado por el Comité Ético Independiente (IEC).


Informe Intermedio del Estudio/Ensayo Clínico Informe de los resultados intermedios y su evaluación basado en los análisis realizados durante el curso de un ensayo.

Monitorización Acto de vigilancia del progreso de un ensayo clínico y de asegurar que el mismo es realizado, registrado e informado de acuerdo con el protocolo, los Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs), la Buena Práctica Clínica (BPC) y los requisitos reguladores pertinentes.

El estudio cumple con las condiciones éticas contempladas en la resolución 008430 de 1993 expedida por el ministerio de protección social que habla de los elementos a considerar para realizar una investigación, donde toda investigación en seres humanos incluyen Autonomía, Beneficencia, No-maleficencia y Justicia.

4.4 MARCO LEGAL

(Leyes de enfermería)

 **Ley 266 del 25 de enero 1996.** La presente Ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

Artículo 2o. Principios de la práctica profesional. Son principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos.

Son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes:

A. Integralidad. Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.

B. Individualidad. Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto

debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.

C. Dialogicidad. Fundamenta la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas del cuidado.

D. Continuidad. Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los periodos de salud y de enfermedad. Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.¹⁹

 **Ley 911 del 5 de octubre de 2004. Régimen de la profesión de enfermería Congreso de Colombia. Ley 911, Profesión de Enfermería. Título I.**

Artículo 1. Los profesionales de la salud que brinden una atención humana, deberán garantizar la calidad de la misma a quienes reciben sus servicios. Tal garantía no debe entenderse en relación con los resultados de la intervención profesional, dado que el ejercicio implica una obligación de medios, mas no de resultados. La valoración ética de la atención deberá tener en cuenta las circunstancias de tiempo, modo y lugar que rodearon los hechos y las precauciones que frente al mismo hubiera aplicado un profesional de la salud prudente y diligente.

4.5 MARCO CONTEXTUAL

Se ha planteado como componentes relevantes para lograr el objetivo de brindar una atención centrada en las necesidades y expectativas del paciente: la dignidad, privacidad, seguridad, respeto y comunicación. Los componentes que se deben abordar con diferentes enfoques y estrategias son: Derechos y deberes, Respeto y dignidad y Participación.

Reseña histórica del Hospital Psiquiátrico del valle²⁰

El Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle ESE es una institución especializada en la intervención de todos los aspectos relacionados con la salud mental. Es de segundo nivel de atención, de carácter público y el centro de mayor complejidad psiquiátrica del suroccidente colombiano. Llegar a las instancias actuales ha representado para el Hospital un recorrido de alrededor de 70 años, desde la institución de custodia de los primeros tiempos al hospital de alta tecnificación del presente.

En 1940, la asamblea del Departamento dicta una ordenanza dando vía libre a la construcción del hospital, pero solo 11 años después se tenían las primeras construcciones, todavía sin la infraestructura suficiente para lo que se pretendía montar. En 1955, con la vinculación del departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, en calidad de ente consultor y responsable de las intervenciones clínicas, el Hospital inicia su historia de posicionamiento asistencial y académico que ha seguido marcando su trabajo. En este contexto recibe la visita de dos comisiones de organismos internacionales en la década de los sesenta, que dieron testimonio del nivel de calidad de la época, a pesar de las dificultades. En virtud del reconocimiento como centro colaborador que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS) al departamento de psiquiatría de la Universidad del Valle, el Hospital queda como referente clínico de este convenio constituyéndose así en una institución pionera en la investigación y los tratamientos psiquiátricos modernos.

En los años noventa vivió los problemas del sistema de salud del país, siendo gravemente afectado por ellos. Sin embargo, el compromiso de su talento humano hizo que los procesos planeados para enfrentar la situación no sólo lograrán mantener la calidad de los servicios, sino que la mejoraran. En ese empeño el Hospital fue reconocido con el Certificado de Aseguramiento de la Calidad, ISO 9001 versión 2008 y en julio de 2009 con El CERTIFICADO DE ACREDITACIÓN EN SALUD, otorgado por el ICONTEC y homologado internacionalmente por el ISQUA, que lo posicionó como el primer centro psiquiátrico del país en obtener la Acreditación y como uno de los más prestigiosos de Latinoamérica.

Hoy, después de estos años de trabajo, el Hospital es líder en intervenciones de acuerdo con las investigaciones científicas del momento, con protocolos ceñidos al rigor académico; es centro de educación universitaria donde se entrenan los pregrados de medicina, enfermería, psicología y otras disciplinas afines, de cinco universidades, y los posgrados de psiquiatría, psicología clínica con énfasis en investigación y salud mental para enfermería, de la Universidad del Valle; se viene haciendo énfasis en la garantía de seguridad del paciente, siendo éste un aspecto de primer orden en el trabajo diario, y un programa de humanización de la atención que busca la reducción del estigma y la inclusión social. Para llevar a buen término todo lo anterior, hay una gestión administrativa dirigida a mantener la institución en un adecuado cumplimiento de los indicadores financieros.

Misión. Proporcionar a la comunidad servicios integrales de salud mental con calidad, atención humanizada, oportuna, segura, con el compromiso de disminuir el estigma y promover la inclusión social, así como contribuir a la formación académica e investigativa en disciplinas afines a la salud mental.

Visión. Para el año 2020 el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, Empresa Social del Estado, será modelo y ocupará un lugar de reconocimiento nacional en la prestación de servicios de salud mental integral, en

la investigación en el campo de la Salud Mental, el manejo terapéutico, la formación del recurso humano y su gestión en la Inclusión Social y la Reducción del Estigma.

Principios:

Honestidad: Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

Respeto: Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

Compromiso: Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.

Diligencia: Cumpló con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.

Justicia: Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

Equidad: Entendida como la atención a los usuarios en la medida en que lo determinen sus necesidades particulares de salud, las disposiciones que rigen la seguridad social en salud y los recursos institucionales, sin que medien otros criterios que condicionen la atención o discriminen la población.

Lealtad: Todo el personal conforma una gran familia en la organización con la que comparte gran parte de su vida, sus logros y dificultades.

Ubicación. El Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle se encuentra ubicada en el departamento del Valle del Cauca, en el municipio de Cali, con dirección Calle 5 No. 80-00.

La investigación que se realiza en este Hospital tiene como fin, sensibilizar sobre la importancia de una atención digna y humanizada hacia el usuario no dejando a un lado al profesional dado que también es un ser humano que requiere de un trato digno y un trabajo que cuente con condiciones óptimas, materiales, recursos humano necesario, debido a que la falta de estos factores trae como consecuencia malas relaciones interpersonales, comunicación deficiente, escaso trabajo en equipo, lo que termina provocando baja calidad al brindar cuidado.

4.6 TEORISTA DE ENFERMERÍA

Cuadro 1. Teorista de enfermería

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO JEAN WATSON	RELACION DE LA TEORÍA CON LA ATENCIÓN HUMANIZADA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL DE SANTIAGO DE CALI.
<p>La teoría de Watson J, la Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. Filosofía De Jean Watson sostiene que el Cuidado Humano comprende; un Compromiso Moral (Proteger y realzar la dignidad humana; va más allá de una evaluación médica), la experiencia, percepción y la conexión: (Mostrando interés profundo a la persona).El cuidado humanizado requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado</p>	<p>El cuidado es la esencia de Enfermería, constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad, ayudando así a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia que son no solo de naturaleza física/ biológica, sino también de naturaleza psicológica, social y cultural, para la conservación y mantenimiento de la vida y la restauración de la salud del paciente, Los componentes de humanización son importantes al ejercer un cuidado donde para ello es importante tener en cuenta, en el conocimiento de su entorno y sus necesidades., Para ejercer un cuidado humanizado se debe tener en cuenta los componentes de humanización: Derechos y deberes, Respeto y dignidad y Participación. Por medio de factores de cuidado que resultantes de satisfacer ciertas necesidades humanas por medio de la paciencia, tolerancia, Sinceridad, y confianza en el cuidado.</p>

Fuente. Muñoz Y, Coral R, Moreno D, Pinilla D, Suárez Y. Significado del cuidado humanizado en egresadas de la Facultad de Enfermería. Rev. Repertorio de Medicina y Cirugía. 2009; 18(4):246-250

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

El estudio de este proyecto es una investigación de tipo observacional, transversal y descriptivo con un enfoque cuantitativo, ya que se aplica encuestas y tabulas datos de forma cuantitativa, donde se aborda la humanización en la atención de salud, cuyo objetivo es la observación y registro de acontecimientos sin intervención, el estudio se aborda a usuarios que hagan uso del servicio de hospitalización del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle.²¹

5.2 POBLACIÓN

La población a estudio está representada por los usuarios que reciben la atención directa brinda en el servicio de hospitalización, teniendo en cuenta que el egreso mensualmente de usuarios del servicio de hospitalización del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, que para el año 2018 ha sido de aproximadamente 273 pacientes.

5.3 MUESTRA

La muestra se obtendrá del total de usuarios hospitalizados que se encuentre en el servicio de hospitalización, lo cual se calculó mediante la siguiente fórmula:

Parámetros

Z 90% Confianza: 1,64

N: 273

Z: 1,64

P: 0,5 Porcentaje de satisfacción.

Q: 0,5 Porcentaje de insatisfacción.

e: 0,1 Error en las estimaciones del % de satisfacción x mes

$$no = \frac{NZ^2PQ}{e^2(N-1)+Z^2PQ} \frac{183,5652}{3,3924}$$

$$= 54$$

f= 19,8% El tamaño de muestra corrige cuando el factor de corrección (f) es mayor de 5%. De lo contrario se deja no.

- N= 45 Se incrementa el 10% en el n por no respuesta, lo que arroja una muestra final de 50
- Error muestreo: 0,1
- Intervalo de confianza: 90%
- Muestra final: 50

La cual arroja una muestra de 50 encuestas a realizar a los usuarios, y será aplicada a la población mediante un muestreo aleatorio simple.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.4.1 Criterios Inclusión

- Pacientes que se encuentren en el servicio de hospitalización.
- Mayor de edad.
- Que tengan consentimiento informado diligenciado.

5.4.2 Criterios de Exclusión

- Que no lleve más de 21 días de estancia hospitalaria.
- Pacientes que no quieren participar en la encuesta.
- Pacientes en estado de psicosis.

5.5 VARIABLES

Cuadro 2. Operacionalización de Variables

	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	NIVEL DE MEDICIÓN
1	Estrato	Estrato en el que se encuentra usuario encuestado.	Cualitativa	Ordinal	1. 2. 3. 4. 5. 6.
2	Edad	Edad que tiene el usuario encuestado	Cuantitativa	Razón	Entre 21 y 25 Entre 26 y 30 Entre 31 y 35 Entre 36 y 40 Entre 41 y 45 Entre 46 y 50 Entre 51 y 55 Entre 56 y 60
3	Género	Genero al cual pertenece el usuario encuestado.	Cualitativa	Nominal	Masculino. Femenino.
4	Estancia	Tiempo de estancia hospitalaria que lleva el usuario encuestado.	Cuantitativa	Ordinal	21- 30 31 - 40 41 - 50 51 - 60 61 - 70 71 y mas
5	¿Cuál es el servicio donde se encuentra recibiendo la atención?	Es el servicio donde el cual en paciente se encuentra recibiendo la atención hospitalaria.	Cualitativa	Nominal	Entre la sala 1 hasta la sala 8.
6	¿Usted qué entiende por humanización?	Es brindar una atención humana que incluye acompañamiento	Cualitativo	Nominal	0: Es brindar una atención humana que incluye acompañamiento asistencial,

		asistencial, educativo y de soporte a la familia			educativo y de soporte a la familia. 1: Es acción de obrar de buena manera ante un paciente para recibir algo a cambio. 2: Es acto humanizado que brinda una enfermera a una persona enferma.
7	¿Usted qué entiende por deshumanización?	Pérdida de los valores éticos y de la sensibilidad de una persona	Cualitativo	Nominal	0: Proceso mediante el cual una persona o un grupo de personas logran despojarse de sus características humanas. 1: Pérdida de los valores éticos y de la sensibilidad de una persona. 2: Acto que cobija al ser humano a ser protegido.
8	¿Ante cualquier intervención médica el personal de salud le informa el procedimiento que le va a realizar?	Información que tiene paciente acerca de un procedimiento de salud.	Cualitativo	Nominal	0=Si 1=No 2=A veces
9	¿Tiene conocimiento o le han explicado acerca de su patología?	Conocimiento del paciente acerca de su patología	Cualitativo	Nominal	0=Si 1=No 2=A veces
10	¿Durante su estadía hospitalaria es llamado por su nombre y atendido con amabilidad?	Atención que se le brinda al cliente durante la instancia hospitalaria	Cualitativo	Nominal	0=Si 1=No 2=A veces
11	¿Durante su aseo personal considera que tiene espacio suficiente para su privacidad?	Privacidad del paciente durante su estadía hospitaliza	Cualitativo	Nominal	0=Si 1=No

12	¿Considera que el trato que usted dirige al personal de salud es con respecto?	Actitud que brinda el usuario hacia el personal de salud.	Cualitativo	Nominal	0=Si 1=No
13	¿Considera que el tiempo de estancia hospitalaria ha recibido un trato respetuoso?	Nivel de satisfacción del usuario durante su estancia hospitalaria.	Cualitativo	Nominal	0=Si 1=No
14	¿Es respectada su opinión en cuanto aceptar o rechazar cualquier procedimiento?	Nivel de respeto que recibo el usuario frente a sus opiniones.	Cualitativo	Nominal	0=Si 1=No
15	¿Ha sido participe de proyectos investigativos del hospital?	Participación del usuario en proyectos investigativos.	Cualitativo	Nominal	0=Si 1=No
16	Si su respuesta fue si, ¿Le hicieron firmar consentimiento informado del proyecto de investigación?	Autorización de consentimiento informado ante cualquier riesgo del proyecto investigativo.	Cualitativo	Nominal	0=Si 1=No
17	¿Le dieron a conocer sus derechos y deberes?	Información que brinda la institución acerca de sus derechos y deberes que tiene y debe de cumplir el usuario.	Cualitativo	Nominal	0=Si 1=No
18	Si su respuesta anterior fue si, ¿alguno de estos derechos ha sentido que se le ha violado?	Información que permite saber si los derechos de los usuarios han sido violados.	Cualitativo	Nominal	0=Si 1=No
19	¿Se le permite colabora con el tratamiento, mediación y terapias de mejoramiento de su salud?	Actitud del usuario frente a su tratamiento.	Cualitativo	Nominal	0=Si 1=No
20	¿Ha recibido oportunamente	Atención en salud oportuna que se brinda.	Cualitativo	Nominal	0=Si 1=No

	tratamiento y seguimiento de su patología?				
21	¿Es oportuna la información acerca de procedimientos e intervenciones médicas?	Información acerca de procedimientos que se le realiza al usuario.	Cualitativo	Nominal	0=Si 1=No
22	Como califica el grado de atención durante la estancia hospitalaria.	Satisfacción del usuario en la atención que recibe por parte del personal de salud.	Cualitativo	Nominal	0: Excelente 1: Bueno 2: Regular 3: Malo
23	Se ha sentido excluido por el personal de salud durante su hospitalización	Estado de atención por parte del personal de salud.	Cualitativo	Nominal	0=Si 1=No

5.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la recolección de los datos sobre el tema de la Atención Humanizada en el HDPDV. Se realizó encuestas dirigidas a los usuarios que se encontraban hospitalizados, ya que son los que reciben de forma directa la atención brindada por la institución, y con base a ellos se abordaron una serie de preguntas acerca de los componentes Atención Humanizada que implementa la institución HDPDV.

