Acta Bioethica 2024; 30(2):193-206

EXPLORACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ÉTICOS Y VALORES EN LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA DEL PACIENTE GERIÁTRICO: UN ENFOQUE HUMANIZADO Y EMERGENTE

Anderson Díaz Pérez[1], Albeis Castro Novoa[2], Andrea Carolina Villegas Pacheco[3], Zuleima Yáñez Torregrosa[4], Yoliseth Cabarcas Teheran[5], Angélica Roca Pérez[6], Wendy Acuña Pérez[7]

Resumen: El objetivo de esta investigación es describir los significados y prácticas desde los valores y principios emergentes durante el trato humanizado brindado por el equipo quirúrgico hacia al paciente geriátrico programado para cirugía. A través del paradigma cualitativo e interpretativo, y desde un marco epistémico objetivista y metodológico, se refleja la percepción existente entre los cirujanos sobre cómo debería ser el trato humanizado hacia el adulto mayor. Se entrevistó a diez cirujanos mediante sesiones semiestructuradas, y el análisis se realizó utilizando la matriz de categorías por medio del apoyo del programa ATLAS Ti 8.0 ®. La percepción de los cirujanos respecto del cuidado humanizado considera que el cuidado se fortalece durante la formación superior que reciben en la universidad y se fortifica por medio de las normas que rigen la profesión, en el sentido de siempre apuntar al bienestar y el respeto hacia la dignidad de los pacientes, sobre todo los más vulnerables.

Palabras clave: percepción, cuidado, humanizado, geriátrico, sentido ético, comportamiento, cualitativo

Exploring ethical principles and values in the surgical care of the geriatric patient: a humanized and emergent approach

Abstract: The objective of this research is to describe the meanings and practices from the values and principles that emerge during the humanized care provided by the surgical team to the geriatric patient scheduled for surgery. Through the qualitative and interpretive paradigm, and from an objectivist and methodological epistemic framework, the perception existing among surgeons on how humanized care should be towards the elderly is reflected. Ten surgeons were interviewed through semi-structured sessions, and the analysis was carried out using the matrix of categories with the support of the ATLAS Ti 8.0 ® program. The perception of surgeons regarding humanized care considers that care is strengthened during the higher education they receive at the university and is fortified through the norms that govern the profession, in the sense of always aiming for the well-being and respect for the dignity of patients, especially the most vulnerable.

Keywords: perception, care, humanized, geriatric, ethical sense, behavior, qualitative

Exploração dos princípios éticos e valores na atención cirúrgica ao paciente geriátrico: um enfoque humanizado e emergente

Resumo: O objetivo desta investigação é descrever os significados e práticas desde os valores e princípios emergentes durante o tratamento humanizado oferecido pela equipe cirúrgica ao paciente geriátrico programado para cirurgia. Através do paradigma qualitativo e interpretativo, e desde um marco epistêmico objetivista e metodológico, reflete-se a percepção existente entre os cirurgiões sobre como deveria ser o tratamento humanizado ao idoso. Entrevistaram-se dez cirurgiões mediante sessões semi-estruturadas, e realizou-se a análise utilizando-se a matriz de categorias por meio do apoio do programa ATLAS Ti 8.0®. A percepção dos cirurgiões a respeito do cuidado humanizado considera que o cuidado se fortalece durante a formação superior que recebem na universidade e se fortifica por meio das normas que regem a profissão, no sentido de sempre visar o bemestar e o respeito à dignidade dos pacientes, sobretudo dos mais vulneráveis.

Palavras-chave: percepção, cuidado, humanizado, geriátrico, sentido ético, comportamento, qualitativo

[1] Universidad Simón Bolívar, Departamento de Ciencias Sociales y Humanas, Centro de Investigaciones en Ciencias de la Vida, Barranquilla, Colombia, ander2711@gmail.com, https://orcid.org/0000-0003-2448-0953

[2] Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Cesar, Colombia.

[3] Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Cesar, Colombia.

[4] Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Centro de Investigaciones en Ciencias de la Vida, Barranquilla, Colombia.

[5] Facultad de Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Rafael Núñez, Colombia.

[6] Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Centro de Investigaciones en Ciencias de la Vida, Barranquilla, Colombia, Universidad Popular del Cesar. Valledupar, Cesar, Colombia.

[7] Facultad de Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Rafael Núñez, Colombia.

Introducción

El cuidado humanizado en la atención del paciente geriátrico ha tomado gran relevancia porque el foco de atención debe ser su cuidado y sus necesidades, lo que implica identificar constantemente los factores internos y externos que influyen en la salud y en el bienestar del paciente quirúrgico. Es decir, la atención de los profesionales implicados en una cirugía debe ser integral(1,2). La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Declaración de Toronto en 2002, define los malos tratos a personas mayores como "la acción única o repetida o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza"(3). En igual sentido, otros autores proponen que el maltrato a adulto mayor es: "toda acción voluntaria, accidental y fortuita que conduzca a una ofensa o descuido físico, psicológico, emocional, social o económico, infringido a una persona mayor de 60 años por los hijos, sobrinos, hermanos, familiares, terceros, la sociedad o por el medio en el cual se desenvuelve"(2,3). Cabe recordar una definición más antigua en el Reino Unido (1995), de la Organización Contra el Maltrato de los Ancianos, que señala: "el maltrato de los ancianos consiste en realizar un acto único o reiterado y dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existan expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor"(3–5). Como se puede apreciar, el maltrato a personas mayores considera acciones y omisiones o descuidos, con o sin intención, con el riesgo de subvaloración si no se describen adecuadamente(6).

