

Construcción y validación de una herramienta de auto instrucción para el Buen Trato en el encuentro clínico

ANGELINA DOIS-CASTELLÓN^{1,a}, PAULINA BRAVO-VALENZUELA^{1,b},
ALEJANDRA MARTÍNEZ-PEREIRA^{1,c}

Developing a Self-Instruction Tool for Respectful Care in Healthcare: Design and Validation Process

Introduction: *Respectful care is a relationship between professionals and patients based on deep respect and assessment of the person's dignity. Aim:* Describe the design and validation process of the auto-instruction tool for Respectful Care in healthcare. **Method:** A mixed methods study based on the content analysis proposed by Kyngäs was conducted with a sample of clinical teachers and undergraduate students, a systematic review of scientific literature, and the consensus and opinion of national experts in health education. The data were obtained through focus groups and surveys. **Results:** A Respectful Care self-instruction tool was built by three instruments: a) assessment guideline; b) a List of actions related to the dimensions of respectful care and health care, and c) a Model for elaborating a personal improvement and monitoring plan. **Conclusions:** The results of this study show that Respectful care requires professionals responsible for their work who have achieved competencies to provide respectful health care. In that sense, HBT can be understood as a proposal for continuous improvement in the clinical training of students and health professionals.

(Rev Med Chile 2023; 151: 565-575)

Key words: Delivery of Health Care; Respect; Health.

RESUMEN

Introducción: El Buen Trato es una forma de relación entre profesionales y usuarios del sistema de salud, basada en un profundo respeto y valoración de la dignidad de la persona. **Objetivo:** Describir el proceso de diseño y validación de la Herramienta de auto instrucción para el Buen Trato en el encuentro clínico. **Método:** Estudio de métodos mixtos basado en el análisis de contenido propuesto por Kyngäs sobre una muestra de docentes clínicos y estudiantes de pregrado, revisión sistemática de la literatura científica y el consenso y opinión de expertos nacionales en educación en salud. Los datos se obtuvieron mediante grupos focales y encuestas. **Resultados:** Se construyó una Herramienta de autoevaluación del Buen Trato (HBT) durante el encuentro/atención clínica formada por tres instrumentos: a) Pauta de Autoevaluación; b) Lista de acciones relacionadas con las dimensiones del Buen Trato en el encuentro clínico c) Pauta para la elaboración de un Plan Personal de mejora y seguimiento.

¹Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro Colaborador OPS/OMS. Santiago, Chile.

^aEnfermera-matrona, Magister en Psicología de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile.

^bEnfermera, PhD (Medicine), Cardiff University.

^cSocióloga, PhD en Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Fuente de apoyo financiero:

Fondo de Desarrollo de la Docencia Pontificia Universidad Católica de Chile (código VRA 1578). La Pontificia Universidad Católica de Chile no influyó en el diseño del estudio, en la recolección, análisis o interpretación de los datos ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito. Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

Recibido el 13 de junio de 2022, aceptado el 13 de marzo de 2023.

Correspondencia a:

Angelina Doís
Av. Vicuña Mackena 4860, Macul
adois@uc.cl

Conclusiones: Los resultados muestran que el Buen Trato requiere profesionales responsables de su quehacer, que hayan alcanzado las competencias para brindar una atención de salud respetuosa. La HBT puede entenderse como una propuesta de mejoramiento continuo en la formación clínica de estudiantes y profesionales de la salud.

Palabras clave: Atención a la salud; Respeto; Salud.

El Buen Trato es una forma de relación entre profesionales y usuarios del sistema de salud basado en el respeto y valoración de la dignidad de la persona y constituye un eje fundamental del Cuidado Centrado en la Persona (CCP).

Las competencias para una atención respetuosa del Buen Trato se logran con una práctica reflexiva, ejercitación y retroalimentación permanentes^{1,2}.