5.6.1 Instrumentos

Para lograr determinar la percepción de los usuarios de atención humanizada que se les brinda en el servicio de Hospitalización del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle de Santiago de Cali en el primer trimestre de 2019 se aplicaron tres instrumentos:

Inicialmente, para Identificar la atención humanizada que debe tener un paciente en un servicio hospitalario, se utilizó como guía los derechos y deberes que tiene implementado el hospital donde también se documentó la información referente a las estrategias establecidas del programa de Humanización de la Atención, reducción del Estigma e Inclusión Social.

Seguido, se realizó una encuesta piloto a 5 cinco pacientes del servicio de hospital día del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, el cual tuvo unos cambios respectivos del instrumento para facilitar la coherente y entendimiento por parte de los pacientes durante la implementación, conformada en total por 20 preguntas planteadas acorde a los componentes de humanización.

Finalmente, se aplicó una encuesta para los usuarios del servicio de hospitalización, compuesta por 20 preguntas cerradas, que surgieron según los componentes del Programa de Humanización, Reducción de Estigma e Inclusión Social con el que

cuenta la institución hospitalaria, teniendo en cuenta que para la recolección de información de este estudio aplicaron las variables detalladas.

Con base en los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos se realizó una revisión bibliográfica adicional, que incluyó artículos científicos, revistas clínicas, entre otras, para afianzar la información resultante del análisis de los resultados de la encuesta aplicada y tabulada en Excel.

5.6.2 Fases del proceso investigativo

- **Primera etapa:** Revisión bibliográfica a través de las bases de datos, PubMed, Scielo, Biblioteca Virtual en los cuales se seleccionaron estudios a nivel mundial y a nivel de Colombia.
- **Segunda etapa:** Construcción y realización del anteproyecto y presentación al comité de ética.
- **Tercera etapa:** Aplicación del instrumento. Se realizó la recolección de la información acerca de la percepción de los usuarios de la atención humanizada en el servicio de hospitalización, por medio de una encuesta abordada según los componentes del Programa de Humanización de la atención en el HDPUV, se realiza como primera medida:
 - La solicitud de aprobación para realizar el estudio al Comité de Investigaciones del hospital para la obtención de la información;
 - Organización de las categorías y elaboración de la encuesta con las preguntas puntuales de humanización.
 - Categorizar las conductas o actividades más importantes que se encuentran implementadas en el programa de humanización del HDPUV.
 - Identificar las características que debe tener una atención en salud mental y de la siguiente manera se va a caracterizar las conductas que tiene cada uno de los

componentes del programa de humanización, para determinar la percepción del usuario a través de la encuesta

- **Cuarta etapa** Explorar sobre cuáles son las prácticas en salud que el usuario y /o familia percibe como humanizantes o deshumanizantes.
- **Quinta etapa:** Recolección, procesamiento de la información. A través de la tabulación de las encuestas, posteriormente se realizó el análisis e identificación de los componentes que dan mayor respuesta y de los que tienen menor respuesta positiva en los usuarios con respecto al Programa de Humanización de la Atención del HDPUV.
- **Sexta etapa:** Presentación y socialización de los resultados obtenidos de la investigación

5.6.3 Plan de análisis

A partir de los resultados obtenidos en la encuesta se realizó una tabulación y se analizaron los datos a partir de la herramienta de Excel de office.

5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

- **Autonomía:** Consiste en que cada persona es auto-determinante para optar por las propias escogencias en función de las razones del mismo, es decir, que, al hacer uso de la autonomía, cada quien conduce su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencias.³⁷ Es la capacidad que tiene cada individuo de ejercer su autonomía de decidir si entra al estudio o se retira, de asumir las implicaciones del proyecto investigativo.
- **Beneficencia:** Se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño, hacer el bien u otorgar beneficios, se debe ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, es decir, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente.

- **No maleficencia:** Este principio es uno de los más antiguos en la medicina hipocrática: *Primum non nocere*, es decir, no hacer daño al paciente, es la formulación negativa del principio de beneficencia que obliga a proveer el bien.
- **Justicia:** En él se considera la igualdad y equidad que deben tener todas las personas que participen del estudio. Se aplicará el mismo tipo de instrumento para todas las personas que hagan parte de la investigación.

En esta investigación el honrar los derechos individuales y la autonomía se refleja en los participantes por medio del consentimiento informado, lo cual constituye un derecho del paciente y un deber de los que entran a investigar a un ser humano.

En este sentido la investigación cumple con el criterio de respeto, dignidad y protección de los derechos, según artículo 5 de la resolución 8430 de 1993. De igual manera, está ajustado a los principios científicos y éticos; El principio de beneficencia y no maleficencia prevaleciendo la seguridad de los beneficios por ser una investigación sin riesgo porque la población está contenida dentro de un servicio de hospitalización que garantiza las condiciones en la que se emplean técnicas y métodos de investigación documental, no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, durante el proceso se protegerá la privacidad de aquellas personas objeto de investigación según el artículo 8 de la resolución 8430 de 1993. De igual manera el principio de la justicia se implicaría a la no discriminación o exclusión de los pacientes que se entran a investigar por razones de sexo, estado civil, grado de educación, etnia, nivel socio-económico y creencia

- **Tipo de riesgo de la investigación:** el presente estudio se considera una investigación sin riesgo, ya que no se intervienen o modifican las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

6. RESULTADOS

6.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

La investigación tuvo como propósito determinar la percepción de los usuarios de atención humanizada que se les brinda en el servicio de Hospitalización del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle de Santiago de Cali. Específicamente se pretendió identificar los componentes del programa de Humanización de la Atención, reducción del Estigma e Inclusión Social compuesto por (derechos y deberes, dignidad y respeto, compartir información, participación y colaboración), con el fin de buscar el bienestar propio y de los demás ante cualquier circunstancia, y que justamente estos usuarios son los que, por el tiempo de la estancia, tienen mayor exposición a una atención humanizada o lo contrario.

6.1.1 Tabulación de matriz de rastreo para identificar percepción de los usuarios de la atención que se le brinda en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle.

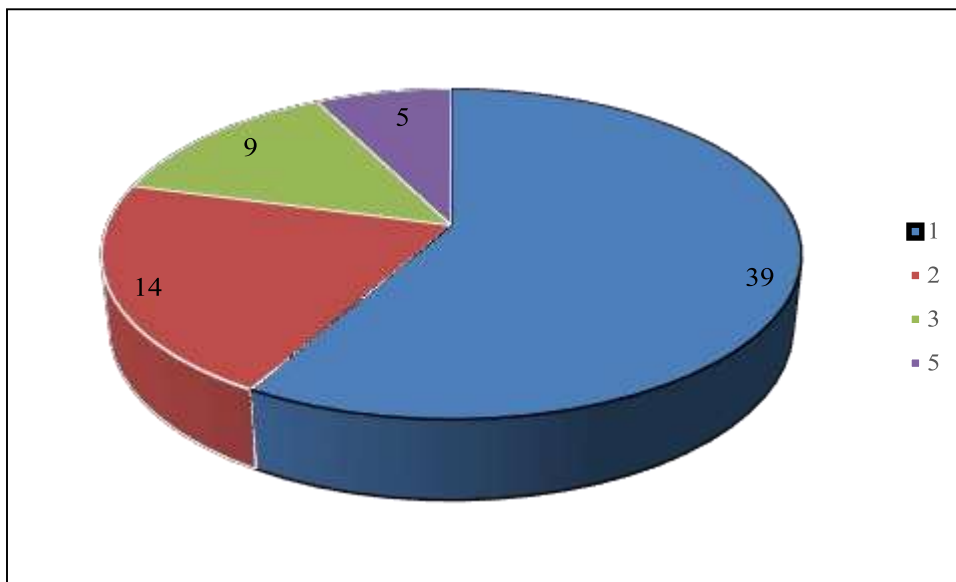
Con el objetivo de identificar la percepción de los usuarios en cuanto a la atención que se les brinda en el servicio de hospitalización del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle.

6.1.1.1 Aspectos sociodemográficos matriz de rastreo.

Tabla 1. Distribución por estrato

Estratos	Suma de Estrato
1	39
2	14
3	9
5	5
Total general	67

Gráfico 1. Distribución de la población por estrato socioeconómico

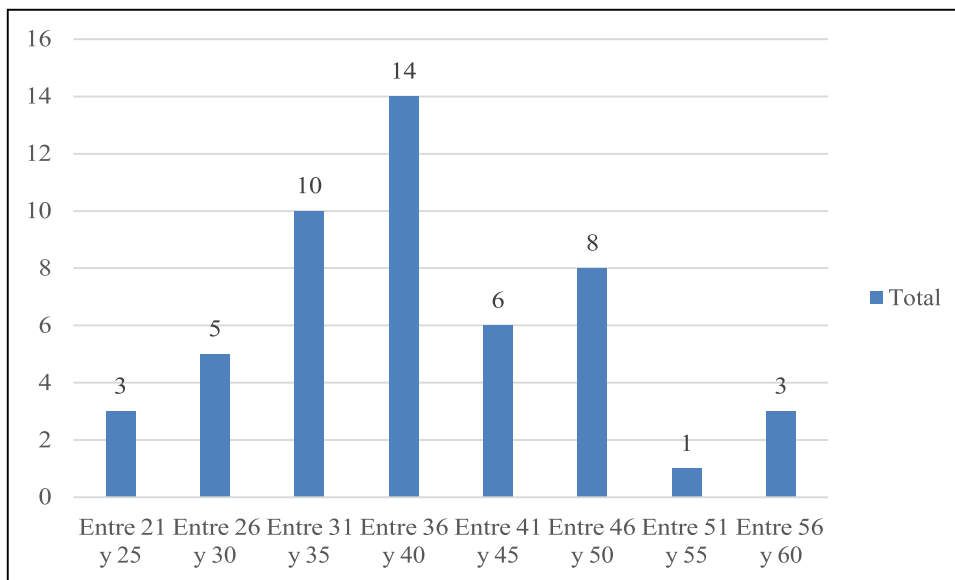


En la gráfica anterior se puede evidenciar que los usuarios encuestados, los que más predominan con un 39% y 14% es el estrato 1 y 2 y con muy poca participación de otros estratos socioeconómicos, lo que quiere decir es que la población atendida en este hospital es de escaso recurso.

Tabla 2. Distribución por edad.

Edades	Cuenta de Rango edad
Entre 21 y 25	3
Entre 26 y 30	5
Entre 31 y 35	10
Entre 36 y 40	14
Entre 41 y 45	6
Entre 46 y 50	8
Entre 51 y 55	1
Entre 56 y 60	3
Total general	50

Gráfico 2. Distribución de la población por rango de edad

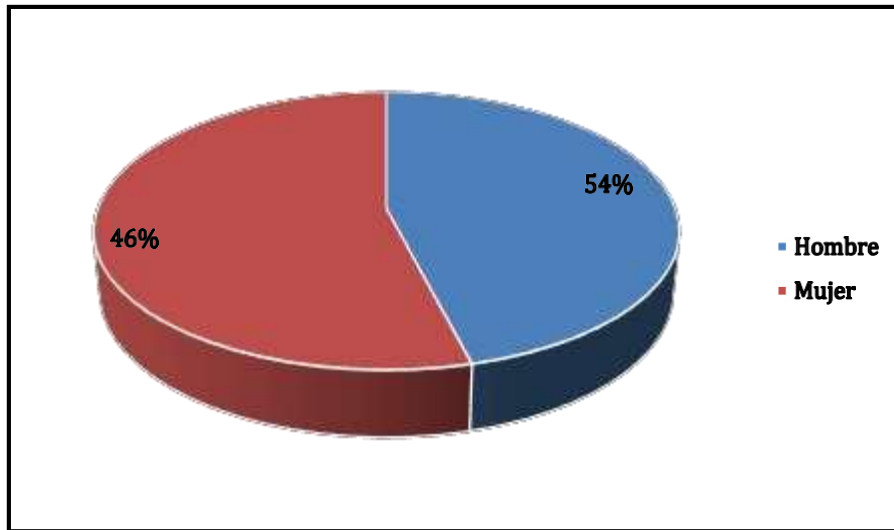


En la gráfica anterior se puede evidenciar que la prominencia de la población afectada en cuanto enfermedad mental esta entre los 30 y los 40 años según los usuarios encuestadas en los servicios de hospitalización.