Los pacientes mayores receptores de los servicios de salud pueden ser violentados a través de variadas manifestaciones, que vulneran sus derechos y que muchas veces no solamente son ignorados por los dispensadores de la atención de salud, sino también por los mismos usuarios(7). En una atención que ha priorizado la tecnificación y conocimientos teóricos, estos no son suficientes si se vulneran los derechos de una atención basada en el trato humano, lo que permite otorgar ciertamente no sólo una mejor atención, sino que un cuidado más digno(8,9).

En concreto, la evaluación de riesgos quirúrgicos y manejo poscirugía del adulto mayor implica la humanización del personal, sobre todo en el Servicio de Cirugía Geriátrica (GSS). Este servicio debe ser transdisciplinario y colaborativo, dedicado mejorar la atención de los pacientes, quienes muestran mejores resultados basados en el bienestar del paciente y su familia en comparación con los servicios estándar(10).

Objetivo

Describir los significados y prácticas desde los valores y principios emergentes durante el trato humanizado brindado por el equipo quirúrgico hacia al paciente geriátrico programado para cirugía.

Métodos

Investigación cualitativa de tipo descriptivo-interpretativito, ya que el estudio se centró en determinar la percepción del cuidado humanizado por parte de los cirujanos.

Población

Diez cirujanos de una IPS de III nivel de complejidad de la ciudad de Valledupar, César, Colombia.

Técnica de obtención de la información

Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de una entrevista telefónica, ya que es una herramienta flexible capaz de adaptarse a diversas condiciones, situaciones y personas, permitiendo la posibilidad de aclarar preguntas. Las entrevistas se realizaron a cirujanos durante la pandemia, en el tiempo de la cuarentena, para conocer la percepción de los cirujanos sobre el cuidado humanizado en la atención del paciente geriátrico. Adicionalmente, se realizó un análisis deductivo para explorar la relación entre los profesionales y los pacientes geriátricos desde una dimensión ética de los conceptos, propuesta como eje de análisis para llegar a una práctica investigativa crítica.

Análisis y presentación de la información

Primera Fase:

El análisis de la información se llevó por medio de grabaciones de entrevistas y el análisis directo des-

de el programa Atlas Ti, para lo cual se propone la siguiente técnica de análisis:

El conteo, como la mejor manera de encontrar preliminarmente lo conocido y lo emergente del fenómeno en relación con los significados.

La identificación de patrones y temas: se realizó un rastreo de las categorías que más se repiten desde el análisis de las causas y posibles explicaciones, con un análisis desde las relaciones interpersonales entre el investigador y clínico con el anciano en relación con su capacidad de consentir para considerar el fenómeno de los significados y la explicación de las relaciones de poder con relación a su autonomía, libertad y respeto por sus derechos.

Segunda Fase: ordenamiento de las categorías en relación con los eventos, los actores, el proceso, escenarios y situación dentro de las categorías de humanización.

Tercera Fase: análisis de la información, cuyo principal objetivo será la descripción de los detalles de cómo es la interacción de los miembros del equipo quirúrgico en relación con la comunicación, y poder explicar los hechos con interpretaciones lógicas desde los conceptos teóricos involucrados.

Cuarta fase: recolección, condensación y presentación de la información mediante resúmenes, codificaciones, clasificaciones, diagramas, etc. Para generar una síntesis o agrupamiento de los aspectos más significativos.

Quinta fase: elaboración y verificación de las conclusiones a través de la comparación y contraste de la información sistematizada, y triangulación de la información con el propósito de comprender la información obtenida.

Componente ético

La investigación estuvo regulada por la resolución 0008430/93, la cual clasifica el estudio como "investigación sin riesgo" y por las declaraciones de Helsinki y Belmont que fijan las pautas para investigación en seres humanos, tales como:

Informar a los participantes (cirujanos) sobre el proceso de toma de la información y así mismo, cómo serán codificadas las entrevistas u otros instrumentos para salvaguardar la identidad de los participantes.

El derecho de participar o no y a retirarse del estudio en cualquier momento.

Confidencialidad y anonimato de las personas entrevistadas (miembros del equipo quirúrgico).

Informar sobre los objetivos del estudio y la garantía que los datos no serán empleados para fines ajenos a los de la presente investigación, tanto a nivel verbal como escrito (Consentimiento Informado).

Dar cuenta de la hoja de vida del investigador del proyecto, el cual será quien realice la entrevista y de lo importante que será crear un clima de confianza durante la misma.