El Buen Trato como atributo, se define a partir de la experiencia usuaria, por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha desagregado en ocho dominios: a) autonomía: participación en la toma de decisiones relacionadas con su salud; b) confidencialidad: las personas tienen el control de quién accede a la información sobre su salud; c) comunicación: el(la) usuario recibe toda la información que requiere sobre su estado de salud y tratamiento; d) trato respetuoso: las personas reciben un trato humano, gozan plenamente de todos sus derechos y no reciben agravios a su dignidad; e) atención pronta: el tiempo entre la búsqueda de atención y la provisión del servicio no genera riesgos o molestias además de las que ocasionó la búsqueda de atención; f) condiciones de las instalaciones: las características físicas de la unidad/servicio, como limpieza, amplitud e iluminación son apropiadas; g) acceso a redes de apoyo social: quienes reciben atención hospitalaria no pierden contacto con su entorno social; y h) capacidad de elección: la persona puede seleccionar al proveedor primario del servicio³.

La Herramienta de auto instrucción para el Buen Trato (HBT) en el encuentro clínico es un instrumento que orienta la práctica clínica de estudiantes, docentes y profesionales de la salud entregando recomendaciones para un encuentro de salud respetuoso orientado hacia el Buen Trato. El objetivo de este manuscrito es dar cuenta de los resultados del proceso de diseño y validación de

contenido de la Herramienta de auto instrucción para el Buen Trato en el encuentro clínico.

Método

Estudio de diseño mixto descriptivo sobre una muestra por conveniencia de enfermeras que realizaban docencia clínica y estudiantes de pregrado de una universidad chilena. Los criterios de inclusión para profesionales fueron al menos 5 años de experiencia en docencia clínica a estudiantes de enfermería de pregrado y para el grupo de estudiantes, estar cursando asignaturas clínicas del currículo de pregrado.

Los datos se recolectaron durante octubre de 2021. Se realizaron dos grupos focales con enfermeras usando una plataforma de videoconferencias online y registrados en audio video a partir de un guión construido sobre la evidencia disponible en buen trato en la atención de salud. Se incluyeron publicaciones en español e inglés, desde el año 2015, con acceso libre a texto completo en bases de datos como PubMed, Web of Science, PROQUEST y Scopus. El criterio de finalización fue la saturación de los datos. Los grupos focales fueron transcritos *verbatim*. Las mismas preguntas directrices de los grupos focales permitieron construir un cuestionario en línea para los estudiantes para conocer desde su perspectiva, las características y atributos de la atención de salud relacionadas al buen trato al usuario(a). Se hizo análisis de frecuencia de las respuestas obtenidas y análisis de contenido de las respuestas a preguntas abiertas y de los grupos focales siguiendo la propuesta de Kyngäs⁴: a) lectura de las transcripciones de cada grupo focal; b) identificación y extracción de narraciones relacionadas con las experiencias sobre el buen trato de las participantes en el contexto de la docencia clínica, agrupándolas en diferentes unidades de

significado a las que se les asignó un código consensuado por las investigadoras; c) organización de los códigos en categorías más amplias las que debían ser exhaustiva y mutuamente excluyente⁵. Los criterios de Guba sirvieron para cautelar el rigor metodológico⁶.

Una vez finalizado el análisis se construyó una propuesta de Herramienta de auto instrucción para el Buen Trato (HBT) y se procedió a la validación de contenido por jueces que buscó determinar si los ítems considerados daban cuenta de la calidad y cobertura del contenido, complejidad cognitiva y adecuación lingüística que se deseaba valorar. Se consideró la participación de 5 jueces con experticia en docencia clínica, cuidado centrado en la persona y humanización de la salud^{7,8,9}. Cada juez utilizó una pauta para evaluar relevancia, suficiencia y pertinencia del contenido. Luego se procedió al análisis de los datos considerando la concordancia de la evaluación de cada ítem en revisión.

Hubo acuerdo entre los jueces que la amplitud de las dimensiones de la Pauta de Autoevaluación y a la vez, lo específico de las acciones propuestas, aportan insumos concretos para la práctica clínica. Así mismo, consideraron un aporte que el desarrollo de la HBT estuviera pensado desde la autoevaluación y los procesos de mejora continua.