Tabla 3. Distribución por sexo

Sexo	frecuencia	%
Hombre	23	46%
Mujer	27	54%
Total general	50	100%

Gráfico 3. Distribución de sexo

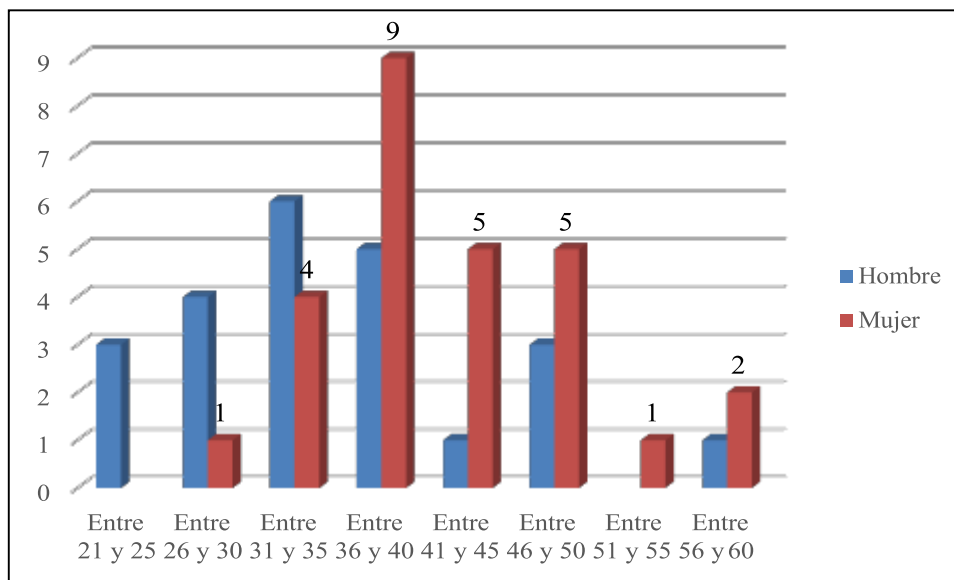


En la gráfica anterior se puede evidenciar que la distribución por sexo estuvo muy similar teniendo en cuenta que las mujeres representaron en el 54% de la población encuestada.

Tabla 4. Distribución de la población por edad y sexo

Cuenta de Rango edad	Etiquetas de columna		
Etiquetas de fila	Hombre	Mujer	Total general
Entre 21 y 25	3	0	3
Entre 26 y 30	4	1	5
Entre 31 y 35	6	4	10
Entre 36 y 40	5	9	14
Entre 41 y 45	1	5	6
Entre 46 y 50	3	5	8
Entre 51 y 55		1	1
Entre 56 y 60	1	2	3
Total general	23	27	50

Gráfico 4. Distribución de la población por edad y sexo

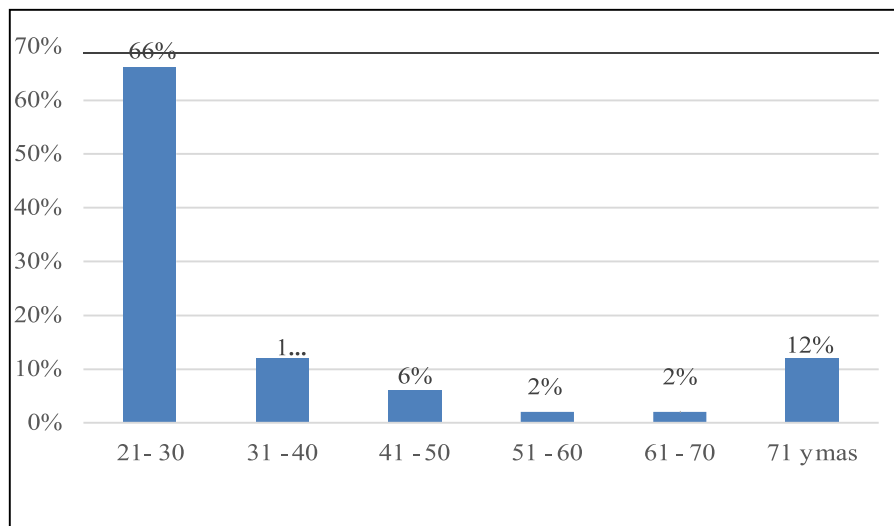


En la gráfica anterior se puede evidenciar que aunque la distribución de sexo es muy similar entre hombres y mujeres teniendo en cuenta la mayor población de acuerdo a la edad es entre los 30 y 40 años, aunque es mayor en mujeres que en hombres lo que quiere decir que actualmente el grupo poblacional que se encuentre eran más las mujeres jóvenes que los hombres en ese rango de edad.

Tabla 5. Distribución de rango de estancia hospitalaria

Días de estancia	Rango de estancia	%
21- 30	33	66%
31 - 40	6	12%
41 - 50	3	6%
51 - 60	1	2%
61 - 70	1	2%
71 y mas	6	12%
Total general	50	100%

Gráfico 5. Distribución de rango de estancia hospitalaria

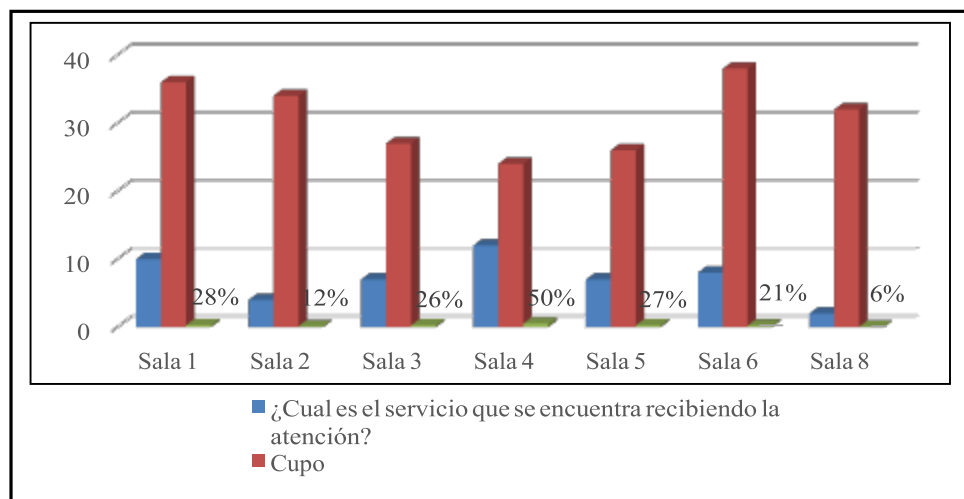


En la gráfica anterior se puede observar que el rango con mayor participación fue de 21-30 días con un 66%. La aplicación de la encuesta fue realizada según el criterio de exclusión de los días de estancia hospitalaria que llevaba el paciente en dicha institución, logrando así establecer que el mayor tiempo de estancia estaba en 2781 días derivado de un paciente que fue abandonado por parte de sus familiares el cual manifestaba este usuario sentirse satisfacción y agradecido por la acogida que le ha brindado el hospital.

Tabla 6. Distribución a la pregunta, ¿Cuál es el servicio en el que encuentra recibiendo la atención?

Salas	¿Cuál es el servicio que se encuentra recibiendo la atención?	Cupo	Representation
Salas 1	10	36	28%
Sala 2	4	34	12%
Sala 3	7	27	26%
Sala 4	12	24	50%
Sala 5	7	26	27%
Sala 6	8	38	21%
Sala 8	2	32	6%
Total	50	217	23%

Gráfico 6. Distribución a la pregunta, ¿Cuál es el servicio que se encuentra recibiendo la atención?

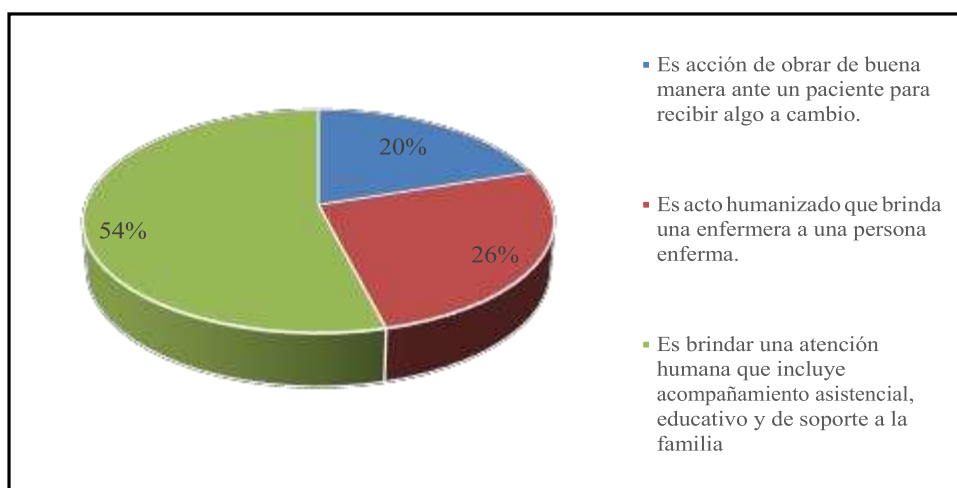


En la gráfica anterior se observa que de acuerdo al cupo de usuarios que cuenta cada sala se pudo evidenciar que la sala 4 tuvo mayor representación en la realización de la encuesta y también muestra que la sala 8 cuenta con 38 cupos, pero solo 8 dieron aplicación a la encuesta. Teniendo en cuenta que la implementación del instrumento variaba según las condiciones patológicas del paciente, sus días de estancias hospitalarias y su disposición y colaboración a la realización.

Tabla 7. Distribución a la pregunta, ¿Que entiende usted por humanización?

Definición de humanización	Frecuencia	%
Es acción de obrar de buena manera ante un paciente para recibir algo a cambio.	10	20%
Es acto humanizado que brinda una enfermera a una persona enferma.	13	26%
Es brindar una atención humana que incluye acompañamiento asistencial, educativo y de soporte a la familia	27	54%
Total general	50	100%

Gráfico 7. Distribución a la pregunta, ¿Que entiende usted por humanización?

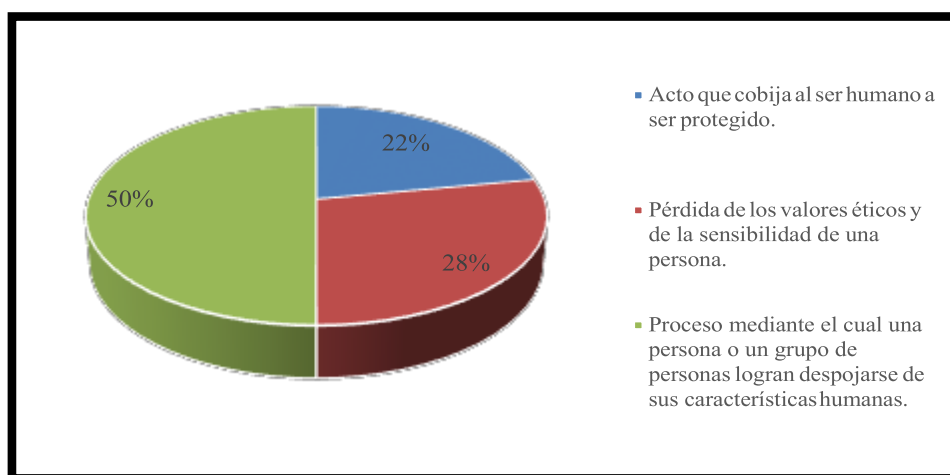


Respecto a la gráfica anterior la percepción que tiene los usuarios frente al criterio de humanización es la acción de obrar de buena manera ante un paciente para recibir algo a cambio, acertado a partir del trabajo en el cual se tenía planteado como concepto de humanización, sin embargo existe un 26% que consideran que la humanización es un acto humanizado que brinda una enfermera a una persona enferma, lo que habla de la necesidad que tiene la institución de brindar mayor educación frente al concepto de humanización porque esto podría sesgar el resultado frente a la percepción que tiene el usuario de la atención si es o no humanizada.

Tabla 8. Distribución a la pregunta, ¿Qué entiende por deshumanización?

Definición, cuenta de ¿Usted qué entiende por deshumanización?	frecuencia	%
Acto que cobija al ser humano a ser protegido.	11	22%
Pérdida de los valores éticos y de la sensibilidad de una persona.	14	28%
Proceso mediante el cual una persona o un grupo de personas logran despojarse de sus características humanas.	25	50%
Total general	50	100%

Gráfico 8. Distribución a la pregunta, ¿Qué entiende por deshumanización?

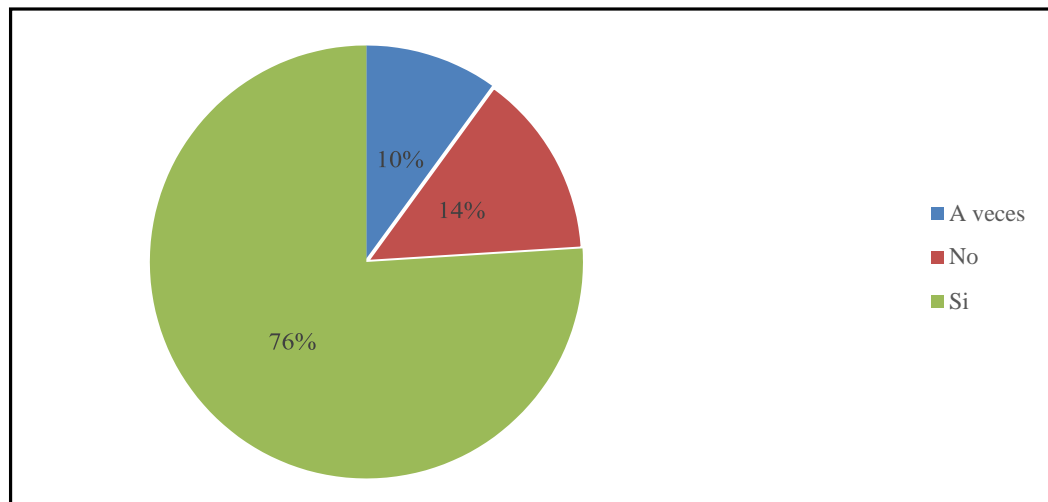


En la gráfica se puede apreciar la percepción que tiene los usuarios frente al criterio de deshumanización, representa el proceso mediante el cual una persona o un grupo de personas logran despojarse de sus características humanas, acertada en un 50% según los conceptos plasmados en el trabajo, sin embargo existe un 22% que consideran que la deshumanización es un acto que cobija al ser humano a ser protegido y también que es la pérdida de los valores éticos y de la sensibilidad de una persona, lo que concierne mejorar la información de conceptos importantes que se le brinda a los usuarios.

Tabla 9. Distribución a la pregunta, ¿Ante cualquier intervención médica el personal de salud le informa el procedimiento que le va a realizar?