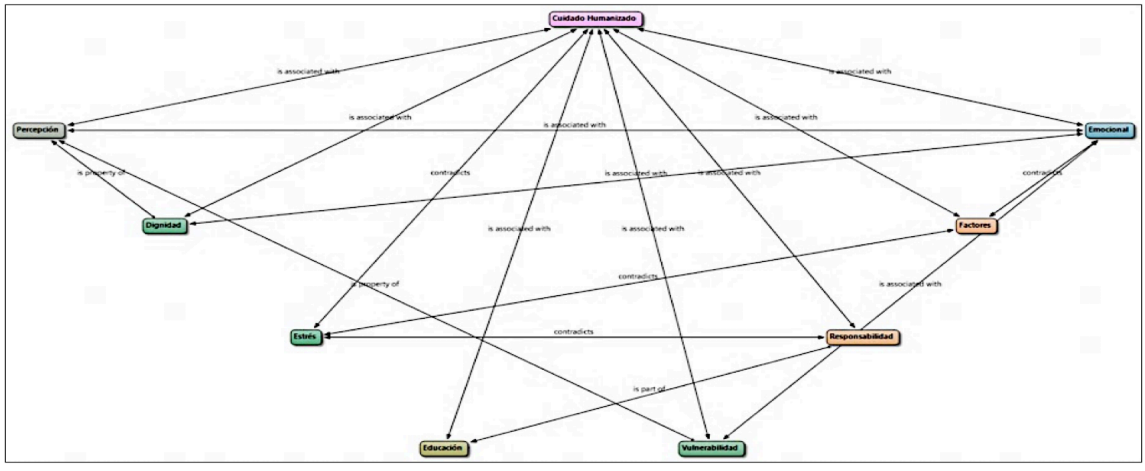


Figura 1. Categorías de análisis

Se solicitó autorización para grabar las conversaciones y hacer trascripción de la información.

Resultados

Se refleja en la figura 1 que las categorías son el cuidado humanizado, desde las emociones y las percepciones de dignidad y vulnerabilidad, así como los factores condicionantes para el cuidado relacionados con responsabilidad. Todas las categorías de análisis de contenido fueron interpretadas al igual que las otras categorías y subcategorías desde el contexto de las voces de los entrevistados

En la figura 2 se muestra la esquematización de la presentación de las voces al interior de los análisis de las categorías y subcategorías.

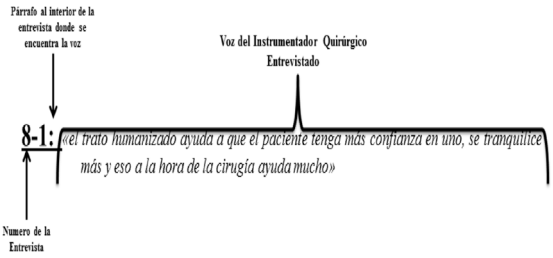


Figura 2. Representación esquemática de los códigos que presentan las voces de los entrevistados.

En relación con la presentación de las categorías dentro de las entrevistas, se encontró, como se muestra en el gráfico 1, que la categoría de cuidado humanizado estuvo presente en todas las entrevistas realizadas. Esto significa que este elemento es importante para todos los entrevistados en un alto grado. Sin embargo, la categoría de los factores condicionantes para el cuidado también estuvo presente en igual proporción. Este último aspecto fue confundido, como se verá más adelante, con el buen trato hacia al paciente, como por ejemplo llamarlo por el nombre, lo cual refleja la falta de formación que reciben los cirujanos por parte de la institución donde se desempeñan.

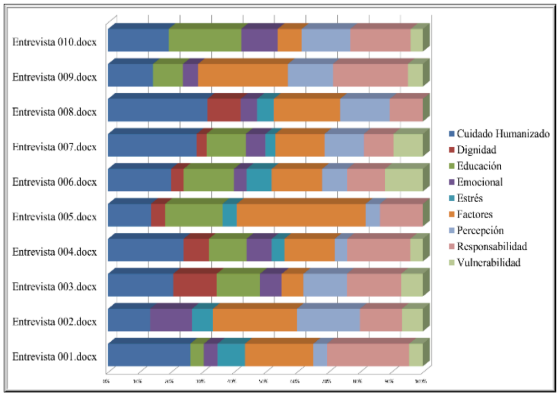


Gráfico 1. Dinámica de la categoría del Cuidado Humanizado al interior de las entrevistas.

Según al análisis de coocurrencia arrojado por el programa Atlas Ti 8.0 ®, se examinaron las relaciones generales entre las categorías. Esta información se exportó a una hoja de Excel y se extrapoló a un análisis mediante embalaje circular, o también llamado de jerarquía (ponderada), a través de la plataforma https://rawgraphs.io/. El análisis arrojó la interacción descrita en la figura 3, la cual se explica más adelante en las voces de los cirujanos.



Figura 3. Embalaje circular sobre la relación de las categorías relacionada con el cuidado humanizado y los factores condicionantes.

La figura 3 muestra que, para los cirujanos, en la dimensión uno (1), brindar cuidado humanizado a los pacientes sobre todo geriátricos, forma parte de su responsabilidad deontológica. Por otra parte, en la dimensión dos (2) consideran que las percepciones están condicionadas por lo emocional, es decir, por cómo perciben al adulto mayor como frágil o vulnerable, similar a un niño en algunos

casos. También consideran que la formación que reciben en la institución no soporta el hecho de que se le brinde a este grupo de pacientes un trato diferencial, ni por su edad ni su condición de salud. Es decir, de alguna forma las emociones dirigen el comportamiento y el trato humanizado que puede tener o no el cirujano con este grupo poblacional.

La dimensión tres (3) describe que uno de los factores condicionantes que influyen en el cuidado humanizado hacia los pacientes es la sobrecarga laboral, el poco tiempo entre cirugía y cirugía, las posibles reacciones negativas que pueden tener los pacientes por el estado de ansiedad y el estrés que sufren. Esto se proyecta en los diferentes niveles de tensión que pueden experimentar los entrevistados, aunque describen que esto no influye en las funciones propias de su quehacer como profesional. Este hecho, al ser expuesto, deja en evidencia que la gran mayoría de los cirujanos percibe que el cuidado o trato humanizado es complementario e incluso no necesario en muchos casos, lo cual tendría un impacto negativo en el respeto de la dignidad del paciente geriátrico.

