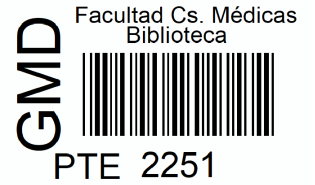


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**Calidad de atención de enfermería brindada y percepción de
trato digno en usuarias que acuden a un servicio de
interrupción legal del embarazo en un hospital público de la
ciudad de Rosario**

Por:

Silva, María Belén

Director:

Lic. Cevilan Maximiliano

Docente Asesor:

Lic. Córdoba Natali

Rosario, 02 de diciembre 2019

Resumen

Las mujeres embarazadas que desean interrumpir su embarazo de forma voluntaria deben recibir un trato digno durante el proceso de atención. El trato digno incluye saludo amable, presentación del personal de salud, hablar a la paciente por su nombre, explicación e información de procedimientos a realizar , salvaguardar la intimidad , trato respetuoso, y la satisfacción del paciente con respecto al trato personal que le atendió.

El objetivo de este estudio es describir la relación existente entre la calidad de atención de enfermería brindada y la percepción de trato digno en usuarias que acuden a un servicio de ILE en un Hospital Municipal de la Ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2020.

Se llevará a cabo un estudio con abordaje metodológico cuantitativo, descriptivo de corte trasversal y la recolección de datos en forma prospectiva se realizará mediante la observación de la calidad de atención de enfermería brindada a las usuarias que acuden a un servicio de interrupción legal del embarazo y a través de un cuestionario estructurado se valorará el trato digno desde la percepción de las usuarias.

Palabras claves: calidad de atención de enfermería brindada - percepción de trato digno- Interrupción legal del embarazo.

INDICE GENERAL

Resumen y palabras Clave	1
Índice general	2
Introducción	
Estado del arte	3
Planteamiento del problema en estudio	5
Hipótesis y objetivos	5
Marco Teórico	7
Material y métodos	
Tipo de estudio	24
Sitio donde se realizará la investigación	25
Población y muestra	26
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	28
Personal a cargo de la recolección de datos	34
Plan de análisis	35
Plan de trabajo y cronograma	39
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación	41
II. Instrumento de recolección de datos	43
III. Resultado del estudio exploratorio	53
IV. Resultado de la prueba piloto del instrumento	54
Bibliografía	56

INTRODUCCIÓN:

Este estudio abordará la calidad de atención de enfermería y la percepción de trato digno, en mujeres que acuden a una ILE (interrupción legal del embarazo).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como un procedimiento utilizado para terminar un embarazo no deseado y que es realizado por personal sin el adecuado conocimiento y destreza; o es realizado en un lugar que no cumple con los estándares médicos básicos; o ambas situaciones. Así también define el aborto seguro, como los abortos que se realizan en países en donde la ley no restringe su realización y es permitido legalmente por razones sociales o económicas o bien se cumplen requerimientos legales para su realización en ciertas causales permitidas. (Kestler, 2018)

Para la mayoría de los países centroamericanos el aborto está permitido por algunas causales. No se permite su realización bajo ninguna circunstancia en la República de El Salvador, Honduras y Nicaragua, y está legalmente permitido para salvar la vida de la mujer en Guatemala, Costa Rica y Panamá. Sin embargo, para acceder a la interrupción del embarazo se requiere del cumplimiento de una serie de criterios o condiciones, más médico administrativas, como por ejemplo la firma de médicos especialistas que avalen el procedimiento, lo que hace imposible su realización. Independientemente de la situación legal, en todos los países centroamericanos las mujeres acuden a servicios de aborto inseguro y clandestino, teniendo siempre más riesgo de morbilidad y mortalidad las mujeres pobres, rurales e indígenas. (Kestler, 2018)

El aborto inseguro es considerado como un problema de salud pública que contribuye con 10-15% de las muertes maternas en los países centroamericanos. Se estima que 70.000 muertes maternas ocurren al año a nivel mundial como consecuencia de los abortos realizados en condiciones de riesgo y de éstas el 99% ocurren en países en desarrollo y en donde Centroamérica contribuye con trecientas muertes maternas por aborto al año. La mayoría de estas muertes maternas por aborto son prevenibles. (Kestler, 2018)

Los factores asociados que aumentan la morbilidad y mortalidad materna a causa del aborto inseguro en los países centroamericanos no son tan diferentes de los factores encontrados en otros países en vía de desarrollo. Un inadecuado y poco funcional

sistema de salud que no dispone, ni ofrece métodos contraceptivos efectivos para que la mujer complete su demanda insatisfecha y así prevenir los embarazos no deseados, es un denominador común en Centro América. Por otra parte, en todos los países centroamericanos además de las leyes que penalizan el aborto, persisten las actitudes culturales y religiosas negativas, en una cultura totalmente machista y conservadora. (Kestler, 2018)

La consulta de mujeres al sistema de salud, que se encuentran cursando, una interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal, en cualquiera de sus variantes clínicas- es una situación frecuente y su atención forma parte de la práctica diaria de las/ los integrantes de los equipos de salud. (Ministerio de salud, 2015)

En el proceso de atención es importante tener presente que cursar un aborto suele ser una experiencia difícil en la vida de una mujer.

Por su parte, recibir una atención completa, integral y oportuna es fundamental para transmitir en mejores condiciones dicha situación e indispensable para superarlo adecuadamente. Además se debe tener en cuenta que el contacto de las mujeres con el sistema de salud representa una oportunidad para realizar otras intervenciones, tendientes al cuidado de su salud, y para promover conductas de autocuidado. (Ministerio de salud, 2015)

Cuando las mujeres acceden a un aborto seguro, adquieren la posibilidad de continuar con sus planes de vida, no agravar una mala condición económica, poner fin a una historia de violencia, poner a salvo su vida en procedimientos inseguros. De tal manera el aborto, igual que el embarazo, debe ser visto como una opción en la vida sexual y reproductiva de la mujer. Asimismo, la consejería es una estrategia de trabajo y también un espacio de encuentro. En ambos casos su objetivo es acercar información a las personas sobre sus derechos y posibilidades para que tomen decisiones libres e informadas, sin sentirse presionadas o juzgadas. (Ipas, Mexico, 2019)

Desde entonces, el acceso a los servicios de aborto de calidad se relaciona con el ejercicio de varios derechos humanos. El derecho a la salud durante los procesos reproductivos de las personas, implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, esto incluye la elección ó no de la maternidad. Los derechos sexuales y reproductivos, comprenden la capacidad de vivir y expresar la sexualidad de

forma libre, placentera sin violencias, presiones, ni discriminación, evitando las ITS (infecciones de transmisión sexual), independientemente de la reproducción. (Ipas, Mexico, 2019)

Por lo tanto los derechos sexuales y reproductivos deben garantizarse a través de las políticas públicas y de la práctica profesional. Conocer tales derechos es de gran importancia para un ejercicio profesional responsable.

El presente estudio plantea el siguiente problema de investigación:

¿Qué relación existe entre la calidad de atención de enfermería brindada y la percepción de trato digno, en las usuarias que acuden a un servicio de Interrupción Legal del Embarazo, en un Hospital Público de la Municipalidad de Rosario en un periodo de julio- diciembre de 2020?

La Hipótesis que se pretende demostrar mediante el presente estudio es que a mayor calidad de atención brindada por enfermería, mayor será la percepción de trato digno que recibirán las usuarias que acuden a un servicio de ILE. Estableciendo como objetivo general analizar qué relación existe entre la calidad de atención de enfermería brindada y la percepción de trato digno en usuarias que acuden a un servicio de ILE en un Hospital Municipal de la Ciudad de Rosario en un periodo de enero- junio de 2020.

Planteando los siguientes objetivos específicos:

- Identificar calidad técnica y calidad interpersonal en la atención brindada por el personal de enfermería.
- Identificar la percepción de trato digno según la dimensión, formación de un sistema de valores humanísticos y altruista.
- Identificar la percepción de trato digno según la dimensión instalación de fe y esperanza.
- Identificar la percepción de trato digno desde el plano de la sensibilidad.
- Identificar la percepción de trato digno en relación a los cuidados humanos de ayuda y confianza.
- Identificar la percepción de trato digno según la expresión de sentimientos positivos o negativos.
- Identificar la percepción de trato digno según uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones.

- Identificar la percepción de trato digno según la promoción de la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.
- Identificar la percepción de trato digno según creación de un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual.
- Identificar la percepción de trato digno según la satisfacción de necesidades humanas.
- Identificar la percepción de trato digno según aceptación de fuerzas existenciales fenomenológicas.

Como propósito se presentarán los resultados obtenidos del estudio a las autoridades pertinentes, proponiendo estrategias para el trabajo interdisciplinario, como reuniones educativas, espacios de debate, y participación activa del equipo de salud; para reforzar los servicios de atención de ILE. Y garantizar que esa atención sea de calidad para las usuarias que acceden a dichos servicios.