Cuenta de ¿Ante cualquier intervención médica el personal de salud le informa el procedimiento que le va a realizar?	frecuencia	%
A veces	5	10%
No	7	14%
Si	38	76%
Total general	50	100%

Gráfico 9. Distribución a la pregunta, ¿Ante cualquier intervención médica el personal de salud le informa el procedimiento que le va a realizar?



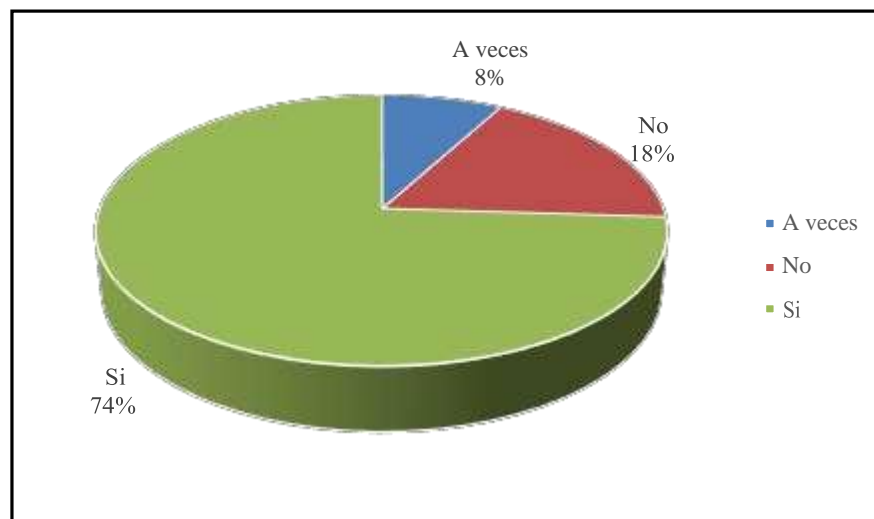
En la gráfica anterior es importante destacar que la mayoría de los usuarios reciben información de los procedimientos que se le realiza , sin embargo es importante hacer notar que el 14% de las personas encuestadas manifestaron no haber recibido información acerca del procedimiento , lo que va en contra de los derechos del paciente, derecho en el cual dice, Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Esto podría deberse a que en algunos casos los pacientes son considerados que no tienen las competencias psíquicas o intelectuales para recibir la información relacionada con su diagnóstico, pronóstico,

patología o el procedimiento que se le va a realizar, contribuyendo a esta una percepción de deshumanización.

Tabla 10. Distribución a la pregunta, ¿Tiene conocimiento o le han explicado acerca de su patología?

Cuenta de ¿Tiene conocimiento o le han explicado acerca de su patología?	frecuencia	%
A veces	4	8%
No	9	18%
Si	37	74%
Total general	50	100

Gráfico 10. Distribución a la pregunta, ¿Tiene conocimiento o le han explicado acerca de su patología?



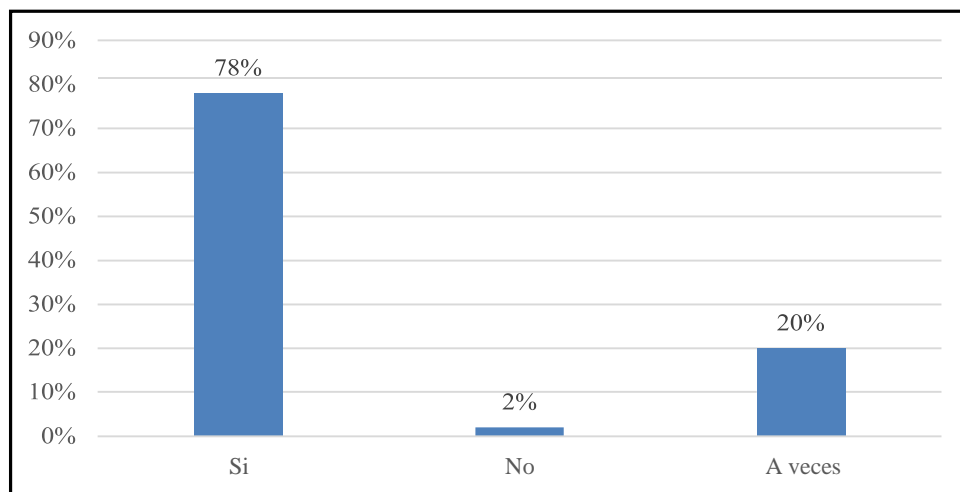
La gráfica anterior demuestra que es importante destacar que el 74% de los usuarios tienen conocimiento acerca de su patología, sin embargo, es importante hacer notar que el 18% de las personas encuestadas manifestaron no haber recibido explicación acerca de su patología, lo que va en contra del componente de humanización compartir información el cual dice, recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud. Esto podría ser secundario, en algunos casos los usuarios son considerados que no

tienen los conocimientos suficientes para obtener una información acerca de su condición de salud.

Tabla 11. Distribución a la pregunta, ¿Durante su estancia hospitalaria es llamado por su nombre y atendido con amabilidad?

Cuenta de ¿Durante su estancia hospitalaria es llamado por su nombre y atendido con amabilidad?	frecuencia	%
A veces	10	20%
No		2%
Si	39	8%
Total general	50	100%

Gráfico 11. Distribución a la pregunta, ¿Durante su estancia hospitalaria es llamado por su nombre y atendido con amabilidad?



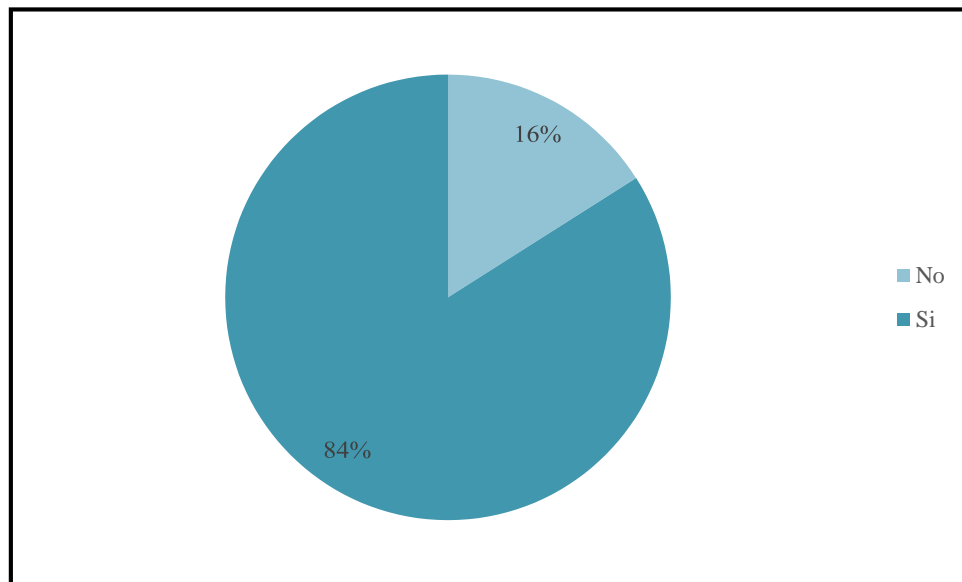
La gráfica anterior demuestra que más de las tres cuartas partes de los usuarios son llamados por su nombre y atendidos con amabilidad y un 2% realizan lo contrario, aunque es importante tener en cuenta que en las instituciones de salud cada paciente debe ser llamado por su nombre ya que al no hacerlo es una conducta que va en contra de una atención humanizada y en contra de la seguridad del paciente. Cuando el personal de salud llama al paciente por su nombre crea la

posibilidad de realizar una identificación redundante que va en pro de la seguridad del paciente permitiendo tener claridad al momento de la atención.

Tabla 12. Distribución a la pregunta, ¿Durante su aseo personal considera que tiene espacio suficiente para su privacidad?

Cuenta de ¿Durante su aseo personal considera que tiene espacio suficiente para su privacidad?	frecuencia	%
No	8	16%
Si	42	84%
Total general	50	100%

Gráfico 12. Distribución a la pregunta, ¿Durante su aseo personal considera que tiene espacio suficiente para su privacidad?



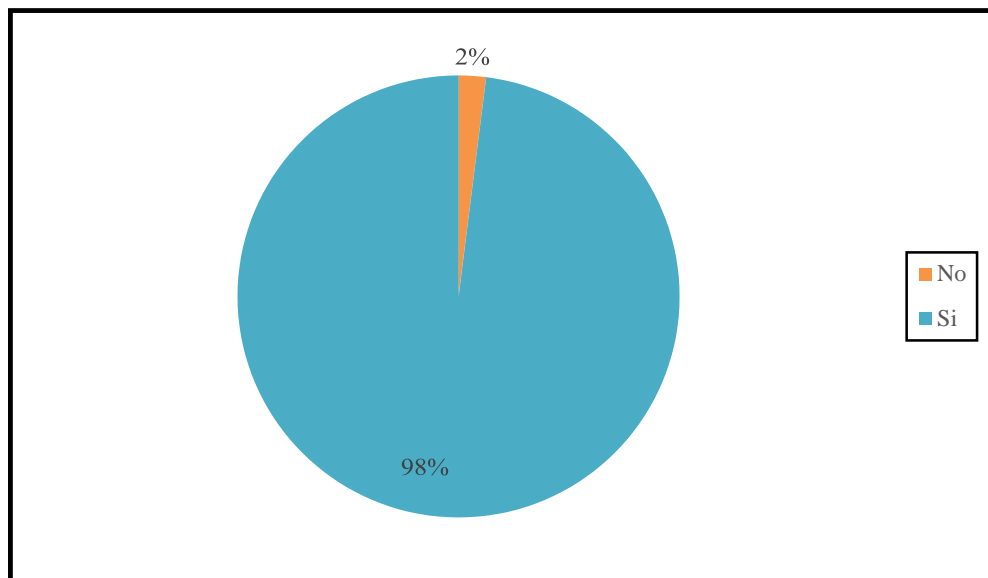
En la gráfica anterior se puede justificar que 16% de las personas consideran que no cuentan con el espacio suficiente para la privacidad al momento del baño esto podría estar relacionado con la infraestructura de la sala ya que en la institución cuenta con un procedimiento que en teoría garantiza la posibilidad de la privacidad a la hora del baño o podría deberse a las condiciones de organización del paciente

por sala ya que los hombres y mujeres van separados, donde se ha comprobado culturalmente las mujeres son más pudorosas en su privacidad a comparación de los hombres , sin embargo se encontró que la privacidad es igual tanto para hombre que para mujeres en este estudio.

Tabla 13. Distribución a la pregunta, ¿Considera que el trato que usted dirige al personal de salud es con respeto?

Cuenta de ¿Considera que el trato que usted dirige al personal de salud es con respeto?	frecuencias	%
No	1	2%
Si	49	98%
Total general	50	100%

Gráfico 13. Distribución a la pregunta, ¿Considera que el trato que usted dirige al personal de salud es con respeto?



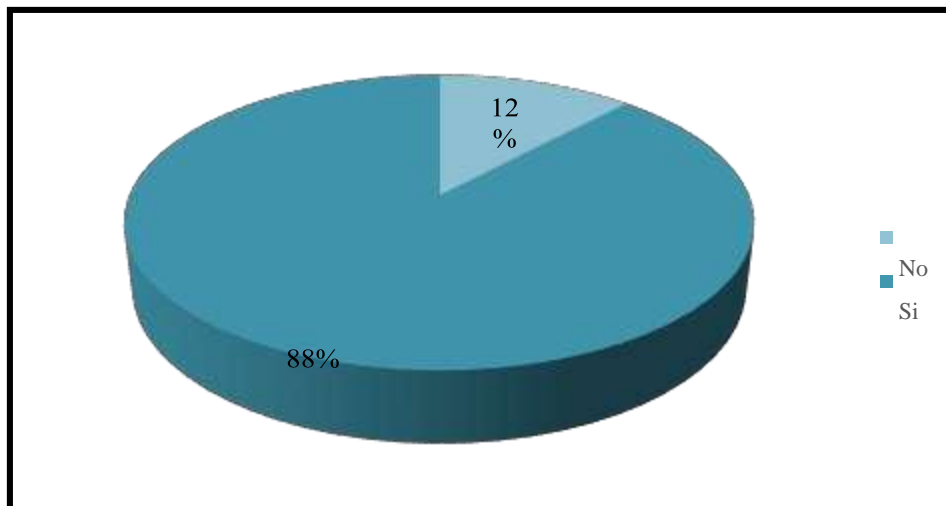
La gráfica anterior muestra que el 98% de los usuarios se dirige con dignidad al personal de salud y que su conducta eficiente se define a que se sienten satisfechos a su atención brindada y el otro 2% dice que no trata bien porque en algún momento

de su estadía hospitalaria el personal de salud no respeta su opinión frente una decisión por lo cual el usuario respondió de forma grosera.

Tabla 14. Distribución a la pregunta, ¿considera que durante su estancia hospitalaria ha recibido un trato respetuoso?

Cuenta de ¿considera que durante su estancia hospitalaria ha recibido un trato respetuoso?	frecuencia	%
No	6	12%
Si	44	88%
Total general	50	100%

Gráfico 14. Distribución a la pregunta, ¿considera que durante su estancia hospitalaria ha recibido un trato respetuoso?