Análisis de proximidad entre las categorías y subcategorías

Para el análisis de coocurrencia se preparó una tabla, mediante el programa Atlas Ti 8.0®, con las relaciones potenciales de las categorías en su conjunto al interior de un contexto, en este caso la voz de los entrevistados, arrojando el porcentaje de relación entre las categorías. La tabla 1 (al final del artículo) muestra la interconexión de las categorías basada en su emparejamiento dentro de una unidad de texto (párrafo) de las entrevistas desarrolladas.

Discusión

Son muy poco los estudios, por no mencionar que nulos, relacionados con esta área del cuidado humanizado, donde la profesión que más ha hablado sobre este fenómeno es la enfermería, ya que su fundamento epistémico es el cuidado(11-13).

Según los entrevistados, el cuidado humanizado debe ser un componente fundamental en la formación de cualquier profesional de la salud. Es por esto que esta educación proporciona las herramientas para saber cómo comunicarse con el paciente de manera que se sienta seguro y confiado(11-13,14). En consecuencia, el cuidado humanizado implica el entendimiento que cada acción que ejecuta un profesional, bien sea asistencial, educativa, administrativa, de protocolo o de equipos de alta tecnología, involucra la interacción con personas, que merecen afecto, amor, dedicación, comprensión y muchas otras características implícitas en el cuidado humanizado(11-14).

Los cirujanos también mencionan que no reciben formación por parte de sus instituciones de formación en el cuidado o en el trato humanizado al paciente geriátrico, quienes, por su estado de vulnerabilidad, merecen un trato diferenciado. Según lo describe Reis, repercute en la calidad de la atención(15).

Se evidenció que los cirujanos consideran que no es necesaria una formación institucional o universitaria, ya que el cuidado humanizado proviene del entorno familiar, teniendo una confusión clara con el buen trato. Sin embargo, esto no es así, ya que tienen un concepto desde la subjetividad perceptiva de cada individuo.

Se conoce que el concepto de humanización es polisémico, abarca numerosas afirmaciones y por lo tanto, está impregnado de ambigüedades. Es claro que la humanización se entiende como un vínculo entre profesionales y usuarios, basado en acciones guiadas por la comprensión y apreciación de los sujetos y que reflejan el comportamiento ético y humano(16,17).

Los cirujanos describen que sus acciones están reguladas desde un componente ético y bioético, es decir, un marco regulatorio de buscar el bienestar integral de los pacientes, por tanto, posee un lineamiento de salud pública(17).

Otro grupo de cirujanos considera que el cuidado humanizado está ligado al reconocimiento de los derechos de los usuarios; solo se remite a sus labores o funciones específicas, en busca de la seguridad del paciente y a salvaguardar sus derechos y evaluar cada decisión basada en la revisión de la historia clínica(17).

Los cirujanos consideran que el cuidado o trato humanizado implica ponerse en el lugar del paciente o de su familia. Es decir, que su percepción es contribuir a la tranquilidad de éste desde palabras amorosas y amables, que lo haga sentir importante y considerado, debido a que los pacientes geriátricos son más sensibles y, por esta razón, el paciente merece entendimiento, comprensión y respeto.

Al igual que otros profesionales, los cirujanos también enfrentan uno de los mayores desafíos: proporcionar atención humanizada, especialmente cuando los avances tecnológicos contribuyen a la despersonalización en la prestación de atención. En este sentido, la formación de los cirujanos no solamente debe centrarse en aspectos científicos, académicos y clínicos, sino también convertirlos en agentes humanitarios y morales.

Conclusiones

La percepción que tienen los cirujanos con respecto al cuidado humanizado se divide en dos enfoques:

El primero considera que el cuidado se fortalece en la formación superior que reciben durante la universidad y se consolida por medio de las normas que rigen la profesión. Estas normas enfatizan el siempre procurar el bienestar y el respeto por la dignidad de los pacientes y sobre todo de los más vulnerables.

Por otro lado, encontramos a los cirujanos que, desde su percepción, consideran que el tratar bien a las personas es una enseñanza que viene de casa y del entorno familiar.

Sin embargo, como se analizó, no hay que confundir el cuidado humanizado con el buen trato. El cuidado humanizado no se limita a saludar y hablar amorosamente, lo cual se puede como buen trato. En el cuidado humanizado existe una conceptualización previa de valores como la dignidad, el respeto, la seguridad, la confianza y la empatía. Estos se relacionan con las necesidades propias de cada paciente, tanto a nivel psicológico o emocional como a nivel fisiológico, ya que un mal cuidado humanizado puede reflejar complicaciones en cualquiera de las fases del ingreso del paciente, durante el procedimiento quirúrgico o en el postoperatorio.

Asimismo, se encontró que los cirujanos consideran que el cuidado humanizado consiste únicamente en cumplir con los deberes específicos de su profesión, es decir, en la planificación del procedimiento y el control de los procesos que se llevan a cabo para salvaguardar la seguridad de los pacientes, independientemente de su condición de vulnerabilidad, como, por ejemplo, leer la historia clínica y disponer de materiales, insumos y equipos dispuestos para el procedimiento quirúrgico, y actuar diligente y proactivamente durante la cirugía.

Ellos consideran que existen muchos factores que pueden impedir el ejercicio del cuidado humanizado hacia los pacientes en condición de vulnerabilidad (adulto mayor y niños), por ejemplo, el estrés por sobrecarga laboral, problemas económicos y familiares, entre otros. Aunque reconocen que estos problemas no deberían afectar su desempeño, describen que no han recibido formación de ningún tipo por parte de la institución para establecer estrategias emocionales que no cohíban el cuidado humanizado o al menos el buen trato.