Las principales modificaciones sugeridas fueron: a) ampliar la población objetivo a todos los profesionales de la salud aun cuando no realizaran labores docentes; b) cambiar el planteamiento y especificidad de algunos ítems de la Pauta de Autoevaluación y c) modificar dos aspectos del Plan Personal de mejora y seguimiento: i) aclarar que los objetivos están relacionados con áreas de mejora o aprendizaje personal y no con objetivos asociados teóricamente al dominio y ii) distinguir los tiempos que se deben considerar para alcanzar un objetivo (corto, mediano y largo plazo).

El análisis de las respuestas permitió construir la versión final de la HBT.

El estudio y Consentimiento Informado fueron aprobados en Comité Ético Científico de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile (ID 191125016). Los participantes firmaron el Consentimiento Informado.

Participantes

Participaron 12 enfermeras entre 31 a 62 años,

en su mayoría con formación de magíster, con 6 años de ejercicio profesional promedio y 14 de años de desempeño como docente clínico en áreas hospitalarias y ambulatorias de adultos y niños. El 100% declaró intencionar explícitamente en la docencia clínica el respeto al buen trato de los usuarios(as) (Tabla 1).

En el grupo de estudiantes participaron 13 personas, 92% mujeres, en un rango de edad entre 19 y 26 años, solteras(os), el 46,1% cursando el sexto semestre de formación y 46,1% entre noveno y décimo semestre de la carrera. En relación con sus prácticas profesionales, el 69,2% contaba con experiencia clínica en atención de niños en contextos hospitalarios y ambulatorios, el 53,8% en atención de adultos en contextos hospitalarios y ambulatorios (incluida maternidad), el 30,7% en atención de adultos en contextos psiquiátricos y 38,4% en salud comunitaria.

El grupo de jueces estuvo formado por profesionales de la salud con 27,5 años en promedio experiencia en docencia clínica y formación de posgrado en áreas vinculadas a docencia clínica, bioética y humanización de la salud.

Resultados

Se construyó una Herramienta de auto instrucción para el Buen Trato en el encuentro clínico en salud. Según la opinión de los participantes, las acciones para lograr que el encuentro clínico sea respetuoso del buen trato como atributo del cuidado centrado en la persona pueden dividirse en:

- Previo al contacto con el(la) usuario(a) y que se relacionan con la revisión de los antecedentes del paciente, determinar los objetivos del encuentro clínico/atención de salud y condiciones y materiales que se requieren para lograrlo.
- Durante el encuentro clínico/atención de salud, que se relacionan por un lado con habilidades sociales básicas y la forma de dirigirse al usuario(a): saludar, tratar por el nombre, establecer contacto visual, entre otras, y asimismo, con la forma de entregar la atención de salud en un lenguaje adecuado a la condición del usuario(a), recogiendo sus experiencias, permitiéndoles participar de las decisiones relativas al cuidado de su salud, aclarando las

Tabla 1. Caracterización participantes en los grupos focales

Sexo	Femenino	12
	Masculino	0
Edad	30-40	6
	41-50	4
	51-60	1
	>60	1
Estado civil	Soltera	8
	Casada	3
	Divorciada	1
Nivel educacional (grado máximo)	°Magister	2
	Magister	6
	PhD	4
Desempeño profesional (años)	5-10	1
	11-15	3
	16-20	2
	21-25	4
	>25	1
	No declara	1
Desempeño en docencia clínica (años)	5-10	3
	11-15	3
	16-20	1
	21-25	3
	No declara	2
Área de desempeño profesional (mencione todas)	Atención hospitalaria de adultos	4
	Atención ambulatoria de adultos	1
	Atención hospitalaria de niños (as) y adolescentes	3
	Atención ambulatoria de niños (as) y adolescentes	4
	Atención de salud en comunidad	6
	Atención ambulatoria en salud de la mujer	1
	Atención hospitalaria en salud de la mujer	3
	Educación en salud	1
	Gestión en salud	1

dudas que pudieran surgir y resguardando en todo momento la intimidad y privacidad de la persona.

- c) Después del encuentro clínico/atención de salud relacionadas con revisar críticamente la instancia y cómo fue el actuar profesional en lo técnico y relacional.

La Herramienta de auto instrucción para el Buen Trato en el encuentro clínico está formada por tres instrumentos: a) Pauta de Autoevaluación; b) Listado de acciones relacionadas con las dimensiones del buen trato en el encuentro clínico y c) Pauta para la elaboración de un Plan Personal de mejora y seguimiento.