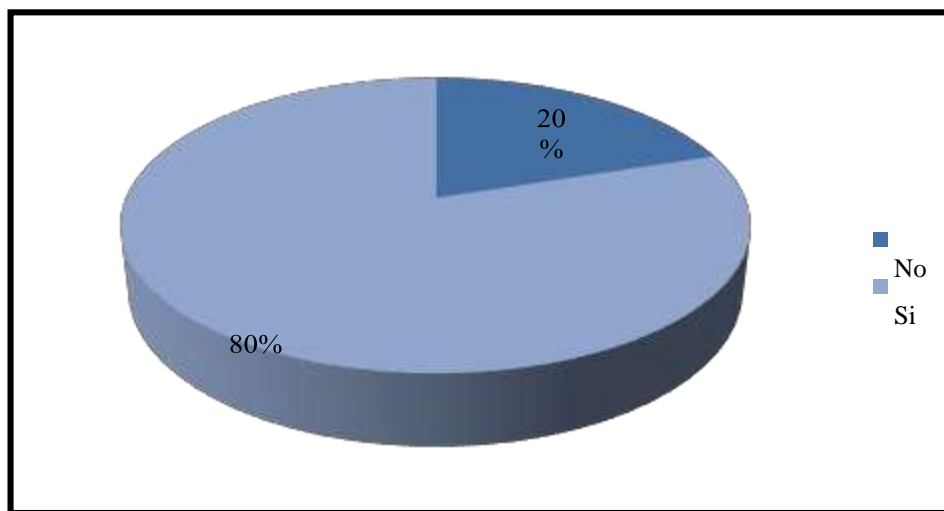


En la gráfica número 14, se muestra que el 12% representados en 6 personas considero que el trato no era respetuoso básicamente por conductas del personal de la salud hombre ya que mencionaban que son muy fuertes, inconscientes y duros al momento de realizar un procedimiento o al momento de dar la medicación ya por con por condiciones de salud autorizan muchas pastas al mismo horario que producen efectos secundarios que incomodan al paciente por lo que estos deciden tomar los medicamentos y estos trabajadores de salud no tienen paciencia.

Tabla 15. Distribución de la pregunta, ¿Es respetada su opinión en cuanto aceptar o rechazar cualquier procedimiento?

Cuenta de ¿es respetada su opinión en cuanto aceptar o rechazar cualquier procedimiento?	frecuencia	%
No	10	20%
Si	40	80%
Total general	50	100%

Gráfico 15. Distribución de la pregunta, ¿Es respetada su opinión en cuanto aceptar o rechazar cualquier procedimiento?

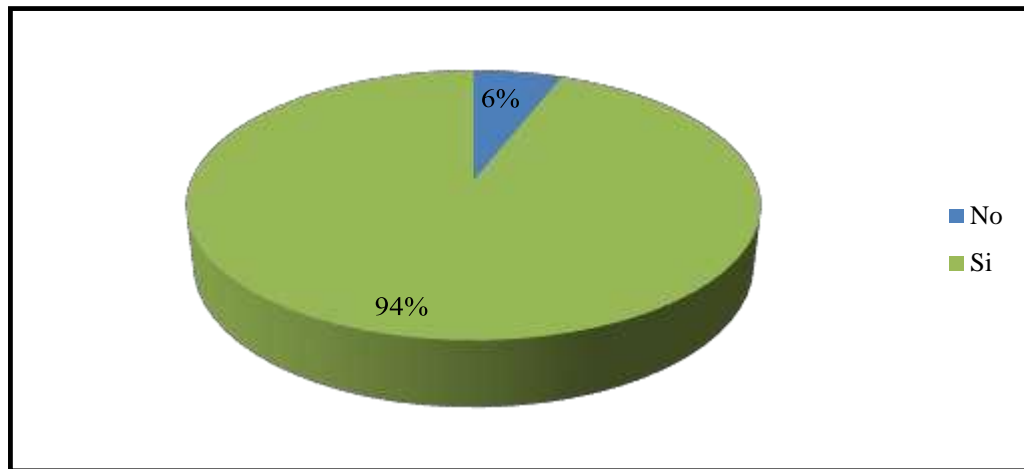


De acuerdo a la gráfica número 12, resalta un 80% de pacientes que refirieron que se les ha respetado su opinión en cuanto aceptar o rechazar cualquier procedimiento durante su atención de salud, comparado con un 20% que indican que no se les respeta su opinión al momento de rechazar un medicamento que no le permite sentirse en buenas condiciones, lo que va en contra de los derechos del paciente, derecho en el cual dice, Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente. Esto podría deberse a que en algunos casos los pacientes son considerados que no tienen las competencias necesarias para tomar decisiones acerca de su medicación para decidir si suspenderlo o no.

Tabla 16. Distribución de la pregunta, ¿Ha sido participe de proyectos de investigación del hospital?

Cuenta de ¿Ha sido participe de proyectos de investigación del hospital?	frecuencia	%
No	3	6%
Si	47	94%
Total general	50	10%

Gráfico 16. Distribución de la pregunta, ¿Ha sido participe de proyectos de investigación del hospital?

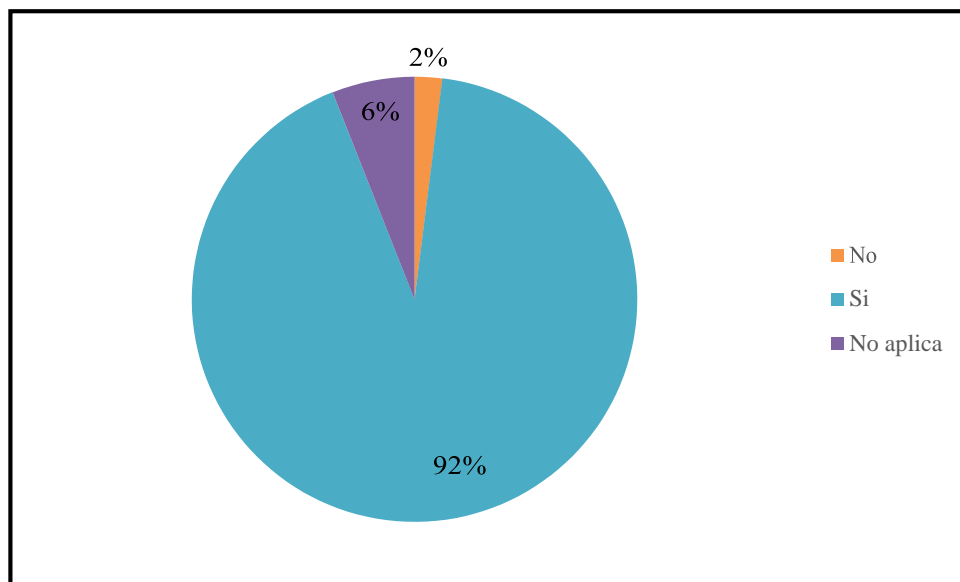


De acuerdo a la gráfica número 16, la información se obtiene según el sesgo de la de la pregunta que genero dificultad en el proceso de respuesta ya que los pacientes consideran investigación cualquiera de los procedimientos o que al ser la psiquiatría una de las ramas clínicas más nuevas, da el hecho de participar en su tratamiento farmacológico, son considerados proyectos de investigación por que entra en duda que el 94% haya sido participe de proyectos teniendo en cuenta que en este servicio no se han aplicado investigaciones recientes según averiguaciones.

Tabla 17. Distribución de la pregunta, ¿si su respuesta fue si, le hicieron firmar consentimiento informado del proyecto?

Cuenta de ¿si su respuesta fue si, le hicieron firmar consentimiento informado del proyecto?	Frecuencia	%
No	1	2%
Si	46	92%
No aplica	3	6%
Total general	50	100%

Gráfico 17. Distribución de la pregunta, ¿si su respuesta fue si, le hicieron firmar consentimiento informado del proyecto?



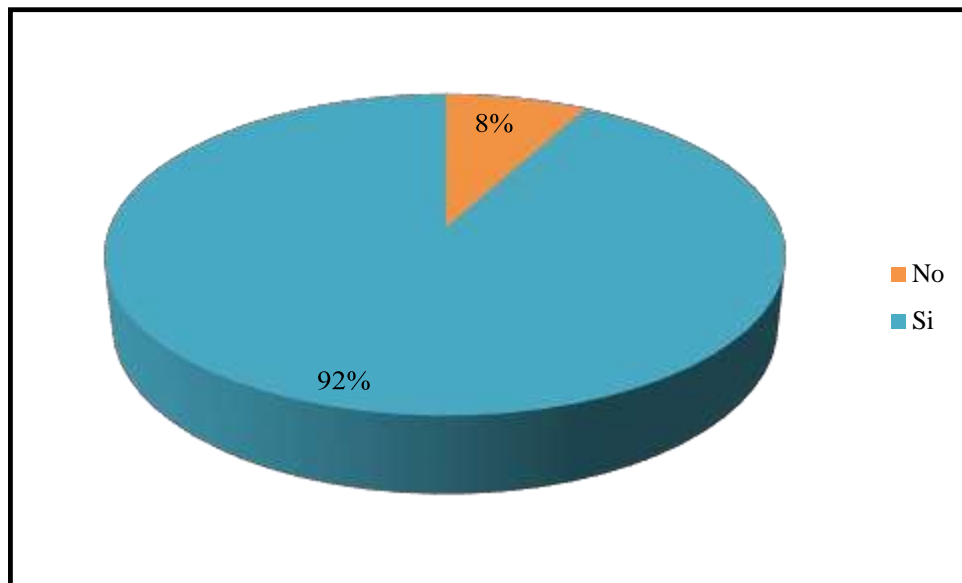
De acuerdo a la gráfica número 17, es importante tener en cuenta que el consentimiento informado es de ley por lo que es muy relevante resaltar que una persona manifestó no haber participado en un proyecto de investigación y no haber brindado su consentimiento para el mismo, teniendo en cuenta que de acuerdo a la pregunta anterior la percepción de investigación que tiene los pacientes puede estar erradas pues es una respuesta que se tiene en cuenta a partir de esa premisa pero que si llegado el caso que fuera una realidad hay que tener en cuenta que la institución deberá tomar medidas en cuanto ajustar los procedimientos para

garantizar de que todo paciente que participe en un proceso de investigación debe tener el consentimiento firmado por el, siempre y cuando tenga las capacidades de auto determinarse y poder llevar a cabo aquella investigación.

Tabla 18. Distribución de la pregunta, ¿le hicieron conocer sus deberes y derechos?

Cuenta de ¿le hicieron conocer sus deberes y derechos?	frecuencia	%
No	4	8%
Si	46	92%
Total general	50	100%

Gráfico 18. Distribución de la pregunta, ¿le hicieron conocer sus deberes y derechos?



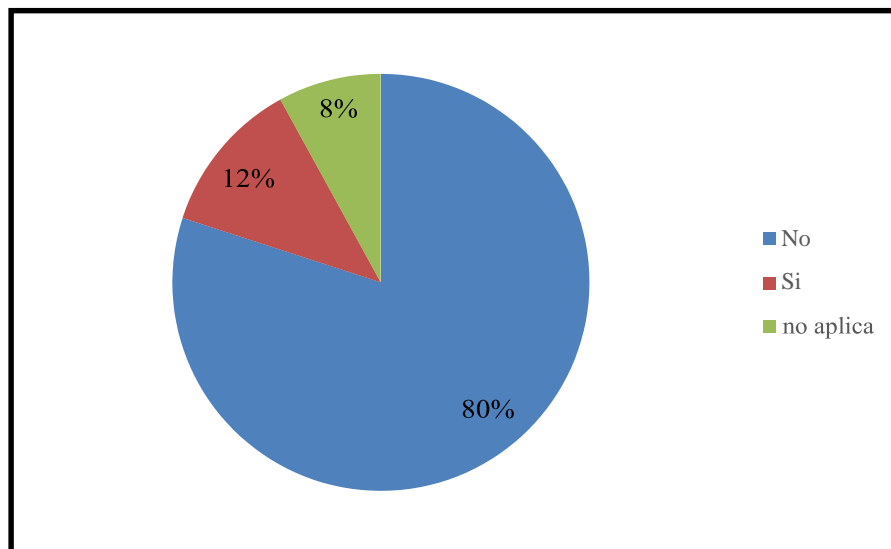
De acuerdo a la gráfica número 18, es importante mencionar que los derechos y deberes hace parte del programa de humanización y están publicado y del igual forma el hospital cuenta con estrategias para socializarle a los pacientes los derechos y deberes que es llamativo que los pacientes no lo identifiquen como conocedores de los mismos cuando en las salas encuestadas se brindan actividades educativas llamadas conocer los derechos y deberes, razón por la cual

podría considerarse que los pacientes además de no ser conocedores de estos probablemente no han participado en las actividades de terapia ocupacional del servicio. También de ese 8% de los pacientes que no conocen de los derechos y deberes es debido a que los pacientes no recuerdan haber recibido la información porque al momento que llegan es una experiencia compleja y no tienen precisamente claro si se le entrego o no dicha información.

Tabla 19. Distribución de la pregunta, si su respuesta anterior fue si, ¿alguno de esos derechos ha sentido que se le ha vulnerado?

Cuenta de, si su respuesta anterior fue si, ¿algunos de esos hechos han sentido que se le ha vulnerado?	frecuencia	%
No	40	80%
Si	6	12%
No aplica	4	8%
Total general	50	100%

Gráfico 19. Distribución de la pregunta, si su respuesta anterior fue si, ¿algunos de esos derechos han sentido que se le ha vulnerado?

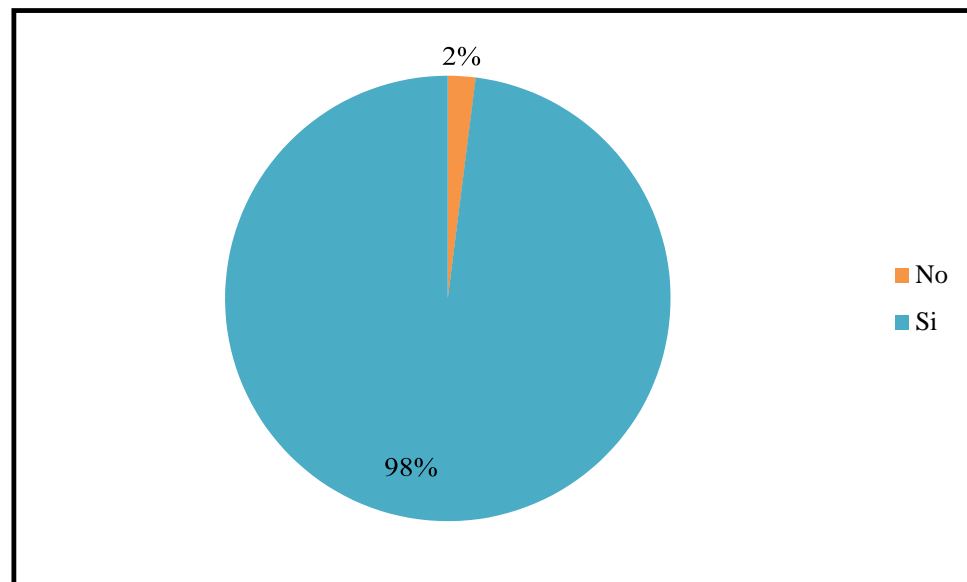


De acuerdo a la gráfica número 19, se ve reflejado en un 8% de usuarios que refieren que se les ha vulnerado alguno de los derechos, es porque los usuarios sienten que el personal de salud no le brinda la información suficiente de su patología y de igual forma son forzados a la toma de medicamentos al momento que es rechazada por el paciente por consiguiente no cumplen con el Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos y ya el 80% indican que como institución promueven y respetan los derechos del usuario.