En relación con el aspecto emocional, la mayoría de los cirujanos percibe que el cuidado humanizado se relaciona con las emociones que el paciente manifiesta, como fragilidad, ansiedad, miedo o tristeza. Por esta razón, los cirujanos enfatizan la necesidad de colocarse en el lugar de los pacientes, lo cual es sumamente subjetivo, ya que las emociones también tienen una relación con el contexto y con factores externos, tales como la carga laboral, el estrés, entre los otros mencionados.

Es por esto que el cuidado humanizado debe estar ligado a una comprensión teórica clara de la dignidad y el deber profesional, los cuales soportan el hecho que, más allá de mis emociones perceptivas y subjetivas, existe el deber de cuidar y proteger los derechos de los pacientes, tales como su dignidad, la intimidad y la confidencialidad. También es importante que el paciente se sienta importante, protegido, querido y acompañado. Para cumplir con estos deberes, los cirujanos deben estar siempre abiertos a escuchar las necesidades del paciente y tratar al máximo de satisfacerlas, sin colocar en mayor riesgo su condición ni física ni emocional.

Referencias

1. Poches DKP, Meza JAD. Maltrato en la población adulta mayor: una revisión. *Espac Abierto Cuad Venez Sociol*. 2017; 26(2): 245-68.
2. Noriega Carrillo LM. *Vivencias del adulto mayor durante su internamiento en un hospital de III Nivel de Lima Metropolitana*; 2011. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/6c79cb68-d7ee-457a-909c-ae062ea8662f
3. Adams CEY. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad. *Rev Médica Clínica Las Condes* 2012; 23(1): 84-90.
4. Mysyuk Y, Westendorp RG, Lindenberg J. Added value of elder abuse definitions: a review. *Ageing Res Rev*. 2013; 12(1): 50-7.
5. Organization WH. *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. World Health Organization; 2002.
6. Garma CT. Influence of health personnel's attitudes and knowledge in the detection and reporting of elder abuse: an exploratory systematic review. *Psychosoc Interv*. 2017; 26(2): 73-91.
7. Tascón Sierra AL. *Barreras para la implementación de la norma ISO 9001: 2015 en el sector salud de Colombia: una revisión de literatura*. https://repository.usta.edu.co/handle/11634/17690
8. Jacobs G, van der Zijpp T, van Lieshout F, van Dulmen S. Research into person-centred healthcare technology: A plea for considering humanization dimensions. *Pers-Centred Healthc Res Oxf Wiley-Blackwell* 2017; 61-8.
9. Kvande ME, Angel S, Højager Nielsen A. Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). *Nurs Ethics* 2022; 29(2): 498-510.
10. Tan KY, Tan P, Tan L. A Collaborative Transdisciplinary "Geriatric Surgery Service" Ensures Consistent Successful Outcomes in Elderly Colorectal Surgery Patients. *World J Surg*. 1 de julio de 2011; 35(7): 1608-14.
11. Watson J. La teoría del cuidado humano de Watson y las experiencias subjetivas de vida: factores caritativos/caritas processes como una guía disciplinar para la práctica profesional de enfermería. *Texto Contexto-Enferm*. 2007; 16(1): 129-35.
12. Pérez-Cuevas R, Reyes Morales H, Doubova SV, Zepeda Arias M, Díaz Rodríguez G, Peña Valdovinos A, et al. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2009; 26: 511-7.
13. Clarke PN, Watson J, Brewer BB. From theory to practice: Caring science according to Watson and Brewer. *Nurs Sci Q*. 2009; 22(4): 339-45.
14. Waldow VR. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm*. 2014; 23(4): 234-8.
15. Reis CCA, Sena EL da S, Fernandes MH. Humanization care in intensive care units: integrative review. *Rev Pesqui Cuid É Fundam Online* 2016; 8(2): 4212-22.
16. Heckert ALC, Passos E, Barros MEB de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. I*nterface-Comun Saúde Educ*. 2009; 13: 493-502.
17. Moreira MADM, Lustosa AM, Dutra F, Barros E de O, Batista JBV, Duarte MCS. Public humanization policies: integrative literature review. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20: 3231-42.

Recibido: 22 de julio de 2023
Aceptado: 21 de febrero de 2024

Tabla 1. Análisis de coocurrencia de las categorías y su representación por medio de las voces de los entrevistados.