MARCO TEORICO

La historia del derecho a la interrupción del embarazo en Argentina comienza en 1986 con la sanción del primer Código Penal, en el cual se penalizan todos los casos de aborto sin excepción alguna. Sin embargo, con la primera reforma del código en 1903, se establece la primera salvedad: los casos de tentativas de interrupción del embarazo no son punibles. (Gianantonio, Carlos, 2018)

Años más tarde, se realiza la segunda reforma del Código en 1921 y se establecen los casos en los que no se debe penar la interrupción del embarazo: cuando se practica con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer, cuando se interrumpe un embarazo fruto de una violación o de un atentado contra el pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. (Gianantonio, Carlos, 2018)

En 1968, durante el régimen de la autodenominada Revolución Libertadora Argentina, entra en vigencia el Decreto Ley N° 17.567, el cual establece la no penalización si el peligro para la vida o la salud de la mujer es grave; o en cualquier caso de violación, siempre que este estuviera judicializado, y con el consentimiento de un representante legal si la mujer fuera menor, idiota o demente. En 1973 en un contexto de democracia, estas modificaciones fueron dejadas sin efecto a través de la sanción de la Ley N° 20.509. (Gianantonio, Carlos, 2018)

A pesar de esto en el año 1976 nuevamente en bajo un gobierno de facto autodenominado Proceso de Reorganización Nacional se sanciona el decreto Ley N° 17.567 sancionado en 1968. (Gianantonio, Carlos, 2018)

Recién en 1984, el gobierno democrático sanciona la Ley N° 23.077, que retrotrae el marco legal al Código Penal de 1921 donde se establecen los casos de no punibles vigentes actualmente. En 2012, la corte suprema se pronuncia con el fallo "F.A.L" sobre el aborto por violación y resuelve que las mujeres violadas sean, "normales o insanas" (de acuerdo al fallo), pueden interrumpir el embarazo sin autorización judicial previa ni temor a sufrir una posterior sanción penal, eximiendo de castigo al médico que practique la intervención. Según el fallo, solo es necesaria una declaración jurada que deje constancia del delito del que fue víctima la persona que quiera interrumpir el embarazo. (Gianantonio, Carlos, 2018).

Respecto al marco normativo que rige en la atención de las personas que cursan un aborto está formado por los tratados internacionales de derechos humanos que reconocen el derecho a la atención médica y la legislación nacional que establece los parámetros legales de la atención sanitaria. (Ministerio de salud, 2015)

Es importante destacar que la legislación, de acuerdo a estándares internacionales, amplía el concepto de relación médico paciente para involucrar a lo que se conoce frecuentemente como “equipo de salud”, es decir todo aquel que trabaja en un servicio, se trate de profesionales médicos, enfermeros, trabajadores sociales, obstétricas/os, etc., o de quienes se ocupan del servicio hospitalario administrativo o de maestranza. (Ministerio de salud, 2015)

Existen varias normativas a tener en cuenta en la atención de mujeres que cursan un aborto entre ellas las siguientes: La Ley N°26.529/2009 de “Derechos del paciente su relación con los profesionales e instituciones de salud”, la cual establece el derecho a : Ser asistida por el equipo de salud sin distinción ya sea por sus creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual, o cualquier otra condición; recibir un trato digno y con respecto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor, y de su intimidad; recibir la información vinculada a su salud y las opciones terapéuticas disponibles, que se deben transmitir de forma clara y acorde a sus capacitaciones. Esta debe darse por escrito si es su deseo obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, con o sin expresión de causa el paciente puede aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos. También por otro lado la Ley N°26.061/2005, de “Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes”, la cual otorga a los niños, niñas y adolescentes similares derechos en lo referido a la toma de decisiones. Y por último la Ley N°26.485/2009, de “Protección integral para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, define “violencia obstétrica “ al trato deshumanizado hacia las mujeres, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, atención pre y post parto. (Ministerio de salud, 2015)

Los abortos no punibles se encuentran contemplados en el artículo 86, segundo párrafo, incisos 1 y 2 del Código Penal de la Nación. El Código Penal es Ley Nacional

sancionada por el Congreso de la Nación en el año 1921, y el artículo 86 mencionado se remonta a esa época. Este artículo establece cuatro situaciones en que el aborto está permitido: (I) Si hay peligro para la vida de la mujer y este peligro no puede ser evitado por otros medios; (II) Si hay peligro para la salud de la mujer y este peligro no puede ser evitado por otros medios, con respecto a éste inciso se establece lo siguiente: a) la salud es un concepto integral que tiene tres dimensiones: física, mental-emocional y social, de acuerdo a lo establecido por la OMS, b) el concepto de peligro no exige la configuración de un daño, sino su posible ocurrencia; (III) Si el embarazo proviene de una violación, teniendo en cuenta los embarazos producto de una violación cometida por un novio, marido o pareja violenta deben considerarse como casos con derecho a solicitar su interrupción legal ; (IV) el embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental. (Ministerio de Salud, 2015).

El ejercicio de la opción a ILE en dichas circunstancias se encuadra en los derechos a la autonomía personal, la privacidad, la salud la vida, la educación y la información; asimismo, a los principios de no discriminación e igualdad. La decisión de la mujer es incuestionable y no debe ser sometida por parte de las / los profesionales de la salud a juicios de valor derivados de sus consideraciones personales o religiosas.

La realización de ILE debe guiarse fundamentalmente por los principios rectores, los cuales surgen de la normativa internacional de derechos humanos con rango Constitucional para nuestro país (art. 75, inc. 22) de la propia Constitución y de la legislación argentina, los mismos se mencionan a continuación: 1) el principio a la autonomía donde la mujer debe obtener la información veraz, adecuada y completa por parte de los profesionales de salud y así poder entender el proceso que está viviendo y tomar la mejor decisión posible para ella. Debe respetarse el derecho de la persona a decidir sobre las cuestiones relacionadas con su cuerpo, su salud, y su vida; 2) Accesibilidad : no deben interponerse obstáculos médico-burocráticos o judiciales para acceder a la prestación de una ILE, ya que ponen en riesgo la salud de quien requiere la práctica; 3) No judicialización: la interrupción debe ser practicada por el equipo de salud sin intervenciones adicionales innecesarias sean medicas administrativas o judiciales, ya que la judicializar significa dar intervenciones de cualquier forma a organismos judiciales o policiales, dando estado público a una situación privada y confidencial de quien acude al servicio de salud: 4) Confidencialidad: el derecho de la mujer que toda persona que participe en la

elaboración o manipulación de la documentación clínica guarde la debida reserva. La historia clínica y toda la información contenida en ella son de titularidad exclusiva de la mujer; 5) Privacidad: los servicios donde se lleven a cabo procedimientos de ILE deben respetar la privacidad de las mujeres durante todo el proceso. Esto incluye por lo menos la adecuación de los espacios donde se practiquen. Asimismo se debe garantizar la privacidad de la información solicitada de la mujer y toda aquella que se consigue de la historia clínica; 6) Celeridad/ rapidez se debe garantizar una atención ágil e inmediata, la institución en la cual se practique deberán prestar toda la colaboración necesaria para que el proceso de atención integral sea brindado lo más rápido posible; 7) Transparencia activa: los profesionales de la salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar disponible de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita. Dicha información debe ser actualizada, completa, comprensible y brindada en lenguaje accesible.

(Ministerio de Salud, 2015)

En lo que respecta a las circunstancias que habilitan la interrupción legal del embarazo son que aquellas que el embarazo constituya un peligro para la salud o la vida de la mujer, o que haya sido producto de una violación. La causal salud incluye el peligro para la salud y el peligro para la vida, ya que este último debe ser entendido como la situación extrema de la afectación de la salud. Según la OMS, la salud implica el “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones.” Una atención adecuada y completa de situaciones que habilitan la ILE implica necesariamente una visión integral de la salud. Las pautas para identificarlas son: - El peligro para la salud debe ser entendido como la posibilidad de la afectación de la salud. No requiere la constatación de una enfermedad y, en este sentido, no debe exigirse que el peligro sea de una intensidad determinada. Bastará con la potencialidad de afectación de la salud de la mujer para determinar el encuadre como causal de no punibilidad para el aborto; - La salud es un concepto integral que tiene tres dimensiones : física, mental-emocional y social de acuerdo a lo establecido por la OMS; - La afectación de la salud mental puede resultar en un trastorno mental grave o una discapacidad absoluta, pero incluye también el dolor psicológico y el sufrimiento mental asociado a la pérdida de la integridad personal y la autoestima: - el concepto de peligro no exige la configuración de un daño, sino su posible concurrencia; - La decisión de la mujer sobre qué tipo de peligro está dispuesto a correr debe ser el

factor determinante en la decisión de requerir la realización de una ILE; -Si se trata de una mujer en buenas condiciones de salud, pero con factores predisponentes, la continuación del embarazo puede constituir un factor de precipitación de una afectación; asimismo, en los casos con enfermedades crónicas o agudas, la continuación del embarazo puede actuar como un factor de consolidación de la enfermedad, como por ejemplo su cronificación, aparición de secuelas o incluso la muerte. (Ministerio de Salud, 2015)

La causal violación como se dijo, de acuerdo al inc.2 del art.86 del Código Penal, toda mujer víctima de violación, con independencia de que tenga o no una discapacidad intelectual o mental, tiene derecho a la interrupción legal del embarazo producto de una dicha violencia sexual. En estas situaciones es importante considerar que: la violación es una expresión de la violencia sexual y esta es una manifestación de la violencia de género, por lo tanto los embarazos producto de una violación cometida por un novio, marido o pareja violenta deben considerarse como casos con derecho a solicitar una ILE. En los casos de violación, el único requisito para acceder a una ILE es que la mujer, o cuando lo fuera necesario su representante legal, realice una declaración jurada donde afirme que el embarazo que cursa es producto de una violación.

Si existe una denuncia judicial o policial previa a la solicitud de la ILE, esta valdrá como la declaración jurada. La declaración jurada debe ser simple, sin formalidades legales, y no se podrá exigir a la persona que profundice en las circunstancias del hecho o que brinde prueba alguna. Para la realización de la ILE nunca es exigible la denuncia policial o judicial de violación. (Ministerio de Salud, 2015)

Los profesionales de la salud podrán ser responsables penal, civil y/o administrativamente por el incumplimiento de sus obligaciones en el ejercicio de su profesión cuando, de forma injustificada, no constaten la existencia de alguna de las causales previstas en el código penal para la realización de una ILE, realicen maniobras dilatorias durante el proceso, suministren información falsa o cuando prevalezca en ellos una negativa injustificada a practicar el aborto. (Ministerio de salud, 2015)

Todo profesional de la salud tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia con respecto a la práctica del aborto no punible, siempre y cuando no se traduzca en la

dilatación, retardo o impedimento para el acceso a esta práctica médica(fallo F.A.L 2012).