Tabla 2. Pauta de Autoevaluación

Durante el último encuentro/atención clínica ¿con qué frecuencia realicé las siguientes acciones?					
Acciones	Frecuencia				
	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Antes del encuentro/Atención clínica					
1. Revisé los antecedentes del usuario (a) por ejemplo la ficha clínica, ficha social, exámenes entre otros antecedentes					
2. Tenía claridad de cuál era el objetivo del encuentro clínico/atención de salud					
3. Prepararé el material que iba a necesitar durante el encuentro clínico/atención de salud					
Durante el encuentro/atención clínica					
4. Saludé al usuario(a) al inicio del encuentro clínico/atención de salud y al familiar o acompañante (si estaba presente)					
5. Me presenté (nombre, cargo)					
6. Me dirigí al usuario(a) por su nombre					
7. Respeté la puntualidad en los horarios de atención					
8. Mantuve contacto visual con el(la) usuario (a) durante el encuentro clínico/atención de salud					
9. Me dirigí al usuario(a) utilizando expresiones como "mami-ta", "abuelito", "tata", etc.					
10. Me referí al usuario por el número de cama que se le asignó o por su patología					
11. Utilicé un lenguaje comprensible y adecuado según las características del usuario(a)					
12. Permití al usuario(a) expresar su motivo de consulta o sus necesidades					
13. Escuché activamente lo que planteó el(la) usuario (a) como uso de parafraseo, reflejos, resúmenes, etc.					
14. Hice uso de conductas no verbales relacionadas con escucha activa como asentir, mirar a los ojos, asentí, u otra					
15. Explicé el alcance de la atención que iba a dar (por qué y para qué estoy ahí y qué es lo que voy a hacer a la persona o con lo que le compete a ella)					
16. Pedí permiso al usuario(a) para realizar la atención clínica y/o la entrevista					
17. Respeté la decisión del usuario(a) respecto de ser atendido/examinado o no por estudiantes y/o becados.					
18. Resguardé la privacidad/intimidad del usuario(a) con el uso de medios físicos (biombo, cortinas, cerrar la puerta) que lo separaron de otras personas presentes en el lugar					
19. Consideré en la atención de salud las preferencias y valores del(la) usuario (a)					
20. Estimulé la participación activa de los usuarios(as) en la toma de decisiones que involucran su cuidado.					

- | |
|---|
| 21. Evalué a través de preguntas las necesidades de información que el (la) usuario(a) requería para que pudiera tomar una decisión relativa a su salud |
| 22. Evalué el grado de comprensión y satisfacción del usuario(a) con la información recibida |
| 23. Pregunté explícitamente por dudas e inquietudes del usuario(a) o aspectos que no hubieran quedado del todo claros durante la atención de salud |
| 24. Me di el tiempo para responder preguntas del usuario(a) o su acompañante |
| 25. Entregué información al usuario(a) comprensible y pertinente al motivo de consulta |
| 26. Incluí en la atención a la persona que acompaña al usuario(a) (si corresponde) |
| 27. Actué con diligencia, mostrando interés por resolver el problema que tenía la persona |
| Después del encuentro/Atención clínica (*) |
| 28. En algún momento mi atención clínica pudo ser discriminatoria para el(la) usuario(a) por edad, sexo, condición de salud, apariencia, etnia, preferencias religiosas y/o políticas, etc. |
| 29. Emití juicios de valor respecto del usuario(a) o su condición |
| 30. El(la) usuario(a) percibió que la atención que le otorgué fue respetuosa y genuina |
| 31. El(la) usuario(a) sintió que estuve preocupada(o) por él (ella) y que hice lo posible por ayudarlo a resolver su problema de salud |
| 32. El (la) usuario(a) se sintió bien tratado(a) durante el encuentro clínico/atención de salud |
| 33. Estuve más centrada(o) en mi desempeño y en las tareas que debía realizar que en el(la) usuario(a) que debía atender |
| 34. Fui capaz de reconocer mis límites profesionales, asumiendo tareas para las cuales tengo las competencias y así disminuir el error |
| 35. Solicité ayuda para realizar aquellas tareas para las que no me sentía preparado(a) |
| 36. Comenté el caso y/o la situación familiar con personas que no estaban relacionadas con el cuidado del usuario(a) |

(*) Se sugiere que el estudiante/profesional reflexione sobre cómo puede darse cuenta de que el usuario(a) percibió que la atención recibida fue respetuosa y genuina, que sintió que se preocupaban por él/ella, que se sintió bien tratado, etc.