Categorías	Cuidado y/o trato humanizado	Factores condicionantes hacia el cuidado y/o trato humanizado	Análisis reflexivo por análisis de contenido e interpretativo
Educación	1-2: "deberían reforzar los conocimientos con el buen trato y el mejor cuidado que se le deben brindar a los pacientes ya que la seguridad del paciente es una prioridad en la gestión de la calidad del cuidado." 4-3: "Porque estamos formando profesionales integrales y estamos brindando la atención en servicio en salud, si hablamos de salud no solamente quiere decir hablar de algo físico, también hablamos de la definición de salud que es el estado bien no solamente físico si no también mental, emocional cierto, cuando damos una educación o un entrenamiento a un estudiante o a un programa le estamos diciendo que debe respetar, que debe ver al paciente como un ser humano, que trabaje por un bien general, mas no le estamos diciendo usted tiene que mecanizar esto y esto es lo que usted tiene que hace sino que vea un poco más allá de lo que es su función específica." 5-1: "… cuando un paciente geriátrico empieza a manejar ansiedad ya comienza a elevársele la tensión arterial, empieza a aumentar su frecuencia cardiaca. Entonces eso es lo que debemos manejar para que la cirugía sea eficaz y eficiente" 10-7: "el nivel de compromiso con el paciente es muy alto en todos los aspectos, tanto en el aspecto profesional como en el aspecto ético"	3-10: "eso tú lo sabes porque cuando tú estás estudiando te lo dicen y no es necesario ir a la universidad para saberlo, en la casa te enseñan cómo se debe tratar a los mayores" 4-9: "antes de la cirugía miro la historia clínica y luego verifico la lista de chequeo con esto es lo que el paciente necesita, en qué condición entró e incluso puedo leer las complicaciones." 5-3: " Ya que una cosa es ser un profesional eficiente y ser un profesional integral, cuando tú manejas la ética y manejas lo asistencial tú eres un personal de salud integral y mejoras los niveles de ansiedad y la estadía hospitalaria o quirúrgica del paciente" 6-10: "la institución como tal no tiene un programa o una atención personalizada para ese tipo de pacientes, sino que tanto los protocolos que nos brindan de cómo tratar al paciente aplican de manera general." 3-10: "eso tú lo sabes porque cuando tú estás estudiando te lo dicen y no es necesario ir a la universidad para saberlo, en la casa te enseñan cómo se debe tratar a los mayores"	Los entrevistados, describen que el cuidado humanizado debe tener unos fundamentos en la formación de cualquier profesional de la salud. La educación y el cuidado humanizado brindan las herramientas para saber cómo hablarle al paciente para darle la seguridad y la confianza que el paciente tanto requiere. La educación ofrece los elementos teóricos para conocer la fisiopatología de la enfermedad, las funciones propias de nuestra de la profesión; sino también que por el estado de vulnerabilidad del paciente geriátrico se pueden presentar más complicaciones que las esperadas en cada procedimiento quirúrgico, ya que en la integralidad del quehacer está soportar la seguridad del paciente en el hecho propio de su condición, pero también en la fragilidad de su ser. Los cirujanos, también mencionan que no reciben por parte de la institución donde laboran formación en el cuidado o en el trato humanizado al paciente geriátrico que, por su estado de vulnerabilidad, merece un trato diferencial. Sin embargo, algunos entrevistados consideran que no es necesaria esta formación ya que el buen trato se aprende en casa y no en una institución o universidad. Es claro, que la formación en los deberes del quehacer del cirujano debe basarse siempre en mantener cada decisión de

	6-7: "… utilizar las palabras adecuadas cuando el paciente te dice señora, señorita, joven o doctora porque el al momento de verlos a todos iguales y no saber quién es quién entonces mientras que de tu respuesta va a depender incluso lo que le vas a producir al paciente, a la hora por ejemplo cuando él te llamo señorita con tu solo responder buenos días si dígame en que le puedo colaborar, ahí enseguida cambia todo"		su quehacer en los elementos descritos en la historia clínica del paciente, pero que esto no lo exime de siempre buscar un acercamiento más humano e íntimo con el paciente geriátrico, el cual requiere de cuidados y tratos especiales para disminuir su ansiedad, miedos e incluso negación, para así evitar complicaciones trans o postoperatorios.
Emocional	1-7: "todo paciente debe ser atendido de la mejor manera, con amor, vocación, dedicación hacia el servicio que prestamos" 2-1: "es importante darles un buen trato a los pacientes geriátricos ya que les genera confianza y seguridad en el acto quirúrgico puesto que ellos por su edad se vuelven más sensibles." 3-9: "ellos necesitan de mucho cuidado porque son muy inquietos porque vuelven a ser como niños." 6-5: "mientras que no nos pongamos en el lugar de ellos jamás entenderemos sus necesidades, sus preocupaciones y sus miedos por ende nuestra respuesta ante esto no va a hacer las mejores y vamos a incrementar esas preocupaciones, ese miedo, porque el paciente se va a sentir menospreciado y lo asumirá obviamente por su edad y lo puede llevar incluso a un estado de depresión y discriminado." 7-10: "hay pacientes que están ansiosos y hay unos que están muy abuelitos que desean tener a la nieta, al hermano, al tío, al hijo con el que ellos piden y mantenerlos hay, a ellos hay que acercarse	No presentó relación con esta categoría	Los entrevistados consideran que el cuidado o trato humanizado está centrado en colocarse en el lugar del paciente o de la familia que los acompaña, es decir, que la percepción que tienen del paciente geriátrico es contribuir a su tranquilidad desde palabras amorosas y amables que lo hagan sentir importante y considerado. Los entrevistados reconocen que los pacientes geriátricos son más sensibles e inquietos y que todo lo preguntan, además que requieren sentirse acompañados, por lo que las acciones de los cirujanos representan la diferencia entre el buen trato y el cuidado humanizado que brinda respuestas a estos elementos mencionados del estado de vulnerabilidad, y por lo tanto, también de la dignidad del paciente que merece entendimiento, comprensión y respeto.