La **Objeción de Conciencia** es un DERECHO de todos/as los/as TRABAJADORES DE LA SALUD, en cuanto, a no ser obligado/a a realizar acciones que contrarían convicciones éticas o religiosas muy profundas del individuo (Ariel, 1985). OBJETAR una práctica, significa NEGARSE a hacerla, y esta negativa puede ser por diversos motivos: se consideran como motivos DE CONCIENCIA aquellos que atentan contra los principios antes mencionados, por lo tanto para que la objeción sea válida es necesario aclararlos cuando completa el formulario. El objetor no debería estar defendiendo una idea en forma pública, ni propugnando por la reforma de una norma o decisión. Simplemente se niega a ser parte de la PRÁCTICA que objeta. No intenta convencer a nadie, solamente busca que lo dejen en paz con sus creencias y que no lo obliguen a hacer cosas que rechaza profundamente. (Alegre, 2013). Por esto mismo, la objeción de conciencia es INDIVIDUAL, en el sentido que: -cada individuo expresa su opinión mediante el ejercicio de este derecho, sin detrimento de las opiniones de otros /as; - la objeción de conciencia no puede ser institucional sino que es competencia de los sujetos que la integran. (REEDAAS, 2014)

Este derecho emana de la protección que la Constitución garantiza a la libertad de culto y de conciencia, y a las acciones que no perjudiquen a terceros de los Artículos 14,19 de la Constitución Nacional. (REEDAAS, 2014)

La objeción de conciencia es siempre individual y no institucional. De acuerdo a esto, todos los efectores de salud en los que se practique la ILE deberán garantizar su realización en los casos con derecho a acceder a ella. Asimismo deberán contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley les confiere a las personas en relación a ésta práctica. (Ministerio de salud, 2015)

Las demoras innecesarias, el brindar información falsa o negarse a llevar a cabo el tratamiento constituyen actos que pueden ser sancionados administrativamente, civil y/ o penalmente. En caso de que un/una profesional de la salud desee ejercer su derecho a la objeción de conciencia, deberá notificar su voluntad por escrito a las autoridades del establecimiento de salud en el que se desempeñe; es decir que solo podrá ejercerlo

cuando se haya declarado y notificado previamente a las autoridades pertinentes. (Ministerio de salud, 2015)

Los profesionales objetores, aunque hayan notificado previamente su voluntad, están obligados a cumplir con el deber de informar a la mujer sobre su derecho a acceder a una ILE si constatan alguna de las causales que lo justifican. En este caso el profesional debe remitirla inmediatamente a un profesional no objetor para que continúe la atención. De no existir alguien encuadrado en esa categoría, debe realizar la interrupción; es decir que no puede invocar su objeción para eludir el deber de participar de un procedimiento de ILE. (Ministerio de Salud, 2015)

Con respecto a la atención integral del aborto, la cual se enfoca en los servicios relacionados con el aborto, tomando en cuenta las necesidades de salud física y emocional de cada mujer, sus circunstancias y su posibilidad de obtener atención médica. La misma incluye: el aborto inducido (en donde la ley lo permite), tratamiento del aborto incompleto, aborto diferido o aborto inseguro, consejería, servicios de anticoncepción y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva. Se pueden mencionar **tres fases** dentro de la atención integral del aborto: la **primer fase pre-aborto**, que está ligada a la información el cual es un componente necesario de cualquier cuidado médico y siempre se le debe brindar a la mujer que considera hacerse un aborto, como mínimo debe incluir los métodos abortivos y las opciones del manejo del dolor de entre las cuales la mujer puede elegir; que se hará antes, durante y después del procedimiento, incluyendo cualquier examen que se pueda realizar; qué es probable que pueda sentir o experimentar, por ejemplo (dolor y sangrado) y cuánto tiempo es probable que lleve el proceso; como reconocer posibles complicaciones, y cómo y dónde consultar, de ser necesario; cuando podrá reintegrarse a sus actividades normales incluyendo las relaciones sexuales; cuidados de seguimiento incluyendo la prevención de embarazos no deseados en un futuro; los requisitos jurídicos o de notificación que sean necesarios. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

Al igual que en toda práctica médica, debe solicitarse a la mujer embarazada el CONSENTIMIENTO INFORMADO para proceder a la interrupción del embarazo. El consentimiento informado es la manifestación libre y voluntaria de una persona que solicita y consiente someterse a determinada práctica una vez que recibió información clara, precisa y completa sobre sus derechos, los procedimientos, los riesgos y los efectos para su salud y su vida. Debe dejarse constancia en la historia clínica de la

información brindada, la constancia de la mujer embarazada de haber comprendido dicha información, dejándose debida constancia del consentimiento a efectuar la interrupción del embarazo suscripto por la mujer y /o representante legal según sea el caso y los /las profesionales responsables. (Ministerio de Salud, 2010)

El principio ético fundamental que guía el proceso de consentimiento informado es el respeto por la autonomía de la persona y por lo mismo, no requiere el consentimiento (autorización) de un tercero, como el marido o pareja, para acceder a un servicio de salud. Por ende, los servicios de salud no deben imponer como requerimiento la autorización del marido o compañero/a.

En tanto se acepte que el derecho a la salud y su efectivo ejercicio se refiere a derechos personalísimos, se acuerda en la idea de que los actos para efectivizarlo no son susceptibles de ser ejercidos por un representante pues corresponden a la esfera de la autonomía personal y de la libertad, toda vez que implican la facultad de decidir y elegir por sí misma, en tanto no afecte derechos de terceros. Por ellos en los casos de las personas menores de 14 años se debe requerir la asistencia de los padres, tutores o encargados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata. La decisión, si la niña tiene capacidad de comprender que está decidiendo, es de ella, toda vez que se procura conciliar el derecho de la paciente a la autodeterminación con la protección de la salud, respetando las previsiones del artículo 61 del Código Civil, el artículo 3 de la Ley Nacional N° 26.061b y la Convención sobre los derechos del niño. (Ministerio de Salud, 2010)

En caso de negativa injustificada de sus padres, tutores o encargados a consentir el acto médico o falta de acuerdo entre sus progenitores, se procede de acuerdo a lo establecido en el artículo 61 del Código Civil.

Ofrecer consejería: la consejería es un proceso dirigido e interactivo a través del cual la mujer recibe voluntariamente apoyo, información adicional y orientación de una persona capacitada en un entorno propicio para compartir maneras de pensar, sensaciones y percepciones. Al brindar asesoramiento recordar comunicar la información en lenguaje sencillo, mantener la privacidad, apoyar y asegurar una respuesta adecuada a las preguntas y necesidades de la mujer y evitar imponerle los valores y creencias personales a la mujer. En cuanto a la toma de decisiones si la mujer decide realizarse un aborto y se dispone de toda una serie de métodos abortivos,

debe poder elegir entre los métodos disponibles que sean apropiados, dependiendo de cuanto lleva de embarazo y de su estado de salud. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

En cuanto a los antecedentes médicos los elementos vinculados son: los datos personales, razón por la que buscar ayuda médica, antecedentes ginecológicos, sexuales, médicos y quirúrgicos, medicamentos y alergias y antecedentes sociales. Los elementos vinculados al examen físico son la valoración del estado general, el examen abdominal y examen de pelvis (examen bimanual y con espejito). También de ser necesario y de estar disponibles, se pueden realizar los siguientes exámenes sobre la base de los factores de riesgo individuales, lo que se encuentre en el examen físico y los recursos con los que se cuente: prueba de embarazo si el embarazo no está confirmado, hemoglobina o hematocrito si se sospecha anemia, pruebas de Rhesus (RH), donde se disponga de inmunoglobulina Rh para las mujeres Rh negativas, pruebas de HIV (virus de inmunodeficiencia humana) asesoramiento, despistaje de ITS (habitualmente se realiza durante el examen de pelvis al igual que el tamizaje de cáncer cervical, y por último el diagnóstico ecográfico, de estar indicado, para confirmar la fecha de embarazo o la ubicación del embarazo). También en esta fase de pre-aborto es importante el análisis de las opciones anticonceptivas, a través del suministro de información y asesoramiento, informar que la ovulación puede restablecerse dentro de las dos semanas siguientes a un aborto, por lo que existe el riesgo de que quede embarazada a menos que use un método anticonceptivo eficaz. Si la mujer está interesada en anticoncepción, necesita información precisa que la ayude a elegir el método más apropiado para satisfacer sus necesidades, hay que entender que algunas mujeres prefieren hablar de las opciones de anticoncepción una vez finalizado el aborto. En última instancia, la decisión final sobre si se debe utilizar un método anticonceptivo, y en ese caso, cuál sería el método a utilizar, corresponde únicamente a la mujer. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

La segunda fase es la de Aborto, la OMS define al aborto.... “como la interrupción de un embarazo antes de que el feto logre la viabilidad (menor de las 22 semanas de edad gestacional, con un peso fetal menor de 500 gramos y una longitud cefalocaudal menor de 25 cm)”.