Tabla 20. Distribución de la pregunta, ¿se le permite colaborar con el tratamiento y terapias de mejoramiento de su salud?

¿se le permite colaborar con el tratamiento y terapias de mejoramiento de su salud	frecuencia	%
No	1	2%
Si	49	98%
Total general	50	100%

Gráfico 20. Distribución de la pregunta, ¿se le permite colaborar con el tratamiento y terapias de mejoramiento de su salud?



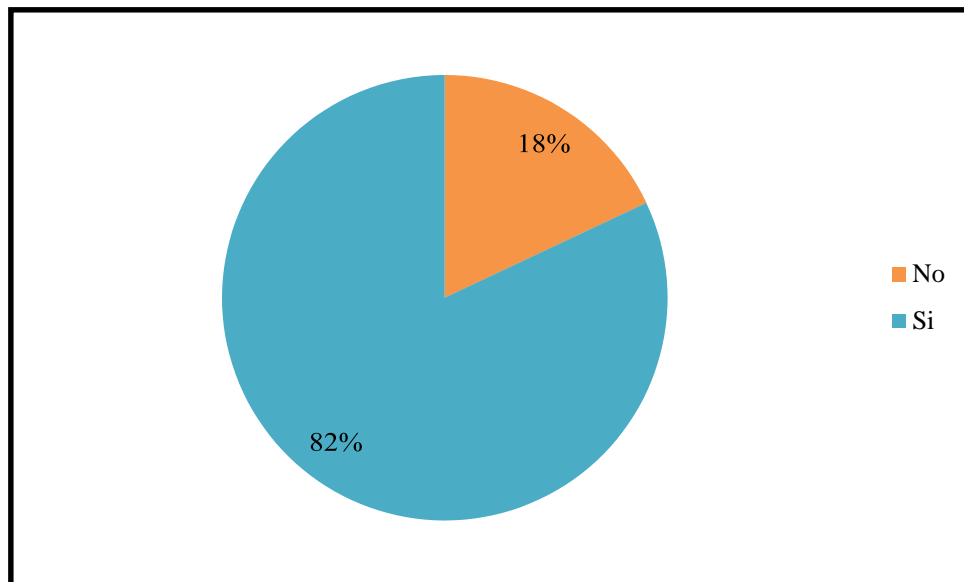
De acuerdo a la gráfica número 20, evidencia que el 2% de los usuarios no se les permite colaborar en su tratamiento y terapias de mejoramiento de su salud ya que

se considera que los pacientes por el hecho de tener una enfermedad mental no tienen la capacidad de participar como parte del estigma de la salud mental para la toma de decisiones en cuanto a su planeación, tratamiento e intervenciones de su patología. Resaltando que sería importante cambiar esa perspectiva y permitir que el 100% de los pacientes participen en la conducta humanizante.

Tabla 21. Distribución de la pregunta, ¿ha recibido oportunamente tratamiento y seguimiento de su patología?

¿ha recibido oportunamente tratamiento y seguimiento de su patología?	frecuencia	%
No	9	18%
Si	41	82%
Total general	50	100%

Gráfico 21. Distribución de la pregunta, ¿ha recibido oportunamente tratamiento y seguimiento de su patología?



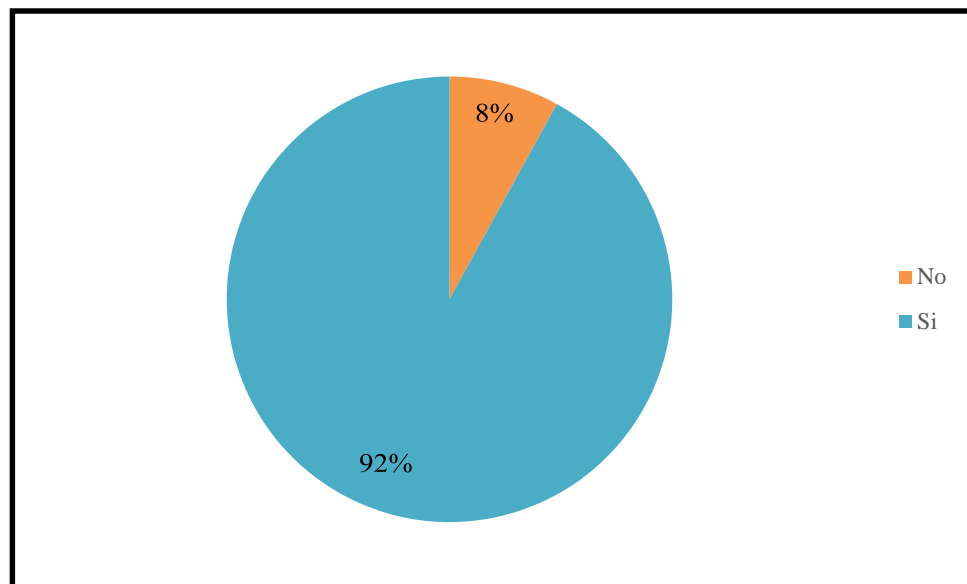
De acuerdo a la gráfica número 21, el 82% de los usuarios indican que durante su estancia hospitalaria se les ha brindado un adecuado seguimiento de patología aun 18% restante manifiestan insatisfacción en cuanto su oportunidad de tratamiento y seguimiento de su patología ya que algunos usuarios manifestaron que al momento

de realizar un estudio imagenológico son muy demoradas las ordenes y también se considera demoradas son las interconsultas de los especialistas.

Tabla 22. Distribución de la pregunta, ¿Es oportuna la información acerca de procedimientos e intervenciones médicas?

¿Es oportuna la información acerca de procedimientos e intervenciones médicas?	frecuencia	%
No	4	8%
Si	46	92%
Total general	50	100%

Gráfico 22. Distribución de la pregunta, ¿Es oportuna la información acerca de procedimientos e intervenciones médicas?

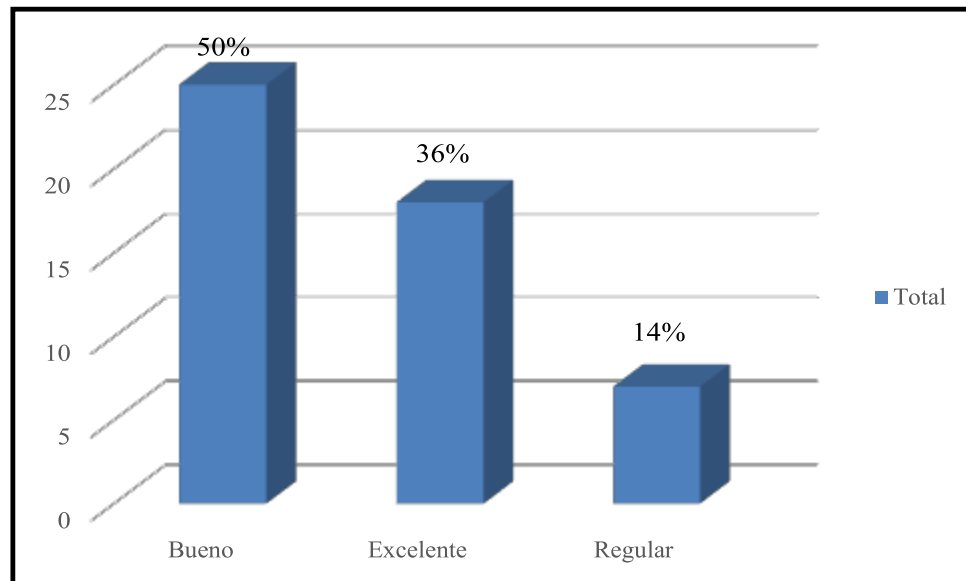


De acuerdo a la gráfica número 22, el 92% de los usuarios indican que durante su estancia hospitalaria se les ha brindado información oportuna acerca de intervenciones y procedimiento médicos y un 8% restante, manifiestan una inadecuada información ya que algunos personales de salud consideran que los pacientes no tienen el conocimiento necesario para compartir las condiciones o evolución que lleva el paciente.

Tabla 23. Distribución de la pregunta, ¿Cómo califica el grado de atención durante la estancia hospitalaria?

Cuenta de ¿Cómo califica el grado de atención durante la estancia hospitalaria?	frecuencia	%
Bueno	25	50%
Excelente	18	36%
Regular	7	14%
Total general	50	100%

Gráfico 23. Distribución de la pregunta, ¿Cómo califica el grado de atención durante la estancia hospitalaria?



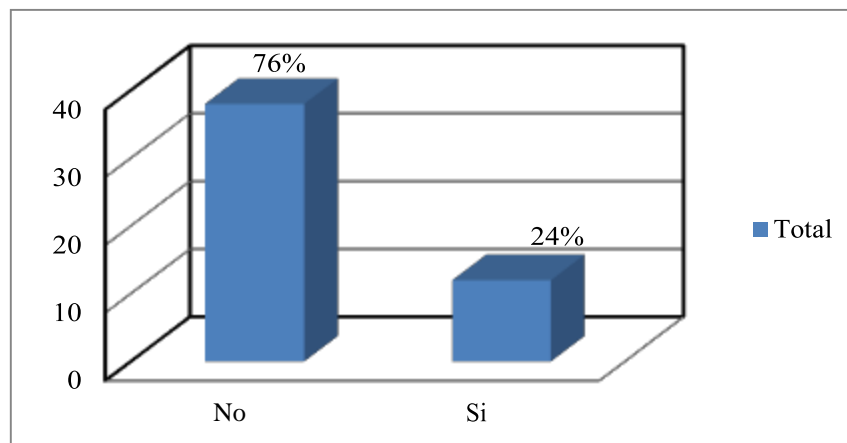
De acuerdo a la gráfica número 23, donde se interpreta la calidad de atención prestada por el personal a los usuarios, muestra que el 50% de los pacientes atendidos consideran como buena atención, el 36% como excelente y el 14% como regular. Al ser un dato de mucha relevancia para saber la percepción del usuario en cuanto la atención humanizada o deshumanizante en general se decidió realizar seguimiento de los pacientes que no consideraban una buena atención y se obtuvo que estos pacientes habían presentado un suceso no agradable con el personal de

salud y en otro caso no están contentos con los espacios que contaba la sala en el cual estaban hospitalizados.

Tabla 24. Distribución de la pregunta, ¿Se ha sentido excluido por parte del personal de salud durante su hospitalización?

Cuenta de ¿Se ha sentido excluido por parte del personal de salud durante su hospitalización?	frecuencia	%
No	38	76%
Si	12	24%
Total general	50	100%

Gráfico 24 Distribución de la pregunta, ¿Se ha sentido excluido por parte del personal de salud durante su hospitalización?



La gráfica anterior muestra que el 24% de los usuarios se ha sentido excluido por parte del personal de salud razones por la cual refirieron no haberse sentidos atendidos de una forma adecuada ya que algunas veces no toman en cuenta sus opiniones o no les prestan atención a la hora de entablar una conversación, lo que habla de la necesidad que tiene la institución de mejorar la atención brindada por parte del personal de salud.

7. DISCUSIÓN

En el servicio de Hospitalización del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle de Santiago de Cali. Según los usuarios encuestados en los datos sociodemográfico se pudo obtener que el 39% y 14% con mayor participación fue el estrato 1 y 2 y con muy poca participación de otros estratos socioeconómicos, lo que quiere decir es que la población atendida en este hospital es de escaso recurso. En la realización de la encuesta según el número de salas encuestadas se encontró que el servicio de hospitalización está distribuido en 8 salas, pero al momento de la implementación de la encuesta, la sala 7 se encontraba en reparación. En términos de distribución por sexo de hombres y mujeres está muy similar teniendo en cuenta que las mujeres representan el 54% de la población encuestada. Se relaciona con la bibliografía, en el cual infiere que la enfermedad mental afecta tanto a hombres como a mujeres. En cuanto al promedio de estancia de los evaluados fue de 155 días, pero teniendo en cuenta que 4 tenían estancia entre 250 y 999 días y dos de ellos entre 1000 y 20781 días, la mayoría de las personas están entre 21 y 30 días de estancia hospitalaria, teniendo en cuenta que la moda es de 22 días de estancia con un porcentaje equivalente al 66 %, la aplicación de la encuesta fue realizada según el criterio de exclusión de los días de estancia hospitalaria que llevaba el paciente en dicha institución, logrando así establecer que el mayor tiempo de estancia estaba en 2781 días derivado de un paciente que fue abandonado por parte de sus familiares el cual manifestaba este usuario sentirse satisfecho y agradecido por la acogida que le ha brindado el hospital.

En cuanto a la participación por salas fue una muestra relativamente pequeña, pero fue difícil completarla porque muchos pueden cumplir con los criterios pero por condiciones clínicas no tienen la capacidad de ejecutar la encuesta, por lo tanto toco intervenir en varias ocasiones, evidentemente en términos de participación,

hubieron servicios como los de recuperación en donde hay más colaboración de pacientes que en servicios agudos, donde los pacientes están más sintomáticos y tienen más dificultad para responder, se evidencia que la sala 4 tuvo mayor representación en la realización de la encuesta y también muestra que la sala 8 cuenta con 38 cupos, pero solo 8 dieron aplicación a la encuesta. Teniendo en cuenta que la implementación del instrumento variaba según las condiciones patológicas del paciente, sus días de estancias hospitalarias y su disposición y colaboración a la realización.

Los pacientes manifestaban que siempre no se les consideraban su opinión para cada intervención, en muchas ocasiones se sentían que los estaban irrespetando no sabían que era lo que les estaban aplicando en el caso de los medicamentos y manifestaban sentir un poco de miedo, porque al no ser informados los podrían perjudicar de algún modo su salud”.