	y darle como un tipo de tranquilidad y seguridad para que no se sientan solos" 10-6: "yo trato a todo el mundo con respeto y amabilidad, porque uno nunca sabe en qué momento de la vida le toque estar a uno en el puesto del paciente."		
Estrés	No presentó relación con esta categoría	2-2: "en mi experiencia muchas veces por tener todo listo para empezar el acto quirúrgico nos olvidamos como se siente el paciente." 4-4: "Claro que sí, porque una situación que estamos viviendo nosotros ahora es la económica, si tu no recibes una compensación por tu trabajo, no puedes como trabajador satisfacer tus necesidades básicas y eso te genera estrés. Obviamente estresado no vas a atender igual a una persona que si estuvieses bien Sin trabajar sin ninguna de esas preocupaciones" 5-4: "En una situación de estrés no solamente influye hacia el paciente, sino también hacia todo el equipo quirúrgico entonces digamos que todo el equipo quirúrgico está manejando un nivel de estrés ya sea por presiones externas o internamente de la propia cirugía va a disminuir el trato humanizado hacia el paciente."	El estrés de forma general influye en el cuidado o trato humanizado que pueden brindarles los Cirujanos a los pacientes. Consideran que el tener todo organizado y a tiempo no les da el espacio suficiente para tener el acercamiento con el paciente. Además, que este estrés muchas veces no está relacionado con la carga laboral, sino también por sus problemas personales sean estos económicos o familiares, aunque aclaran que no debería influir en el cuidado humanizado.
Percepción	3-9: "ellos necesitan de mucho cuidado porque son muy inquietos porque vuelven a ser como niño." 4-8: "yo siempre en particular me apego mucho a ellos…" 7-4: "estos son pacientes de tercera edad, son pacientes que de pronto son más lentos que otros, viven con más ansiedad, tienen de pronto enfermedades de bases diferentes a la que será tratada hay, como por	1-4: "influye el estrato socioeconómico muchas personas por la situación de los pacientes que de pronto no cuentan con los recursos, no les brindan una buena atención, y otras por el nivel de estrés que maneja el personal de salud, quizás por momentos han tenido algún inconveniente o algún percance con otro paciente y de pronto en el momento se encuentre el personal un poco alterado."	La percepción tiene un papel muy importante en la forma en que los cirujanos describen cómo debe brindarse o no el cuidado humanizado a los pacientes geriátricos, incluso que no debe haber trato diferencial hacia los pacientes. Mencionan que la carga laboral influye sobre la forma en que tratan al paciente, pero que siempre guardan elementos mínimos de respeto, tales como tratar al paciente por el nombre y

	ejemplo son pacientes que son hipertensos, diabéticos y esto se dan también por su edad" 7-6: "si, la falta de pago, la sobrecarga laboral." 8-4: "cuando el profesional tiene problemas en la casa hay muchas veces que lo trae al trabajo, las largas horas laborales también influyen ya que cuando uno tiene cansancio no quiere hacer las cosas, estas dos cosas primordialmente influyen bastante" 10-1: "por la enfermedad que presenta, entonces siempre hay que tratarlo con más suavidad al paciente geriátrico y al paciente pediátrico".	2-3: "De pronto una indiferencia en el trato ya que muchas veces solo nos limitamos en la asistencia de la cirugía" 3-10: "eso tú lo sabes porque cuando tú estás estudiando te lo dicen y no es necesario ir a la universidad para saberlo, en la casa te enseñan cómo se debe tratar a los mayores" 9-9: "el trato es igual para todos los pacientes, no hay una conducta especial para el adulto mayor"	saludarlo al entrar al quirófano, lo cual puede responder al buen trato, pero no al cuidado humanizado que busca contribuir al bienestar físico y emocional de los pacientes. Los entrevistados perciben que los pacientes geriátricos por su condición de adulto mayor son: lentos, con enfermedades de bases que los hacen pocos conscientes de su situación de salud, incluso comportándose como niños, desconociendo que ser adulto mayor no representa que sus derechos deben ser vulnerados como el hecho de saber el procedimiento, y que sus necesidades emocionales se vean satisfechas, sin poner en mayor riesgo su condición de base por la cual va ser sometido a cirugía. Otro elemento o factor para considerar desde la percepción de los cirujanos, es considerar que limitarse a su quehacer contribuye a la seguridad del paciente y por ende al cuidado humanizado.
Responsabilidad	1-6: "hablar en privado y decirle la situación del error de pronto que se está presentando con el trato hacia el paciente." 1-9: "haciendo una lectura breve y concisa de la historia clínica y teniendo una breve charla con el paciente unos minutos antes del procedimiento para conocer sus miedos y necesidades y durante la cirugía valoro las necesidades durante el procedimiento" 3-4: "el estrés, problemas económicos, problemas familiares, largas horas de trabajo no ocasionan un mal trato, porque una cosa no implica a la otra, por ejemplo la situación que se está viviendo ahora, el mal pago y no nos pagan, nosotros no	1-11: "establecemos un patrón y un control de los factores de riesgo en un quirófano y de esta manera buscamos tener un excelente desarrollo al momento de realizar cualquier procedimiento incluyendo el trato con hacia el paciente." 2-4: "que tuviera mejor trato ya que todos somos seres humanos y merecemos una atención digna" 4-5: "no compensación o el no reconocimiento de tu trabajo, si no te pagan no están reconociendo lo valioso de tu trabajo, eso puedo incidir en que un profesional de la salud llegue a su lugar de trabajo de pronto sin muchas motivaciones para atender adecuadamente a los pacientes. También influyen	El valor de la responsabilidad en los cirujanos está relacionado con el respeto a la confidencialidad y a la intimidad del paciente como elemento primordial de su dignidad y por consiguiente, del cuidado humanizado y la seguridad del paciente. Además, considerar la responsabilidad que tienen de tener informado al paciente, al menos en lo que respecta a su quehacer profesional, aunque también describen que sus accionares en el cuidado humanizado o trato dependen de la jornada laboral y por ello, del estrés que se esté manejando en el quirófano. Reconocen que están regidos por unas normas legales, éticas o bioéticas que los