A través de la evaluación clínica es posible determinar cuál de los patrones clínicos se aproxima más a la situación de la mujer que consulta. El tratamiento definitivo va a

depender del tipo de aborto, su etapa y la altura del útero determinada en el examen pélvico o edad gestacional. (Ministerio de salud, 2015)

Entonces para los diferentes tipos y etapas de aborto, se tienen en cuenta los siguientes síntomas y tratamiento: - Amenaza de aborto: retraso menstrual o amenorrea secundaria, test de embarazo positivo, sangrado genital de pequeña o moderada intensidad y/o dolor tipo cólico en hipogastrio generalmente poco intenso, sin modificaciones cervicales , volumen uterino acorde a amenorrea, ecografía con vitalidad fetal positiva. – Aborto inevitable: retraso menstrual o amenorrea secundaria, hemorragia abundante o ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico, dolor tipo cólico en hipogastrio, volumen uterino igual o menor que la amenorrea, puede haber o no dilatación cervical. – Aborto en evolución: expulsión inminente de tejido ovular, retraso menstrual o amenorrea secundaria, hemorragia persistente, dolor tipo cólico progresivo en intensidad y frecuencia, modificaciones cervicales, volumen uterino menor que la amenorrea. – Aborto completo : expulsión completa del producto de la concepción , retraso menstrual o amenorrea secundaria, disminución de la hemorragia, orificio interno del cuello que puede estar abierto o cerrado, volumen uterino menor que la amenorrea , en la ecografía cavidad vacía o con imágenes sugestivas a coágulos. – Aborto incompleto: expulsión parcial del producto en concepción, retraso menstrual o amenorrea secundaria, hemorragia y dolor tipo cólico de magnitud variable, dilatación cervical, volumen uterino menor a la amenorrea, la ecografía confirma el diagnostico pero no es imprescindible. – Aborto detenido o diferido: retraso menstrual o amenorrea secundaria, puede o no acompañarse de hemorragia o dolor, no hay modificaciones cervicales, volumen uterino menor que por amenorrea, suele cursar con regresión de los síntomas y signos de gestación, en la ecografía hay ausencia de vitalidad fetal o presencia de saco gestacional sin embrión (huevo anembrionado). – Aborto infectado: cualquiera de las formas clínicas a las que se agrega infección intrauterina y/o pélvica, secreción hematurpúscula a través del cérvix con olor a fétido , temperatura menor a 36°C o mayor a 38° C sin otro sitio clínicamente de infección, taquicardia , hipersensibilidad suprapuvica, dolor abdomino-pélvico a la movilización del cérvix o útero, alteraciones del estado general. – Aborto recurrente o habitual: pérdida de tres o más gestaciones antes de las 22 semanas de manera espontánea. Cada pérdida puede presentarse en cualquiera de las formas clínicas descriptas. Si bien excede a esta investigación el estudio y tratamiento del aborto recurrente o habitual, es importante tenerlo presente para que, luego de atender la situación de urgencia, la

mujer sea referenciada a un especialista para realizar los estudios y tratamientos necesarios. (Ministerio de salud, 2015)

El aborto medico es un proceso de múltiples pasos que involucra dos medicamentos (mifepristona y misoprostol) y/ dosis múltiples de una medicación (misoprostol solo). Hasta las 9 semanas de gestación: - mifepristona 200mg vía oral única dosis – misoprostol 800microgramos vía vaginal o sublingual única dosis. También puede ser utilizado el misoprostol solo la dosis es de 800microgramos vía vaginal o sublingual cada 3 – 12 horas hasta 3 dosis. Cuando el embarazo es mayor a las 12 semanas la dosis es de 800 microgramos de misoprostol, seguido de 400 microgramos vía vaginal, luego vaginal o sublingual, cada 3 horas hasta 5 días, se debe comenzar a usar luego de tomar mifepristona. Y sino misoprostol solo 400 microgramos vía vaginal o sublingual, cada 3 horas hasta 5 días. (Organizacion Mundial de la Salud, 2014)

Para embarazos de más de 24 semanas, debería reducirse la dosis de misoprostol, dada la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas, pero no se puede dar recomendaciones de dosificaciones específicas debido a la falta de estudios clínicos. (Organizacion Mundial de la Salud, 2014)

El aborto quirúrgico hasta las 12 semanas de gestación consiste en la aspiración por vacío: aspiración por vacío manual y aspiración por vacío eléctrica.

La aspiración manual endouterina (AMEU) es uno de los procedimientos médicos más seguros y eficaces. Los estudios informan acerca de índices de eficacia de la AMEU de más del 98%, con índices de complicación extremadamente bajos. Otros estudios demuestran que la AMEU ofrece mayor seguridad que un legrado uterino. Además la AMEU puede tener un costo menor en comparación con el legrado uterino. La utilización de esta técnica está indicado para la aspiración/ evacuación endouterina en pacientes de obstetricia y ginecología, entre las indicaciones médicas para la utilización de dicha técnica se encuentran: -El tratamiento del aborto incompleto para tamaños uterinos de hasta 12 semanas o menos después de la fecha de la última menstruación (FUM) – Abortos en el primer trimestre de la gestación (regulación menstrual) – Biopsia endometrial. (Frankel Nina, 2007)

Como cualquier procedimiento invasivo, existe el riesgo de transmisión de infección a los prestadores de servicios de salud, las pacientes y el personal de apoyo mediante el contacto con contaminantes. Para minimizar el riesgo, se deben tomar precauciones

universales en todo momento, tales como utilizar barreras adecuadas (como guantes y mascarillas), manejar los desechos con cuidado y tomar precauciones para evitar lesiones. (Frankel Nina, 2007)

Con respecto al manejo del dolor casi todas las mujeres que se hacen un aborto presentan algo de dolor y calambres. El descuidar este elemento tan importante aumenta innecesariamente la ansiedad y el malestar de una mujer, lo que podría alargar el procedimiento y comprometer la atención. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

La intensidad del dolor que puede sufrir una mujer cuando se le hace la evacuación uterina o la expulsión del embarazo, y su respuesta al dolor, varía mucho. Por eso es preciso valorar individualmente las necesidades de manejo del dolor de cada mujer; para reducir el dolor asociado al aborto pueden servir tantos métodos farmacológicos (ansiolíticos/sedantes por ejemplo: diazepam 5-10 mg, analgesia diclofenac, anestesia local (bloqueo paracervical con lidocaína (habitualmente 10 – 20 ml de 0,5 a 1.0 %) o sedación consciente o anestesia general, en algunos casos especiales no de rutina. Y los métodos no farmacológicos consisten en: comunicación respetuosa sin juicios de valor, apoyar y calmar verbalmente, técnica operatoria suave y delicada, informar cada paso del procedimiento (si la mujer lo desea), presencia de una persona de apoyo que se queda con ella durante el proceso (si la mujer así lo desea), alentar a respirar profunda y controladamente, escuchar música, bolsa de agua caliente o almohadilla térmica. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

La **tercer fase post- aborto** es una serie de intervenciones médicas y de otra índole diseñadas para manejar las complicaciones de los abortos espontáneos e inducidos, tanto seguros como inseguros, y atender las necesidades de salud de las mujeres con relación al aborto. El aborto es un procedimiento médico seguro, la OMS declara “cuando el aborto inducido es realizado por profesionales capacitados que aplican técnicas médicas y fármacos adecuados y en condiciones higiénicas, éste es un procedimiento médico seguro”. Los cinco elementos para la atención post aborto son: 1- tratamiento del aborto incompleto, aborto diferido o aborto inseguro, 2- consejería para identificar y responder a las necesidades de salud emocional y física de las mujeres y otras inquietudes, 3- servicios de anticoncepción y planificación familiar para ayudar a las mujeres a prevenir un embarazo no deseado, 4- servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva que de preferencia son proporcionados en la misma

unidad de salud o por medios de referencias a otras unidades de salud accesibles, 5- alianzas entre la comunidad y los prestadores de servicios para ayudar a las mujeres a prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros, movilizar recursos para ayudar a las mujeres a recibir la atención que necesitan, de manera oportuna, para las complicaciones relacionadas con el aborto y asegurar que los servicios de salud reflejen y satisfagan las expectativas y necesidades de la comunidad. (Ipas, Mexico, 2019)

De acuerdo con la Comisión Interinstitucional de Enfermeras la calidad de los servicios de enfermería se define como: "... la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción de usuario y la del prestador del servicio". La Comisión de Arbitraje Médico (conamed), señala que ésta calidad se considera desde dos dimensiones: la calidad técnica que requiere de la competencia y responsabilidad del profesional para aplicar sus conocimientos y habilidades en todos los cuidados que otorga, entre ellos signos vitales que son las mediciones de las funciones más básicas del cuerpo entre ellos frecuencia cardíaca, presión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura; el examen físico conjunto de maniobras que realiza el profesional para obtener información sobre el estado de salud de una persona y por último la administración del tratamiento, que son las actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales enfermería debe enfocarse a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, y mecanismos de acción. Y por otro lado la calidad interpersonal entendida como el Trato Digno que distingue la atención de enfermería y cuyos rasgos característicos son: comunicación verbal que es el tipo de comunicación en la que se utilizan signos lingüísticos en el mensaje, puede realizarse de dos formas: la comunicación oral, a través de signos orales y palabras habladas de forma gestual; la confianza definida como la esperanza firme que algo suceda, sea o funcione de una forma determinada, o en que otra persona actúe como ella desea y el respeto como la consideración de que algo es digno y debe ser tolerado, sin causar ofensa o prejuicios. (Becerril, 2011)

El Trato digno es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas en toda la extensión de la palabra más que como pacientes debido a la relación asimétrica que la