La Pauta de Autoevaluación (Tabla 2) es un instrumento de automonitoreo que permite revisar las acciones realizadas en el último encuentro clínico/atención de salud que servirán de base para avanzar en el proceso de adquisición de las competencias necesarias para que el encuentro clínico/atención de salud sea respetuoso del buen trato.

La evaluación considera una escala de Likert de 5 reactivos (siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca). El estudiante o profesional deberá seleccionar la frecuencia que más se ajusta a su comportamiento durante el último encuentro clínico/atención de salud. Dado que el buen trato es un derecho en la atención de salud cualquier acción que no sea reconocida con el reactivo

Tabla 3. Listado de acciones relacionadas con las dimensiones del buen trato en el encuentro clínico

Dimensiones del Buen Trato	Acciones	Selección personal
Atención pronta	Revisé los antecedentes del usuario (a) por ejemplo la ficha clínica, ficha social, exámenes entre otros antecedentes	
	Tuve claridad de cuál era el objetivo del encuentro/atención clínica	
	Prepararé el material que iba a necesitar durante el encuentro/atención clínica	
	Actué con diligencia, mostrando interés por resolver el problema que tiene la persona	
Trato respetuoso	Saludé al usuario(a) al inicio del encuentro clínico/atención de salud y al familiar o acompañante (si estaba presente)	
	Me presenté (nombre, cargo)	
	Me dirigí al usuario(a) por su nombre	
	Respeté la puntualidad en los horarios de atención	
	Mantuve contacto visual con el(la) usuario (a) durante el encuentro/atención clínica	
	Me dirigí al usuario(a) utilizando expresiones como "mamita", "abuelito", "tata", etc.	
	Me referí al usuario por el número de cama que ocupa o su patología.	
Confidencialidad	Pedí permiso al usuario(a) para realizar la atención clínica y/o entrevista.	
	Respeté la decisión del usuario(a) respecto de ser atendido/examinado por estudiantes y becados	
	Resguardé la privacidad/intimidad de los(as) usuarios(as) con el uso de los medios estructurales (biombo, cortinas, cerrar la puerta) que lo separen de los otros pacientes	
	Comenté el caso y/o la situación familiar con personas que no estaban relacionadas con el cuidado del usuario(a)	
Autonomía	Evalué las necesidades de información que el (la) usuario(a) requería para que pudiera tomar una decisión relativa a su salud	
	Consideré en la atención de salud las preferencias y valores del(la) usuario (a)	
	Explicé el alcance de la atención que iba a dar: por qué y para que estaba ahí y que es lo que iba a hacer con la persona o con lo que le compete a ella	
	Estimulé la participación activa de los usuarios(as) en la toma de decisiones que involucran su cuidado	
Comunicación	Me esforcé por utilizar un lenguaje comprensible adecuado a las características del usuario(a): contenido del mensaje, tono, postura corporal.	
	Me esforcé por entregar información al usuario(a) comprensible y pertinente al motivo de consulta	
	Permití al usuario(a) expresar su motivo de consulta o sus necesidades	
	Pregunté explícitamente por dudas e inquietudes del usuario(a) o aspectos que no hubieran quedado del todo claros durante la atención de salud.	
	Evalué el grado de comprensión y satisfacción del usuario(a) con la información recibida	
	Me di el tiempo para responder preguntas del usuario(a) o su acompañante	