	podemos ir a pagar ese estrés con ellos porque nosotros cuando agarramos esta carrera sabíamos a qué nos vamos a tener, entonces hay que ir concientizado y manejarlo, tienes que saber manejar las cosas, los problemas quedan en la casa y no se llevan a la institución." 7-1: "mantener el respeto y la dignidad que esta intrínseca en cada uno de los seres humanos, por ende, en cada uno de los pacientes, por eso es indispensable aparte que nosotros como cirujanos también nos rigen unas normas de ética profesional y eso entra ahí"	los problemas familiares y que no te doten de los elementos de bioseguridad para prestar una atención segura, digamos que eso estresa, también influyen las largas horas de trabajo." 4-11: "cada paciente tiene necesidades diferentes, las necesidades de un niño no son iguales a las de un joven y a las de un paciente geriátrico, entonces cuando tú conoces la historia clínica, te acercas, te presentas, hablas con él y le trasmites confianza" 5-10: "cumplir con las normas de bioseguridad no solamente me estoy cuidando yo, sino que también estoy cuidando al paciente geriátrico, tengo el esquema de vacunación al día."	obliga a responder por principios como la confidencialidad de la información del paciente y por ende el buen trato o cuidado humanizado. También reconocen que cada paciente tiene sus propias necesidades donde la historia clínica se queda corta en elementos que solamente los puede saber si se acerca y hablas con el paciente, logrando incluso trasmitir empatía y lograr que el paciente se tranquilice y confié en que todo saldrá bien.
Vulnerabilidad	1-1: "todo paciente geriátrico necesita un trato especial debido a su edad avanzada, ya que en estos pacientes se presenta mucho lo que es ansiedad, miedo, temores, entonces debido a la edad de los pacientes requieren un trato especial un buen cuidado" 6-1: "en el momento en el que él ingresa al área de cirugía se convierte en el ser más importante, para lo cual es indispensable proporcionarle seguridad, confianza mediante un dialogó o una presentación adecuada y por ende no hacer que su paso por el área no sea traumático." 6-4: "al momento de hacernos algún tipo de preguntas, ellos lo que esperan son que le respondan con amor, le brinden seguridad y despejen sus dudas, liberen sus miedos y eso se consigue obviamente con el trato humanizado"	No presentó relación con esta categoría	La categoría de vulnerabilidad es percibida por parte de los cirujanos, como la fragilidad natural del adulto mayor simplemente por su edad más que por su condición de enfermo. Consideran que la comunicación en muy importante para lograr que el paciente disminuya su ansiedad, miedos o temores propios del acto quirúrgico para que su paso por el quirófano no sea más traumático. Consideran que es sumamente importante lograr que los pacientes logren empatizar, es decir, la capacidad del especialista de colocarse en el lugar del paciente y para eso propende por responder a las preguntas de los pacientes con amor, hablarles por el nombre o señor(a), buscan que sientan que son los más importantes para el equipo quirúrgico y que tendrán un contacto continuo con sus familiares, dicho de otro modo, todo bajo control.

	7-11: "estas personas son muy vulnerables no solamente físicamente si no mental y emocionalmente, porque ya ellos son abuelitos y quieren estar con sus familiares y no quieren someterse a estar encerrado o con personas extrañas, esto es muy importante sobre todo por lo que te dije anteriormente, para evitar de pronto alguna complicación y en caso de que se dé poder estar preparados para sacar adelante y que el paciente salga bien de cirugía"		
Dignidad	3-8: "tratarlo humanizadamente le da confianza al paciente, porque hay pacientes que son hipertensos emotivamente y si tú te acercas al paciente y le dices: "hola, ¿cómo estás? Mi nombre es (…) y voy a ser su cirujano confié en Dios que todo va a salir bien." 4-2: "son personas y todos necesitamos sentirnos importantes, sentirnos que estamos recibiendo un trato digno. Dentro de la humanización es hacer respetar nuestros derechos nuestra situación como persona como ser humano, si se te reconoce un hecho eso te hace sentir bien, te hace sentir en un ambiente agradable y eso da confianza al paciente, entonces cuando hablamos de humanización hablamos de eso, de trasmitir confianza y respetar derechos." 4-7: "Siempre estoy como atenta contra sus necesidades y trato de llamarlos de una forma que no les afecte" 5-8: "el cuidado humanizado no solamente es evitar que no nos falte nada sino también brindarle apoyo al paciente, hablar con él, manejarle los niveles de estrés que es lo que más hace que se retrase la cirugía y toca volver a	No presentó relación con esta categoría	Los cirujanos consideran que la dignidad es promulgar su fe en la religión que profesan. El hecho mismo de que son personas que requieren sentirse importantes y que todo se encuentra bajo control y pro de su bienestar y seguridad. El trato digno lo accionan con las funciones de su profesión en realizarlas de la mejor manera posible bajo elementos de calidad institucional y profesional, considerando que eso le da confianza a la paciente y por lo tanto, respeta los derechos que los pacientes tienen de ser tratados como seres humanos que requieren un apoyo más allá de los elementos propios del quehacer profesional.

	reprogramarlo y comenzar de nuevo" 6-4: "… al momento de hacernos algún tipo de preguntas, ellos lo que esperan son que le respondan con amor, le brinden seguridad y despejen sus dudas, liberen sus miedos y eso se consigue obviamente con el trato humanizado." 8-6: "trato de brindarle respeto, seguridad y brindándole mi apoyo en todo momento" 8-7: "yo a cualquier tipo de paciente lo trato como si fuese un familiar mío."		