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

La variable percepción de trato digno cuyas 10 dimensiones son: 1- Formación de un sistema de valores humanístico y altruista (recibe un trato amable de la enfermera; si siente que la enfermera tiene un enfoque positivo en ud; siente que la enfermera le entrega algo de sí misma; siente que la enfermera le entrega algo de sí misma algo propio que las distingue de otras 2- Instalación de fe y esperanza (la enfermera a considerado sus preferencias religiosas o espirituales en su atención brindada; siente que las acciones de la enfermera ayudaron a fortalecer su fe ; siente que la enfermera

al cuidarlo le trasmite formas de sentirse mejor 3- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás (siente que tiene una relación cercana con la enfermera; siente que la enfermera se conmueve con su situación actual ; la enfermera sabe cómo se siente usted y le consulta al respecto; siente que la comunicación con la enfermera es verdadera; usted puede identificar como se siente la enfermera y manifestarlo con confianza ; la enfermera es capaz de saber cómo se siente usted) 4- Desarrollo de una relación de cuidados humanos de ayuda y confianza (puede expresarle a la enfermera sus sentimientos ; siente una confianza mutua entre la enfermera y usted; la enfermera se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente) 5- Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos (la enfermera favorece o permite que usted exprese sus sentimientos; la enfermera le da tiempo para que exprese sus emociones; siente que la enfermera acepta lo que a usted le pasa) 6- Uso sistemático del método científico para la solución de problemas y para la toma de decisiones (siente que el cuidado entregado por la enfermera es organizado y basado en conocimientos; siente que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser ; siente que los cuidados que se le proporciona son diferentes a otras personas) 7- Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal (le ha informado respecto a los cuidados que se le brinda, se les consultan respecto a los procedimientos que le realizan; conoce la razón de los cuidados que se le proporciona; reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados que se le otorgan) 9- Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas (siente que se la ha incluido a usted y su familia en sus cuidados de salud; siente que se apoya con respeto a su personalidad y cuerpo) 10- Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas (la enfermera le ayuda a entender porque está en esa condición, lugar o estado; logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera; la enfermera lo ayuda a comprender a sí mismo y a los demás) (Hermosilla, 2014)

En este proyecto de investigación, la población en estudio son todas las mujeres que soliciten una interrupción legal del embarazo en los servicios de salud. En ellas el aborto se ha convertido en un derecho de la mujer. Durante las primeras 14 semanas de gestación, la mujer puede proceder, libremente y sin supervisión de terceros, a la interrupción voluntaria del embarazo, y hasta la semana 20 siempre que haya un grave riesgo para la vida o salud de la embarazada. La mayoría de las interrupciones son el resultado de una concepción no deseada, pero las razones por las cuales se toma la

decisión de abortar, una vez confirmado el embarazo no deseado, son complejas y por muchos motivos y circunstancias socioeconómicas, familiares, etc.

Con respecto a la otra población en estudio los enfermeros, aquellos que no sean objetores de conciencia y que puedan ofrecer una atención integral para la interrupción legal del embarazo, la misma implica: brindar un trato humanitario, garantizar la atención clínica adecuada, intercambiar información amplia y completa, ofrecer consejería.

El sitio seleccionado es un Hospital Público de la Municipalidad de Rosario de 2° nivel de atención, ubicado en la zona sur de Rosario.

El mismo coordina la atención sanitaria junto con los Centros de Atención Primaria de salud de la ciudad.

El hospital cuenta con consultorios externos con diversas especialidades clínicas y quirúrgicas, Guardia General de adultos y pediátrica e Internación clínica con áreas de aislamiento.

El área suma los servicios de Ginecología y Guardia Tocoginecológica, comprometidos en garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres. Además, funciona una consejería en salud sexual y reproductiva para acompañar a las mujeres, sus familias y parejas en las decisiones sobre su vida sexual.

El equipo interdisciplinario, conformado por el Área de Ginecología, Trabajo Social, Enfermería y Salud mental del hospital, acompaña a las personas en la toma de decisiones informadas y voluntarias sobre su salud sexual y reproductiva.

El dispositivo se enmarca en la política de Salud Integral de la Mujer y los distintos programas de salud sexual y reproductiva que se vienen desarrollando desde hace años en los efectores de salud públicos municipales.

La teoría no solo es esencial para la existencia de la enfermería como disciplina académica, sino que también es vital para la práctica de la profesión.

El investigador de éste proyecto toma como referente teórico, el modelo de Madeleine Leininger, la teoría de Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y la universalidad, donde se identifica la influencia de dos disciplinas para su construcción: la Antropología y la Sociología misma que permiten visualizar al individuo en su contexto sociocultural.

Leininger define a la persona como “ser humano, que cuida, ser cultural, familia, grupo, comunidad, institución social, cultura y subcultura”. Por otro lado se refiere al “bienestar- salud “desde un punto de vista holístico. Término que se considera necesario revisar a partir de dos posturas psicológicas: La escuela de la Gestalt y de Kurt Goldstein; ambos enfoques permiten visualizar al individuo como un ente biopsicosocial. (Puga, Peschard, & Castro, 1990)

Algunos de los principales conceptos de la teoría de Leininger son: “cuidado, atención, cultura, valores culturales y diferencias culturales; especificó que la atención era el tema central del cuidado, el conocimiento y la práctica Enfermera, puesto que la atención incluye los actos para ayudar y dar soporte o facilidades a individuos o grupos con necesidades evidentes o previsibles, también sirve para mejorar las condiciones humanas y los modos de vida” (Marriner, 2005)

Por lo tanto el profesional de enfermería debe visualizar al paciente como un ser integral que vive dentro de una estructura social y cultural misma que determina el estado de bienestar / salud; para poder brindar cuidados culturalmente congruentes y de calidad, en aquella paciente en situación de aborto.

Entonces volviendo al marco legal del aborto, según el inciso II del artículo 86 del código penal dónde se toma en cuenta el concepto de salud según la OMS, se tiene en cuenta que la salud integral contiene 3 dimensiones: física, mental-emocional y social. Ante la posible afectación de alguna de estas dimensiones con el motivo del embarazo, la persona tiene derecho a una interrupción legal del embarazo. No requiere la constancia de una enfermedad, sino la existencia de un posible daño para su bienestar físico, mental o social. Porque el aborto es una parte fundamental de la atención integral de salud.

Material y Método

Tipo de estudio:

Se realizará un estudio de abordaje metodológico cuantitativo descriptivo de corte transversal y prospectivo.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información este estudio es prospectivo ya que la información se registra según van ocurriendo los fenómenos.

Es transversal porque las variables se estudiarán simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. Éste tiempo, está sujeto a la cantidad de mediciones, es decir a la cantidad de veces que será aplicado el instrumento.

Según el alcance y el análisis de los resultados es descriptivo ya que se propone mostrar cómo está la situación de las variables en estudio, en las poblaciones anteriormente descritas, es decir la relación existente entre la calidad de atención de enfermería y la percepción de trato digno, en las usuarias que acuden a un servicio de Interrupción Legal del Embarazo, en un efector público de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2020, y por último el abordaje es cuantitativo porque propone examinar los datos de manera numérica especialmente en el campo de la estadística.

Sitio o contexto

Luego de haber realizado el estudio de convalidación, en dos efectores públicos de la ciudad de Rosario, se seleccionó solo un efector por cumplir con los criterios de elegibilidad establecidos según la Guía de Convalidación de sitios elaborada para tal fin. Estos incluyen contar con personal de enfermería idóneo, población de usuarias que cumple con los criterios de inclusión exigidos para el estudio y además cuenta con los recursos materiales que facilitan el accionar del equipo de salud y las variables de estudio. (Ver anexo I)

El hospital seleccionado cuenta con las siguientes características:

Es un efector de salud de dependencia municipal. Está ubicado en la zona sur de la ciudad y es el referente de Nivel II de complejidad de los Distritos Sur y Sudoeste.

El mismo coordina la atención sanitaria junto con los Centros de Atención Primaria de salud de la ciudad.

El hospital cuenta con consultorios externos con diversas especialidades clínicas y quirúrgicas, Guardia General de adultos y pediátrica e Internación clínica con áreas de aislamiento.

El área suma los servicios de Ginecología y Guardia Tocoginecológica, comprometidos en garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres. Además, funciona una consejería en salud sexual y reproductiva para acompañar a las mujeres, sus familias y parejas en las decisiones sobre su vida sexual.

El equipo interdisciplinario, conformado por el Área de Ginecología, Trabajo Social, Enfermería y Salud mental del hospital, acompaña a las personas en la toma de decisiones informadas y voluntarias sobre su salud sexual y reproductiva.

El dispositivo se enmarca en la política de Salud Integral de la Mujer y los distintos programas de salud sexual y reproductiva que se vienen desarrollando desde hace años en los efectores de salud públicos municipales.

Población y Muestra

La población de estudio estará conformada por un total de 20 enfermeros aproximadamente distribuidos en turnos de 6 hs, que reúnan los criterios de inclusión y que desempeñen sus tareas en el servicio en estudio, y otra que está conformada por 84 usuarias aproximadamente que soliciten una ILE, en el servicio de consejería de salud sexual y reproductiva del hospital. Formarán parte del estudio la cantidad de usuarias que cumplan con los criterios de inclusión.

Se tomará el número total de ambas poblaciones presentes durante el estudio.

Teniendo en cuenta como segundo control de validez interna, se plantean los siguientes criterios de inclusión y exclusión de la población de estudio.

Unidad de análisis: enfermeros

Será cada uno de los enfermeros que asisten los ILE durante el tiempo que trascorra la investigación.

Criterios de inclusión:

- Enfermeros que no sean objetores de conciencia.

Criterios de Exclusión:

- Personal de enfermería que no se encuentre capacitado en interrupción legal del embarazo.

Unidad de análisis: usuarias

Criterios de inclusión:

- Cada una de las usuarias en edad reproductiva que soliciten una interrupción legal del embarazo.

Criterios de exclusión:

- Usuarías que cursen un embarazo mayor a 20 semanas de gestación.
- Usuarías cursando embarazo ectópico.
- Usuarías que cursando embarazo anembrionados.
- Usuarías que cursando embarazo detenido.