Acceso a redes de apoyo social	Incluí en la atención a la persona que acompañaba al usuario(a).
Actitudes interpersonales	Acciones
Aceptación incondicional	En algún momento mi atención clínica pudo ser discriminatoria del (la) usuario(a) por edad, sexo, condición de salud, apariencia, etnia, preferencias religiosas y/o políticas, etc.
	Emití juicios de valor respecto del usuario(a) o su condición
	El(la) usuario(a) se sintió bien tratado(a) durante el encuentro clínico / atención de salud
Congruencia	El(la) usuario(a) percibió que la atención que le otorgué fue respetuosa y genuina
	El (la) usuario(a) sintió que estuve preocupada(o) por él (ella) y que hice lo posible por ayudarlo a resolver su problema de salud
	Fui capaz de reconocer mis límites profesionales, asumiendo tareas para las cuales tengo las competencias y así disminuir el error
	Solicité ayuda para realizar aquellas tareas para las que no me sentía preparado(a)
Empatía	
	Estuve más centrada(o) en mi desempeño y en las tareas que debía realizar que en el(la) usuario(a) que debía atender
	Escuché activamente lo que planteó el(la) usuario(a).
	Hice uso de conductas no verbales relacionadas con escucha activa como asentir, mirar as los ojos, reflejar u otra

Tabla 4. Pauta para la elaboración de un Plan Personal de mejora y seguimiento (*)

Pauta para la elaboración del Plan Personal						
Dominio	Objetivo de mejora o aprendizaje personal	Estrategias de mejora, refuerzo o corrección: Acciones propuestas	Respuesta esperada	Plazos para alcanzar el objetivo: - Corto plazo (hasta una semana) - Mediano plazo (desde una semana a un mes) - Largo plazo (entre uno y seis meses)	Solicitud de ayuda en las áreas de mayor dificultad: - Recursos por movilizar - Personas a las que les solicitará la ayuda	Evaluación personal de los aprendizajes y logros alcanzados

(*) Se sugiere que se revisen ejemplos que permitan la formulación de acciones concretas que reflejen el área que se requiere modificar, por ejemplo: "ofrecí alternativas de elección"; "señalé la posibilidad de negarse frente a una acción", "informé sobre distintos cursos de acción frente a una situación", "usé preguntas facilitadoras", etc.

"siempre" requerirá medidas de corrección a excepción de los numerales 9 y 10 cuya acción estándar debe ser "nunca".

De acuerdo con lo recomendado por la literatura, la periodicidad de uso dependerá de los objetivos que se espera alcanzar en procesos

formativos de estudiantes o de profesionales por lo tanto responde a las necesidades fijadas de manera personal o en conjunto con el supervisor que corresponda.

La Lista de acciones relacionadas con las dimensiones del buen trato está organizada en una

tabla de tres columnas. En la primera columna se muestra el Dominio de acción que responde a un área del buen trato en la atención de salud según lo definido por la OMS. En la segunda columna se describen una serie de acciones específicas vinculadas a ese dominio. La tercera columna permite identificar las acciones que requieren ser trabajadas para mejorar, reforzar y/o corregir aquellos aspectos relacionados con una atención de salud respetuosa del buen trato (Tabla 3). Para su uso se sugiere completar la Pauta de Autoevaluación, luego seleccionar las acciones que debe trabajar para mejorar su encuentro clínico/atención de salud que están contenidas en la segunda columna y luego verificar que dimensión del buen trato requiere ser reforzada.

Por último, la Pauta para la elaboración de un Plan Personal de mejora y seguimiento permite identificar los dominios del buen trato en que es necesario implementar acciones en un período determinado de tiempo, para mejorar, reforzar y/o corregir aquellos aspectos relacionados con el encuentro clínico/ atención de salud respetuosa del buen trato (Tabla 4).

Discusión

El buen trato en la atención de salud es un imperativo ético para los profesionales de la salud y un derecho humano inalienable que se sostiene en el respeto a la dignidad de la persona sin discriminación de ningún tipo, de forma de contribuir a que alcance el mayor grado bienestar posible¹⁰.

Este estudio permitió construir y validar una Herramienta de auto instrucción para el Buen Trato (HBT) en el encuentro clínico, que da cuenta de los elementos a considerar en la formación de los estudiantes y en el automonitoreo de la práctica profesional.