Respecto a la percepción que tiene los usuarios frente al criterio de humanización es la acción de obrar de buena manera ante un paciente para recibir algo a cambio, acertado a partir del trabajo en el cual se tenía planteado como concepto de humanización, sin embargo existe un 26% que consideran que la humanización es un acto humanizado que brinda una enfermera a una persona enferma, lo que habla de la necesidad que tiene la institución de brindar mayor educación frente al concepto de humanización porque esto podría sesgar el resultado frente a la percepción que tiene el usuario de la atención si es o no humanizada.

Frente al criterio de deshumanización, representa el proceso mediante el cual una persona o un grupo de personas logran despojarse de sus características humanas, acertada en un 50% según los conceptos plasmados en el trabajo, sin embargo existe un 22% que consideran que la deshumanización es un acto que cobija al ser humano a ser protegido y también que es la pérdida de los valores éticos y de la

sensibilidad de una persona, lo que concierne mejorar la información de conceptos importantes que se le brinda a los usuarios.

Es importante destacar que la mayoría de los usuarios reciben información de los procedimientos que se le realiza , sin embargo es importante hacer notar que el 14% de las personas encuestadas manifestaron no haber recibido información acerca del procedimiento , lo que va en contra de los derechos del paciente, derecho en el cual dice, Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Esto podría deberse a que en algunos casos los pacientes son considerados que no tienen las competencias psíquicas o intelectuales para recibir la información relacionada con su diagnóstico, pronóstico, patología o el procedimiento que se le va a realizar, contribuyendo a esta una percepción de deshumanización.

En el momento de la realización de la encuesta se dieron respuesta a las siguientes preguntas ¿Tiene conocimiento o le han explicado acerca de su patología?, El 74 % demuestra que más de las tres cuartas partes de los usuarios les informan acerca de su enfermedad y cuenta con los conocimientos previos, pero el 18% no y el 8 % a veces, esto podría ser secundario, en algunos casos los usuarios son considerados que no tienen los conocimientos suficientes para obtener una información acerca de su condición de salud.

En relación con la pregunta ¿Durante su estancia hospitalaria es llamado por su nombre y atendido con amabilidad? Demuestra que más de las tres cuartas partes de los usuarios son llamados por su nombre y atendidos con amabilidad y un 2% realizan lo contrario, aunque es importante tener en cuenta que en las instituciones de salud cada paciente debe ser llamado por su nombre ya que al no hacerlo es una conducta que va en contra de una atención humanizada y en contra de la seguridad del paciente. Cuando el personal de salud llama al paciente por su

nombre crea la posibilidad de realizar una identificación redundante que va en pro de la seguridad del paciente permitiendo tener claridad al momento de la atención. Con base a la pregunta ¿Durante su aseo personal considera que tiene espacio suficiente para su privacidad? el 16% de las personas consideran que no cuentan con el espacio suficiente para la privacidad al momento del baño esto podría estar relacionado con la infraestructura de la sala ya que en la institución cuenta con un procedimiento que en teoría garantiza la posibilidad de la privacidad a la hora del baño o podría deberse a las condiciones de organización del paciente por sala ya que los hombres y mujeres van separados, donde se ha comprobado culturalmente las mujeres son más pudorosas en su privacidad a comparación de los hombres , sin embargo se encontró que la privacidad es igual tanto para hombre que para mujeres en este estudio.

Por otra parte, la pregunta ¿Considera que el trato que usted dirige al personal de salud es con respeto? el 98% de los usuarios se dirige con dignidad al personal de salud y que su conducta eficiente se define a que se sienten satisfechos a su atención brindada y el otro 2% dice que no trata bien porque en algún momento de su estadía hospitalaria el personal de salud no respectó su opinión frente una decisión por lo cual el usuario respondió de forma grosera.

En la siguiente pregunta ¿considera que durante su estancia hospitalaria ha recibido un trato respetuoso? el 12% representados en 6 personas considero que el trato no era respetuoso básicamente por conductas del personal de la salud hombre ya que mencionaban que son muy fuertes, inconscientes y duros al momento de realizar un procedimiento o al momento de dar la medicación, y por con por condiciones de salud autorizan muchas pastas al mismo horario que producen efectos secundarios que incomodan al paciente por lo que estos deciden tomar los medicamentos y estos trabajadores de salud no tienen paciencia. En cuanto a la pregunta ¿Es respetada su opinión en cuanto aceptar o rechazar cualquier procedimiento? El 80% de pacientes que refirieron que se les ha respetado su opinión en cuanto aceptar o

rechazar cualquier procedimiento durante su atención de salud, comparado con un 20% que indican que no se les respeta su opinión al momento de rechazar un medicamento que no le permite sentirse en buenas condiciones, lo que va en contra de los derechos del paciente, derecho en el cual dice, Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente. Esto podría deberse a que en algunos casos los pacientes son considerados que no tienen las competencias necesarias para tomar decisiones acerca de su medicación para decidir si suspenderlo o no.

La pregunta ha sido participe de proyectos de investigación del hospital? se obtiene según el sesgo de la información de la pregunta, partiendo en que esta fue una pregunta que genero dificultad en el proceso de hospitalización teniendo en cuenta que los pacientes consideran investigación cualquiera de los procedimientos o que al ser la psiquiatría una de las ramas clínicas más nuevas da el hecho de participar en su tratamiento farmacológico son considerado proyectos de investigación por que entra en duda que el 94% haya sido participe de proyectos ya que este servicio no se han aplicado investigaciones recientes según averiguaciones.

Con base a la respuesta anterior se logró comprobar por medio de esta pregunta ¿si su respuesta fue si, le hicieron firmar consentimiento informado del proyecto? es importante tener en cuenta que el consentimiento informado es de ley por lo que es muy relevante resaltar que una persona manifestó no haber participado en un proyecto de investigación y no haber brindado su consentimiento para el mismo, teniendo en cuenta que de acuerdo a la pregunta anterior la percepción de investigación que tiene los pacientes puede estar erradas pues es una respuesta que se tiene en cuenta a partir de esa premisa pero que si llegado el caso que fuera una realidad hay que tener en cuenta que la institución deberá tomar medidas en cuanto ajustar los procedimientos para garantizar de que todo paciente que participe en un proceso de investigación debe tener el consentimiento firmado por

el, siempre y cuando tenga las capacidades de auto determinarse y poder llevar a cabo aquella investigación.

Con relación a la pregunta ¿le hicieron conocer sus deberes y derechos? es importante mencionar que los derechos y deberes hace parte del programa de humanización y están publicado y del igual forma el hospital cuenta con estrategias para socializarle a los pacientes los derechos y deberes que es llamativo que los pacientes no lo identifiquen como conocedores de los mismos cuando en las salas encuestadas se brindan actividades educativas llamadas conocer los derechos y deberes, razón por la cual podría considerarse que los pacientes además de no ser conocedores de estos probablemente no han participado en las actividades de terapia ocupacional del servicio. También de ese 8% de los pacientes que no conocen de los derechos y deberes es debido a que los pacientes no recuerdan haber recibido la información porque al momento que llegan es una experiencia compleja y no tienen precisamente claro si se le entrego o no dicha información.

Según la respuesta anterior se obtuvo por medio de esta pregunta, ¿alguno de esos derechos ha sentido que se le ha vulnerado? El 80% indican que como institución promueven y respetan los derechos del usuario, pero el 12 % sienten que se le han vulnerado algunos derechos, manifestando descontento al mantenerlos en vigilancia todo el tiempo, el no permitirles en algunas ocasiones una llamada al familiar se sentían muchas veces encarcelados también refieren que se les ha vulnerado alguno de los derechos, es porque los usuarios siente que el personal de salud no le brinda la información suficiente de su patología y de igual forma son forzados a la toma de medicamentos al momento que es rechazada por el paciente por consiguiente no cumplen con el Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos y ya el 80% indican que como institución promueven y respetan los derechos del usuario.

Con relación a esta pregunta ¿se le permite colaborar con el tratamiento y terapias de mejoramiento de su salud? el 2% de los usuarios no se les permite colaborar en su tratamiento y terapias de mejoramiento de su salud ya que se considera que los pacientes por el hecho de tener una enfermedad mental no tienen la capacidad de participar como parte del estigma de la salud mental para la toma de decisiones en cuanto a su planeación, tratamiento e intervenciones de su patología. Resaltando que sería importante cambiar esa perspectiva y permitir que el 100% de los pacientes participen en la conducta humanizaste.

Con base esta pregunta ¿Ha recibido oportunamente tratamiento y seguimiento de su patología? El 82% de los usuarios indican que durante su estancia hospitalaria se les ha brindado un adecuado seguimiento de patología aun 18% restante manifiestan insatisfacción en cuanto su oportunidad de tratamiento y seguimiento de su patología ya que algunos usuarios manifestaron que al momento de realizar un estudio imagenológico son muy demoradas las ordenes y también se considera demoradas son las interconsultas de los especialistas.

De igual forma esta pregunta ¿Es oportuna la información acerca de procedimientos e intervenciones médicas? el 92% de los usuarios indican que durante su estancia hospitalaria se les ha brindado información oportuna acerca de intervenciones y procedimiento médicos y un 8% restante, manifiestan una inadecuada información ya que algunos personales de salud consideran que los pacientes no tienen el conocimiento necesario para compartir las condiciones o evolución que lleva el paciente.

Para conocer el grado de satisfacción que reciben los usuarios en el hospital se realizó la siguiente pregunta ¿Cómo califica el grado de atención durante la estancia hospitalaria? se interpreta la calidad de atención prestada por el personal a los usuarios, muestra que el 50% de los pacientes atendidos consideran como buena atención, el 36% como excelente y el 14% como regular. Al ser un dato de mucha

relevancia para saber la percepción del usuario en cuanto la atención humanizada o deshumanizante en general se decidió realizar seguimiento de los pacientes que no consideraban una buena atención y se obtuvo que estos pacientes habían presentado un suceso no agradable con el personal de salud y en otro caso no están contentos con los espacios que contaba la sala en el cual estaban hospitalizados.

Para concluir con las pregunta de encuesta se llevó a la siguiente ¿Se ha sentido excluido por parte del personal de salud durante su hospitalización? el 24% de los usuarios se ha sentido excluido por parte del personal de salud razones por la cual refirieron no haberse sentidos atendidos de una forma adecuada ya que algunas veces no toman en cuenta sus opiniones o no les prestan atención a la hora de entablar una conversación, lo que habla de la necesidad que tiene la institución de mejor la atención brindada por parte del personal de salud.

8. CONCLUSIONES

- De acuerdo al análisis el 79% de los encuestados consideran una atención humanizada buen trato y atención oportuna, el 10% tiene una percepción de condiciones deshumanizantes ya que consideran que en ocasiones no se les brinda información suficiente en cuanto a la realización de procedimientos y tratamiento. El 11% considero un punto medio.
- El comportamiento sociodemográfico de la institución es similar al esperado a la revisión bibliográfica realizada, de este modo se pudo concluir que la enfermedad mental afecta tanto a hombre como a mujeres, de igual forma se determinó que las edades de los usuarios estaba entre el grupo atareó de mayor frecuencia esta entre los 30 y los 50 años, el tipo de afiliación es principalmente del régimen subsidiado, la mayor porcentaje de la población es de un estrato socioeconómico entre 2 y 3, también se logró identificar que los tiempos de estancia son prolongados y corresponden a estancia sociales y no a estancias clínicas debido a que una gran parte de la población que fue encuestada ya eran usuarios con egreso medico pero se encontraban en la institución en condición de abandono.
- Buscando categorizar las conductas de los usuarios, se tomaron cada uno de los componentes del programa de humanización y así mismo se determinaron de acuerdo a las preguntas establecidas en la encuesta, cuáles de ellas hacían parte de cada una de los componentes, encontrando de esta manera, que el componente o categoría más afectada en términos de la percepción de los usuarios, es el componente de compartir información evidenciadas partir de las conductas establecidas en las encuestas, también se evidencio que la categoría que los usuarios determinan la que más compromiso tiene por parte de los

empleados de la institución para brindar una atención humanizada a los usuarios es el componente de dignidad y respeto.

- Es importante destacar que dentro de las prácticas en salud que el usuario (paciente y familia) percibe como atención humanizada, refieren un buen trato, son identificados por su nombre es respetada su privacidad y se encuentran distribuidos por géneros, generando una satisfacción por otro lado perciban como parte de una atención deshumanizante el hecho de ser excluidos por la cual refirieron no haberse sentidos atendidos de una forma adecuada, ya que algunas veces no toman en cuenta sus opiniones o no les prestan atención a la hora de entablar una conversación, lo que habla de la necesidad que tiene la institución de mejorar la atención brindada por parte del personal de salud.

9. RECOMENDACIONES

- Continuar el proceso de la medición de la percepción de humanización en la atención para poder garantizar el cumplimiento de la atención a la totalidad de los pacientes y familiares.
- Fortalecer actividades del programa de humanización a través del plan de acción, logrando habilidades para la comunicación en el personal de salud que fue donde mayores resultados negativos se presentaron.
- Mejorar las condiciones de seguridad de los usuarios ya que el programa de humanización va adherido al programa de seguridad del paciente buscando minimizar la posibilidad de eventos adversos en la institución de salud.
- Fortalecer el componente de derechos y deberes ya que tuvo mayor impacto en la percepción de la atención de los usuarios demostrando que los pacientes no han recibido la suficiente información acerca de los procedimientos que se le realiza u de igual forma no se respecta opinión en cuanto aceptar o rechazar un procedimiento.
- Garantizar por medio de una lista de chequeo la adherencia del personal asistencial al protocolo del baño del paciente que garantice la intimidad del paciente.