Teniendo en cuenta la validez externa el alcance o la generalidad de los resultados solamente serán aplicados a la población en estudio.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para la medición de la variable dependiente “percepción de trato digno”, la técnica de recolección de datos a utilizar será la encuesta, a través de un cuestionario estructurado de 34 preguntas, conteniendo preguntas cerradas con respuestas de opción múltiples, donde se considerará una serie de preguntas específicas organizado en 10 dimensiones: “Formación de un sistema de valores humanístico y altruista; Instalación de fe y esperanza; Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás; Desarrollo de una relación de cuidados humanos de ayuda y confianza; Promoción y aceptación de la expresión de pensamientos positivos y negativos; Uso sistemático del método científico de la resolución de problemas para la toma de decisiones; Promoción de la enseñanza aprendizaje transpersonal; Crear un entorno de apoyo o conexión mental, físico, sociocultural y espiritual; Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas; Aceptación de fuerzas existenciales fenomenológicas”. La aplicación del instrumento la efectuará la enfermera a cargo del estudio sin el requerimiento de personal adicional.

Se utilizará el instrumento de medición de actitudes para la “valoración de percepción de trato digno” ajustado a contexto y validado por Alicia Herмосilla Ávila¹, Rodolfo Mendoza Llanos y Sonia Contreras. (Herмосilla, 2014)

Para la medición de la variable independiente “calidad de atención de enfermería brindada” la técnica de recolección de datos a utilizar será la observación no participante, debido a que no se tiene relación con los sujetos que serán observados ni se forma parte de la situación en que se dan los fenómenos en estudio. (ver anexo II)

Esta técnica tiene como ventaja obtener los datos en forma objetiva, aunque como desventaja debemos mencionar que se corre riesgo de modificar la conducta de los sujetos observados.

Se dispone de un instrumento estandarizado o estructurado para medir la variable de una manera uniforme. Tal instrumento es una lista de control donde se enumeran en forma de ítems los indicadores que corresponden a la variable dependiente del estudio.

Los instrumentos se aplicarán luego de informar a los sujetos los objetivos del estudio y de obtener el consentimiento informado quedando explícitamente asentada su participación voluntaria en este proyecto de investigación.

El desarrollo del presente proyecto de investigación, tiene en cuenta los principios éticos enunciados a continuación:

Respeto a la persona: Se respetó los factores socioculturales y conductuales de los pacientes, teniendo en cuenta sus creencias y actitudes.

Beneficencia: Implica no sólo protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar; existiendo dos reglas generales como expresiones de beneficencia: no hacer daño; y acrecentar al máximo los beneficios.

No maleficencia: Este principio se basa en no hacer mal a otra persona, incluso la prevención de este mal. Preservando la privacidad del entrevistado no se registró su nombre en la entrevista, solo se colocó una codificación. La información obtenida será de uso exclusivo del grupo investigador.

Autonomía: Basada en la responsabilidad que tiene la persona de sus propios actos, requirió de la obtención del consentimiento informado previo a la entrevista y así permitirles decidir sobre su libre participación en la investigación.

Confidencialidad: Relacionado con el secreto profesional, así como la obligación de brindar información veraz a los pacientes. Los datos obtenidos se mantendrán exclusivamente dentro del contexto académico.

Justicia: Es un conjunto de valores esenciales sobre los cuales debe basarse una sociedad y el Estado.

Teniendo en cuenta la validez interna del estudio se realizó la prueba piloto de los instrumentos la cual se llevó a cabo en el servicio de consejería de salud sexual y reproductiva, de un efector municipal de la ciudad de Rosario durante el periodo de 3 días para evaluar la confiabilidad del instrumento en un grupo poblacional de 6 usuarias y 4 enfermeros que cumplieron con los criterios de inclusión, obteniéndose los siguientes resultados. (ver anexo 4)

Operacionalización de variables:

Variable 1: Calidad de la atención brindada por enfermería.

Definición conceptual:

De acuerdo con la Comisión Interinstitucional de Enfermeras la calidad de los servicios de enfermería se define como: "... la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción de usuario y la del prestador del servicio".

Es una variable independiente cualitativa con escala de medición ordinal, medida a través de la observación utilizando una lista de control estructurada elaborada para tal fin.

Dimensiones:

- Calidad técnica que requiere de la competencia y responsabilidad del profesional para aplicar sus conocimientos y habilidades en todos los cuidados que otorga.
- Calidad interpersonal: entendida como el Trato Digno que distingue la atención de enfermería y cuyos rasgos característicos son: comunicación verbal que es el tipo de comunicación en la que se utilizan signos lingüísticos en el mensaje, puede realizarse de dos formas: la comunicación oral, a través de signos orales y palabras habladas de forma gestual; la confianza definida como la esperanza firme que algo suceda, sea o funcione de una forma determinada, o en que otra persona actúe como ella desea y el respeto como la consideración de que algo es digno y debe ser tolerado, sin causar ofensa o prejuicios.

Indicadores:

Calidad Técnica:

- Realizó control de signos vitales
- Realizó examen físico
- Administró tratamiento indicado por el medico

Calidad Interpersonal:

- Existe comunicación verbal enfermero- paciente
- Se respeta la privacidad del paciente
- Saludo amable
- La enfermera se dirige al paciente por su nombre.
- Se proporciona un ambiente tranquilo.
-

Variable 2: Percepción de trato digno

Definición conceptual:

El Trato digno es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas en toda la extensión de la palabra más que como pacientes debido a la relación asimétrica que la enfermedad o incapacidad puede establecer e involucra el derecho de libertad de movimientos, a la privacidad e intimidad por el personal médico y áreas afines del sistema de salud.

Es una variable dependiente cualitativa con escala de medición ordinal.

Dimensión 1: Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas.

Indicadores:

- Recibe un trato amable de la enfermera.
- Siente que la actitud de la enfermera tiene un enfoque positivo en Ud.
- Siente que la enfermera le entrega algo de sí misma.
- Siente que la enfermera le entrega algo de sí misma algo propio que las distingue de otras.

Dimensión 2 : Instalación de Fe y Esperanza.

Indicadores:

- La enfermera a considerado sus preferencias religiosas o espirituales en su atención brindada.
- Siente que las acciones de la enfermera ayudaron a fortalecer su fe.

- Siente que la enfermera al cuidarlo le trasmite esperanza (formas de sentirse mejor).

Dimensión 3: Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.

- Siente que tiene una relación cercana con la enfermera.
- Siente que la enfermera se conmueve con su situación actual.
- La enfermera sabe cómo se siente usted y le consulta al respecto
- Siente que la comunicación con la enfermera es verdadera

Dimensión 4: Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza.

Indicadores:

- Puede expresarle a la enfermera sus sentimientos
- La enfermera se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente.
- Siente una confianza mutua entre la enfermera y usted.

Dimensión 5: Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos o negativos.

Indicadores:

- La enfermera favorece o permite que usted exprese sus sentimientos.
- La enfermera le da tiempo para que exprese sus emociones
- Siente que la enfermera acepta lo que a usted le pasa.

Dimensión 6: Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones.

Indicadores:

- Siente que el cuidado entregado por la enfermera es organizado y basados en conocimientos.
- Siente que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser.
- Siente que los cuidados que se le proporcionan son diferentes a otras personas.

Dimensión 7: Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.

Indicadores:

- Le ha informado respecto a los cuidados que se les brinda.
- Se les consultan respecto a los procedimientos que le realizan.
- Conoce la razón de los cuidados que se le proporciona.
- Reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados que se le otorgan.

Dimensión 8: Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual.

Indicadores:

- Siente que se ha incluido a usted y su familia en sus cuidados de salud.
- Siente que se apoya con respecto a su personalidad y cuerpo.

Dimensión 9: Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas.

Indicadores:

- Siente que la enfermera trabaja para satisfacer sus necesidades.
- Siente que la enfermera se preocupa de sus necesidades sociales.
- Siente que la enfermera incorpora en sus cuidados necesidades espirituales.

Dimensión 10: Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas.

Indicadores:

- La enfermera le ayuda a entender porque está en esa condición, lugar o estado.
- Logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera.
- La enfermera lo ayuda a comprender a sí mismo y a los demás.

Personal a cargo de la recolección de datos:

El personal a cargo para esta tarea del proyecto será el investigador y dos personas más que se encargarán de la recolección de datos. Las mismas serán adiestradas para tal fin en un periodo comprendido de dos semanas con charlas informativas, explicativas y demostrativas sobre la temática a abordar y la utilización de la lista de control con el objetivo de aclarar las dudas que puedan surgir y evitar contratiempos.

La recolección se realizará por medio de la observación del personal de enfermería en cuanto a la valoración de la calidad de atención de enfermería, serán observados durante el periodo de internación de las pacientes que soliciten una ILE.

También será aplicado el instrumento de medición de actitudes para la “valoración del trato digno brindado por profesionales de enfermería” ajustado a contexto y validado por Alicia Hermosilla Ávila¹, Rodolfo Mendoza Llanos y Sonia Contreras (Hermosilla, 2014)

El mismo personal será el encargado de aplicar ambos instrumentos.

Plan de análisis

Se procederá a cuantificar cada uno de los indicadores que miden a cada variable, con el objetivo de codificar la información y así poder ordenarla en una matriz que permita la tabulación de los datos obtenidos.

Para la Variable 1: Calidad de atención brindada de enfermería, se utilizará una lista de control con 8 ítems, que representa cada uno de los indicadores que conforman la calidad de atención brindada por personal de enfermería. Cada uno de estos ítems tienen dos aspectos a observar, la aplicación del mismo, por lo tanto, las opciones de respuesta a la observación serán:

A- SI (1)

B- NO (0)

La puntuación máxima de esta variable será de 8 puntos, a mayor puntuación mayor será la calidad de atención de enfermería, de esta manera la escala de medición ordinal de esta variable se presentará de la siguiente manera:

De 0 a 2: escasa calidad de atención.