El proceso de enseñanza/aprendizaje de futuros profesionales de la salud, exige la integración saberes teóricos, prácticos y actitudinales, que permita aprender y valorar la atención integral. Sin embargo, este proceso se podría ver interferido por algunas condiciones de la atención de salud como disminución del tiempo de hospitalización y de atenciones ambulatorias asociadas a una gestión en salud más resolutive, que limitan las oportunidades de contacto directo con los usuarios(as) y las exigencias de la formación que

pueden desplazar el foco de atención hacia el logro de los objetivos académicos y la resolución de la enfermedad, por sobre la consideración de la individualidad del paciente^{11,12}.

El buen trato en la atención de salud se caracteriza por el establecimiento de relaciones interpersonales empáticas basadas en una comunicación efectiva que permita valorar y potenciar la autonomía e individualidad de los usuarios, como ejes principales para la promoción de una atención efectiva a fin de compartir genuinamente las necesidades, la resolución no violenta de conflictos y un adecuado ejercicio de la autoridad y del poder en las relaciones ya que en la medida que la persona se sienta acogida y perciba un trato empático e individualizado se podrá establecer una alianza terapéutica profesional-usuario(a), que tendrá efectos directos sobre los resultados en la salud de las personas^{2,10,13,14}.

Investigaciones desarrolladas en Chile relacionadas con las expectativas de usuarios(as) respecto del trato que esperan recibir de los(as) profesionales, muestran su relación con dos dimensiones específicas: a) Acogida: esperan del profesional una relación que incluya patrones básicos de conducta social, como saludar, establecer contacto visual y amabilidad; b) Percepción de la atención de salud: esperan una preocupación genuina por sus problemas y plantean como elementos claves el uso de un lenguaje comprensible y el establecimiento de una relación empática, de confianza, en un tiempo adecuado para exponer su situación de salud/enfermedad y que considere sus opiniones en la solución de sus problemas¹³, todos elementos que forman parte de la CCP y han sido ratificados por otros investigadores^{15,16}.

Los resultados de este estudio muestran que el buen trato requiere de profesionales responsables de su quehacer, que hayan alcanzado las competencias para brindar una atención de salud respetuosa, sin embargo; se debe tener en cuenta que los procesos para modificar acciones vinculadas a la práctica clínica son difíciles porque el cambio requiere del desaprendizaje de conocimientos previos no solo a nivel cognitivo sino también vinculados con el hacer y ser del profesional. Resultados previos de este estudio identificaron algunas áreas menos desarrolladas en los estudiantes en relación con una atención respetuosa del buen trato, entre ellas, uso de apodosos para referirse al

paciente, lo que les invisibiliza y despersonaliza y se aleja de una atención centrada en la persona, y una atención directa rápida o enfocada en completar registros clínicos. Estos resultados coinciden con la opinión de los estudiantes quienes además agregan dentro de las dificultades en la atención el uso de un lenguaje muy técnico o no responder las preguntas de los usuarios. El mismo estudio identificó las conductas de buen trato clínico más desarrolladas a juicio de profesionales y estudiantes son saludar en cada contacto, presentarse con nombre y cargo y otorgar en todo momento trato respetuoso y amable. Los estudiantes refieren que es necesario dar el tiempo para que el paciente exponga su situación y participe en la toma de decisiones relativas a su salud¹⁷.

Investigaciones realizadas por Gupta, Boland y Aron sugieren que por la naturaleza de la práctica clínica existe un movimiento de permanente cambio y desaprendizaje que da cuenta de un proceso multidireccional¹⁸. En ese sentido, la HBT puede entenderse como una propuesta de mejoramiento continuo en la formación clínica de estudiantes y profesionales de la salud.

Limitaciones: la escala no da un resultado métrico sino una medición cualitativa. En futuras investigaciones se podría avanzar en la validación del constructo y la determinación de puntos de corte para comparar resultados entre quienes la utilicen. Frente a la ausencia de pautas de evaluación en el tema, este instrumento representa una primera aproximación para objetivar una práctica clínica respetuosa del buen trato.