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CC	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión Bibliográfica	x																											
creación del marco teórico y conceptual	x	x																										
Elaboración de la pregunta problema	x																											
planteamiento del problema		X																										
Elaboración de carta de solicitud HPDV.															x													
Creación de la justificación			X																									
Elaboración de objetivos				X																								
Revisión y elaboración del marco ético y legal				X																								
Teorista de enfermería										x																		
Elaboración del marco contextual						X																						
Realización de la metodología								x	x	X	X	x																
Recolección de información					x	x	x	x	x	x																		
Elaboración de cronograma																x												
Entrega al comité de ética																x												
Realización de encuestas a pacientes																										x	x	
Análisis de encuestas																												
Realización de conclusión y recomendaciones																												

BIBLIOGRAFÍA

1. República de Colombia. El Presidente de la República. Decreto 1011 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá DC. Minisalud y protección social. Diario oficial de Colombia del 6 de abril de 2016 Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf.
2. Soto A, Siniesterra D, Programa de humanización, Hospital Departamental Psiquiatrico Universitario Del Valle. Septiembre de 2018.
3. Orozco, S.M, Vija, M.V. Deshumanización en la atención de enfermería hacia los pacientes en los servicios hospitalarios. Trabajo de grado. Universidad Santo Tomás Especialización en Auditoria de Salud Bogotá, 2018. P.4.
4. Rodríguez AD. Lineamiento de estrategia de comunicación de reducción de estigma en salud mental Colombia MINI SALUD 2014. [Sitio en internet] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/16.%20line-estrategia-comun>. Consultado en 2018
5. Bueno JE, Fraiz MA. Confianza, clave para el proceso de enfermedad: Actitud y Comunicación en los profesionales sanitarios. Arch. Memoria; (13 fasc. 2) 2016.
6. Instituto Nacional de Cancerología-Ese. Plan de humanización. [Sitio en internet]. Ministerio de la Protección Social. Bogotá. 2016. Disponible en: http://www.cancer.gov.co/Planeacion/2018/PLAN_DE_HUMANIZACION.pdf. Consultado en 2018.
7. República de Colombia, El Congreso de la República.. Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el

Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Bogotá DC. Ministerio de salud y de la Protección Social. Diario Oficial No 46.383 del 6 de septiembre de 2006. Disponible en: http://www.urosario.edu.co/observatorio-legislativo/Leyessancionadas1/Documentos-2006/2006/ley_1090de06_c/

8. OMS. Calidad de atención. Derecho a la salud; [Documento en internet]. Ginebra, Suiza. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>. Consultado el 15 de octubre 2013.

9. Trapero S. La humanización en la atención del paciente agitado con esquizofrenia. Escuela Universitaria de Enfermería Casa Salud Valdecilla. Universidad de Cantabria. España. 2017

10. Beltrán OA. The meaning of humanized nursing care for those participating in it: Importance of efforts of nurses and health care institutions. Invest Educ Enferm; [En línea] 2016 [Consultado en septiembre de 2018]; 34 (1): 18-28. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072016000100003

11. Consejería de sanidad. Plan de humanización de la asistencia sanitaria. [Sitio en internet] 1º Edición. Madrid - España. Publicado el 29 de julio de 2014. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf> Consultado en septiembre de 2018

12. Orozco, S.M, Vija, M.V. Deshumanización en la atención de enfermería hacia los pacientes en los servicios hospitalarios. Universidad Santo Tomás Especialización en Auditoría de Salud Bogotá, 2018.

13. Departamento de Estudios y Desarrollo. ¿Qué es “trato digno” para los pacientes? Elementos que componen el trato digno Informe Global. [Sitio en internet]. Gobierno de Chile. Diciembre de 2013. Disponible en:

http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004_recurso_1.pdf

Consultado en septiembre de 2018

14. Del Salto ME. Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012. [Trabajo de maestría]. Universidad Central del Ecuador Facultad de Ciencias Médicas. Ecuador. 2014

15. Consejería de sanidad. Plan de humanización de la asistencia sanitaria. [Sitio en internet]. 1º Edición. Madrid - España. Publicado el 29 de julio de 2014. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>. Consultado en septiembre de 2018

16. Ministerio de salud y de la Protección Social. Calidad en Salud en Colombia. [Sitio en internet]. Los principios. 1º Edición. Bogotá - Colombia. Publicado en el Diario Oficial No 46.230 de marzo de 2008. Disponible en: www.minprotecciónsocial.gov.co. Consultado en septiembre de 2018

17. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptada por asamblea médica mundial 2013; [Sitio en internet]. 2013. Disponible en <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>. Consultado en septiembre de 2018

18. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont. [Sitio en internet]. Abril 18 de 1979. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf> Consultado en septiembre de 2018

19. Weil Parodi, W. Sobre los principios éticos recogidos en las pautas del Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS): Un análisis acerca de su aplicación a la realidad de la investigación en Chile. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, [En línea] 2015 [Consultado en 2018]. 8(3), 256-259. Pages 256-259. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0719-01072015000300014&script=sci_arttext
20. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución Numero 8430 de 1993. Octubre 4. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá DC. Minsalud. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca Digital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca%20Digital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF)
21. República de Colombia. El Congreso de la Republica. Ley 266 de 1996 de enero 25. Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia. Bogotá DC. El congreso. Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996; Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf
22. Hospital Psiquiátrico del Valle. Quienes somos. 2018. Disponible en: <https://www.psiquiatricocali.gov.co/index.php>
23. Manterola, C., Otzen, T. Estudios observacionales: los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *International Journal of Morphology*. [En línea] 2014 [Consultado en 2018]; 32(2), 634-645. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v32n2/art42.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado para paciente y/o acudiente

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA

Yo _____ mayor de edad, identificado con CC. N° _____ acepto libre y voluntariamente a participar del trabajo de investigación titulado: **“PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS EN ATENCIÓN HUMANIZADA DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL DE SANTIAGO DE CALI -2019”**, realizado por las estudiantes del programa de enfermería **DIANA ALEXANDRA VILLA FIGUEROA** cc 1061782423 cel 3212571361 correo diana.a.v.f@hotmail.com; **INDIRA VANESSA GUERRERO VIVEROS** cc 1144188147 cel 3216729603 correo indiraguerrero0809@gmail.com; **ERIKA FILIGRANA UL** cc 1062295802 cel 3105075704 correo erikafili@hotmail.com y Dirigido por la docente **MARIA ANGELICA SOTO** cc 66803302 cel 3213278000 correo angelica.soto00@usc.edu.co.

Las estudiantes y docente que realizarán el estudio me han explicado claramente que el objetivo del estudio es: Determinar la percepción de los usuarios de atención humanizada que se les brinda en el servicio de Hospitalización del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle de Santiago de Cali en el primer trimestre de 2019. y sobre los pasos para el cumplimiento de cada objetivo y como debo de participar: El participante solo debe leer y entender la encuesta para así dar respuesta las preguntas planteadas de la investigación.

Me explicaron también que puedo retirarme del estudio cuando crea conveniente, o ser retirado sin repercusión alguna. A su vez sé que no utilizarán mi nombre, sino que se utilizarán códigos o número de identificación y los resultados obtenidos los sabrán los investigadores y yo, para ser mejoras posteriores. Los resultados obtenidos serán única y exclusivamente para este fin investigativo.

Sé que el beneficio de este trabajo es: conocer el nivel de atención humanizada que se brinda en un servicio hospitalario, para así saber cuál es el componente que no se está cumpliendo y poder fortalecer en cuanto al mejoramiento del servicio y para los investigadores es profundizar y ampliar los conocimientos a través de revisiones bibliográficas en cuanto a la humanización de la atención en salud y de la misma manera identificar los obstáculos y fortalezas en la institución hospitalaria ;para así analizar los resultados arrojados en el trabajo de investigación; y el beneficio de la institución hospitalaria es sensibilizar sobre la importancia de una atención digna y humanizada hacia el usuario. En ningún momento habrá remuneración económica.

Se me ha informado que no me ocasionarán riesgos físicos, morales, mentales, emocionales y sociales, ni ahora ni a futuro.

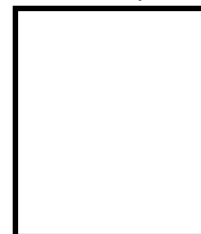
A su vez, me comentaron que utilizarán todas las normas de bioseguridad pertinentes; seré tratado con equidad-igualdad y respeto y se me responderá a cualquier duda que se me presente en cualquier momento de la investigación.

Al firmar este documento reconozco que he leído o me han leído y entendido el documento y el trabajo que realizaran. Comprendiendo estas explicaciones, doy mi consentimiento para la realización del trabajo y firmo a continuación:

NOMBRE PARTICIPANTE _____ FIRMA _____ C.C: _____

FIRMA DEL TESTIGO 1. _____

TESTIGO 2. _____



FIRMA DE LOS INVESTIGADORES Y DIRECTOR DEL TRABAJO:

Anexo B. Formato de encuesta

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS EN ATENCIÓN HUMANIZADA DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL DE SANTIAGO DE CALI -2019.

La siguiente encuesta es para conocer que percepción tiene usted como usuario en cuanto la atención humanizada que ha recibido en el servicio de hospitalización durante su estadía en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario, lo cual consta de 21 preguntas cerradas que hacen parte de los componentes de humanización de la institución,

Preguntas sociodemográficas

Sexo: F _____ M _____ Edad: _____ Estrato: _____

Responda con una X la respuesta correcta:

1. ¿Cuál es el servicio en el que encuentra recibiendo la atención?

- a) Sala 1
- b) Sala 2
- c) Sala 3
- d) Sala 4
- e) Sala 5
- f) Sala 6
- g) Sala 7
- h) Sala 8

2. ¿Cuál es el tiempo que lleva hospitalizado?

- a) 21- 30 días
- b) 31 - 40 días
- c) 41 – 50 días
- d) 51 – 60 días
- e) 61 – 70 días
- f) 71 y más días.

Preguntas de percepción de la atención humanizada o deshumanizante

3. ¿Qué entiendes por humanización?

- a) Es brindar una atención humana que incluye acompañamiento asistencial, educativo y de soporte a la familia.
- b) Es acción de obrar de buena manera ante un paciente para recibir algo a cambio
- c) Es acto humanizado que brinda una enfermera a una persona enferma.

4. ¿Qué entiendes por deshumanización?

- a) Proceso mediante el cual una persona o un grupo de personas logran despojarse de sus características humanas.
-Pérdida de los valores éticos y de la sensibilidad de una persona.
- b) Acto que cobija al ser humano a ser protegido.

5. ¿Ante cualquier intervención médica el personal de salud le informa el procedimiento que le va a realizar?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

7. ¿Tiene conocimiento o le han explicado acerca de su patología?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

8. ¿Durante su estancia hospitalaria es llamado por su nombre y atendido con amabilidad?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

9. ¿Durante su aseo personal considera que tiene espacio suficiente para su privacidad?

- a) Si
- b) No

10. ¿Considera que el trato que usted dirige al personal de salud es con respeto?

- a) Si
- b) No

11. ¿Considera que durante su estancia hospitalaria ha recibido un trato respetuoso?

- a) Si
- b) No

12. ¿Es respetada su opinión en cuanto aceptar o rechazar cualquier procedimiento?

- a) Si
- b) No

13. ¿Ha sido participe de proyectos investigativos del hospital?

- a) Si
- b) No

14. Si su respuesta fue si, ¿Le hicieron firmar consentimiento informado del proyecto de investigación?

- a) Si
- b) No

14. ¿Le dieron a conocer sus derechos y deberes?

- a) Si
- b) No

15. si su respuesta anterior fue si, ¿alguno de esos derechos ha sentido que se le ha vulnerado?

- a) Si
- b) No

16. ¿Colabora con el tratamiento y terapias de mejoramiento de su salud?

- a) Si
- b) No

17. ¿Ha recibido oportunamente tratamiento y seguimiento de su patología?

- a) Si
- b) No

18. ¿Es oportuna la información acerca de procedimientos e intervenciones médicas?

- a) Si
- b) No

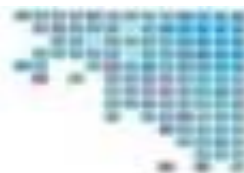
19. ¿Cómo califica el grado de atención durante la estancia hospitalaria??

- a) Excelente
- b) Bueno
- c) Regular
- d) Malo

20. ¿Se ha sentido excluido por parte del personal de salud durante su hospitalización?

- a) Si
- b) No

Anexo C. Aval otorgado por el comité científico de ética y bioética de la facultad de salud



UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI COMITÉ CIENTÍFICO DE ÉTICA Y BIOÉTICA - "CEB-USC" FACULTAD DE SALUD

Santiago de Cali, 30 de noviembre de 2018

Doctor(a): **MARÍA ANGÉLICA SOTO**

Estudiantes: **ERIKA FERNANDA FILIGRANA UL, INDIRA VANESSÁ GUERRERO VIVEROS, DIANA ALEXANDRA VILLA FIGUEROA**

Docentes y estudiantes del Programa de Enfermería

E. S. M.

Asunto: Aval para el proyecto de investigación titulado: PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS EN ATENCIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD MENTAL DE SANTIAGO DE CALI 2019

El comité Científico de Ética y Bioética de la Universidad Santiago de Cali - "CEB-USC" - Facultad de Salud en la sesión del 30 de noviembre de 2018 según Acta N°08, en uso de sus funciones para las cuales fue creado, resuelve:

OTORGAR EL AVÁL DESDE EL PUNTO DE VISTA ÉTICO Y BIOÉTICO, al proyecto en mención, con la (x) siguiente (s) recomendación (es):

- El equipo investigador del comité de ética y Bioética de la Facultad de salud, en pleno uso de sus funciones, aceptado por el consejo académico de la Universidad Santiago de Cali, encuentra alguna(s) situación(es) inconsistente(s) que pueda(n) afectar, o alterar el objeto de estudio, por lo cual es responsabilidad del director, investigador o estudiantes en hacer las correcciones.
- Se solicita tener en cuenta las observaciones y sugerencias anotadas en el formato de evaluación del cual se anexa, así como en el trabajo propiamente.
- A partir de las correcciones realizadas, podrán continuar con el trabajo de campo.

Si durante el desarrollo del proyecto de investigación, el equipo investigador encuentra alguna(s) situación(es) anormal(es) que pueda(n) perjudicar, o alterar el objeto involucrado en el estudio, o exista algún cambio de objetivos, título, u otro aspecto relevante, se debe informar de inmediato a este comité, ya que cualquier hallazgo en este sentido, puede variar el curso de la investigación, de lo cual esta comité se encuentra sereno de responsabilidad.

Atenidamente,

GLORIA LIZARRALDE
Presidenta del Comité de Ética
CC: Archivo del CEB-USC-Facultad de Salud



LUZ ELENA URIBE DE O.
Secretaria del Comité de Ética



Unidad de Gestión del Servicio Prepagado S.A. S.P.A. - Unidad de Gestión del Servicio Prepagado
Calle 100 No. 100-100, Bogotá D.C. - Colombia