De 3 a 5 moderada calidad de atención.

De 6 a 8: óptima aplicación.

Para la Variable 2: Percepción de trato digno, se utilizará la escala Likert, en las 34 preguntas, las cuales tendrán un puntaje de 1 a 5 puntos, organizadas de la siguiente manera:

- Siempre : 5
- Casi siempre : 4
- Regularmente : 3
- A veces : 2
- Nunca : 1

La escala de la variable Percepción de trato digno, será de la siguiente manera:

- Siempre Percibe un trato digno: 153 – 180 puntos.
- Casi Siempre percibe un trato digno: 124 – 152 puntos.
- Regularmente percibe un trato digno: 95 – 123 puntos.
- A veces percibe un trato digno: 66 – 94 puntos.
- Nunca Percibe un trato digno: 36 – 65 puntos.

La categorización de las dimensiones de la variable será de la siguiente manera:

Dimensión 1 (Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas):

- Siempre Percibe un trato digno: 20 puntos.
- Casi Siempre percibe un trato digno: 16 – 19 puntos.
- Regularmente percibe un trato digno: 12 – 15 puntos.
- A veces percibe un trato digno: 8 – 11 puntos.
- Nunca Percibe un trato digno: 4 – 7 puntos.

Dimensión 2 (Instalación de Fe y Esperanza):

- Siempre Percibe un trato digno: 15 puntos.
- Casi Siempre percibe un trato digno: 12 – 14 puntos.
- Regularmente percibe un trato digno: 9 – 11 puntos.
- A veces percibe un trato digno: 6 – 8 puntos.
- Nunca Percibe un trato digno: 3 – 5 puntos.

Dimensión 3 (Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás):

- Siempre Percibe un trato digno: 26 - 30 puntos.
- Casi Siempre percibe un trato digno: 21 – 25 puntos.
- Regularmente percibe un trato digno: 16 – 20 puntos.
- A veces percibe un trato digno: 11 – 15 puntos.
- Nunca Percibe un trato digno: 6 – 10 puntos.

Dimensión 4 (Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza):

- Siempre Percibe un trato digno: 15 puntos.
- Casi Siempre percibe un trato digno: 12 – 14 puntos.

- Regularmente percibe un trato digno: 9 – 11 puntos.
- A veces percibe un trato digno: 6 – 8 puntos.
- Nunca Percibe un trato digno: 3 – 5 puntos.

Dimensión 5 (Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos o negativos):

- Siempre Percibe un trato digno: 20 puntos.
- Casi Siempre percibe un trato digno: 16 – 19 puntos.
- Regularmente percibe un trato digno: 12 – 15 puntos.
- A veces percibe un trato digno: 8 – 11 puntos.
- Nunca Percibe un trato digno: 4 – 7 puntos.

Dimensión 6 (Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones)

- Siempre Percibe un trato digno: 15 puntos.
- Casi Siempre percibe un trato digno: 12 – 14 puntos.
- Regularmente percibe un trato digno: 9 – 11 puntos.
- A veces percibe un trato digno: 6 – 8 puntos.
- Nunca Percibe un trato digno: 3 – 5 puntos.

Dimensión 7 (Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal):

- Siempre Percibe un trato digno: 20 puntos.
- Casi Siempre percibe un trato digno: 16 – 19 puntos.
- Regularmente percibe un trato digno: 12 – 15 puntos.
- A veces percibe un trato digno: 8 – 11 puntos.
- Nunca Percibe un trato digno: 4 – 7 puntos.

Dimensión 8 (Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual):

- Siempre Percibe un trato digno: 15 puntos.
- Casi Siempre percibe un trato digno: 12 – 14 puntos.
- Regularmente percibe un trato digno: 9 – 11 puntos.
- A veces percibe un trato digno: 6 – 8 puntos.

- Nunca Percibe un trato digno: 3 – 5 puntos.

Dimensión 9 (Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas):

- Siempre Percibe un trato digno: 15 puntos.
- Casi Siempre percibe un trato digno: 12 – 14 puntos.
- Regularmente percibe un trato digno: 9 – 11 puntos.
- A veces percibe un trato digno: 6 – 8 puntos.
- Nunca Percibe un trato digno: 3 – 5 puntos.

Dimensión 10 (Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas):

- Siempre Percibe un trato digno: 10 puntos.
- Casi Siempre percibe un trato digno: 8 – 9 puntos.
- Regularmente percibe un trato digno: 6 – 7 puntos.
- A veces percibe un trato digno: 4 – 5 puntos.
- Nunca Percibe un trato digno: 2 – 3 punto

El tipo de análisis será Bivariado porque muestra la relación entre dos variables. Para facilitar la lectura y comprensión, los datos se presentarán en tablas de doble entrada y se aplicará estadística descriptiva para el análisis de los mismos, dentro de las herramientas que este tipo de estadística otorga, se utilizarán porcentajes que serán representados en gráficos circulares según se considere oportuno.

Cronograma de actividades

El estudio se llevará a cabo en el primer semestre del año 2020, comenzando en el mes de enero, estimando para las diferentes actividades los siguientes tiempos:

Año 2020

Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago		Sep	
								1°Q	2°Q	1°Q	2°Q
Recolección de datos	X	X	X	X	X	X					
Tabulación de datos							X				
Análisis e interpretación de datos								X			
Elaboración de conclusiones									X		
Redacción del informe final										X	
Presentación a las autoridades											X

ANEXOS

Anexo I

Guía de convalidación de sitio

A fin de conocer si el lugar escogido presenta todas las características que se consideraban necesarias de acuerdo al problema, hipótesis y objetivos y población de estudio se formularon una serie de preguntas que constituyeron la Guía de convalidación de sitio y se incluyen en el presente apartado junto a la fundamentación de cada una de ellas.

En primer lugar, se considera indispensable que las autoridades a cargo del hospital en el que se realizará el trabajo de campo correspondiente a la presente investigación entreguen por escrito la autorización para llevar adelante dicha actividad, a fin de permitir el libre acceso a la consejería de salud sexual y reproductiva en los días y horarios previamente acordados.

Estudio Exploratorio

¿Cuenta con servicio de consejería en Salud Sexual y Reproductiva?

SI NO

¿Cuenta con la atención de un grupo interdisciplinario?

SI NO

¿Existe personal de enfermería no objetor de conciencia durante el periodo de internación de la paciente?

SI NO

¿Cuenta con los insumos necesarios para llevar a cabo la ILE?

SI NO

1- En cuanto al personal de enfermería

¿Cuál es la cantidad de enfermeros que realizan este tipo de prácticas?.....

¿Qué cantidad de Licenciados en Enfermería posee el servicio?-----

¿Qué cantidad de enfermeros con antigüedad menor a un año posee?-----

2- En cuanto a las usuarias

¿Qué promedio de Interrupciones legal del embarazo se realizaron en el 1er semestre de 2019?-----

Anexo II

Instrumento de Recolección de Datos

A continuación, se expone el instrumento de recolección de datos que se utilizará para medir la variable dependiente “percepción de trato digno”. Se utilizará el instrumento de medición de actitudes para la “valoración del trato digno brindado por profesionales de enfermería” ajustado a contexto y validado por Alicia Hermosilla Ávila¹, Rodolfo Mendoza Llanos y Sonia Contreras (Hermosilla, 2014). El mismo cuenta con 34 ítems y cinco columnas con las opciones de respuestas siempre- casi siempre- regularmente- a veces- nunca, donde el personal a cargo de recolectar los datos, adiestrado para tal fin, podrá tomar nota de cualquier particularidad que surja. Luego se expone un nuevo instrumento de recolección de datos, que se utilizará para medir la variable independiente “calidad de atención de enfermería”, donde se enumeran 8 indicadores y 3 columnas con las opciones SI o NO y una columna de observaciones.

Variable 1: Calidad de Atención brindada de Enfermería.

Se expone a continuación la lista de control, instrumento de recolección de datos que se utilizará para medir la variable que se mencionó anteriormente, la cual cuenta con 8 ítems y tres columnas donde están las opciones SI o NO y la tercera columna de observaciones, donde el personal a cargo de recolectar los datos adiestrado para tal fin podrá tomar nota de cualquier particularidad de importancia.

	SI	NO	OBSERVACIONES
1 Realizó control de signos vitales			
2 Realizó examen físico			
3 Administró tratamiento indicado por el medico			
4 Existe comunicación verbal enfermero- paciente			
5 Se respeta la privacidad del paciente			
6 Saludo amable			
7 La enfermera se dirige al paciente por su nombre.			
8 Se proporciona un ambiente tranquilo			

Variable 2: Percepción de trato digno

A continuación, se expone el instrumento de recolección de datos que se utilizará para medir la variable que se mencionó anteriormente. Se utilizará el instrumento de medición de actitudes para la “valoración del trato digno brindado por profesionales de enfermería”. El mismo establece con qué frecuencia percibe que el trato de enfermería es digno y como percibe el trato recibido por el personal de enfermería.

Ítem	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	REGULARMENTE	A VECES	NUNCA
Dimensión 1: Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas					
1. Recibe un trato amable de parte de la enfermera.					
2. Siente que la actitud de la enfermera tiene un enfoque positivo en usted.					
3. Siente que la enfermera al cuidarlo le entrega algo de sí misma.					
4. Siente que la enfermera al cuidarlo le entrega algo propio					

que la distingue de otras					
Dimensión 2: Instalación de fe y esperanza					
5. La enfermera a considerado sus preferencias religiosas o espirituales en su atención brindada.					
6. Siente que las acciones de la enfermera ayudaron a desfortalecer su fe.					
7. Siente que la enfermera al cuidarlo le transmite formas de sentirse mejor					
Dimensión 3: Cultivar sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás					
8. Siente que tiene una relación cercana con la enfermera.					