Referencias

1. Ruiz R, Caballero F, Martínez García de Leonardo C, Monge D, Cañas F, Castaño P. Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina. La experiencia de la Francisco de Vitoria (Madrid). *Educ Med*. 2017; 18 (4): 289-97. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317300736> [Consultado el 01 de junio de 2022]
2. Rojas Reyes J, Rivera Álvarez LN, Medina Moya JL. Los currículos en enfermería y el desarrollo de las Competencias interpersonales: el caso de Colombia. *Index Enferm*. 2019 Dic; 28(4): 223-227. Disponible en <https://bit.ly/3PaNg6k> [Consultado el 22 de agosto de 2022]
3. Puentes E, Gómez O, Garrido F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(6):394-402. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2006.v19n6/394-402/es> [acceso: 12/04/2022]
4. Kyngäs H. Qualitative Research and Content Analysis. In: Kyngäs H, Mikkonen K, Kääriäinen M, editors. *The Application of Content Analysis in Nursing Science Research*. Finland: Springer; 2020, p. 3-11.
5. Assarroudi A, Heshmati Nabavi F, Armat MR, Ebadi A, Vaismoradi M. Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *J. Res. Nurs.* 2018;23(1):42-55. Disponible en: doi:10.1177/1744987117741667 [Consultado el 01 de junio de 2022].
6. Guba E. *The paradigm dialog*. Newbury Park: Sage; 1990.
7. Escobar J, Cuervo A. Validez de Contenido y Juicio de Expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición* 2008; 6: 27-36. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/302438451_Validez_de_contenido_y_juicio_de_expertos_Una_aproximacion_a_su_utilizacion [Consultado el 01 de junio de 2022].
8. Chacón S, Pérez J, Holgado F, Lara A. Evaluación de la calidad universitaria: validez de contenido. *Psicothema* 2001; 13(2):294-30. Disponible en: <http://psicothema.com/pdf/451.pdf> [Consultado el 1 de junio de 2022].
9. Urrutia M, Barrios S, Gutiérrez M, Mayorga M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. *Educ Med Super*. 2014; 28(3): 547-558 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014&lng=es [Consultado el 01 de junio de 2022].
10. CESCR, UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) <https://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html>; 2009 [Consultado el 1 de junio de 2022].
11. Elizalde-Ordoñez H, Ortiz-Dávalos G, Rodríguez-Quezada F, Aya-Roa KJ, Moreno-González MM. Experiencia del profesional de enfermería en su relación con el estudiante durante su práctica clínica. *Sanus*. 2021 dic; 6: e192. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-60942021000100302&lng=es. Epub 24-Ene-2022. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi1.192>. [Consultado el 1 de junio de 2022].
12. Carrasco P, Dois A. Perfil de competencias del tutor clínico de enfermería desde la perspectiva del personal de enfermería experto. *FEM (Ed. impresa)* 2020; 23(2):

- 81-87. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.33588/fem.232.1048>. [Consultado el 1 de junio de 2022].
13. Dois A, Contreras A, Bravo P, Mora I, Soto G, Solís C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Rev. Med. Chile.* 2016;144(5):585-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500005> [Consultado el 1 de junio de 2022]
 14. Pascual J, Gil T, Sánchez J, Menárguez J. How to assess Person-Centered Care according to professionals? A Delphi study. *Aten Primaria.* 2022; 54 (1). Diponible en: doi <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102232> [Consultado el 1 de junio de 2022].
 15. Langner EM, Dyhr L, Davidson AS. Development of concept of patient-centeredness- A sistematic review. *Patient Educ. Couns.* 2019; 102(7): 1228-1236. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.023> [Consultado el 1 de junio de 2022].
 16. Zeh S, Block A, Christalle E, Zill JM, Scholl I. What do patients expect? Assessing patient-centeredness from the patient's perspective: an interview study. *BMJ Open* 2021; 11e:047810. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/7/e047810> [Consultado el 1 de junio de 2022].
 17. Dois A, Bravo P, Martínez A. El Buen Trato en el encuentro clínico de enfermería: características y atributos. *Index de Enfermería* 2022; e14114 Disponible en <http://ciberindex.com/index.php/ie/article/view/e14114>
 18. Gupta DM, Boland RJ, Aron DC La experiencia del médico de cambiar la práctica clínica: una lucha por desaprender. *Implementación Sci* 12, 28 (2017). <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0555-2>