9. Siente que la enfermera se conmueve con su situación actual.					
10. La enfermera sabe cómo se siente usted y le consulta al respecto.					
11. Siente que la comunicación con la enfermera es verdadera.					
12. La enfermera es capaz de saber cómo se siente usted.					
Dimensión 4: Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y de confianza.					
13. Puede expresarle a la enfermera sus sentimientos.					
14. Siente una confianza mutua entre la enfermera y usted.					

15. La enfermera se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente.					
Dimensión 5: Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos o negativos					
16. La enfermera favorece o permite que Ud. Exprese sus sentimientos.					
17. La enfermera le da tiempo para que exprese sus emociones					
18. Siente que la enfermera acepta lo que a Ud. Le pasa.					
Dimensión 6: Uso sistemático del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones					
19. Siente que el cuidado entregado por la enfermera es organizado y basados en conocimientos					
20. Siente que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de					

ser.					
21. Siente que los cuidados que se le proporcionan son diferentes a otras personas.					
Dimensión 7: Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal					
22. Le ha informado respecto a los cuidados que se le brinda.					
23. Se les consultan respecto a los procedimientos que le realizan.					
24. Conoce la razón de los cuidados que se le proporciona.					
25. Reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene Ud. En los cuidados que se le otorgan					
Dimensión 8: Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual					

26. Siente que se le ha incluido a usted y su familia en sus cuidados de salud.					
27. Siente que se apoya con respeto a su personalidad y cuerpo.					
Dimensión 9: Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas					
28. Siente que la enfermera trabaja para satisfacer sus necesidades.					
29. Siente que la enfermera se preocupa de sus necesidades sociales.					
30. Siente que la enfermera incorpora en sus cuidados sus necesidades espirituales.					
Dimensión 10: Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas					
32. La enfermera le ayuda a entender porque está en esa condición, lugar o estado.					

33 Logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera.					
34. La enfermera lo ayuda a comprender a sí mismo y a los demás.					

Consentimiento informado

Yo..... de.....años, con DNI N°

Manifiesto:

Que he sido informado/a por la Enfermera....., actual estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería, quien se encuentra desarrollando la presente investigación sobre el objetivo que persigue el cual es Analizar la relación existente entre la calidad de atención de enfermería brindada y la percepción de trato digno de las pacientes que acuden a un servicio de interrupción legal del embarazo, de un efector municipal de la ciudad de rosario durante el primer semestre del año 2020.

La autora de la presente investigación, garantiza que toda la información recabada será confidencial, no relevando datos a terceros ajenos al estudio.

Se me ha informado que puedo retirar mi participación en cualquier momento del desarrollo de la misma sin tener que exponer explicación alguna.

Se me ha informado sobre todas las dudas que me surgieron con respecto a los fines que persigue la siguiente investigación.

Se me ha aclarado, que no recibiré remuneración alguna por mi participación ya que la misma será de forma voluntaria.

A tal fin, y luego de haber sido debidamente informado/a sobre todo lo inherente a la presente investigación, me comprometo a participar en la misma hasta tanto quiera retirar mi colaboración, si así lo quisiera.

Rosario.....de.....de2019

Firma y aclaración del

Personal de Enfermería

Firma y aclaración del

Investigador

Consentimiento informado

Yo..... de.....años, con DNI N°

Manifiesto:

Que he sido informado/a por la Enfermera....., actual estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería, quien se encuentra desarrollando la presente investigación sobre el objetivo que persigue el cual es Analizar la relación existente entre la calidad de atención de enfermería brindada y la percepción de trato digno de las pacientes que acuden a un servicio de interrupción legal del embarazo, de un efector municipal de la ciudad de rosario durante el primer semestre del año 2020.

La autora de la presente investigación, garantiza que toda la información recabada será confidencial, no relevando datos a terceros ajenos al estudio.

Se me ha informado que puedo retirar mi participación en cualquier momento del desarrollo de la misma sin tener que exponer explicación alguna.

Se me ha informado sobre todas las dudas que me surgieron con respecto a los fines que persigue la siguiente investigación.

Se me ha aclarado, que no recibiré remuneración alguna por mi participación ya que la misma será de forma voluntaria.

A tal fin, y luego de haber sido debidamente informado/a sobre todo lo inherente a la presente investigación, me comprometo a participar en la misma hasta tanto quiera retirar mi colaboración, si así lo quisiera.

Rosario.....de.....de2019

Firma y aclaración de la usuaria

Firma y aclaración del

Investigador

ANEXO III

Resultados del Estudio Exploratorio

La institución que fue elegida para realizar el estudio, responde a todas las preguntas efectuadas en el Anexo I, con el agregante de que a diferencia de la otra institución ésta cuenta con servicio de internación para las usuarias que solicitan interrupción legal del embarazo, y son embarazos de mayor semana de gestación que requieren un tratamiento medicamentoso bajo internación y no AMEU el cual es un procedimiento ambulatorio.

Estudio Exploratorio

¿Cuenta con servicio de consejería en Salud Sexual y Reproductiva?

SI (X) NO ()

¿Cuenta con la atención de un grupo interdisciplinario?

SI (X) NO ()

¿Existe personal de enfermería no objetor de consciencia durante el periodo de internación de la paciente?

SI (X) NO ()

¿Cuenta con los insumos necesarios para llevar a cabo la ILE?

SI (X) NO ()

3- En cuanto al personal de enfermería

¿Cuál es la cantidad de enfermeros que realizan este tipo de prácticas?..20 enfermeros del servicio no objetores de consciencia.

¿Qué cantidad de Licenciados en Enfermería posee el servicio? El área de atención integral de la mujer (sala de maternidad, pre parto y quirófano) cuenta con un total de 8 licenciadas en enfermería.

¿Qué cantidad de enfermeros con antigüedad menor a un año posee? 2 enfermeros.

4- En cuanto a las usuarias

¿Qué promedio de Interrupciones legal del embarazo se realizaron en el 1er semestre de 2019? Un promedio de 84 interrupciones legal del embarazo.

ANEXO IV

Resultado de la Prueba Piloto:

La prueba se llevó a cabo en el servicio de Consejería de Salud Sexual y Reproductiva y en el servicio de internación ya mencionada con anterioridad durante 3 días para evaluar la confiabilidad del instrumento en un grupo poblacional constituido por 6 pacientes y 4 enfermeros, que cumplían con las características de la población.

Para realizar la prueba se utilizó el instrumento para medir la variable calidad de atención brindada por enfermería, el cual fue aplicado durante el periodo de internación de la paciente, a través de la observación del personal de enfermería cuidando de no interferir con el comportamiento en las conductas de las usuarias ni del personal que la asistía. La técnica de recolección de datos que se utilizó fue la observación no participante, donde los datos obtenidos fueron objetivos, aunque como desventaja debemos mencionar que se corre riesgo de modificar la conducta de los sujetos evaluados.

El resultado fue positivo ya que el mismo contenía las características necesarias que reunían los requisitos esenciales de confiabilidad, validez (porque mide realmente la variable que se pretendía medir) y objetividad.

Bibliografía

(s.f.).

Ministerio de Salud. (Abril de 2015). *www.msal.gov.ar/saludsexual*. Recuperado el 2019

Alegre, M. (2013). *El problema de la objecion de conciencia en la esfera de la salud sexual y reproductiva (Universidad de Palermo)*. Obtenido de <http://www.derecho.uba.ar/institucional/deinteres/2013-opresion-a-conciencia-alegre.pdf>

Ariel. (1985). Peter Singer Democracia y Desobediencia. 102-114.

Becerril, M. L. (julio-septiembre de 2011). Percepcion de trato digno de usuarias que acuden al servicio de interrupcion legal del embarazo. *Revista Enfermeria Universitaria ENEO-UNAM*, 22-23-24.

Frankel Nina, M. A. (2007). *Como efectuar la evacuacion endouterins con el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas*. Mexico: Kesia Scales.

Gianantonio, Carlos. (Agosto de 2018). *Fundacion Huesped prevencion- ciencia - derechos*. Obtenido de www.huesped.org.ar

Hermosilla. (2014). *Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S113212962016000300011

Ipas, Mexico. (31 de 01 de 2019). *www.ipas.org*. Recuperado el 20 de 08 de 2019, de www.rosario.gob.ar/web/servicio/salud

Kestler, E. (diciembre de 2018). El aborto en la Region de Centro America. *Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecologia*, 123.

Marriner. (2005). *Cuidados Culturales: Teoria de la diversidad y universalidad en: Modelos y Teorias de Enfermeria* (Vol. 5 ta edicion). Madrid: Mosby.

Ministerio de Salud , Gobierno de Santa Fe. (s.f.). *Registro Público Provincial de Objeto de Conciencia a aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva*. Obtenido de www.santafe.gov.ar

Ministerio de Salud. (2010). *Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles*. Obtenido de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000667cnt-Guia-tecnica-web.pdf>

Ministerio de salud. (Abril de 2015). www.msal.gov.ar/saludsexual. Obtenido de www.msal.gov.ar/saludsexual.

Organizacion Mundial de la Salud. (2014). *Manual de práctica clínica para un aborto seguro*.

Puga, C., Peschard, J., & Castro. (1990). *Hacia la Sociología* (Vol. 3 era ED).

REEDAAS. (2014). *Red de acceso del aborto seguro en la Argentina*. Obtenido de www.redaas.org.ar

Salud, M. d. (abril de 2015). www.msal.gov.ar. Recuperado el agosto de 2019, de Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto.