



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**POSGRADO EN CIENCIAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS Y DE LA
SALUD.**

FACULTAD DE MEDICINA

**EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO F1-
TDE/02 PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DE TRATO DIGNO PROPORCIONADO
POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS
HOSPITALIZADOS**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

MAESTRA EN CIENCIAS

P R E S E N T A:

E. E. I ALMA LIDIA ALMIRAY SOTO

T U T O R A S:

DRA. PATRICIA CLARK P.

POSGRADO EN CIENCIAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

DRA. MARIA LUISA PERALTA P.

FACULTAD DE MEDICINA

MEXICO D.F DICIEMBRE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción	5
I. Antecedentes de la dignidad internacionales.....	5
1. Definición de dignidad.....	5
2. Algunos ámbitos de uso de la dignidad.....	6
3. Taxonomía de la dignidad	7
A) Taxonomía de Jonathan Mann (1998).....	7
B) Taxonomía de Nora Jacobson (2009).....	8
4. La protección de la dignidad del paciente en enfermería.....	11
5. Mantener y promover la dignidad del niño hospitalizado	12
6. La dignidad humana en pediatría: los efectos en la salud.	13
7. Revisión sistemática de la literatura	14
II. Antecedentes de la dignidad nacionales.....	19
1. Estudios que llevaron a la utilización del concepto de dignidad en salud.	19
2. Contextualización del concepto de dignidad en México.....	19
3. Contextualización del concepto de dignidad en enfermería	20
3.1 Medición del trato digno a pacientes hospitalizados por personal de enfermería en México	21
3.2 Dominios del instrumento.....	21
3.3 Estudios que han utilizado el instrumento F1-TDE/02 para medir percepción del trato digno por el personal de enfermería en México.....	23
3.4 Estudios que han utilizado otras estrategias para medir el trato digno	26
por el personal de enfermería.	26
III. Planteamiento del problema	33
IV. Pregunta de investigación.....	33
V. Justificación.....	34
VI. Objetivos	34
General.....	34
Específicos	35
VII. Hipótesis.....	35
VIII. Material y métodos.....	35
Primera fase	35

1. Construcción de los dominios de “trato digno del personal de enfermería enfocado a pacientes hospitalizados”	35
2.- Validez de apariencia y contenido del instrumento F1-TDE/02 en una segunda fase del consenso Delphi.	36
Segunda fase	37
1.- Determinación de las características métricas del instrumento F1-TDE/02 (consistencia y validez).	37
2. Viabilidad del instrumento.....	39
3. La validez de constructo por medio de análisis factorial exploratorio.	39
4. Instrumento de medición.....	40
5. Definición de variables	41
5.1- Variables descriptivas del cuidador primario.....	41
5.2- Variables descriptivas del paciente hospitalizado	42
5.3- Variables descriptivas de la enfermera(o) evaluada(o)	43
6. Plan de análisis estadístico.....	44
Primera fase.	44
Segunda fase.	44
7. Descripción general del estudio	44
Primera fase.	44
1. - Construcción de los dominios del “trato digno por el personal de enfermería enfocado a pacientes hospitalizados”	44
2.- Validez de apariencia y contenido del instrumento F1-TDE/02.	45
Segunda fase.	46
1.- Consistencia externa, interna y viabilidad	46
2.- Validez de constructo: Análisis factorial exploratorio.	46
IX. Aspectos éticos.....	48
X. Recursos humanos, físicos y financieros.....	49
XI. Resultados	49
Primera fase	49
1.- Dominios del atributo “trato digno por el personal de enfermería enfocado en el paciente por consenso Delphi.....	49
2. Para determinar la validez de apariencia y contenido del instrumento F1-TDE/02 fue necesario una sola ronda del consenso	55

Segunda fase características métricas del instrumento	57
1. Descripción de la población estudiada.....	57
2.- Consistencia externa del instrumento F1-TDE/02	59
3 Consistencia Interna del instrumento F1-TDE/02	63
4. Viabilidad del instrumento	64
Validez de constructo.....	64
Análisis factorial exploratorio	65
XII. Discusión	68
XIII. Conclusiones	75
XIV. Referencias.....	76
XV. Anexos.....	79
1. - Cronograma de actividades	79
2.- Consentimiento Informado.....	80
3.- Instrumento F1-TDE/02	83
4.- Cuestionario 1 para expertos (validez de contenido)	85
5.- Aceptación Comités de Investigación, Bioética y Bioseguridad.....	87
6.- Glosario de Abreviaturas.....	88

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asume una relación recíproca entre la salud y la dignidad, cuando describe a la salud como un requisito previo para "vivir una vida con dignidad".¹ Esto tiene implicaciones en el área de la salud, todo ejercicio profesional del equipo multidisciplinario que atiende de manera directa o indirecta los asuntos de salud debe estar marcado por el respeto y cumplimiento de valores humanos universales, la OMS considera que los objetivos básicos, medulares, intrínsecos o finales de un sistema de salud son tres: mejorar la salud de la población, ofrecer un trato adecuado, y garantizar la seguridad financiera en materia de salud. Dentro del trato adecuado se menciona como indicador al trato digno en la "Evaluación del desempeño de los Sistemas de Salud".^{1, 19, 51}

I. Antecedentes de la dignidad internacionales

1. Definición de dignidad

La dignidad es fundamental en el contexto de la salud; sin embargo se menciona en diversos estudios que es un concepto ambiguo y difícil de medir.^{2, 3, 4, 5} No obstante se trata de una parte central y fundamental, para la prestación de cuidados con eficacia; por lo cual, es crucial que los profesionales sanitarios tengan un perfil claro de la dignidad.⁵

Prideaux reporta los aspectos legales, profesionales y éticos necesarios para mantener la dignidad del paciente; menciona que "la dignidad es una característica intrínsecamente humana, que puede ser experimentada subjetivamente como un aspecto de uno mismo, expresado a través de actitudes, que reconozcan y respeten la humanidad de los demás".⁶

Jacobson en 2006 publicó una revisión de la definición de dignidad y sugiere dos significados distintos: La *Dignidad humana*, implica que todos los seres humanos son iguales y como individuos deben ser tratados con ciertos niveles mínimos de decencia, y respeto y la *Dignidad social*, se basa en el comportamiento, la percepción y las expectativas sociales. Refiere que existen dos aspectos entrelazados: *la dignidad de uno mismo*, que es auto confianza y auto respeto (dignidad de la identidad). Se crea a través de la interacción con las demás personas y dentro de un entorno social, y la *Dignidad en relación* que implica un proceso de reflexión para el individuo a través de la palabra o de un hecho se puede perder o ganar, amenazar, violar o promover.³

2. Algunos ámbitos de uso de la dignidad

La dignidad es un tópico que puede estudiarse desde diversas disciplinas como:

a) En los derechos humanos: en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), se menciona en el artículo uno: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”.^{7, 3}

b) En el contexto de las leyes y el marco de la justicia social: en Canadá, se evalúa, si la cláusula de igualdad de la Agencia Canadiense Carta de los Derechos y las Libertades ha sido violada. En E.U. es un principio que subyace a las libertades y responsabilidades consignadas en la constitución.³

c) En la Bioética: se ha utilizado en torno a los temas de la muerte y los cuidados al final de la vida. Los participantes debaten sobre temas como la eutanasia y el suicidio asistido. Se plantean problemas relacionados con la biotecnología genética, como la clonación. Mientras que la bioética dominada por los especialistas norteamericanos, hace hincapié, en la autonomía individual (distingue casos, procedimientos y procesos para la toma de decisiones); en Europa lo primero es que todo procedimiento debe estar bien fundamentado y todo fundamento debe poder dar resultados de procedimientos ágiles y correctos.^{3, 5, 6}

d) En la Salud: primero, las personas que desean explorar el concepto en materia de salud deben ser claros, si se están refiriendo a la dignidad humana o a la dignidad social. Por ejemplo, las encuestas que la utilizan como un indicador de la respuesta del sistema, o modelos de la dignidad orientados en la práctica profesional y la atención, se refieren a la dignidad social. Segundo, la dignidad humana tiene como función importante “el derecho a la salud”. Y tercero, la dignidad debe desempeñar un papel significativo en los debates de salud, a través de la equidad, convirtiéndose en un principio clave en el desarrollo y análisis crítico de las políticas públicas.^{3, 4, 5, 7}

e) En la Atención Clínica: inicia en el contexto de los cuidados paliativos y en los cuidados que se proporcionan antes de llegar al final de la vida y también se refiere a la atención que se proporciona en los hospitales, a grupos vulnerables. En el campo de la enfermería (Mairis, 1994 y 2000) se han realizado trabajos teóricos y empíricos. Soderberg y cols.³ (1997), entrevistaron a enfermeras, con el fin de explorar los significados que se atribuyen a la dignidad y las acciones que realizan para promoverla en sus pacientes.³ La dignidad social, puede ser ofendida o violada en niños y ancianos, por la falta de respeto mostrada por la indiferencia ante el sufrimiento de los enfermos, empleando la humillación como una forma de coerción.³

Es importante señalar que para este proyecto en particular la dignidad será enfocada desde el ámbito de la salud y la enfermería.

3. Taxonomía de la dignidad

Se han descrito dos taxonomías de la dignidad: la de Jonathan Mann en 1998 y la de Nora Jacobson en el 2009. De forma breve se exponen ambas para dar una idea de los componentes que estas encuentran y definen.

A) Taxonomía de Jonathan Mann (1998)

La dignidad personal implica un proceso dinámico que atiende a dos componentes, uno interno (como me veo a mi mismo) y otro, externo (como me ven los demás), de manera constante.⁷

Por lo cual, emerge de las experiencias personales; incluye 4 factores:

a) No ser visto: se produce cuando una persona siente que no ha sido suficientemente reconocida. Por ejemplo, si un médico no se da cuenta de la presencia de alguien en el consultorio (al ignorar a la persona, o negarse a hacer contacto visual o dar la mano), la dignidad se ve amenazada.

b) Ser ubicado en una identidad de grupo: Por ejemplo, las mujeres citan situaciones en las que se les dijo que deberían, o no hacer, simplemente porque son mujeres, independientemente de sus capacidades individuales e intereses. Incluso si la clasificación del grupo es una fuente de orgullo como un afro-americano, un francés, un judío, se observa como un elemento que lesiona la dignidad porque se le niega carácter individual y se ve aminorada la persona enteramente en una identificación de grupo.⁷

c) Invasión del espacio personal: Cada cultura define un espacio invisible alrededor del mismo (y para ciertas partes del cuerpo) que, si se ha introducido sin permiso puede lesionar la dignidad. Un ejemplo extremo de la violación a la dignidad es un golpe en la cara, y su impacto en el bienestar, puede ir mucho más allá del daño físico, que generalmente es trivial.

d) La humillación: es un cuarto tipo de violación de dignidad, involucra ser distinguido y separado del grupo al que pertenece o de una norma social. Para ser blanco de críticas (especialmente en frente de un grupo) puede evocar la humillación. Ejemplos triviales incluyen, el reconocimiento de que uno se viste demasiado formal o informal para la ocasión, o aplaudiendo "mal" en algún momento durante un concierto.⁷

Es evidente que violaciones de la dignidad son eventos generalizados con efectos negativos, potencialmente graves y que afectan el bienestar físico, mental y social. Sin embargo, la creatividad metodológica está obligada a identificar, medir

y entender la dignidad y sus conexiones con el bienestar. Se pueden evitar las lesiones en la dignidad a través de eliminar las causas de violación de la dignidad, de considerar la evaluación del estado de la salud y de garantizar el acceso a la salud.⁷

B) Taxonomía de Nora Jacobson (2009)

Esta autora realizó un estudio para obtener un concepto claro de dignidad y un marco para caracterizarla, primero se basó en el método de la teoría fundamentada para revisar los datos extraídos de un análisis de la literatura referente a la dignidad y segundo efectuó 64 entrevistas, realizadas a personas de 3 grupos: 1 marginadas por su salud o condición social; 2 personas que prestaban servicios sanitarios o sociales y 3, personas que trabajaban en el campo de la salud y los derechos humanos. Se efectuó un muestreo intencional. Las entrevistas semi-estructuradas duraron entre 45-90 minutos con preguntas abiertas acerca de sus propias experiencias de dignidad y comprensión de su significado, el impacto y las consecuencias de esas experiencias. Todas fueron grabadas en audio y transcritas textualmente. Se realizó un ajuste de los datos y las categorías que componen esta taxonomía en varios pasos: la codificación de transcripciones utilizando un paradigma de codificación de Schatzman de análisis dimensional, la comparación constante de los conceptos y las condiciones derivadas de los datos, el desarrollo de las categorías de orden superior para abarcar y relacionar estos conceptos y condiciones y la nota extensa por escrito a seguir y explorar las ideas de desarrollo.⁴ Sus resultados fueron

b.1 Elementos de la dignidad:

b.1.1 Interacciones de la dignidad: cada interacción humana tiene el potencial de ser un encuentro. Estos encuentros involucran a individuos o grupos de actores cuya relación se compone de marcadores: los gestos, las interpretaciones y las respuestas. Los encuentros de la dignidad tienen lugar en contextos específicos, entornos físicos y sociales, públicos o privados en donde los actores se dedican a ciertos patrones habituales de comportamiento. Estos encuentros pueden ser violados o promovidos en las relaciones entre las personas por diversas circunstancias, como se observa a continuación.⁴

b.1.2 Violación de la dignidad: cuando un actor está en una situación de vulnerabilidad (enfermo, pobre, débil indefenso, avergonzado o confundido), y el otro actor está en una posición de antipatía (el actor es pre juicioso, arrogante y hostil, o impaciente). La violación de la dignidad es más común cuando la relación entre los actores es de asimetría, es decir, cuando un actor tiene más poder, autoridad, conocimiento, riqueza, o la fuerza que el otro. Procesos sociales que intervienen en las experiencias de violación son:

- Falta de respeto: ser desagradable o mostrar ausencia de respeto generalizado.⁴
- Indiferencia: demostración de una falta de consideración, atención o cuidado.
- Característica de la persona que se acomoda a la voluntad o el gusto de otra: "hablar hasta que" otra persona lo permita o hablar con un adulto "como si fuera un niño."⁴
- Omitir no hacer caso de las habilidades, percepciones, inquietudes, necesidades y sentimientos de la otra persona (actor).
- Disminución: hacer que una persona se sienta más pequeña o disminuida por la forma y el contenido de la interacción.
- Ignorar: representación de un actor invisible o sin voz.
- Desprecio: tratar a un actor de una manera que sugiera que él no tiene ningún valor.
- Dependencia: ser forzado a depender de otros para sus necesidades básicas.
- Intrusión: la transgresión del cuerpo de una persona o de los límites personales.
- Objetivación: el tratar a alguien (actor) como una cosa, no como a una persona.
- Restricción: limitación de la capacidad de una persona para dirigir su propia vida.
- Engaño: burla, mentira, la manipulación o por la ganancia material o una ventaja psicológica.
- Agrupar: ver a un actor, no como un individuo único, si no como sólo miembro de un grupo.
- Etiquetado: etiquetar a una persona (actor) con un término descriptivo que conlleva una connotación moral o de una inferioridad social.
- Difamación: divulgar que la persona (actor), puede parecer amenazante o peligroso.⁴
- Sospecha: desconfiar del trato de un actor, como si él o ella han cometido actos malos.
- Discriminación: el trato de un actor basado en el estatus alcanzado o adscrito o la pertenencia a un grupo de manifiesto bajo.
- Explotación: el uso de un actor o una visión que él o ella sólo como un medio para un fin.
- Criterios de exclusión: hacer que un actor no se sienta bienvenido en los entornos físicos y sociales.
- Repulsión: el tratar a un actor, como si él o ella fuera repugnante o contaminada.

- La privación: falta de acceso absoluta o relativa a las necesidades de la vida.
- Acoso: amenazar o intimidar a un actor.
- Asalto: el uso de la fuerza física para dañar o degradar el cuerpo de un actor y el espíritu.⁴

b.1.3 Promoción de la dignidad: cuando un actor está en una posición de confianza, esperanza y se siente merecedor de buenas cosas, y el otro en una posición humana; es amable, de mente abierta, honesto, y tiene buenas intenciones. Procesos sociales que intervienen en las experiencias de promoción son:

- Disciplina: realización de actividades de rutina, de forma responsable y reglamentaria.
- Independencia: ser autosuficientes.
- Realización: "hacer bien el trabajo" en una empresa de una manera que cumpla o supere las expectativas.
- Autenticidad: "ser yo mismo" o cumplir con la propia individualidad.
- Trascendencia: no estar como "por encima de" la persona, disminuir la provocación.
- Control: hacerse cargo de una situación.
- Perseverancia: "hacer lo mejor posible" después de una tragedia o una gran desilusión.
- Preparación: acopio de valor de uno mismo, para evitar acciones que se relacionan con la última violación, visto desde la dignidad.
- Evitar: alejarse de actividades que en el pasado han dado lugar a la violación de la dignidad.
- Ocultamiento: "el encubrimiento de" marcadores o situaciones embarazosas.
- Reconocimiento: reconocer la humanidad de los demás, mediante la atención hacia las personas y mostrar agradecimiento.
- Aceptación: no ser prejuiciosos.
- Presencia: mantener la compañía de los demás en situaciones difíciles.
- Nivelación: reducir al mínimo la asimetría.
- Promoción: defender a los oprimidos.
- Capacitación: mejorar las capacidades y competencias de los demás.
- Cortesía: demostración de respeto común.
- Amor: honrar y estimar a los demás.

Los proveedores de asistencia sanitaria que trabajan con personas vulnerables, describen cómo usar los procesos, para ayudar a crear y mantener la dignidad de

sus clientes; tales usos de la promoción de la dignidad, pueden ser instrumentos para ayudar a mantener a los pacientes comprometidos y vinculados a los servicios.⁴

b.2 Consecuencias de la violación de la dignidad: la violación inicia un "espiral descendente" de los daños y pérdidas. La persona puede experimentar muchas emociones, incluyendo el *shock*, el miedo, la incredulidad, el dolor, la mortificación o la vergüenza, la incomodidad, la indignación, la frustración o la ira. A largo plazo, se observa, aislamiento social o la marginación, renuencia a buscar ayuda o acceso a los recursos, la pasividad y un ciclo de la victimización y el abuso, en el que la persona lesionada o dañada se convierte en agresora de los demás.⁴

4. La protección de la dignidad del paciente en enfermería

En los servicios hospitalarios se puede comprometer la dignidad de los pacientes; como se puede hacer notar dentro de los servicios emergentes, debido a: encontrarse en espera de camas, ser atendido en camillas, en corredores abiertos, donde la privacidad y confidencialidad se ven amenazados.⁵ "Ante estas situaciones el personal de enfermería debe reconocer que ellos mismos necesitan dignidad, con la finalidad de promoverla y mantenerla en los pacientes".⁵

La dignidad puede mantenerse por medio de sus componentes y atributos como son: autonomía, empoderamiento, comunicación y respeto. "Generalmente, la persona se vuelve vulnerable al ser admitida al hospital, y sí puede sentirse valorada, se incrementa su auto-estima y respeto para sí mismo y, para los demás. Por el contrario, si la dignidad no se mantiene, puede sentirse degradado, deshumanizado, con una sensación de pérdida y de control".⁵

La protección de la dignidad de los pacientes se puede ver amenaza en diversas circunstancias, como es el caso de la condición de género de los enfermeros, al proporcionar cuidado a pacientes femeninas. Como resultado de esta condición, Prideaux A, en su trabajo refiere que los enfermeros y estudiantes de enfermería masculinos, al proporcionar atención a los pacientes sobretodo del sexo femenino, se enfrentan a estereotipos, a valores culturales y a sensibilidades que originan una barrera en su deber de cuidado.⁶ Menciona que existen desafíos relacionados con el cuidado que se proporciona a las pacientes como son: personal guiado por rutinas de trabajo, la necesidad de completar deberes, falta de personal, limitaciones financieras y la insatisfacción del personal (por prácticas institucionales y reglas jerárquicas); todo lo cual ocasiona que se pase por alto la autonomía y la privacidad del paciente.⁶ A pesar de estas circunstancias el personal de enfermería masculino es consciente de su situación en relación con el género durante la atención brindada a las pacientes (femeninas). Por tanto el autor sugiere que la orientación y apoyo a las pacientes; desde el ingreso hospitalario y

durante la atención, sería muy valioso para obtener un nivel más elevado de colaboración y participación, con el personal de enfermería. “la dignidad debe ser un principio inviolable en el cuidado de la salud y respetarse independientemente del sexo o sexualidad del paciente”.⁶

5. Mantener y promover la dignidad del niño hospitalizado

En lo referente a los niños hospitalizados la dignidad puede mantenerse o promoverse debido a ciertas características particulares de los pacientes. Popovich, menciona que en los niños se enfatiza la característica dominante de la impotencia, debida a la falta de control sobre su propio cuerpo, donde los adultos se ocupan de sus cuerpos contra su voluntad o sin permiso.⁹ Los niños hospitalizados en edad preescolar y escolar se encuentran expuestos a situaciones que pueden interrumpir su etapa saludable de desarrollo psicosocial, por su particular estado de vulnerabilidad, al enfrentarse a la intrusión y exposición física personal.⁸ En el ambiente hospitalario suelen presentar altos niveles de vergüenza, miedo y frustración. Estos sentimientos se incrementan cuando se realizan procedimientos invasivos, al compartir habitaciones con extraños y si los padres no están disponibles para el apoyo y la seguridad. Para hacer frente a estas situaciones de estrés generalmente reaccionan, con regresiones de conducta, como chuparse el dedo, llorar, y el apego, puesto que no poseen la madurez, ni las palabras para expresar sus sentimientos.⁸ Por lo tanto los niños hospitalizados necesitan defensores que puedan intervenir en su nombre, para asegurar el mantenimiento de la dignidad y la autoestima. Las enfermeras pueden asumir esta función e identificar las acciones que pueden amenazar o mantener la dignidad, esto les permite ayudar a los padres a entender su papel en la promoción, para sus propios hijos. Por ello algunas situaciones que pueden amenazar o mantener la dignidad de los niños hospitalizados son:

a) Acciones de enfermería que pueden amenazar la autoestima e integridad física (dignidad) del niño hospitalizado: realizar procedimientos (bañarse) sin privacidad, el rendimiento de las rutinas diarias del hospital, proporcionar cuidado orientándose más en la tarea, descuidando las necesidades psicosociales de los niños.⁸ “Cabe señalar que, las enfermeras en su actividad diaria se observan constantemente ocupadas, y la comunicación se realiza sin hacer contacto visual con los niños y padres. En algunas ocasiones los pacientes tienen que esperar para ser atendidos, por las múltiples tareas del personal de enfermería y de los médicos”.⁸ La falta de enfermeras en unidades hospitalarias se traducirá en una labor menos profesional en la atención del paciente hospitalizado.^{8,9}

b) Acciones del personal de enfermería que ayudan a mantener la dignidad de los niños son: “proporcionar privacidad física (realizar baños, evaluaciones y procedimientos con cortinas y puertas cerradas), preparar adecuadamente para

los procedimientos, solicitar permiso para buscar, escuchar y tocar, utilizar salas de tratamiento en casos necesarios para proteger la autoestima y el auto concepto del paciente pediátrico, alentarlos a expresar sus sentimientos, cuidando el no rechazo o negación a sus expresiones de miedo y vergüenza y, no criticar sus conductas que pueden estar fuera de control”.⁸ La relación de intermediarios entre el personal de enfermería y el paciente es dinámica y necesita ser negociada de forma constante, con el fin de promover la dignidad. Las enfermeras deben reforzar sus responsabilidades al proporcionar cuidado profesional con conocimientos de crecimiento y desarrollo en los niños hospitalizados.^{8, 9}

6. La dignidad humana en pediatría: los efectos en la salud.

En el transcurso de la atención que se proporciona a pacientes pediátricos hospitalizados, existen sucesos que pueden afectar la dignidad de estos y la dignidad de los padres, ya que frecuentemente están presentes físicamente durante la atención. Por lo cual la salud y el bienestar de los niños están fuertemente ligados a sus padres: física, emocional y socialmente con las prácticas de salud.¹⁰ En el siguiente estudio determinaron si la dignidad de los niños y de los padres permanece intacta durante los procedimientos en un hospital pediátrico. Se realizó en Suecia e incluyeron niños de 0 a 18 años, se adoptó un enfoque cualitativo, utilizando la observación no participativa abierta. Los resultados indicaron que la dignidad se mantiene intacta en la atención centrada en la familia cuando todo el personal está involucrado en la atención del niño y se formula una alianza con los padres, en una relación de colaboración.¹⁰ Las situaciones que observaron fueron las siguientes dependiendo de si se promovía o amenazaba la dignidad tanto en los pacientes como en sus familiares:

a) Amenaza de la dignidad en los padres y sus hijos: la dignidad de los familiares se ve afectada cuando, se ven subyugados a la autoridad de los profesionales de la salud, tienden a reprimir su propia autoestima, al permitir que sus hijos sean expuestos a una falta de respeto¹, al no poner objeción a los tratamientos indicados. Es natural que los familiares se encuentren abrumados por las emociones al ver que su hijo experimenta perturbación por la enfermedad y un tratamiento doloroso.¹⁰

b) Promover la dignidad de los padres y en los pacientes: “antes de la admisión de los niños y antes de realizar los procedimientos, es de valor invaluable una preparación acerca de los objetivos del tratamiento; de esta manera, los padres al tener un control sobre lo que va a suceder, mantienen de alguna manera su

¹ Respeto: Acción de mirar, atender o considerar algo. Respeto, atención y circunspección que se observan al ejecutar una acción o se guardan a una persona. (23. ^a Real Academia Española. Octubre de 2014).

autoestima intacta y esto les permitía participar en el cuidado y hacer frente a situaciones en descontrol con los niños”.¹⁰ De esta manera los miembros de la familia son aceptados como personas promoviendo su auto-estima y auto-respeto.¹⁰

Los padres dependen de los conocimientos y la experiencia de los profesionales y a su vez, los profesionales dependen de la conexión emocional y física de los niños con los padres.¹⁰

7. Revisión sistemática de la literatura

El tema del trato digno ha sido ampliamente ligado a la atención clínica que se proporciona al paciente hospitalizado. Se ha estudiado de manera amplia, para obtener una definición clara del concepto de dignidad dentro del ámbito hospitalario, ya que su medición es difícil.

Se realizó una revisión sistemática de la literatura para buscar los estudios relevantes a este tema. Se encontraron 9 estudios internacionales en el periodo de 2002 a 2012 (8 diseño transversal y 1 caso control). Las características pueden verse en el siguiente cuadro 1.

En 5 estudios se realizaron entrevistas estructuradas, en pacientes adultos, en 3 de ellos utilizaron un instrumento estructurado y uno de ellos midió únicamente la validez de apariencia y contenido en adultos (Consenso Normas para selección de instrumentos en salud del Estado). Eulmesekian se enfocó a la satisfacción del paciente con trato digno y respeto en niños y adolescentes. Rivera estudio una muestra de niños y adultos buscando validez de apariencia.

Los estudios no son comparables ya que la escala de salida que utilizaron fue diferente. En la mayoría de los estudios la muestra fue por conveniencia, lo cual puede verse afectada la validez externa. Son pocos los estudios que han utilizado un instrumento para medirla y que mencionen en su totalidad el proceso metodológico de la validación del instrumento utilizado, así como también los datos estadísticos completos de dicho proceso. También se puede observar que no se encuentran establecidos los dominios que conforman el constructo de trato digno por enfermería para su medición y en ninguno de ellos se ha utilizado un consenso tipo Delphi.

Cabe destacar que el trato con dignidad, tanto de enfermería como del total del equipo multidisciplinario es una cualidad importante que debe medirse dentro de la calidad para fortalecer de manera más eficiente la percepción de la atención de los pacientes. Es importante señalar que no deja de ser un tema menos importante en la atención pediátrica y que existen circunstancias especiales que deben ser evaluadas en este tipo de pacientes.

Cuadro 1. Revisión sistemática de la literatura internacional

No. Autor/ Año	Diseño	Objetivo	Concepto	Muestra (N)	Edad	Tipo Muestreo	Instrumento	Tipo de escala	Validación	Resultados
1 Eulmesekian/ 2012. ¹¹	Transversal	Validar y aplicar instrumento medir grado satisfacción de padres en UCI pediatría	Cuidados centrados familia: marco formado x respeto necesidades, información adecuada, participación toma decisiones, apoyo emocional y físico, coordinación cuidados	312 pacientes y 100 fueron excluidos	> al mes vida y < 18 años	Por Conveniencia	Encuesta pacientes pediátricos internados Pediatric Inpatient Survey, PIS. 37 preguntas en 8 dominios. Se añadió una pregunta: ¿Fue su hijo/a tratado con dignidad y respeto? en el dominio de Consideración y Respeto.	Puntaje que sumado calcula satisfacción total. Mayor puntaje significa mayor satisfacción.	Constructo Contenido Confiabilidad. 3 expertos en terapia intensiva evaluaron la validez de constructo y contenido coincidiendo en que el cuestionario en y los dominios incluidos evaluaban adecuadamente la satisfacción de padres	Puntaje satisfacción general=85.7 (IC95% 83.5-87.8) Puntaje de Respuesta a la pregunta de dignidad: El 100% manifestó que sus hijos habían sido tratados con dignidad y respeto. Consistencia interna: (α CronBach=0.87). Correlación entre dominios: accesibilidad disponibilidad (r=0.78), relación entre padres y equipo de salud (r=0.76), impresión general (r=0.66), continuidad en cuidado (r=0.65), información y comunicación (r=0.61), confort físico y coordinación e integración de los cuidados (r=0.56). Los cuidados oportunos y el trato digno y respetuoso se asocian con altos niveles de satisfacción.
2 Albers G./ 2011 ¹²	Transversal Anidado en una cohorte	Adaptación cultural y validación del PDI en personas con una directiva anticipada. Determinar en estas personas lo que consideran como trato digno	Cualidad de ser digno de estima o respeto. Dignidad personal (auto-estima y percepción de ser respetado) y dignidad básica (inherente todo ser humano). Se centra en la dignidad personal al final de la vida.	n =2537 (se les aplico el cuestionario PDI). n =2404 (se le realizó 2 preguntas)	\bar{x} =70 años \bar{x} =60 años	Aleatoria	-Instrumento PDI consta 22 temas dividido 4 dominios. psicológico, físico, social y existencial 2 preguntas abiertas ¿describa como se definiría la dignidad? Y ¿Qué temas cree usted que podrían influir en su sentido de la dignidad en la última fase de su vida?	PDI: Escala de 5 puntos: 1=absoluto 2=poco 3=moderado 4 y 5 mucho Pregunta: Escala de 5 puntos (1 = nada, 2 = poco, 3 = moderadamente; 4 = mucho, 5 mucho).	Adaptación transcultural. Validez Contenido x Cosmín (5 requisitos) (Consenso Normas para selección de instrumentos en salud del estado) Las respuestas a las preguntas abiertas se clasificaron en 4 ámbitos: psicológico, físico, social y existencial	Requisitos Cosmín: se evaluó con pertinencia los requisitos: 1(constructo a medir) ,2(población de estudio) y 3 (propósito del estudio). El 4 (medida en que los elementos del instrumento reflejan el constructo a medir) no lo cubrió totalmente y 5 (determina defectos importantes en el diseño o método de estudio) no lo mencionan. PDI: escala 4-5 puntos: psicológicos 45%-73%, físicos 12%-73%, sociales 43%-74%, Esenciales para la vida 23%- 67% Las respuestas a la pregunta abierta se redujeron a: Ser atendido lugar tranquilo, No prolongación innecesaria de la vida, adecuado manejo del dolor, alivio sufrimiento y características atención: Adecuada y personalizada.

No. Autor/ Año	Diseño	Objetivo	Concepto	Muestra (N)	Edad	Tipo Muestreo	Instrumento	Tipo de escala	Validación	Resultados
3 Lin P. / 2010. ¹³	Transversal	Comprender cómo las enfermeras Taiwán mantienen la dignidad de los pacientes en la práctica clínica.	Cuidado sin dignidad influyen recuperación de pacientes. Atención digna incluye proteger su privacidad respeto, y autonomía, apoyo emocional, comunicación.	30 enfermeras	\bar{x} =20.4 años SD=6.02	Por conveniencia	Entrevista:30-60 minutos Sobre temas: (1) sus medidas en la atención digna a los pacientes en práctica clínica (2) sus puntos de vista sobre la atención al paciente digna	Se grabaron en cintas de audio Fueron transcritas textualmente en chino y taiwanés	Análisis contenido: (Codificación x notas y diarios de reflexión) Confiabilidad x adhesión 4 principios: valor verdad, aplicabilidad, consistencia y la neutralidad.	Mantener dignidad: respeto 100%, (autonomía, cuidado holístico, creencias cultura, consentimiento informado). Protección Intimidad 93.3%(cuerpo, espacio privado y condición del paciente). Apoyo emocional 40% (habilidades comunicación, alentar, escuchar, empatía, lenguaje apropiado y bienestar espiritual). Trato con igualdad 13% (Sin ver su condición, posición en la sociedad, o raza). Imagen corporal 13% (aspecto limpio, tratar mantener su imagen).
4 Baillie /2009. ²	Estudio de caso, cualitativo, triangulado (casos adicionales pacientes y personal)	1 Significado de dignidad paciente. 2 Amenazas de la dignidad 3 Como promoverla	Concepto Dignidad Nora Jacobson (2007)	24 pacientes 26 enfermeras fueron observadas y 13 entrevistas	\bar{x} =64 24-92 años (pacientes)	Por conveniencia	. Entrevista pacientes . Guías temáticas en los pacientes (Descripción condición general del paciente y apariencia, entorno físico de la atención, entre otros).	Dominios de entrevistas: sentido de la dignidad del paciente; factores del paciente que afectan a la dignidad, impacto del medio ambiente en la dignidad y cómo afecta el comportamiento del personal dignidad.	12 pacientes internos entrevistaron y 12 en el alta hospitalaria. Grabadas, fueron evaluados criterios de credibilidad, transferibilidad fiabilidad y confirmabilidad	Descripción sentido dignidad: sentirse cómodo, seguro y valorado. Amenaza o violación dignidad: el personal es autoritario, daña la privacidad del paciente. A ↑ edad y perdida de salud, ↑ vulnerabilidad y dependencia cuidado personal. Promoción de dignidad: entorno físico favorable, promueve cultura. Hacer sentir al paciente cómodo, ↑ su capacidad de retención. Utilizando el humor, aceptación, racionalización y seguridad.
5 Baillie, / 2009. ¹⁴	Transversal	Explorar perspectivas enfermeras trabajan con niños y jóvenes en la atención digna y retos de proporcionar dicha atención	RCN (2008) define dignidad "preocupados por la forma en que personas sienten, piensan y se comportan en relación con el valor de sí mismos y los demás".	149 personas De 2.048 miembros de RCN	No Dice	No dice	Cuestionario con respuestas fijas y preguntas de texto libre. Un enlace de la encuesta publicada sitio Web de RCN (2008)	Preguntas cerradas: demográficas. Dignidad en la atención (priorización) Organización como afecta la dignidad de los pacientes. Preguntas abiertas: ayuda o dificultades para atención digna en relación al entorno físico. Actividades de atención ponen peligro dignidad. Medidas mantener dignidad durante estas actividades.	El contenido cuestionario conformados por investigación literatura dignidad, políticas de salud y los usuarios del servicio.	34 % refieren tener suficiente tiempo para dignidad paciente. 74 %: a veces, 8% siempre se sentirían molestos, no dieron atención digna aspiraban. Consideran que la atención que involucró la exposición física y los regímenes personales amenaza dignidad. Preservar la privacidad en niños y adolescentes es difícil en el entorno hospitalario. Perspectiva individual: acercarse a niños, jóvenes y familiares, planificación cuidadosa, procedimientos, intimidad y comunicación sensible, durante la atención; promueve dignidad.

No. Autor/ Año	Diseño	Objetivo	Concepto	Muestra (N)	Edad	Tipo Muestreo	Instrumento	Tipo de escala	Validación	Resultados
6 Rivera/ 2007. ¹⁵	Transversal	Describir percepción del cuidado humanizado X Enfermería a la persona hospitalizada y sus cuidadores.	Cuidado humanizado: "facilitar en persona, autoconocimiento, respeto sí mismo, autocuración y autocuidado ↑ de la diversidad, y preservación dignidad humana".	274 usuarios 1/2 = paciente 1/2=familiares	Grupo etáreo x edad : ↓ 5=31% 5 - 14 y 35 - 44 10.2% 4 grupos +.	Por conveniencia	Encuesta (PCHE), con 50 ítems y 9 categorías: Sentimientos del paciente, características de la enfermera, apoyo emocional, apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera., pro actividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad la atención.	Escala de respuesta tipo Likert: 1 nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre. Rango de 50-200 puntos.	Diseñado X los investigadores del estudio. Validez de apariencia	Percepción cuidado humanizado (PCHE) siempre/86.7; .casi siempre/12. y algunas veces/ 1.09%. Atender sentimientos de la paciente. : 87.6%. Características enfermeras , Siempre 89.8% Casi/siempre 9.12%. Apoyo emocional siempre 79.6%. Apoyo Físico : siempre 87.22%. Reflejar cualidades enfermeras , Siempre 89.4%. Pro actividad : siempre 80.5%. Empatía : siempre 77.7%. Priorizar al ser cuidado : siempre 89.5%. Disponibilidad para atención : siempre 85.4%
7 Chochinov/ 2005. ¹⁶	Transversal	Determinar viabilidad terapia dignidad y su impacto en trastornos psicosociales y existenciales	Modelo dignidad de base: ↓ sufrimiento, mejorar calidad de vida y reforzar sentido de significado, de dignidad, , abordar cosas mayor importancia para ellos, recordando acercamiento de la muerte	100 pacientes 50 Australia 50 Canadá.	\bar{x} = 63.9 DS =14.2 Rango 22-95	Aleatoria	Sesiones: 30 y 60 minutos, en hospitalizados y ambulatorios (domicilio). Temas: sentido de propósito sufrimiento, depresión, desesperanza, deseo de muerte, voluntad de vivir, tendencias suicidas, y encuesta de satisfacción después de la intervención.	Sesiones transcritas y corregidas en Documento de Generatividad Manual y protocolo sesiones	Modelo terapia basado en Validación empírica	93% satisfacción con la terapia de la dignidad, 91% amabilidad, 76% sentido de la dignidad, 68% sentido propósito, 67% sentido de significado, 47% aumento de la voluntad de vivir y 81% terapia dignidad les ayudo a ellos y a sus familiares. Medidas después de la intervención de sufrimiento mejora significativa (P= 0,023) y reducir los síntomas. La terapia ayuda a su familia correlacionada con la vida sintiéndose más significativo (r=0,480, P= .000)
8 Beach M/ 2005. ¹⁷	Transversal	Explorar si el respeto a las personas (TD) y respeto autonomía (participación decisiones) se asocia efectos positivos adicionales.	Respeto Persona: reconocer dignidad es un valor inherente a todas las personas Respeto autonomía: Involucrar a pacientes en las decisiones, es importante, pero no exhaustivo.	5514 adultos	Mayores 18 años	Aleatoria	2 preguntas 1¿El médico implica en las decisiones sobre su cuidado? 2¿El médico lo trata con respeto y dignidad? Y Encuesta de Calidad de la atención de la salud del 2001, a nivel nacional.	Pregunta 1.- todo lo que quería, casi lo mismo, menos de lo que quería o mucho menos Pregunta 2.- mucho, buena cantidad, no mucho, nada	Encuesta: Prueba piloto, revisada y traducida varios idiomas	Trato respeto y dignidad 76%. ↑ Nivel satisfacción es >: trato con dignidad vs No TD (0.70 vs 0.38, p< .001). Estar involucrado en la toma de decisiones vs no estar involucrado (0.70 vs 0.39, p<.001.) Atención óptima > para personas tratadas con dignidad (0.68 vs 0.63, p=.054) y no difieren con respecto a la participación en las decisiones (0.67 vs 0.67, p=.95)

No. Autor/ Año	Diseño	Objetivo	Concepto	Muestra (N)	Edad	Tipo Muestreo	Instrumento	Tipo de escala	Validación	Resultados
9 Walsh K. Kowanko I. 2002. ¹⁸	Transversal	Percepción de dignidad, en pacientes y enfermeras basados en experiencias, para identificar prácticas que mantengan o pongan en peligro la dignidad del paciente.	Las enfermeras y pacientes exponen el significado de la dignidad en función de cómo se mantiene y como se ve comprometida.	pacientes = 5 enfermera = 4	No mencionada	Conveniencia	Entrevista auto aplicada enfermeras y pacientes hospitalizados; para describir experiencias donde la dignidad se ha mantenido o se vio comprometida.	Entrevistas estructuradas por el proceso fenomenológico de Van Manen.	Enfoque hermenéutico de interpretación.	Percepción enfermeras y pacientes mantener dignidad: Privacidad del cuerpo Considerar respetar espacio privado Considerar emociones del paciente Tomarse tiempo para explicar los procedimientos, hacer tareas sin prisa . Ningún paciente debe ser visto como un objeto. Respeto por la persona. Defensa enfermeras para dignidad. Humor por enfermería. Amenazan Dignidad. Lo que no la mantiene.

II. Antecedentes de la dignidad nacionales

1. Estudios que llevaron a la utilización del concepto de dignidad en salud.

En el año 2000 el Sistema de Salud Mexicano llevó a cabo la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, donde la población señaló que el nivel de calidad de dichos servicios había empeorado en relación con los datos que se tenían en 1994, en donde se mencionaba que 4 de cada 10 mexicanos se quejaban de la falta de amabilidad del personal médico y calificaron la calidad de los servicios de salud por debajo de otros servicios como: agua, teléfonos y transporte público.¹⁹ En consecuencia, se creó el Programa de Acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud que concebía la calidad desde dos perspectivas: el Trato digno y la atención médica efectiva.¹⁹

El Informe de Rendición de Cuentas en Salud: México 2002 menciona que el trato respetuoso fue bien calificado en la mayoría de las entidades federativas (porcentajes de aprobación > 79%), tanto para los servicios públicos como para los privados. No obstante, a nivel nacional, un 3.8 % de los usuarios, de los servicios hospitalarios y un 2.7% en los servicios ambulatorios, indicaron haber recibido algún tipo de maltrato en los servicios de salud. Los motivos de maltrato más frecuentes fueron la falta de dinero y el género del paciente.²⁰

El Observatorio del Desempeño Hospitalario (ODH) menciona en su evaluación (encuesta de unidades de salud a pacientes egresados de los hospitales), que el desempeño en los dominios de trato no fue homogéneo. En lo relacionado al trato respetuoso se observó un mejor desempeño en los Estados de Guanajuato, Baja California Sur, Sinaloa y Tabasco, en contraste, el desempeño de Michoacán y Distrito Federal puede calificarse como pobre. Por institución, el ISSSTE destaca por presentar mejores porcentajes que los hospitales de la Secretaría de Salud y el IMSS.²¹

2. Contextualización del concepto de dignidad en México

La Secretaría de Salud y la Dirección general de Evaluación del Desempeño mencionan que “el trato adecuado es la situación que se logra cuando las interacciones entre el usuario y el sistema de salud, se efectúan tomando en cuenta y satisfaciendo las expectativas del usuario en los aspectos no médicos de dicha interacción”.^{22, 23}

La Secretaría de Salud considera que el trato adecuado es un objetivo intrínseco del sistema porque la población a la que el sistema sirve, tiene expectativas en relación al trato que debe recibir y son tan importantes que pueden definir el

modelo de atención del sistema, también que por naturaleza, la interacción del usuario y del sistema, colocan al usuario en una situación de vulnerabilidad.²²

Por lo cual la Secretaría de Salud refiere que el trato adecuado se compone de 8 dominios: autonomía, *trato digno*, confidencialidad, comunicación, atención pronta, acceso a redes sociales, capacidad de elección y calidad de las comodidades básicas. 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 discapacidad puede establecer. Involucra el derecho de libertad de movimientos, el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratado cordialmente por todo el personal, médico y no del sistema”.^{22, 23}

En el contexto de las leyes mexicanas el trato respetuoso es un tema de derechos humanos, reconocido en el artículo 51 de la ley General de Salud, capítulo IV; el cual menciona que “los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y, a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como, trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”.²⁴ Por tanto las instituciones públicas del sector salud tienen que observar de manera obligatoria el cumplimiento de este precepto.²⁴

3. Contextualización del concepto de dignidad en enfermería

Como parte del Programa de Acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud surge la necesidad de mejorar la atención que brinda el personal de enfermería y se crea el “Programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería” que desarrolla la Dirección General de Calidad y Educación en Salud; con un equipo de trabajo que formado por representantes de enfermería de diferentes instituciones, tanto públicas como privadas definieron los indicadores para la medición de la calidad de la atención de los servicios de enfermería desde dos dimensiones:²⁵

- 1.- Dimensión técnica: cumplimiento de los criterios básicos para la administración de medicamentos por vía oral y vigilancia y, control de venoclisis instaladas.
- 2.- Dimensión Interpersonal: trato digno.

El indicador de “**Trato digno de enfermería**” (TDE), ha sido utilizado para la evaluación del quehacer profesional de enfermería en México. El *trato digno* en el ámbito de enfermería fue definido como la “Percepción que tiene el paciente del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria” (Comisión Permanente de Enfermería).²⁵ Este indicador incluye las siguientes características:

- a) Respeto a los derechos y características individuales de los usuarios a partir de la identificación y evaluación periódica de sus necesidades y expectativas, sobre el servicio de salud que reciben.
- b) Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quién es responsable de él o ella.
- c) Interés manifiesto en la persona
- d) Amabilidad.

3.1 Medición del trato digno a pacientes hospitalizados por personal de enfermería en México

En el año 2002, como parte del programa de Acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios en Salud, se conformó un equipo de trabajo constituido por representantes de enfermería de diferentes instituciones públicas y privadas (Comisión Permanente de Enfermería)²⁵ y lo sustentaron con base en el Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México SSA, elaboraron el cuestionario F1-TDE/02, para medir “Trato Digno por Enfermería”. El cuestionario F1-TDE/02 consta de 11 preguntas con opción de respuesta dicotómica (si, no). El cual está dirigido para su aplicación a la población pacientes hospitalizados y/o familiares con ingreso de más de 24 horas, en algún servicio de especialidades médicas o quirúrgicas.²⁵

Para calificar el indicador se definió como el porcentaje de pacientes atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios determinados para trato digno.²⁵ El procesamiento de la información consiste en: llenar la información del formato F1-TDE/02 al Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICA), cumpliendo con fecha programada por la Subdirección de Monitoreo de la Calidad, de la Dirección General de calidad y Educación en Salud; se obtiene reporte por indicador, criterio y gráfico una vez alimentado el sistema y se analizan resultados para la toma de decisiones.²⁵

El sistema INDICA es una herramienta que permite registrar, monitorear, dar seguimiento y comparar entre las unidades de salud los indicadores. Incorpora: trato digno, calidad percibida en primer nivel y segundo nivel de urgencias y los Indicadores de la atención en enfermería. El sistema debe proveer información a los responsables de los servicios para: tomar decisiones que permitan la gestión de los procesos de mejora de la calidad de los servicios de salud.^{26, 27}

3.2 Dominios del instrumento

Los reactivos: 1, 2 y 3, se refieren al rostro como parte de la corporeidad del hombre, la mirada tiene un valor semántico, expresivo y un valor simbólico, por lo

que la interpretación de la mirada de la persona enferma es fundamental en el ejercicio de cuidar. Al referirse al paciente por su nombre se está identificando como un quién específico, el nombre designa a la persona, es propio, personal e intransferible.²⁸

Los reactivos: 4, 7 y 9; se analizan en la dimensión comunicativa, en donde se requieren ciertas condiciones para que se logre una comunicación efectiva y afectiva: reconocer la centralidad del otro, la comprensión, la empatía, la fidelidad, constancia y tenacidad en la acción. El ser humano necesita seguridad para desarrollarse, la información adecuada y la enseñanza de los cuidados que requiere el paciente le brindarán un ambiente de seguridad.²⁸

El reactivo 6, se ubica en la dimensión invisible o interior de la persona, lo íntimo es tan central al hombre que hay un sentimiento natural que lo protege: el pudor, en el ejercicio de cuidar, el respeto a la intimidad del otro es fundamental.²⁶ Los reactivos, 5, 8 y 11; demuestra un grado de compromiso y responsabilidad de la enfermera hacia el paciente, es el buscar el bienestar del paciente sin atentar en contra de sus derechos o dignidad.²⁸ El reactivo 10; se identifica con la necesidad de evaluar la existencia de cuidados, debe ir dirigida a evaluar un servicio en general y no a la persona que proporciona los cuidados directos.²⁸ (Cuadro 2)

Cuadro 2. Instrumento F1-TDE/02

Reactivo	Dimensiones	Preguntas
1		¿La enfermera (o) lo saluda en forma amable?
2	Corporeidad	¿Se presentó la (el) enfermera (o) con usted?
3		¿Cuándo la enfermera (o) se dirige a usted lo hace por su nombre?
4		¿La (el) enfermera le explica sobre los cuidados o actividades que va a realizar?
7	Comunicativa	¿La enfermera (o) le hace sentirse segura(o) al atenderle?
9		¿La (el) enfermera (o) le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?
6	Invisible o interior de la persona	¿La (el) enfermera (o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guarden su intimidad y/o pudor?
5	Ética	¿La (el) enfermera (o) se interesa por que dentro de lo posible su estancia sea agradable?
8		¿La (el) enfermera (o) lo trata con respeto?
11		¿Se siente satisfecho con el trato que le da la (el) enfermera (o)?
10	Evalúa un servicio en general	¿Los cuidados que recibe de la enfermera(o) son continuos aún con el cambio de turno?

Fuente: Negrete M. Trato Digno: Reto Cotidiano. Rev. CONAMED. México. 2009; 1 (14) p: 34-36

3.3 Estudios que han utilizado el instrumento F1-TDE/02 para medir percepción del trato digno por el personal de enfermería en México

Como puede verse en el cuadro 3, las publicaciones del tema de la dignidad en enfermería se enfocan más hacia el trato con dignidad en el entorno hospitalario, puesto que dos de ellas se realizaron en segundo nivel de atención, dos más en tercer nivel de atención y una en primer nivel de atención y no encontramos estudios hechos en hospitales pediátricos.

En los 5 estudios que utilizaron el instrumento F1-TDE/02, ninguno puede demostrar el proceso de validación del instrumento, ya que solo reportan la consistencia interna; no mencionan la forma de validar el contenido del instrumento, considerando que el constructo TDE es subjetivo e incluso en uno de ellos tratan de ver la relación de TD con factores socio-demográficos, utilizaron el concepto de Comisión Permanente de Enfermería, para calificar el indicador todos emplearon escalas de salida diferentes, por lo cual, los resultados no son comparables. En los resultados solo presentan proporciones y no se observan los intervalos de confianza, no aparecen las variables bien definidas. Por lo cual, la metodología de estos trabajos no cumple con los estándares de calidad establecidos por Declaración de la iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology):directrices para la comunicación se estudios observacionales .

En todos los estudios se aplicó el instrumento F1-TDE/02 a personas mayores de 18 años. En algunos estudios se observa en sus resultados de trato digno un porcentaje de aceptación de 97% y 98 %, en otros varía de 71% y 77%.

Por lo cual es necesario hacer notar que el instrumento se utiliza en varios hospitales nacionales (en pacientes neurológicos, cardiológicos), al tener el valor de la consistencia interna se ha considerado al instrumento confiable, lo cual no se puede asegurar, ya que no está bien definida la validez y la definición del constructo de trato digno proporcionado por el personal de enfermería, no se menciona los dominios que mide el instrumento, los datos estadísticos no se fundamentan totalmente. Los resultados de estos estudios hay que tomarlos con reserva y tomando en cuenta las características de la población.

Cuadro 3. Revisión sistemática de de estudios de dignidad de la literatura nacional

No. Autor/ Año	Diseño	Objetivo	Muestra (N)	Edad	Tipo Muestreo	Tipo de escala	Validación	Resultados
1 Vargas/ 2012. ²⁹	Transversal	Identificar factores socio-demográficos de enfermería que influyen en TD en un hospital del ISSSTE	127=enfermeras 100=pacientes	Mayores de 19 años 8 intervalos	Aleatorio	No menciona	No menciona	TD =77% buena, 15% regular, 8% mala. Enfermera=97% buena, 0.8% regular 2.4% mala. Edad: Si aumenta, <% de TD (buena-mala 100-8.3%) Sexo: hombres 80%, mujeres 74%, Enfermeras 100%. Escolaridad: básica 81%, medio superior 75%, superior 68%. Estado Civil: Unión libre 100%, casado 81%, viudo 77%, divorciado y soltero 66 y 62% Antigüedad laboral =93-100%.
2 García / 2012. ³⁰	Transversal	-Conocer percepción TDE. -Identificar diferencias relacionadas con turno y servicio. Hospital de 2º nivel de atención	90 hospitalizados.	\bar{x} =29 años. Predominio: 18,21 y 24.	Probabilístico estratificado	Likert: Percepción TD: • Totalmente inadecuada: 11-22 puntos • Inadecuada: 23-33 • Adecuada: 34-44 • Totalmente adecuada: 45-55 puntos.	-Prueba piloto Previa -Alfa Cronbach .781	Percepción TD: Por Turno: -Adecuado: matutino, 35.6%, vespertino, 28.9%, nocturno, 26.75% -Inadecuado: matutino y vespertino 2.2% y nocturno, 4.4%. -ANOVA Nocturno F=5.93 Matutino F= 7.12 Vespertino F=9.22 P=0.000 T student (sexo) p=0.019 H>M
3 Nava / 2011. ³¹	Transversal	Cumplimiento de TDE	564 en 39 Centros de Salud.	No Dice	Por conveniencia	% de cada pregunta, se + valores de cada cuestionario, + 11 y se x 100 para puntuación de cada centro. Semáforo rojo. < 90. Semáforo amarillo. 99-99 Semáforo verde. > 100	-Sustento de Secretaría Salud. -Índice confiabilidad 0.81.	Cumplimiento de TDE: - 64 % semáforo rojo. - 5 % semáforo amarillo. - 31 % semáforo verde

No. Autor/Año	Diseño	Objetivo	Muestra (N)	Edad	Tipo Muestreo	Tipo de escala	Validación	Resultados
4 Nava / 2010. ³²	Transversal (tres mediciones transversales independientes)	Conocer percepción TDE de familiares de enfermo neurológico	1er Cuatrimestre = 400, 2º = 389 3º = 179 hospitalizadas	No menciona	No tiene metodología	Se obtuvo porcentaje de cada ítem. Intervalos de semaforización: 91-100 Verde 80-90 Amarilla ≤ 79 Rojo	No menciona	1º Cuatrimestre: 97.18 % verde 2º Cuatrimestre: 98.62 % verde 3º Cuatrimestre: 91.06% verde
5 Torres/ 2010. ³³	Transversal	Conocer percepción TDE por enfermera u (o) en un hospital de tercer nivel.	48 pacientes adultos hospitalizados cardiológicos	$\bar{x}=24$ años. 18-83 años	Por conveniencia	Tipo Likert: siempre 5 puntos, casi siempre 4, algunas veces 3, casi nunca 2 y nunca 1. - Buena 37-55 puntos - Regular >18 y <37 puntos - Mala ≤ 18 puntos	Confiabilidad: alfa Cronbach 0.86.	Personal femenino: Trato digno: Buena 98%, regular 2%. Personal masculino: TD: Buena 96%, regular 4%. Xi cuadrada=0.344 no hay significancia estadística en cuanto el sexo.

TD: Trato Digno

TDE: Trato Digno de Enfermería

Todos utilizaron el instrumento F1-TDE/02

Todos utilizaron el concepto TDE de la Comisión Permanente de Enfermería (2002)

3.4 Estudios que han utilizado otras estrategias para medir el trato digno por el personal de enfermería.

Se puede observar en el cuadro 4 que se han utilizado otros instrumentos para medir el trato digno por enfermería, en uno de ellos se utilizó una encuesta con 19 reactivos, en la cual hicieron la validez de contenido por medio de concordancia entre 4 expertos sin una metodología definida.

En otros tres estudios no mencionan si se realizó alguna prueba estadística o la metodología o características métricas del instrumento para su validación. En 2 de ellos se menciona un instrumento diferente para la medición de satisfacción del trato y de trato digno, con validación de contenido por medio de expertos; ambos diseñados por el equipo de investigación.

En 4 de ellos se realizó la medición de trato adecuado por medio del análisis de 2 encuestas hechas a nivel nacional, donde para validarla utilizaron un sistema de viñetas (usuarios mayores de 18 años), sin reportar ningún dato estadístico de esta metodología. En uno de los estudios no se mencionó el tipo de instrumento utilizado, sin embargo en sus resultados describen en porcentajes los reactivos del F1-TDE/02. Todos manejan escalas de salida diferentes, sus resultados no son comparables. Así mismo los resultados no reportan los datos de validación de los instrumentos utilizados cuando fueron diseñados por el equipo de investigación.

En dos de ellos mencionan haber encuestado a población pediátrica (Puentes 2006 y De la fuente 2010). Dos de ellos fueron en pacientes de consulta externa, dos en pacientes hospitalizados y tres en población abierta.

Por lo que podemos afirmar que no existe un instrumento que mida de forma válida, el trato digno por enfermería, en los que utilizaron encuestas se mencionan que incluyeron los 8 dominios de la Secretaría de Salud de trato adecuado y como pudimos ver en la literatura el trato digno forma parte de estos dominios. Sin embargo igual que en cuadro anterior no se define la validación del cuestionario utilizado de contenido ni sus características métricas en sus resultados.

Cabe señalar que se han hecho estudios para medir el indicador de trato digno y se han elaborado cuestionarios para realizarlo sin tener una metodología definida y no se menciona la población a la cual pudiera estar dirigida. Los resultados deben ser tomados con cautela, al evaluar dicho indicador.

Cuadro 4. Revisión sistemática de de estudios de dignidad de la literatura nacional

No. Autor/ Año	Diseño	Objetivo	Concepto	Muestra (N)	Edad	Tipo Muestreo	Instrumento	Tipo de escala	Validación	Resultados
1 Nieto / 2011.34	Transversal	Evaluar indicador TDE a la mujer embarazada y conocimiento de sus derechos como pacientes, incluido TDE.	TDE de la Comisión Permanente de Enfermería.	380 mujeres embarazadas de consulta prenatal Hospital General (2° nivel)	\bar{x} =27 años 17-41 años	Por conveniencia	Encuesta auto-aplicable - Secciones: 1ª: 6 variables clínico, socio-demográficas, 2ª: F1-TDE/02 y F2-TDE (concentración datos de F1-TDE/02) 3ª:9 de conocimiento de derecho TD, carta de los derechos generales de las/os pacientes.	No se menciona (Calificación mínima esperada cumplimiento o criterios TD 95%.)	Dato omitido	Cumplimiento de TD: 64% bueno. 63% mujeres no conocen sus derechos como paciente Conocimiento de TD en derechos de los pacientes: 60% si lo conocen de estas 36% lo refieren: respeto a sus condiciones socio-culturales y 32% como buena atención del personal, con toda la tecnología disponible.

No. Autor/ Año	Diseño	Objetivo	Concepto	Muestra (N)	Edad	Tipo Muestreo	Instrumento	Tipo de escala	Validación	Resultados
2 De la Fuente / 2010.35	Transversal	Evaluar calidad trato, mujeres asisten a una interrupción legal embarazo, × apreciación del TD.	Satisfacción con trato recibido: Satisfacción manifiestan usuarios, familiares acompañantes por trato recibido en unidad médica, expresado en % con respecto al total usuarios entrevistados .	92 mujeres Hospitalizadas Hospital Gral. 2° nivel.	16 a + de 30. 16-20 fueron 29 mujeres	Por conveniencia	Encuesta auto-aplicable, 19 preguntas; 16 de opción múltiple y 3 preguntas abiertas. 1ªSección:4variables socio-demográficas 2ªSección TD: a)Oportunidad de atención b) Comunicación personal Enfermería y Médico c) Trato recibido × personal unidad médica	a) Oportunidad de atención 85-100% (20 puntos) b) Comunicación con personal Enfermería y Médico. 85-100% (45 puntos) c) Trato recibido por personal de unidad Médica. 85-100% (35 puntos)	Validación Contenido: . Prueba piloto . Concordancia inter-observador por medio de 4 expertos con valores kappa >0.75	- Oportunidad de atención: tiempo espera 85%(+ 30 min.) y 15% (0-30 Min) -Comunicación con personal:83% mujeres no explicó proceso a realizar x médico. -Trato percibido x personal de unidad Médica: médicos 71%, vigilancia 42%, servicio recepción 32%, laboratorio 21%, enfermería 12%.Preguntas abiertas: buena atención, sin gritos, ni malas palabras, explicación detallada y clara, que el personal brinde mayor cuidado.

No. Autor/ Año	Diseño	Objetivo	Concepto	Muestra (N)	Edad	Tipo Muestreo	Instrumento	Tipo de escala	Validación	Resultados
3 Puebla/ 2009.36	Transversal	Conocer percepción atención de enfermería que tiene derechohabiente de Unidad Medicina Familiar. Del IMSS	Trato digno: Respeto a derechos humanos y características de personas.	92 usuarios. 20-50 años edad.	20-50 años	Por conveniencia	Percepción usuario de la atención recibida: basado 3 indicadores de TD: respeto, TD y profesionalismo. Con 20 preguntas.	Tipo Likert: A=siempre (4 puntos), B=casi siempre (3), C=casi nunca (2) y D=nunca (1). Se establecieron rangos de valor: - excelente 80-66 puntos, - bueno 65-51 puntos - regular 50-36 puntos - mala 35-19 puntos	.Ronda 4 expertos .Prueba piloto .Adecuaciones lenguaje y entendimiento .Finalmente Contenido y concordancia (no menciona como).	Trato digno: 51.90% casi nunca, fueron tratados con TD y 25% nunca Respeto: 46.74% casi nunca fueron tratados con respeto y 28% nunca. Profesionalismo. 46.41% casi nunca actúa con profesionalismo y 31.20% nunca. Rangos de valor: 80-66: 0% excelente 65-51: 4.35% (4) buena 50-36: 60.87% (56) regular 35-19: 43.78% (32) mala
4 Carrillo/ 2009.37	Transversal	Identificar TDE a pacientes de UMF de Crónico-Degenerativo	TD, de la secretaría de Salud. (9,10)	114 pacientes Edad.	\bar{x} = 61 años DE \pm 12.65	Por conveniencia	Dato omitido.	Escala de opciones de respuesta: 7 respuestas excelente, 6 respuestas muy bueno, 5 respuestas bueno, 3 o 4 respuestas regular, 2 o 1 respuesta malo	no mencionan	TDE : Excelente, 56.1%. (n=54) muy bueno 24.56% (n=28) bueno 14.91% (n=17) regular 3.51% (n=4) malo 0.88% (n=1) Describen en porcentajes los ítems del formato F1-TDE/02.

No. Autor/ Año	Diseño	Objetivo	Concepto	Muestra (N)	Edad	Tipo Muestreo	Instrumento	Tipo de escala	Validación	Resultados
5 Gogea coche a / 2009.38	Transversal	Identificar nivel satisfacción usuario desde la perspectiva del trato en los servicios del hospital	Definición de Trato Adecuado de la Secretaría de Salud.	847 consulta externa, 69 hospitalización, 391 servicios auxiliares	$\bar{x}=26$ años. DS ± 8.53	Estratificado por servicio	Cuestionario utilizado en Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño en México. Evaluó % por 8 dominios del Trato adecuado de la Secretaría de Salud.	5 opciones respuesta tipo Likert Índice de: 16-28 puntos muy malo; 29-41 puntos malo; 42-54 moderado; 55-67 puntos bueno 68-80 muy bueno.	Adaptado y validado por equipo investigación (no dice cómo)	-Consulta externa: 387 entrevistas TDE 93%, 31% usuarios satisfacción buena o muy buena y 2.6% moderado. Hospitalización: 69 entrevistas TD 97%, 98.6% dentro de bueno y muy bueno y 1.4% en moderado. -Auxiliares diagnóstico: 391 entrevistas: 92% TDE
6 Puente s/ 2006.39	Transversal	Documentar diferencias en trato, usuarios servicios de salud en México dependen del proveedor, independiente de condiciones socio-económicas.	Definición de Trato Adecuado de la Secretaría de Salud.	6008 usuarios De 73 servicios de salud de 13 estados de México	0-64 años por tipo de institución y 6 intervalos en %	Muestra aleatoria sistemática	Encuesta/satisfacción y trato adecuado (ENSATA 2005) 7 dominios de la Secretaría de Salud.	5 opciones de respuesta: "muy malo a "muy bueno". + Viñetas para valorar las expectativas de los usuarios. Se transformaron resultados en escala del 0-100	Dato omitido	X Instituciones trato respetuoso: IMSS :94.3% IC 93.5-95.4 ISSSTE 96% IC 95.0-97.1 SESA: 95.1% IC 94.5-95.7. Comunicación y sexo asociaciones estadísticamente significativas (p < 0.05). Trato respetuoso, comunicación y apoyo social asociación significativa inversa con nivel educacional (p < 0.05)

No. Autor/ Año	Diseño	Objetivo	Concepto	Muestra (N)	Edad	Tipo Muestreo	Instrumento	Tipo de escala	Validación	Resultados
7 Puente s/ 2005.40	Transversal	Presentar y discutir resultados de evaluación del sistema mexicano de salud en trato adecuado.	Definición de Trato Adecuado y 8 dominios de la Secretaría de Salud.	38,746 personas de hogares encuestados.	Mayores 18 años. Mediana=37 años	Muestra probabilística x conglomerados, polietápico.	Encuesta nacional de evaluación del desempeño 2002-2003 (ENED) incluye 8 dominios de Trato Adecuado	Escala Likert de 5 opciones muy malo (punto anclaje=0) muy bueno (punto anclaje=100) + serie reactivos 5 llamados viñetas, para cada dominio.	Dato omitido Viñetas permiten ajustar percepciones originales con base en expectativas de usuarios.	Atención hospitalaria: en TD 87.2%. Comunicación, TD y condiciones comodidades > 80 escala del 0-100. En edad ↑ en todos los dominios conforme ↑ 18-39 80.5%, de 40-59 81.3%, 60 y más 83.2%. En TD servicios públicos 78.7% y privados 87.9%. Por entidades mejores estados, Nuevo León 74.5 (IC 95% 73.3-75.1) y Guanajuato. El DF (IC 95% 76.5-77.6).

No. Autor/ Año	Diseño	Objetivo	Concepto	Muestra (N)	Edad	Tipo Muestreo	Instrumento	Tipo de escala	Validación	Resultados
8 Puente s/ 2004.41	Transversal	Mostrar resultados relacionados con percepción Trato el sistema salud mexicano, en diferencias entre hombres y mujeres.	Definición de Trato Adecuado y 8 dominios de la Secretaría de Salud.	38, 746 individuos.	Mayores 18 años. Mediana=37 años	Muestra probabilística x conglomerados, polietápico.	Encuesta nacional de evaluación del desempeño 2002-2003 (ENED) incluye 8 dominios de Trato Adecuado	Escala Likert de 5 opciones muy malo +Serie de 5 reactivos llamados viñetas, para cada dominio.	Dato omitido Viñetas permiten ajustar percepciones originales con base en expectativas de usuarios.	58% sexo femenino. % de TD en sexo, en atención hospitalaria: mujeres 87% y hombres 86% ($p \leq 0.05$). Calificaciones ajustadas x edad, sexo, escolaridad y proveedor del servicio; del 0-100 en TD mujeres 81.2% y hombres 80.3%. Maltrato hombres atención hospitalaria 5.3% y mujeres 3.4%.

III. Planteamiento del problema

El panorama del estudio de la dignidad es amplio y se relaciona con los derechos humanos, la salud y la atención clínica, entre otros. Se ha visto que la dignidad es difícil de medir en los entornos hospitalarios, pero es trascendente determinar si existe un trato digno, ya que cuando una persona es admitida a una unidad hospitalaria se establece una relación de asimetría, debido a la vulnerabilidad que condiciona la enfermedad.

La dignidad puede transgredirse o promoverse en ciertos entornos físicos, como es el caso de las unidades hospitalarias. Estas circunstancias se observan en las relaciones que se dan entre los proveedores de salud y los usuarios, lo que puede ocasionar consecuencias a nivel individual, si la dignidad se ve amenazada; donde se desencadenan una serie de daños y pérdidas que afectan la esfera biopsico-social, como es la disminución de la participación en los tratamientos, procedimientos y cuidados requeridos para la recuperación de la salud.^{4, 10, 17}

El tema de trato con dignidad surgió en México en el año 2000 para evaluar el desempeño hospitalario de las unidades médicas con la finalidad de tomar decisiones para mejorar la calidad de la atención. La Comisión Permanente de Enfermería creó el indicador “trato digno” y elaboró el instrumento F1-TDE/02, para evaluar la percepción del paciente o el cuidador con respecto a la atención proporcionada por el personal de enfermería.²⁵ Desde entonces, este instrumento se ha utilizado a nivel nacional, evidencia de lo cual son 9 artículos originales 4 de encuestas y 4 artículos de opinión. Por lo cual el instrumento avala su validez aparente. Por lo que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación

IV. Pregunta de investigación

¿Cuál es la confiabilidad y validez del instrumento F1-TDE/02 para medir la percepción del trato digno proporcionado por el personal de enfermería a pacientes pediátricos del Hospital Infantil de México Federico Gómez ingresados en diferentes servicios de especialidades, pediátricas a través de la opinión del cuidador primario?

V. Justificación

Es evidente que los problemas de salud pueden aminorar el trato con dignidad proporcionado en los entornos hospitalarios, debido a la vulnerabilidad y asimetría que se establece cuando los pacientes ingresan a una Institución de Salud. Es importante hacer notar que los procedimientos invasivos, los estudios diagnósticos y los tratamientos incrementan esta situación; por lo tanto la medición de la percepción del trato digno permitirá obtener una visión más amplia de éste, fortalecer la colaboración del paciente y su familiar en la atención proporcionada y la adherencia a los tratamientos durante su estancia hospitalaria.

Crear un instrumento de medición es una tarea compleja y costosa, principalmente si el atributo que se pretende medir es subjetivo como “la percepción de trato digno” por lo cual, como se establece en la metodología en términos de eficiencia, debe determinarse la validez del instrumento F1-TDE/02 ya que cuenta con validez de apariencia y viabilidad (feasibility).

El Hospital Infantil de México Federico Gómez, así como, el resto de los hospitales del sistema nacional de salud se verán beneficiados con la presente investigación ya que en caso de que el citado instrumento carezca de validez, al publicarse los resultados se desalentará su uso, y en caso contrario se conocerán las características métricas que permitirán extender su utilidad inclusive a nivel internacional. Además, con los resultados se podrán proponer, si es el caso, una modificación del mismo.

Por otro lado, esta investigación da la oportunidad de determinar los dominios de trato digno mediante un consenso formal de expertos, que podrá ser utilizado en otros proyectos de investigación ya que hasta la fecha no existe, además fortalecer la formación académica de la alumna en el manejo de técnicas formales de consenso.

Es importante que el instrumento F1-TDE/02 se encuentre debidamente validado para que puedan compararse los resultados de los diversos hospitales nacionales.

VI. Objetivos

General

Determinar la confiabilidad y validez del instrumento F1-TDE/02 para medir la percepción del trato digno proporcionado por el personal de enfermería a pacientes pediátricos del Hospital Infantil de México Federico Gómez ingresados al servicio de oncología y especialidades, a través de la opinión de su cuidador primario.

Específicos

1. Elaborar mediante consenso tipo Delphi, basado en las evidencias bibliográficas más recientes, los dominios del constructo trato digno del personal de enfermería enfocado en el paciente hospitalizado.
2. Comprobar la validez de apariencia y contenido del instrumento F1-TDE/02 que mide la percepción del trato digno proporcionado por el personal de enfermería a pacientes pediátricos.
3. Determinar la consistencia externa del instrumento F1-TDE/02 para medir la percepción del trato digno proporcionado por el personal de enfermería a pacientes pediátricos.
4. Establecer la consistencia interna del instrumento F1-TDE/02 para medir la percepción del trato digno proporcionado por el personal de enfermería a pacientes pediátricos.
5. Comprobar la validez de constructo del instrumento F1-TDE/02.

VII. Hipótesis

El instrumento F1-TDE/02 demostrará la consistencia externa mediante la concordancia intra y entre observadores de cada uno de los ítems y con la correlación intra y entre observadores de la puntuación total. La consistencia interna será al menos de 0.70. Mediante análisis factorial exploratorio se describirán los factores subyacentes a los reactivos del instrumento F1-TDE/02 y en un segundo tiempo estos factores se compararán con los dominios que se refirieron en la versión original.

VIII. Material y métodos

Diseño del estudio: Validación de un instrumento.

Primera fase

1. Construcción de los dominios de “trato digno del personal de enfermería enfocado a pacientes hospitalizados”.

1.1 Consenso tipo Delphi considerando 5 a 8 expertos en bioética.

Se acordó el protocolo de búsqueda bibliográfica, criterios de selección de la información y métodos de resumen para elaborar las carpetas electrónicas para guiar la discusión de los expertos. Con base en la información procesada por los

investigadores se elaboró un primer cuestionario para los expertos, con formato de preguntas abiertas, para obtener información con amplia variabilidad sobre los dominios que conforman el constructo de interés. Posteriormente y con base en las respuestas de las diferentes rondas se elaboraron cuestionarios de preguntas cerradas, con 4 a 5 opciones de respuesta. Se fijó como punto de corte para aceptar los dominios un acuerdo igual o mayor al 80%. Número de rondas las necesarias para lograr el consenso. La comunicación con los expertos se realizó por internet durante todo el consenso.

1.2 Criterios de selección de expertos

1.2.1 Criterios de inclusión: personal del área de la salud, médico o enfermera, que tuviera un posgrado o entrenamiento formal en bioética con mínimo 2 años de experiencia y que laboraran en una institución hospitalaria, que documenten participación en temas afines tales como consultores, docentes, conferencistas y con publicaciones.

1.2.2 Criterios de exclusión: personal de salud que se negara a participar en el estudio.

1.2.3 Criterios de eliminación: personal que solo participe en una ronda y no continúe en el proceso hasta el final.

1.3 Validez de apariencia y contenido

1.3.1 Lugar y tiempo: diciembre 2013 a septiembre 2014, vía internet.

1.3.2 Método: consenso formal tipo Delphi.

1.3.3 Criterios selección de expertos: ya definidos en la primera fase (punto 1.2.1).

1.3.4 Punto de corte para acuerdo al menos 80% para aceptar los dominios de trato digno por enfermería.

2.- Validez de apariencia y contenido del instrumento F1-TDE/02 en una segunda fase del consenso Delphi.

2.1 Se entregó a los expertos del consenso, información bibliográfica relacionada con la construcción y características del instrumento F1-TDE/02 obtenida mediante búsqueda exhaustiva, análisis y síntesis sistemática de la misma.

2.2 Se les proporcionó un cuestionario para determinar si el instrumento incluye los dominios que permitan identificar si los pacientes hospitalizados reciben o no un “trato digno”.

Segunda fase

1.- Determinación de las características métricas del instrumento F1-TDE/02 (consistencia y validez).

1.1 Consistencia externa, interna y viabilidad

1.1.1 Lugar y tiempo: Hospital Infantil de México servicios de hospitalización de Oncología y especialidades pediátricas, durante diciembre 2013 a junio de 2014.

1.1.2 Unidad de muestreo: niños hospitalizados.

1.1.3 Unidad de análisis: cuidador primario:

Definición conceptual: la persona que atiende en primera instancia necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el / la esposa, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente.⁴²

Definición operacional: se identificó como la persona externa al hospital y parte de la familia del niño hospitalizado, que ha estado presente durante 4 días de estancia hospitalaria durante al menos 8 horas cada 24 horas.

1.1.4 Tamaño de muestra:

Para la consistencia externa (armonización) se utilizó la fórmula para estimar un coeficiente de correlación con alfa bilateral de 0.05, poder de 95% para obtener una correlación de al menos 0.65: $n = 40$ cuidadores primarios por grupo para la consistencia entre grupos (2 grupos); para la consistencia intragrupo una submuestra aleatoria de 40.

$$n = \left[\frac{\left(z_{\mu/2} + b \right)}{0.5 \ln \left[\frac{(1+r)}{(1-r)} \right]} \right]^2 + 3$$

$$z_{\mu/2} = 1.960$$

$$zb = 2.326$$

$$n = \left[\frac{(1.960 + 2.326)}{0.5 \ln \left[\frac{(1+0.65)}{(1-0.6)} \right]} \right]^2 + 3$$

$$r \geq 0.65$$

$n=35$ por grupo

Para la consistencia interna, considerando que el instrumento de interés consta de 11 ítems, se calculó 10 cuidadores primarios por cada ítem dando un total de 110 cuidadores primarios.

1.1.5 Muestreo: no probabilístico de casos consecutivos.

1.1.6 Población de estudio:

a) Criterios de inclusión del cuidador primario y del paciente:

1. Cuidador primario de niños hospitalizados durante por lo menos 5 días.
2. Cuidador primario escolaridad mínima de 1 año de primaria.
3. Cuidador primario que haya sido atendido por la misma enfermera al menos los últimos 5 días.
4. Cuidador primario cuyo niño se encuentre con edad de 5 a 18 años.

b) Criterios de exclusión:

1. Negativa a participar del niño o de su cuidador primario.
2. Egreso del niño por fallecimiento, traslado.

1.1.7 Reproducibilidad intra-evaluador (replicabilidad):

En el momento del egreso hospitalario se encuestó a 40 cuidadores primarios, en el modulo de comunicación social de cada área, siempre en el turno matutino, mediante entrevista estructurada y el cuestionario fue auto complementado. Se registró el tiempo que tardaron en llenarlo. Para la segunda aplicación, se utilizó la vía telefónica con una diferencia 8 a 20 días.

1.1.8 Reproducibilidad entre evaluadores (replicabilidad):

Se identificaron dos grupos de 40 cuidadores primarios, pareados por enfermera a evaluar, en forma simultánea pero independiente auto complementaron el instrumento en entrevista estructurada, en el sitio mencionado en el apartado previo.

1.1.9 Consistencia interna del instrumento:

Se aplicó el instrumento F1-TDE/02 al egreso hospitalario del niño: se midió la consistencia entre los ítem y entre estos y el resultado, se determinó la utilidad de cada ítem en función de las respuestas obtenidas, rango de respuestas y tiempo promedio que tardaron en contestar el los cuidadores. De la muestra inicial de 119 cuidadores, para la consistencia interna y la validez de constructo se eliminaron los cuidadores que habían evaluado a la misma enfermera quedando un total de $n= 86$.

2. Viabilidad del instrumento

Para determinar la aceptabilidad, comprensión y pertinencia de los componentes del instrumento se realizó una prueba piloto de 30 cuidadores primarios que cumplieron los criterios de inclusión señalados, mediante entrevista no estructurada y registraron sus opiniones por la investigadora.

3. La validez de constructo por medio de análisis factorial exploratorio.

Para identificar la estructura de las construcciones fundamentales o dimensiones que sirven de base para las variables originales.⁵⁴ El tamaño de muestra puede ir desde 2 sujetos por ítem hasta 10 sujetos por ítem.⁵³

4. Instrumento de medición

Se utilizó el Instrumento F1-TDE/02, el cual consta de 11 reactivos, que se basan en las condiciones señaladas en el Código de ética para enfermeras y enfermeros en México SSA. 2002 y la Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. México. SSA. 2002²⁵ Cuenta con un sistema de preguntas cerradas dicotómicas de respuesta afirmativa o negativa (sí, no).

Forma en que se califica el instrumento: Porcentaje de pacientes atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 reactivos determinados para trato digno. Se suman las respuestas afirmativas, los casos con 11 respuestas conforman el numerador del indicador, el denominador será el total de casos de la muestra.²⁵ Las preguntas evalúan:

Cuadro 5 Dominios del Instrumento

Reactivos: 1, 2 y 3	Reactivos: 4, 7 y 9	Reactivo: 6	Reactivos: 5, 8, 11	Reactivo: 10
Dimensión Corporal	Dimensión Comunicativa	Dimensión invisible o interior de la persona	Dimensión ética	Pregunta evalúa un servicio en general
El rostro como parte de la corporeidad del hombre. La mirada tiene un valor semántico, expresivo y un valor simbólico, por lo que la interpretación de la mirada de la persona enferma es fundamental el ejercicio de cuidar. Al referirse al paciente por su nombre se está identificando como un quién específico, el nombre designa a la persona, es propio, personal e intransferible.	Se requieren ciertas condiciones para lograr una comunicación efectiva y afectiva: reconocer la centralidad del otro, la comprensión, la empatía, la fidelidad, constancia y tenacidad en la acción. La seguridad es una necesidad esencial del alma, el ser humano necesita seguridad para desarrollarse, la información adecuada y la enseñanza de los cuidados que requiere el paciente le brindarán un ambiente se seguridad	Lo íntimo es tan central al hombre que hay un sentimiento natural que lo protege: el pudor, en el ejercicio de cuidar, el respeto a la intimidad del otro es fundamental.	Demuestra un grado de compromiso y responsabilidad de la enfermera hacia el paciente, es el buscar el bienestar del paciente sin atentar en contra de sus derechos o dignidad.	Se identifica con la necesidad de evaluar la existencia de cuidados, debe ir dirigida a evaluar un servicio en general y no a la persona que proporciona los cuidados directos.

Fuente: Negrete M. Trato Digno: Reto Cotidiano. Rev. CONAMED. México. 2009; 1 (14) p: 34-36.

5. Definición de variables

5.1- Variables descriptivas del cuidador primario

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Unidad de medición	de
Edad	Es un vocablo que permite mencionar el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Edad en años cumplidos del cuidador primario entrevistado al momento de realizar cuestionario	Cuantitativa continua	Edad en años cumplidos	
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. De acuerdo a las características fenotípicas.	Sexo declarado por el cuidador primario entrevistado.	Cualitativa nominal dicotómica	Hombre Mujer	
Escolaridad	Tiempo que se asiste a un centro de enseñanza para llevar a cabo en él los estudios, académicos.	Nivel de estudios cursado de primaria a nivel superior.	Cualitativa ordinal	Nivel de estudios: Primaria Secundaria Preparatoria Nivel Superior	
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Estado civil en que la persona física refiera que se encuentra; al momento de ser aplicado el cuestionario	Cualitativa ordinal	Casada (o) Soltera (o) Divorciada (o) Unión libre (o) Viuda (o)	

5.2- Variables descriptivas del paciente hospitalizado

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Unidad de medición
Edad	Del latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Edad en años cumplidos del paciente que se encuentra hospitalizado al momento de realizar cuestionario al cuidador primario	Cuantitativa continua	Edad en años cumplidos
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. De acuerdo a las características fenotípicas	Sexo declarado por el paciente y de acuerdo a las características fenotípicas al ser aplicado el cuestionario.	Cualitativa Nominal dicotómica	Masculino Femenino
Escolaridad	Tiempo que se asiste a un centro de enseñanza para llevar a cabo en él los estudios, académicos.	Nivel de estudios de pre-escolar hasta ultimo nivel de estudios realizado, al momento de aplicar el cuestionario	Cualitativa ordinal	Nivel de estudios actual.
Días de estancia hospitalaria	Cantidad de días en el que permanece el paciente dentro de una unidad hospitalaria.	Cantidad de días en el que permanece el paciente dentro de una unidad hospitalaria correlacionado con fecha de ingreso en expediente clínico.	Cuantitativa discreta	Número de días y/o meses
Turno	Orden según el cual se alternan varias personas o grupos en la realización de una actividad o un servicio. Relativo a la mañana, tarde o noche o que tiene lugar en este momento del día.	Turno en que se aplica el cuestionario: Turno matutino, vespertino y/o nocturno.	Cualitativa ordinal	Turno: Matutino Vespertino Nocturno
Servicio	Áreas específicas de la organización hospitalaria que prestan atención a pacientes especializados.	Servicio en el que refiera o se encuentre hospitalizado el paciente al momento de aplicar el cuestionario.	Cualitativa politómica	Oncología, pediatría 1 y 2, cirugía general, pediatría 3 y 4, especialidades, ortopedia, nefrología, urgencias, quimioterapia corta estancia.

5.3- Variables descriptivas de la enfermera(o) evaluada(o)

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Unidad de medición	de
Sexo	Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres. De acuerdo a las características fenotípicas.	Sexo declarado por la enfermera y de acuerdo a las características fenotípicas al ser aplicado el cuestionario.	Cualitativa Nominal dicotómica	Hombre Mujer	
Turno	Orden según el cual se alternan varias personas o grupos en la realización de una actividad o un servicio. Relativo a la mañana, tarde o noche o que tiene lugar en este momento del día.	Turno en que labora la enfermera y en el que se aplicara el cuestionario: Turno matutino, vespertino y/o nocturno.	Cualitativa ordinal	Turno: Matutino Vespertino Nocturno	
Servicio	Organización, con su personal y medios, que se encarga de realizar un trabajo que satisface determinadas necesidades de una comunidad.	Servicio en que la enfermera proporciona atención al paciente hospitalizado que fue entrevistado.	Cualitativa	Oncología, pediatría 1 y 2, cirugía general, pediatría 3 y 4, especialidades, ortopedia, nefrología, urgencias, quimioterapia corta estancia	

6. Plan de análisis estadístico

Primera fase.

1.- Resultados de consenso tipo Delphi para la construcción de los dominios de **TDPE (Trato digno proporcionado por enfermería)** mediante frecuencias absolutas y relativas.

2.- Para la validez de apariencia y contenido se informaron frecuencias absolutas y relativas, el número de acuerdos en cada ronda del consenso de expertos de acuerdo al instrumento F1-TDE/02.

Segunda fase.

Se describieron las características del cuidador primario, del niño hospitalizado y de la enfermera evaluada mediante estadística descriptiva de acuerdo a la distribución de los datos con medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, para las cualitativas frecuencias absolutas y relativas.

La confiabilidad intra y entre evaluadores de cada uno de los ítems se determinó con el coeficiente de Kappa. De la puntuación total se determinó mediante coeficiente de correlación intra clase, coeficiente de correlación de Spearman y la prueba no paramétrica de Wilcoxon. Para la fiabilidad del instrumento F1-TDE/02, se determinó la consistencia interna con Kuder Richardson 20.

La validez de constructo se determinó mediante análisis factorial exploratorio.

Los datos se analizaron con los programas estadísticos de SPSS versión 20, Stata versión 12 y para la kappa de cada uno de los ítems en Epidat 3.1

7. Descripción general del estudio

Primera fase.

1. - Construcción de los dominios del “trato digno por el personal de enfermería enfocado a pacientes hospitalizados”.

Para determinar los dominios que constituyen el trato digno del personal de enfermería enfocado a pacientes hospitalizados:

Se visitó a los expertos en forma individual para solicitar su participación, explicar los objetivos del estudio y la dinámica de trabajo. A los que aceptaron participar se les envió vía internet un paquete de información compuesto por lo siguiente:

a) Archivo electrónico con información bibliográfica, resumen de evidencias bibliográficas que incluye concepto de trato digno, formas en que se ha medido el trato digno, manifestaciones conductuales y emocionales de trato digno realizado por personal de enfermería (cuadro de bibliografía en general y cuadro de dominios).

b) Primer cuestionario de preguntas abiertas, para rondas subsecuentes se utilizaron preguntas cerradas y se dio retroalimentación de las opiniones de la fase previa.

c) Se repitieron las rondas hasta obtener un consenso mayor de 80% para certificar que los dominios identificados son los que definen el constructo TDPE.

2.- Validez de apariencia y contenido del instrumento F1-TDE/02.

Con este fin, se realizó consenso tipo Delphi para lo cual se proporcionó a los expertos la siguiente información:

a) Definición de los dominios componente del atributo “TDPE”; producto de la primera fase (**Cuadro 3**).

b) Información sobre el Instrumento F1-TDE/02 (origen del instrumento, su estructura, ítems, tipo de respuestas, forma de calificar el instrumento, artículos publicados usando este instrumento etc.)

Se elaboró un cuadro, donde se presentó, en la primera columna, los dominios del constructo “trato digno otorgado por personal de enfermería a pacientes hospitalizados” validado en la primera fase de este estudio.

En la segunda columna, se les pidió colocar las preguntas del cuestionario según el dominio al que ellos consideraban que correspondiera; en el caso de que algún dominio no estuviera representado por ninguna pregunta tenían que anotar “omitido”.

Segunda fase.

Determinación de las características métricas del instrumento F1-TDE/02 (consistencia y validez).

1.- Consistencia externa, interna y viabilidad

Para la viabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto n=30, verificando tiempo, comprensión y claridad de las preguntas.

Con respecto a la consistencia externa se determinó la armonización intra y entre evaluadores. Para la segunda, se aseguró la evaluación por cada par de evaluadores de una misma enfermera (40 pares; n=80) se cuantificó el tiempo que tarda cada uno en contestarlo. Se verificó que cumplieron los criterios de selección, se aplicó el instrumento (auto aplicado).

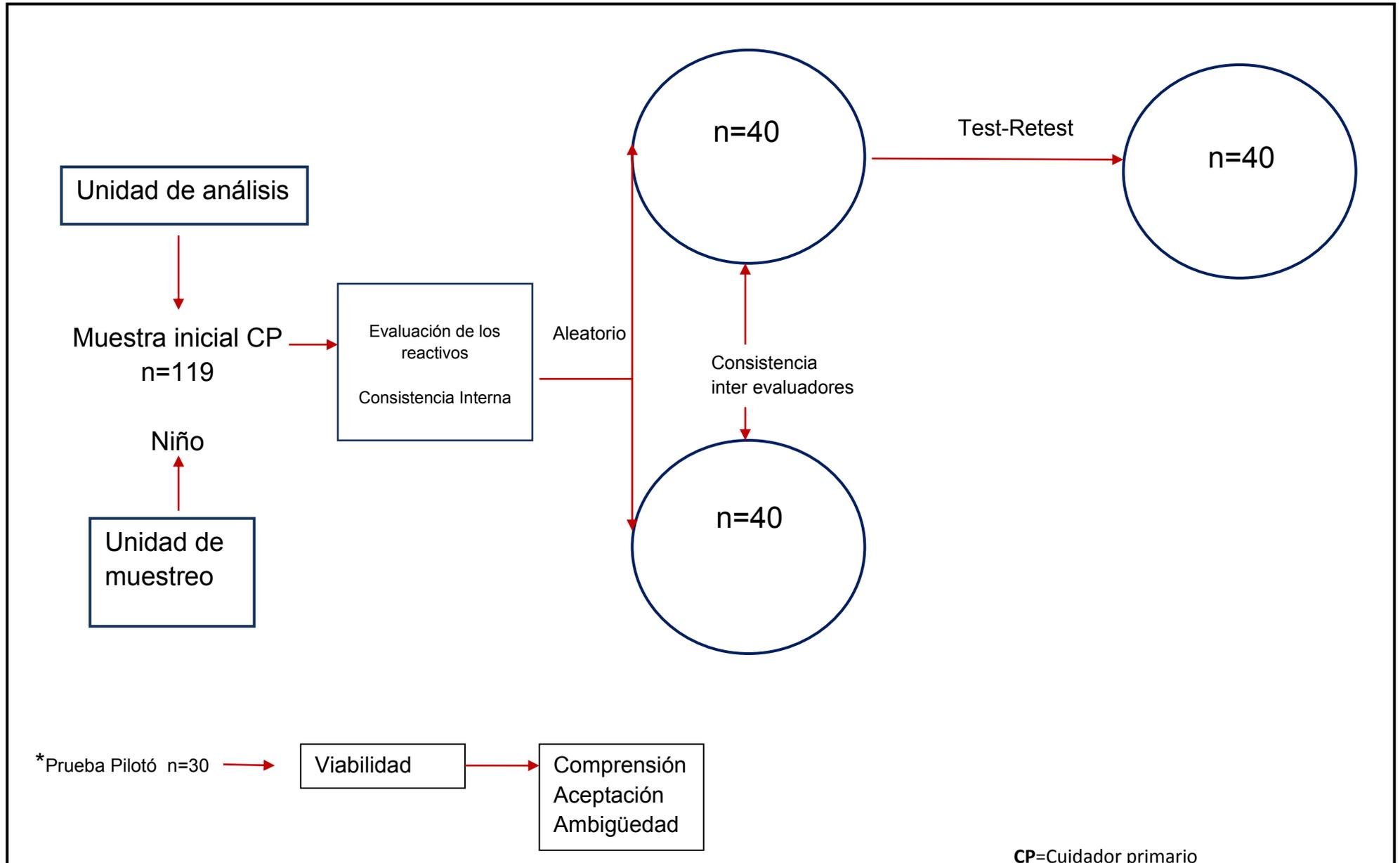
Para la variación intra evaluadores, previamente se seleccionaron aleatoriamente a 40 de los 80 incluidos en la primer medición, a los cuales se les repitió el cuestionario a los 7 a 25 días posterior al egreso del niño (test re-test) por llamada telefónica.

Para la consistencia interna se calculó la fiabilidad con Kuder Richardson 20 en 119 cuidadores. Se repitió el análisis con n=86 cuidadores eliminando los cuidadores que habían evaluado a una misma enfermera para que las mediciones fueran independientes y se presentara la máxima variabilidad posible

2.- Validez de constructo: Análisis factorial exploratorio.

Se utilizó el análisis factorial exploratorio para identificar los dominios o factores subyacentes significativos del instrumento F1-TDE/02.

Descripción General del Estudio



CP=Cuidador primario

IX. Aspectos éticos

1.- Con base en el artículo 17 de la Ley General de Salud de la investigación en seres humanos y la declaración de Helsinki se clasifico y sustentó este estudio.^{48, 49, 50.}

1.1.- Riesgo del Estudio

Investigación sin riesgo ya que fue un trabajo que no pone en ningún tipo riesgo de sufrir algún daño de forma inmediata o tardía, a los cuidadores primarios, pacientes y personal de enfermería al aplicar el instrumento F1-TDE/02, que mide percepción de trato digno proporcionado por el personal de enfermería. Tampoco se llevo a cabo ninguna otra intervención.

1.2.- Consentimiento informado

A los participantes del estudio que cumplieron los criterios de inclusión se les invitó a participar por medio del consentimiento informado. Este consentimiento considero las características de la población, tuvo un lenguaje sencillo y de fácil comprensión para los participantes.

El consentimiento fue solicitado por la investigadora del estudio, fue firmado por el cuidador primario y su cónyuge (o concubinario) y dos testigos que estuvieran presentes al momento de hacer la invitación del estudio. Incluyó como contactar al investigador para dudas y aclaraciones.

El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Investigación, Ética y Bioseguridad del Hospital Infantil de México Federico Gómez; con el número HIM-2013-052, adjuntando el consentimiento informado utilizado.

1.3.- Elementos del Consentimiento informado

a) Información necesaria: se les informó a los cuidadores primarios el propósito del estudio, el procedimiento a seguir al llenar el cuestionario, tiempo aproximado y la posibilidad de contactarlo en una segunda ocasión.

b) Voluntariedad: Se mencionó que su participación fue con voluntad propia, con base en una explicación clara del estudio, concediéndole la oportunidad de hacer pregunta y con el acuerdo de que su paciente participó en el estudio.

c) Confidencialidad: la información proporcionada por los participantes fue guardada de manera confidencial, sólo los involucrados en el estudio tuvieron acceso a la información. En caso de fines de publicación o presentación de los

resultados en conferencias, siempre se mantendrá en anonimato la participación de cada paciente.

d) Riesgos y beneficios: el presente estudio no tuvo un beneficio directo, para los pacientes. Sin embargo será un beneficio conocer la utilidad del instrumento F1-TDE/02 para medir percepción del trato digno proporcionado por el personal de enfermería, para conocer con mayor certeza la atención que recibe durante la hospitalización de los pacientes y en futuro mejorar el instrumento para fortalecer acciones de mejora que favorezcan su bienestar en el entorno hospitalario. Este trabajo no le causará dificultades con la realización del cuestionario.

e) Participación o retiro: Sí el cuidador primario decide no participar, esto no afectará su relación con el hospital y su derecho a obtener los servicios de salud que pudiera recibir del hospital.

X. Recursos humanos, físicos y financieros.

Humanos:

Investigador principal, estudiante de la Maestría en Ciencias de la Salud, en epidemiología clínica. Enfermera especialista infantil.

Dos tutoras de Investigación:

Doctora. Unidad de Epidemiología Clínica-Hospital Infantil de México Federico Gómez-Facultad de Medicina UNAM.

Maestra en ciencias. Coordinadora de programas Médicos. Coordinación de unidades Médicas de Alta especialidad. División de Excelencia Clínica.

Físicos: Papel, bolígrafos, hojas, lápices, computadora, copias, impresiones.

Financieros: Estos recursos fueron aportados por el equipo de investigación.

XI. Resultados

Primera fase

1.- Dominios del atributo “trato digno por el personal de enfermería enfocado en el paciente por consenso Delphi.

a) Se realizó protocolo de búsqueda de la literatura en fuentes electrónicas de información biomédicas, utilizando criterios de inclusión: artículos incluidos del

área de la salud, de revisión, originales o de investigación integrativa. Enfocados a la definición de dignidad, taxonomía de la dignidad, mención de conductas y variables subjetivas que expresaran trato con o sin dignidad, factores que pueden favorecer o dificultar el trato digno sus componentes. Sin límite temporal, idioma inglés o español. Criterios de exclusión: editoriales, comentarios, tesis no publicadas. Criterios de eliminación: imposibilidad de acceso al texto completo.

A partir del material obtenido se procedió a análisis repetido del contenido, estructurando cuadros para confrontar y complementar en primer lugar una definición de dignidad, en segundo lugar, se concentraron las propuestas de los diferentes autores sobre los aspectos componen un trato digno y las razones que los sustentan, las conductas que pueden expresar la violación o respeto de un trato digno, tercero, las diversas formas de identificar los componentes de la dignidad, el trato digno y en qué forma se han utilizado en el ámbito hospitalario.

Como producto de este trabajo se obtuvo la propuesta de los dominios del constructo para ser sometida a consenso.

b) Características y número de expertos que participaron:

Se les realizó la invitación a 12 expertos que cumplieran con los criterios de selección. Dos se negaron a participar y dos de los que aceptaron se les envió el material de la primera ronda y no le dieron seguimiento a la misma por lo cual se eliminaron.

Participaron 8 expertos, con experiencia en ética o bioética que va desde los 2 a los 23 años, del panel se incluyen 7 médicos y una enfermera. **(Cuadro 6)**

Cuadro 6. Participantes del Consenso Delphi

No	Nombre	Profesión	Lugar de trabajo	Formación en Bioética	Experiencia en Bioética
1	VMD	Médico (Hematólogo) Médico cirujano	Banco Central De Sangre CMNR	Maestría en bioética	6 años
2	JGO	Médico pediatra	HIM. Federico Gómez	Maestría en bioética y derecho. Maestría en cuidados paliativos.	3 años
3	CECO	Médico Oncólogo Pediatra	HIM. Federico Gómez	Maestría en bioética	2 años
4	GRCQ	Médico. Profesor. Investigador	Universidad Panamericana	Doctor en ciencias, campo bioética	31 años
5	EVM	Médico especialista Médico cirujano	Coordinación de Investigación en Salud (Nivel Central)	Maestra en ciencias médicas; Doctora en filosofía (PhD) con énfasis en ética médica	10 años
6	MCCV	Médico Pediatra Intensivista Médico cirujano	Ex jefe de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica Centro Médico Nacional 20 de nov. ISSSTE. Hospital Ángeles Metropolitano	Maestría en bioética	12 años
7	ROR	Profesora de tiempo parcial en educación superior. Licenciatura en Enfermería.	Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO) del IPN	Maestría en ciencias en bioética en IPN y en la UNAM	14 años
8	HJGC	Médico pediatra neonatólogo Médico cirujano	Hospital de pediatría CMN Siglo XXI.	Diplomado en investigación, bioética clínica	23 años

c) Fue necesario realizar tres rondas para alcanzar el acuerdo propuesto sobre los dominios que componen el TDPE.

En la primera ronda, los dominios propuestos como resultado del análisis de la bibliografía fueron: 1 Paciente como prioridad, 2 autonomía y empoderamiento, 3 comunicación, 4 apoyo emocional o empatía, 5 trato no discriminatorio, 6 apoyo físico o condiciones de las comodidades básicas, 7 eficiencia en el desempeño, 8 intimidad y confidencialidad, 9 disponibilidad para la atención, 10 acceso a redes de apoyo social y 11 atención pronta u oportunidad en la atención.

Los dominios aceptados sin modificaciones por los expertos fueron el número 1 trato al paciente como prioridad, 5 trato no discriminatorio y 7 eficiencia en el desempeño con 100% de acuerdo.

Aceptados con modificaciones debido a comentarios de los expertos fueron: el número 2 promoción de su autonomía y empoderamiento, 4 empatía, 6 apoyo físico o condiciones de las comodidades básicas, 8 intimidad y confidencialidad con un acuerdo del 85%.

Eliminados: el número 9 disponibilidad para la atención, 10 fomento del acceso a redes de apoyo social y 11 atención pronta y oportunidad de la atención ya que tuvieron 75% y 50% de acuerdo y los panelistas comentaron “estrictamente no tiene que ver con trato digno y hay desabasto”, “Probablemente no es parte del ámbito de enfermería, sino de trabajo social” y “Es confuso este dominio, debe replantearse”. **(Cuadro 7)**

Los dominios sugeridos que debían agregarse por la opinión de los expertos son: “el fomento del diálogo entre el equipo médico, paramédico y enfermo”, “relación entre el personal de enfermería y los padres o tutores legales”.

Cuadro 7. Resultados de la primera ronda para definir los dominios de TDPE.

Dominio	n= 8	% Acuerdo Inclusión	Resultados
1 Trato del paciente como prioridad	8	100	Aceptado sin modificación
2 Promoción de su autonomía y empoderamiento	7	87.5	Aceptado con modificaciones mínimas
3 Comunicación	8	100	Aceptado con modificaciones mínimas
4 Apoyo emocional o empatía	7	87.5	Aceptado con modificaciones significativas
5 Trato no discriminatorio	8	100	Aceptado sin modificación
6 Apoyo físico o condiciones de las comodidades básicas	7	87.5	Aceptado con modificaciones significativas
7 Eficiencia en el desempeño	8	100	Aceptado sin modificación
8 Intimidad y confidencialidad	7	87.5	Aceptado con modificaciones significativas
9 Disponibilidad para la atención	6	75	Exclusión
10 Fomento del acceso a redes de apoyo social	6	75	Exclusión
11 Atención pronta y oportunidad de la atención	4	50	Exclusión

Segunda ronda. Con respecto al dominio 2, promoción de autonomía y empoderamiento se discutió básicamente sobre la diferencia en cuanto a la autonomía, la competencia, la capacidad en la toma de decisiones y sus consecuencias. La autonomía presupone la capacidad de comprensión reflexión y el razonamiento y elección independiente. Las decisiones se deben tomar privilegiando el bien del paciente. Constituyendo el dominio “Autonomía, privilegiando el bien del enfermo”.

El dominio de “comunicación” 3 se consideró confuso e impreciso por consiguiente se delimitó como “Comunicación asertiva y validante”.

En cuanto al dominio 4 de “empatía” se llegó a la conclusión que primero surge la empatía y en consecuencia, se da el apoyo emocional. De no surgir, el resultado, es la indiferencia y por lo tanto no hay apoyo emocional, quedando como “Empatía y apoyo emocional”

Con relación al dominio 6 de “Apoyo físico o condiciones de las comodidades básicas” se argumentó que un trato digno no se alcanza con cubrir las necesidades básicas del paciente; que son igualmente importantes las acciones encaminadas a que no difiera en lo posible la sensación usual de la persona con la de encontrarse hospitalizado, resultando el dominio “Atención de las necesidades básicas y comodidad física”.

Para el dominio 8 inicialmente nombrado “Intimidad y confidencialidad” se argumentó que el respeto a la intimidad corporal o invasión del espacio personal se debe considerar en forma diferencial con la confidencialidad, información personal o privacidad espacial, por lo cual se desglosó en 2 dominios: intimidad corporal y confidencialidad de la información personal.

Los dominios sugeridos para agregarse pertenecían al dominio de comunicación asertiva y validante.

d) Tercera ronda: dominios del trato digno del personal de enfermería enfocado en el paciente: como resultado de esta investigación, el constructo “trato digno a pacientes hospitalizados por el personal de enfermería” se compone de los siguientes dominios (**Cuadro 8**):

- 1 Paciente como prioridad
- 2 Autonomía, privilegiando el bien del enfermo
- 3 Comunicación asertiva y validante
- 4 Empatía y apoyo emocional
- 5 Trato no discriminativo
- 6 Atención de las necesidades básicas y comodidad física
- 7 Eficiencia en el desempeño
- 8 Intimidad corporal
- 9 Confidencialidad de la información personal

Cuadro 8. Definición de Dominios de Revisión Bibliográfica y Panelistas expertos

Dominio	Definición	Ejemplos de conductas
1 Paciente como prioridad	Jerarquizar a la persona; darle prioridad en relación al trato. - Atender al paciente como un fin en sí mismo de toda acción de enfermería y no como un medio	<ul style="list-style-type: none"> • Que la enfermera se presente y ofrezca su servicio en forma cordial y respetuosa. • No juzgar las creencias y cultura del paciente. • Llamar al paciente por su nombre, no etiquetarlo. • Mirar al paciente cuando le habla, tratarlo como persona valiosa, con respeto.
2 Respeto a su Autonomía, privilegiando el bien del enfermo	Implica la toma de decisión de manera libre y responsable, previa comprensión, reflexión y razonamiento, participando el médico o la enfermera, el paciente o el menor y el tutor del mismo; reconociendo y promoviendo su autonomía.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar consentimiento informado. • Que la enfermera permita al paciente participar el auto-cuidado y toma de decisiones reconociendo su etapa de desarrollo y entorno biopsicosocial.
3 Comunicación asertiva y validante	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación asertiva: Es una forma de expresión consciente, congruente, clara, directa y equilibrada, cuya finalidad es comunicar nuestras ideas y sentimientos o defender nuestros legítimos derechos sin la intención de herir, o perjudicar, actuando desde un estado interior de autoconfianza, en lugar de la emocionalidad limitante típica de la ansiedad, la culpa o la rabia. • Comunicación validante: consiste en legitimar perspectiva del otro, comprender valores y necesidades del paciente, escuchar y hacer sentir al paciente con libertad de expresar emociones y creencias, dialogar e informar. <p>Comunicación vinculante entres sus actores (médico, enfermera, paciente y familia) y evitar considerarla como unilateral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que la enfermera explique al paciente o cuidador y que se asegure que le entiendan. • Que el paciente reciba información entendible para él y completa con relación a su padecimiento y alternativas terapéuticas. • Que la enfermera le dé el tiempo necesario para obtener la información, que considere pertinente sobre su problema y sobre alternativas de cuidado y tratamiento. • En el caso de los niños que la enfermera de explicaciones simples acorde a su nivel de crecimiento y desarrollo.
4 Empatía y apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Empatía consiste en la identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo del otro • Apoyo emocional son las acciones que la enfermera realiza con el fin de ayudar a mejorar el estado afectivo del paciente. <p>Primero surge la empatía y en consecuencia se da el apoyo emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que la enfermera de confianza y acompañamiento durante los procedimientos médicos. • Permitir expresión de sentimientos sobre la enfermedad y tratamientos. • En el caso de los niños tener cuidado de no rechazar o negar expresiones de miedo, vergüenza y no criticar conductas fuera de control. • Evitar el trato con indiferencia. • Interacción agradable.
5 Trato no discriminatorio	Atención no discriminatoria, desde el punto de su condición como ser humano y persona.	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidado y atención proporcionada por enfermería no debe variar en función de la edad, raza, género, religión, situación económica o enfermedad. • Que la enfermera trate igual a un paciente "recomendado" que al resto.
6 Atención de las necesidades básicas y comodidad física	Acciones de la enfermera para que no difiera en lo posible su sensación usual con la de encontrarse hospitalizado. La atención de las necesidades básicas deberán ser oportunamente y la comodidad física al paciente incluir la limpieza y orden.	<ul style="list-style-type: none"> • Que en caso posible, en hospitalización, se apague la luz por la noche • Facilitar que los niños hospitalizados por largo tiempo continúen con actividades escolares • Hacer sentir bien físicamente al paciente como el proporcionar almohada, cobertor, cambios de posición, cambio de pañal etc. • Fomentar el auto cuidado y autoestima del paciente en lo posible, haciendo sentir una imagen positiva de sí mismo. • Ser sensibles en la colaboración de familiares, enseñar sobre el cuidado y establecer una alianza terapéutica.
7 Eficiencia en el	Incluye el conocimiento y habilidades profesionales liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> • Que la enfermera realice los procedimientos de acuerdo a las técnicas o normas establecidas.

Dominio	Definición	Ejemplos de conductas
desempeño	en el equipo de trabajo, búsqueda de la excelencia en el cuidado. Atención responsable.	<ul style="list-style-type: none"> • Que la enfermera realice los procedimientos con oportunidad. • Que las enfermeras actúen con conocimientos, habilidades acordes a su preparación profesional (competencias). • Que la enfermera actúe con valores éticos y responsabilidad.
8 Intimidad corporal	<p>La intimidad: es aquella esfera secreta y reservada de la persona que debe ser protegida contra las intromisiones ajenas. (Martínez A.)</p> <p>Pudor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentimiento que impide mostrar el propio cuerpo o tratar sobre temas relacionados con el sexo 2. Sentimiento que mueve a ocultar los sentimientos, pensamientos o acciones que se consideran íntimos, o a evitar hablar de ellos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que la enfermera cuide del pudor del paciente durante su interacción mediante la utilización de cortinas para evitar exposición y ayudar a los pacientes a vestir ropa de acuerdo a talla y que este bien colocada. • Que la enfermera informe y pida autorización al paciente para realizar acciones que impliquen contacto físico. • Hacer uso de las salas de tratamiento o cuarto clínico cuando sea necesario.
9 Confidencialidad de la información personal	<p>Privacidad: ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión.</p> <p>La propia imagen: tiene que ver con la posibilidad de poder decidir la reproducción de nuestra imagen personal en determinados medios, así como su divulgación y exposición.</p> <p>Intimidad familiar: tiene que ver con la intromisión a la divulgación de hechos de la vida privada de una familia (persona) que afecten su reputación o buen nombre cuando se han conocido por o como consecuencia de la actividad laboral.</p> <p>Hay 3 zonas en la Intimidad personal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zona pública corresponde al campo de actuación de los hombres públicos 2. Zona privada: relativa a los actos de los hombres no públicos en los que afecta a su actuación como tal, es decir vida familiar y relaciones de amistad. 3. Esfera secreta o confidencial: será la que se quiere ocultar a la curiosidad ajena. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar comentar situaciones personales de los pacientes entre enfermeras o con otros pacientes o familiares. • Cuando los pacientes comparten un mismo espacio y se comentan aspectos del paciente en vos alta. • Considerar las emociones de los pacientes (al informar un diagnóstico). • Dar privacidad cuando alguien va a morir. • Las explicaciones sobre la condición de un paciente deben darse con un tono de voz bajo o en una zona tranquila o sala privada.

2. Para determinar la validez de apariencia y contenido del instrumento F1-TDE/02 fue necesario una sola ronda del consenso

En relación a los ítems del cuestionario F1-TDE/02 que si cumplieron los dominios aceptados del consenso fueron: el 1 “Paciente como prioridad” con un acuerdo del 71.4 al 100%, el 3 “Comunicación asertiva y validante” con un 42.85 y 85.7%, el 6 “Atención de las necesidades básicas y comodidad física” con 72.42% aunque no lo mide de forma exhaustiva, el 7 “Eficiencia en el desempeño” con acuerdo del 42.85 al 71.42% en este al menos 3 ítems los miden, el 8 “Intimidad corporal” con un 100% de acuerdo, el cual es alto. Y el 9 “Confidencialidad de la información personal” se encuentra omitido con un 85.7% de acuerdo. (**Cuadro 9**)

De acuerdo a la evidencia mostrada, los dominios no exploran el constructo de TDPE, en el instrumento F1-TDE/02. Por un lado, no se miden en forma definida y en segundo lugar, los ítems se interrelacionan unos con otros entre los dominios. Los dominios que menos incluye el instrumento es confidencialidad de la información, autonomía, empatía y apoyo emocional y trato no discriminatorio.

Por los datos obtenidos se puede determinar que el instrumento F1-TDE/02 tiene validez de apariencia, pero no refleja en toda su complejidad el concepto de “Trato digno por personal de enfermería a pacientes hospitalizados”.

Cuadro 9. Resultados del consenso de expertos para determinar la validez de apariencia y contenido del instrumento F1-TDE/02

Dominios aceptados del consenso	Acuerdo de inclusión		Ítems y dimensiones del instrumento del Formato F1-TDE/02
	Expertos	n=8 (%)	
1. Paciente como prioridad	Ítem 1	5 (71.4)	-Preguntas 1.2.3 (dimensión corporeidad) -Pregunta 4 y 7 (dimensión comunicativa) -Pregunta 5, 8 y 11 (dimensión ética)
	Ítem 2	6 (85.7)	
	Ítem 3	7 (100)	
	Ítem 4	1 (14.2)	
	Ítem 5, 7 y 8	2 (28.5)	
	Ítem 11	1 (14.2)	
2. Autonomía, privilegiando el bien del enfermo.	Ítem 9	4 (57.14)	-Preguntas 9, 4, 7 (dimensión comunicativa) -Pregunta 3 (dimensión. corporeidad) -Pregunta 8 y 11 (dimensión ética)
	Ítem 4	2 (28.5)	
	Ítem 3, 7, 8 y 11	1 (14.2)	
	Omitido	3 (42.8)	
3. Comunicación asertiva y validante	Ítem 9	3 (42.85)	-Pregunta 9, 4, 7 (dimensión comunicativa) -Pregunta 2 (dimensión corporeidad) -Pregunta 8, 11 (dimensión ética)
	Ítem 4	6 (85.7)	
	Ítem 2	1 (14.2)	
	Ítems 5, 7, 8, 11	1 (14.2)	
4. Empatía y apoyo emocional.	Ítem 5	3 (42.85)	-Pregunta 5, 11 (dimensión ética) -Pregunta 1 (dimensión corporeidad) -Pregunta 7, 4 (dimensión comunicativa)
	Ítem 1	2 (28.5)	
	Omitido	2 (28.5)	
	Ítem 7	2 (28.5)	
	Ítems 4 y 11	1 (14.2)	
5. Trato no discriminatorio.	Ítem 8	3 (42.85)	-Pregunta 8 y 11 (dimensión ética) -Pregunta 7 (dimensión comunicativa)
	Omitido	3 (42.85)	
	Ítems 7, 11	1 (14.2)	
6. Atención de las necesidades básicas y comodidad física.	Ítem 5	5 (71.42)	Pregunta 5 y 11 (dimensión ética) Pregunta 7, 9 (dimensión comunicativa) Pregunta 6 (dimensión invisible o interior de la persona)
	Ítem 7	2 (28.5)	
	Ítem 11	2 (28.5)	
	Ítem 6	2 (28.5)	
	Ítem 9	1 (14.2)	
7. Eficiencia en el desempeño.	Ítem 5	5 (71.42)	Pregunta 5, 11 8 (dimensión ética) Pregunta 7, 9 (dimensión comunicativa)
	Ítem 11	4 (57.14)	
	Ítem 7	3 (42.85)	
	Ítem 9	2 (28.5)	
	Ítem 8	1 (14.2)	
8. Intimidad corporal.	Ítem 6	7 (100)	Preguntas 6 (dimensión invisible o interior de la persona) Pregunta 10 (evalúa un servicio de manera general) Pregunta 7, 9 (dimensión comunicativa) Pregunta 8, 11 (dimensión ética)
	Ítem 10	1 (14.2)	
	Ítems 7, 8, 9, 11	1 (14.2)	
9. Confidencialidad de la información personal.	Omitido	6 (85.7)	Pregunta 8 (dimensión ética)
	Ítem 8	1 (14.2)	

Segunda fase características métricas del instrumento

1. Descripción de la población estudiada

a) Características de los cuidadores primarios:

Se encuestaron 119 cuidadores primarios, se repitió el análisis eliminando los cuidadores que evaluaron a la misma enfermera; quedaron 86, donde la mediana de la edad fue de 36 años, predominando el sexo femenino. El nivel de escolaridad que prevaleció fue primaria, secundaria y nivel medio superior (preparatoria). El estado civil más frecuente fueron los casados (**Cuadro 10**).

Cuadro 10. Características generales del cuidador primario

Variable	n= 86	(%)	Mediana (Límite inferior y superior) Percentiles 25,75
Edad (años)			36 (19,59) P25 30 P75 40
Sexo:			
Hombres	22	(25.6)	
Mujeres	64	(74.4)	
Escolaridad:			
Primaria	21	(24.4)	
Secundaria	41	(47.7)	
Preparatoria	12	(14)	
Nivel técnico	7	(8.1)	
Licenciatura	2	(2.3)	
Maestría	3	(3.5)	
Estado Civil:			
Soltera (o)	11	(12.8)	
Casada (o)	41	(41.7)	
Divorciada (o)	3	(3.5)	
Unión libre (o)	28	(32.6)	
Viuda (o)	2	(2.3)	
Separado	1	(1.2)	

P=Percentil

b) Características de los niños hospitalizados:

Participaron 86 niños con edad de 10 años en promedio, predominaron los hombres. En la escolaridad se encontró con mayor predominio en el grado de escolaridad de primaria. El tiempo de hospitalización de los niños fue, en promedio de 8 días. Los servicios con mayor frecuencia fueron oncología, pediatría 1 y 2, así como especialidades. (**Cuadro 11**)

Cuadro 11. Características generales de los niños hospitalizados

Variable	n= 86	(%)	Mediana (Límite inferior y superior) Percentiles 25,75
Edad (años)			10 (5,18) P25 = 7 P75 = 13
Sexo: n (%) 119			
Hombres	50	(58.1)	
Mujeres	36	(41.9)	
Escolaridad actual:			
Kínder	13	(15.1)	
Primaria	36	(41.9)	
Secundaria	24	(27.9)	
Preparatoria	3	(3.5)	
ninguno	10	(11.6)	
Días de estancia hospitalaria			8 (5-156) P25 = 6 P75 = 13.25
Servicio: n (%)			
Oncología	15	(17.4)	
Pediatría 1 y 2	14	(16.3)	
Cirugía general	7	(8.1)	
Pediatría 3 y 4	9	(10.5)	
Especialidades	13	(15.1)	
Ortopedia	9	(10.5)	
Nefrología	13	(15.1)	
Urgencias	1	(1.2)	
Quimioterapia estancia corta	4	(4.7)	
TMO	1	(1.2)	

P=Percentil

Especialidades: incluyó los servicios de cirugía cardiovascular, neurocirugía y urología.

c) Características del personal de enfermería evaluado:

El personal de enfermería en su mayoría fueron mujeres. En cuanto a los turnos en el cual laboraban predominó el turno matutino. **(Cuadro 12)**

Cuadro 12. Características generales de las enfermeras

Variable	N=86	(%)
Sexo:		
Hombres	6	(7)
Mujeres	80	(93)
Turno:		
Matutino	48	(55.8)
Vespertino	22	(25.6)
Nocturno	16	(18.6)

2.- Consistencia externa del instrumento F1-TDE/02

2.1 Consistencia intra evaluadores (Test-retest)

2.1.1 Análisis de los ítems:

Se entrevistaron 40 cuidadores primarios (**Cuadro 13**). Analizando las respuestas a los reactivos destaca un desbalance importante con franco predominio de respuestas afirmativas en el test y en el retest, las preguntas 1, 2, 4, 8 y 9 no presentaron variación entre ambos.

Cuadro13. Análisis de los reactivos del instrumento F1-TDE/02 (test re-test)

Ítems	Test		Retest	
	n=40	(%)	n=40	(%)
	Si	No	Si	No
1	39 (97.5)	1 (2.5)	39 (97.5)	1 (2.5)
2	38 (95)	2 (5)	38 (95)	2 (5)
3	33 (82.5)	7 (17.5)	35 (87.5)	5 (12.5)
4	38 (95)	2 (5)	38 (95)	2 (5)
5	38 (95)	2 (5)	37 (92.5)	3 (7.5)
6	37 (92.5)	3 (7.5)	38 (95)	2 (5)
7	38 (95)	2 (5)	37 (92.5)	3 (7.5)
8	39 (97.5)	1 (2.5)	39 (97.5)	1 (2.5)
9	37 (92.5)	3 (7.5)	37 (92.5)	3 (7.5)
10	35 (87.5)	5 (12.5)	36 (90)	4 (10)
11	39 (97.5)	1 (2.5)	38 (95)	2 (5)

1.1.2 Análisis de concordancia:

En el cuadro 14 se puede observar un acuerdo alto (0.75) y un coeficiente Kappa bajo (0.41) lo que se conoce como paradoja de Kappa y fue descrito por Feinstein y Cicchetti;⁴³ se explica porque la magnitud de Kappa depende de la prevalencia del atributo estudiado, indudablemente esto es un defecto de este coeficiente. En conclusión, el que la mayoría de respuestas fueran positivas hace que la concordancia esperada por azar, sea más alta y como el coeficiente Kappa descuenta la concordancia esperada por azar entonces su valor es bajo en contraste con la aparente alta concordancia que podemos observar en el análisis de los ítems, e inclusive en la distribución de frecuencias del test-retest observado en cuadro 13 y 14.

Cuadro 9. Concordancia intra evaluadores del instrumento F1-TDE/02 (test- retest)

Ítem	Acuerdo %	kappa	Kappa min-max	Error estándar	IC95%	Z	p
1	100	1.00	0.00 - 1.00	0.00	1.00, 1.00	6.32	0.00
2	100	1.00	0.00 - 1.00	0.00	1.00, 1.00	6.32	0.00
3	85	0.41	-0.08 - 0.70	0.19	0.03, 0.79	2.67	0.00
4	100	1.00	0.00 - 1.00	0.00	1.00, 1.00	6.32	0.00
5	97.5	0.78	-0.01 - 0.95	0.20	0.38, 1.00	5.09	0.00
6	92.5	0.36	-0.03 - 0.85	0.28	-0.20, 0.92	2.34	0.01
7	97.5	0.78	-0.012 - 0.95	0.20	0.38, 1.00	0.95	0.00
8	100	1.00	0.00 - 1.00	0.00	1.00, 1.00	6.32	0.00
9	95	0.63	-0.02 - 0.90	0.23	0.17, 1.00	4.04	0.00
10	92.5	0.62	-0.03 - 0.85	0.19	0.23, 1.00	3.98	0.00
11	97.5	0.65	-0.01 - 0.95	0.31	0.02, 1.00	4.41	0.00
Total	75	0.41	-0.142- 0.529	0.15	0.11, 0.70	2.67	0.00

2.1.3 Las características de la distribución de la puntuación total del instrumento se presentan en el **(cuadro 15 y 16)**.

Cuadro 15. Puntuación total de los reactivos del instrumento F1-TDE/02 (Test- retest)

	Test n=40	Retest n=40
Mediana	11	11
Mínimo	3	3
Máximo	11	11
P 25	10	10.5
P 75	11	11

P= percentil

Cuadro 16. Calificación total del instrumento con trato digno y trato no digno

	Test n=40 (%)	Retest n=40 (%)
Trato Digno Sí (Respondieron si a los 11 reactivos)	26 (65)	30 (75)
Trato Digno No	14 (35)	10 (25)

2.1.4 Análisis de correlación

- a) El coeficiente de correlación Spearman test-retest fue 0.52, con $p=0.001$
- b) Coeficiente de correlación intra clase test-retest (CCI): entre la primera y segunda medición fue de 0.96 con un IC_{95%} (0.93 - 0.98), con un valor $p=0.000$
- c) Prueba de Wilcoxon: bajo la concepción de que $H_0=1^a = 2^a$, con una $p = 0.808$.

El coeficiente de correlación de Pearson es menos preciso que el CCI ya que no incorpora en el análisis otras fuentes de variación, asume que toda la varianza es explicada por las diferencias entre los sujetos medidos en el test-retest, en cambio el CCI incorpora al análisis otras fuentes de variación mediante un ANOVA de medidas repetidas; una adecuada confiabilidad test-retest está indicada por valores mayores de 0.80 por lo que podemos decir que el instrumento F1-TDE/02 tiene alta confiabilidad intra evaluador, lo cual concuerda también con la prueba de hipótesis que demuestra que no hay diferencias.

2.2 Consistencia inter evaluadores

2.2.1. Análisis de los ítems

Se realizó con una $n=80$ divididos en 2 grupos (observador 1 y observador 2): las respuestas a los reactivos 1, 5, 7, 8, 10 y 11 no presentaron variaciones entre los 2 evaluadores. **(Cuadro 17)**

Cuadro 17. **Análisis de los ítems del instrumento F1-TDE/02 (variabilidad inter evaluadores)**

Reactivos	Observador 1 n=40 (%)		Observador 2 n=40 (%)	
	Si	no	si	no
1	38 (95.0)	2 (5)	38 (95.0)	2 (5)
2	39 (97.5)	1 (2.5)	37 (92.5)	3 (7.5)
3	33 (82.5)	7 (17.5)	32 (92.5)	8 (20)
4	39 (97.5)	1 (2.5)	38 (95.0)	2 (5)
5	38 (95.0)	2 (5)	38 (95.0)	2 (5)
6	39 (97.5)	1 (2.5)	38 (95.0)	2 (5)
7	39 (97.5)	1 (2.5)	39 (97.5)	1 (2.5)
8	39 (97.5)	1 (2.5)	39 (97.5)	1 (2.5)
9	38 (95.0)	2 (5)	37 (92.5)	3 (7.5)
10	37 (92.5)	3 (7.5)	37 (92.5)	3 (7.5)
11	38 (95.0)	2 (5)	38 (95.0)	2 (5)

2.2.2 Análisis de concordancia:

En cuanto a la consistencia inter evaluadores aplica lo comentado para el test-re test, ya que se obtiene como era de esperarse un acuerdo 12.5 puntos porcentuales inferior al test-retest, considerándose aun, un porcentaje de acuerdo alto sin embargo, con Kappa extremadamente bajo cumpliéndose nuevamente con la paradoja de Kappa, a la cual ya nos referimos. **(Cuadro 18)**

Cuadro 18. Concordancia entre observadores del instrumento F1-TDE/02

ítem	Acuerdo %	kappa	Kappa min-máx.	Error estándar	IC95%	Z	P
1	100	1.00	0.00, 1.00	0.00	1.00, 1.00	5.83	0.00
2	90	-0.03	-0.05, 0.80	0.00	-0.09, 0.02	-0.28	0.77
3	72.5	0.09	-0.15, 0.48	0.17	-0.24, 0.43	0.62	0.53
4	97.5	0.65	-0.01, 0.95	0.31	0.02, 1.00	4.41	0.00
5	100	1.00	0.00, 1.00	0.00	1.00, 1.00	6.32	0.00
6	92.5	-0.03	-0.03, 0.85	0.02	-0.08, 0.01	-0.23	0.81
7	100	1.00	0.00, 1.00	0.00	1.00, 1.00	6.32	0.00
8	100	1.00	0.00, 1.00	0.00	1.00, 1.00	6.32	0.00
9	87.5	-0.06	-0.06, 0.75	0.03	-0.12, -0.00	-0.41	0.67
10	90	0.27	-0.05, 0.80	0.26	-0.23, 0.79	1.76	0.07
11	100	1.00	0.00, 1.00	0.00	1.00, 1.00	6.32	0.00
total	62.5	0.08	-0.23, 0.34	0.16	-0.23, 0.40	0.54	0.58

2.2.3 Las características de la distribución de la puntuación total del instrumento se presentan en el cuadro 19. Nuevamente, se obtiene una distribución de frecuencias iguales entre observadores, todo esto secundario a la alta prevalencia del atributo en cuestión (trato digno) que fue de 70 y 72.5 entre un observador y el otro. **(Cuadro 20)**

Cuadro 19. Características de la puntuación total de los ítems del instrumento F1-TDE/02, variabilidad entre observadores

	Observador 1 n=40	Observador 2 n=40
Mediana	11	11
Min	2	2
Max	11	11
P 25	10	10
P 75	11	11

P=percentil

Cuadro 20. Calificación total del instrumento (entre observadores) con trato digno y trato no digno.

	Observador 1 n=40 (%)	Observador 2 n=40 (%)
Trato Digno Si (Respondieron si a los 11 reactivos)	28 (70)	29 (72.5)
Trato digno No	12 (30)	11 (27.5)

2.2.4 Análisis de correlación: Alto CCI y prueba de significancia estadística que muestra que no hay diferencias significativas entre las puntuaciones de uno y otro evaluador.

a) Coeficiente de correlación intra clase de la puntuación total entre evaluadores fue 0.89 (IC_{95%} 0.86 -0.92; p=0.00).

b) Prueba de Wilcoxon, donde Ho=1er observador = 2do; con una p = 0.460.

3 Consistencia Interna del instrumento F1-TDE/02

Kuder Richardson con una n=86: En la evaluación de la consistencia interna se obtuvo un Kuder Richardson de 0.900, lo cual indica que las preguntas están relacionadas unas con otras. En el análisis no se encontraron cambios en el coeficiente relacionados a cada elemento. **(Cuadro 21)**

cuadro 21. Confiabilidad interna a través de Kuder Richardson 20.

Estadísticos de fiabilidad	
Kuder	
Richardson	N de elementos
.900	11

Estadísticas del total del elemento reportadas por la prueba Kuder Richardson

Reactivo	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Reactivo 1 saluda	.750	.886
Reactivo 2 presenta	.535	.897
Reactivo 3 nombra	.195	.929
Reactivo 4 explica	.850	.880
Reactivo 5 interesa	.873	.878
Reactivo 6 guard_int	.630	.892
Reactivo 7 sentir_seg	.903	.877
Reactivo 8 trato_resp	.797	.886
Reactivo 9 enseña	.599	.894
Reactivo 10 conti_cuid	.491	.901
Reactivo 11 satisfecho	.798	.883

4. Viabilidad del instrumento

a) Tiempo: el instrumento, no se lleva mucho tiempo al aplicarlo, se puede contestar y terminar en 10-15 minutos.

b) Esfuerzo: no implica para la persona algún tipo de habilidad mental para contestar; aunque si requiere un razonamiento de aceptabilidad hacia la atención recibida por parte del personal de enfermería.

c) Entendimiento: el instrumento fue entendible en todos los reactivos, algunos padres mencionaron que si el reactivo 3 se dirigía a si la enfermera nombraba al paciente o al padre, sin embargo, contestaban dirigiéndose a si la enfermera nombraba al paciente. No hubo más dudas o comentarios acerca de algún otro reactivo. El cuestionario no genera alguna molestia para la persona que lo está contestando.

d) Riesgos: el instrumento no tiene riesgos para la persona a quien se aplica, y no incluye alguna intervención en la conducta de la persona.

Validez de constructo

Análisis factorial: es una técnica estadística multivariante que permite conocer a profundidad la estructura y las interrelaciones de las variables. Su propósito general es buscar y definir las construcciones fundamentales o dimensiones en

que se supone sirven de base para las variables originales; es decir, por un lado la identificación de la estructura mediante resumen de datos, o bien, la reducción de datos.⁵⁴

Análisis factorial exploratorio

Al realizar el análisis factorial exploratorio con n=86, la matriz de correlaciones aparece como “definida no positiva” (Cuadro 22), aunque la mayoría de las correlaciones de las puntuaciones son mayores a .30 por lo cual las correlaciones entre los reactivos son buenas.

Por otra parte no calcula los coeficientes de KMO y de Barlett. Seguramente por la homogeneidad, ya que se puede observar que como la mayoría de las respuestas son positivas, el instrumento no discrimina.

Cuadro 10 Matriz de Correlaciones de los reactivos

Correlación entre elementos											
	Saluda	Presento	Nombra	Explica	Interesa	guard_int	sentir_seg	trato_res	Enseña	conti_cuid	Satisfecho
	1	2	3	4	5	6	7	p 8	9	10	11
Saluda 1	1.000	.363**	.126	.712**	.835**	.471**	.712**	.889**	.434**	.402**	.712**
Presento 2	.363**	1.000	.126	.517**	.471**	.471**	.517**	.417**	.434**	.240*	.517**
Nombra 3	.126	.126	1.000	.208	.173	.066	.208	.168	.143	.116	.208
Explica 4	.712**	.517**	.208	1.000	.753**	.586**	.821**	.806**	.698**	.503**	.642**
Interesa 5	.835**	.471**	.173	.753**	1.000	.689**	.920**	.742**	.490**	.454**	.920**
guard_int 6	.471**	.471**	.066	.586**	.689**	1.000	.753**	.540**	.344**	.315**	.586**
sentir_seg 7	.712**	.517**	.208	.821**	.920**	.753**	1.000	.806**	.541**	.503**	.821**
trato_resp 8	.889**	.417**	.168	.806**	.742**	.540**	.806**	1.000	.500**	.466**	.590**
Enseña 9	.434**	.434**	.143	.698**	.490**	.344**	.541**	.500**	1.000	.414**	.541**
conti_cuid 10	.402**	.240*	.116	.503**	.454**	.315**	.503**	.466**	.414**	1.000	.354**
Satisfecho 11	.712**	.517**	.208	.642**	.920**	.586**	.821**	.590**	.541**	.354**	1.000

Determinante = .000

Esta matriz no es definida positiva.

Sin embargo, estadísticamente el programa permite obtener los siguientes datos y continuar con el siguiente análisis. Cabe mencionar que este análisis se realizó solo con propósitos académicos.

Con el método de extracción de componentes principales, se hace más evidente la debilidad de los ítems 2, 3 y 10, ya que solo pueden reproducir un 36.5%, 5.3%, y 31.7%, respectivamente de su variabilidad original. **(Cuadro 23)**

Cuadro 11 Comunalidades

	Inicial	Extracción
Reactivo 1 saluda	1.00	.704
Reactivo 2 presenta	1.00	.365
Reactivo 3 nombra	1.00	.053
Reactivo 4 explica	1.00	.795
Reactivo 5 interesa	1.00	.869
Reactivo 6 guard_int	1.00	.526
Reactivo 7 sentir_seg	1.00	.891
Reactivo 8 trato_resp	1.00	.746
Reactivo 9 enseña	1.00	.444
Reactivo 10 conti_cuid	1.00	.317
Reactivo 11 satisfecho	1.00	.732

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Desde el punto de vista estadístico la varianza total explicada es del 58%, lo cual indica un buen porcentaje de la medición del constructo trato digno, que se acepta en las áreas de ciencias sociales. **(Cuadro 24)** Sin embargo, se observa en las cargas que aporta cada reactivo a un solo factor.

Cuadro 12 Varianza total explicada

Componente	Auto valores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	6.443	58.568	58.568	6.443	58.568	58.568
2	.982	8.923	67.491			
3	.860	7.817	75.308			
4	.818	7.441	82.749			
5	.624	5.675	88.424			
6	.491	4.465	92.889			
7	.448	4.073	96.962			
8	.180	1.635	98.597			
9	.116	1.052	99.649			
10	.039	.351	100.000			
11	1.64	1.49	100.000			

Método de extracción: análisis de componentes principales.

En la matriz de componentes se observa que todos los reactivos aportan a un solo componente, por lo tanto no se replican los 5 dominios originales del instrumento F1-TDE/02. **(Cuadro 25)**

Cuadro 13. Matriz de componentes

	Componente
	1
Reactivo 1 saluda	.839
Reactivo 2 presenta	.605
Reactivo 3 nombra	.231
Reactivo 4 explica	.892
Reactivo 5 interesa	.932
Reactivo 6 guard_int	.725
Reactivo 7 sentir_seg	.944
Reactivo 8 trato_resp	.864
Reactivo 9 enseña	.666
Reactivo 10 conti_cuid	.563
Reactivo 11 satisfecho	.856
Método de extracción: análisis de componentes principales.	

Al intentar hacer la rotación de los elementos utilizando Varimax, el resultado reporta que como solo se ha extraído un solo componente, entonces no se puede rotar.

Por el análisis realizado se observa que el instrumento no tiene definidos más de un factor. Solo se presenta uno solo y no podemos afirmar a cual factor o dominio pertenecen los reactivos. Y como se vio en la validez de contenido el instrumento F1-TDE/02 no incluye todos los dominios de debería de tener para medir el constructo de TDPE. Por otra parte el reactivo 3 aparentemente causa diferencias en los datos de las mediciones del instrumento. Sin embargo si lo sacamos la confiabilidad no se modifica y en el análisis factorial exploratorio, no variaría de forma importante.

XII. Discusión

La información bibliográfica internacional relacionada con la dignidad en salud, en sus inicios se enfocó a definir el concepto de dignidad, posteriormente, intentó reconocer los factores que pueden promoverla o violarla y, desde el año 2000 a la fecha, se ha orientado a reconocer los componentes del trato digno proporcionado a los pacientes, lo cual, no se había logrado. Como respuesta a esta necesidad social, en México en el año 2002, la Comisión Interinstitucional de Enfermería creó el instrumento F1-TDE/02 para medir trato digno como parte del Programa de Acción por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.²⁵

Así mismo, con los resultados de aplicar este instrumento se han tomado decisiones en salud y se han realizado investigaciones de evaluar o medir el cumplimiento del indicador TDE.^{29, 30, 31, 35} Sin embargo, ninguno menciona el proceso de validación del instrumento, no aparecen en los resultados las pruebas estadísticas de medición, las escalas de salida son diferentes y no se pueden comparar los resultados. Por otra parte, el instrumento F1-TDE/02 se utiliza ampliamente en las diferentes Instituciones de Salud y sus resultados se concentran en Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud, además de que su aplicación es sencilla y no se lleva mucho tiempo, es decir, tiene validez de apariencia. Su aplicación está indicada no solo a los pacientes, sino también para los familiares o tutores de estos; por lo cual era importante conocer las características métricas de este instrumento, siendo necesario realizar la presente investigación. En una primera fase se conformaron los dominios del constructo de trato digno a pacientes hospitalizados por personal de enfermería y en una segunda fase se evaluó su validez teórica y empírica.

Consenso Delphi:

En este trabajo describimos un consenso formal tipo Delphi sobre la información, experiencias y competencias del constructo de “trato digno” de forma estructurada, independiente y sistemática. Primero se eligió esta técnica para que los expertos emitieran su opinión en más de una ocasión, considerando la evidencia bibliográfica obtenida de manera sistemática; segundo, el control de la comunicación estuvo en manos del grupo coordinador y nunca se estableció una participación directa entre los expertos involucrados, quienes no conocían de quien procedían las opiniones; tercero, se realizó una retroalimentación o “feedback” controlado permitiendo la circulación de información generada entre los expertos y facilitando establecer un lenguaje común, y finalmente, se obtuvo una estadística del grupo para conseguir la inclusión de las respuestas individuales en el resultado final del consenso.^{44, 45}

Se ha intentado medir a nivel internacional el constructo de dignidad con instrumentos estructurados, uno de ellos midió el constructo en personas con una directiva anticipada (validez de apariencia y contenido en adultos por Consenso Normas para selección de instrumentos en salud del Estado);¹² Eulmesekian se enfocó a la satisfacción del paciente con trato digno y respeto en niños y adolescentes¹¹ y, Rivera estudio una muestra de niños y adultos buscando validez de apariencia.¹⁵ En estos estudios la metodología de validación y las escalas de salida son diferentes por tanto sus resultados no son comparables. Se han realizado investigaciones para evaluar la percepción de la dignidad en pacientes hospitalizados,¹⁸ por medio de entrevistas estructuradas.^{2, 14} Otros autores como Beach en el 2003 exploró el trato digno a las personas (respeto) y la autonomía (participación en las decisiones), utilizando los datos de una Encuesta de Calidad de la atención de la salud a nivel nacional y aplicando 2 preguntas, primera ¿El médico le permite participar (al paciente) en las decisiones sobre su cuidado o atención? Y la segunda pregunta, ¿El médico lo trata con respeto y dignidad? Para ver satisfacción y adherencia a los tratamientos con las siguientes preguntas ¿está usted satisfecho con la calidad de atención médica recibida durante los últimos 2 años?, ¿en los últimos 2 años usted no siguió el consejo de un médico o el plan de tratamiento?¹⁷ No se encontraron estudios que utilizaran la técnica Delphi para estudiar o realizar validación de contenido acerca del tema.

En esta investigación se obtuvo un total de 8 expertos, profesionales de la salud con amplia experiencia y grados académicos en bioética y una amplia experiencia en entornos hospitalarios. Los panelistas no recibieron remuneración económica, ni tenían ningún tipo de relación con los investigadores del estudio.

En relación a los dominios identificados en la revisión de la literatura se encontraron 11 dominios que se sometieron al consenso, de los cuales, se obtuvieron 9 al finalizar la primera fase del consenso: Rivera y Triana 2007 hacen referencia que **“priorizar al ser cuidado”** es otorgar un trato humanizado, los autores son consistentes en que el ser humano debe estar por encima de otros elementos como la pertenencia a un grupo, una enfermedad, etc.¹⁵ En opinión de Jonathan Mann el “no ser visto” y el ser ubicado en una identidad de grupo son resultado de conductas que no consideran al ser humano como prioridad lesionando su dignidad porque se le ignora o se le niega carácter individual a cambio de una identificación de grupo.⁷

No hay duda que una parte esencial del TDPE es la **“autonomía”** definida como el derecho del paciente a decidir.^{4,5} Cuando el personal de salud apoya la autonomía del paciente se favorece la participación, la adherencia en los tratamientos y aumenta los niveles de satisfacción.¹⁷ Pero la autonomía aunque

es un derecho del paciente, se ejerce en relación; requiere que se especifiquen los actores, demanda información, reflexión y una dirección que invariablemente será el bien del paciente.

Se identificó la **“comunicación”** como un componente indispensable del TDPE.²⁹ La comunicación debe ser efectiva y afectiva para favorecer un ambiente de seguridad al paciente.²⁶ Una explicación clara, detallada, objetiva, suficiente y oportuna del diagnóstico, pronóstico, tratamiento, procedimientos o cuidados que se van a realizar.³⁸ En los niños las explicaciones deben ser simples acorde a su nivel de crecimiento y desarrollo, utilizando un lenguaje apropiado.⁸ Además es necesario valorar la comprensión y calidad de la información recibida.^{14, 39}

Al hablar de **“empatía y apoyo emocional”** Jacobson 2007 menciona algunas conductas que deben existir en los entornos hospitalarios como son el afecto, la lealtad, los sentimientos positivos y la amistad.³ Otros autores como Rivera y Triana 2007, Red 2003 se refieren al apoyo emocional con la confianza, el acompañamiento durante los procedimientos médicos, dar tranquilidad y bienestar.^{9, 15} Debe establecerse una relación empática entre la enfermera, el paciente y la familia.³³ Una práctica centrada en casos o en historias médicas son factores que amenazan el TDPE.^{14, 17, 32}

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se indica “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”.^{3, 7} Para evitar lesionar la dignidad es necesario evitar tratar a una persona, como si él o ella fuera repugnante o contaminada, la discriminación y las prácticas abusivas.^{2, 4} En la carta de los derechos generales de las y los pacientes (2010) en relación al trato digno en México “la paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal, le brinden atención médica con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”.^{32, 33}

Para que se pueda dar un TDPE los cuidados de enfermería no deben variar en función de la raza, la religión, la enfermedad o la discapacidad, el sexo o la política social y la situación económica en los pacientes,¹³ por lo cual, el **“trato no discriminatorio”** siempre deberá ser evaluado si se quiere medir TDPE.

El hacer sentir a los pacientes como una carga para otros son factores que hay que considerar si se quiere evaluar el TDPE.^{4, 12, 16} En el trato al paciente con dignidad Rivera y Triana 2007 incluyen la **“comodidad física”** el esfuerzo en la **“atención de las necesidades básicas”**, en hacer sentir bien físicamente al otro, y en ayudar a disminuir el dolor físico.¹⁵ Que la atención que se recibe sea adecuada y personalizada.^{12, 34}

En el dominio de **“eficiencia en el desempeño”**, incluye el conocimiento y las habilidades profesionales, liderazgo en el equipo de trabajo, facilitar el diálogo y a

la búsqueda de la excelencia en el cuidado.¹⁵ En otras palabras se refiere al “profesionalismo”, que incluye tener una actitud y una capacidad elevada para desempeñarse en una actividad.³⁶ Llama la atención que pocos autores enfatizan el actuar con ética y responsabilidad.³² Cuando se habla de TDPE en este dominio es trascendente que de no cumplirse el daño puede afectar inclusive la integridad física del paciente.⁸

Negrete 2009 refiere una **“parte invisible o interior de las personas”** donde lo fundamental es proteger el pudor, en el ejercicio de cuidar y el respeto a la intimidad del otro.²⁶ La privacidad forma parte de este dominio, ya que es un tema comúnmente mencionado por el resto de los autores en la dignidad y tiene que ver con proteger la exposición del cuerpo de la mirada de otros (baño, vestimenta hospital, uso de catéteres o infusiones venosas instaladas), dar privacidad cuando alguien está a punto de morir, etc.^{14, 18,}

Las condiciones ambientales del hospital también se relacionan con este dominio el diseño de habitaciones (dobles o triple, cuatro o cinco camas en un solo cuarto), la utilización de salas de tratamiento cuando sea necesario para garantizar la protección de la autoestima del paciente pediátrico y el auto concepto.⁸ Llama la atención que la mayoría de las referencias identifican situaciones y conductas que violan la dignidad del paciente hospitalizado precisamente en este dominio lo cual refleja su importancia.^{2, 5, 18}

Yea y Yun 2011 mencionan a la **“privacidad espacial”** donde las explicaciones sobre la condición deben darse con tono de voz bajo en zona tranquila o sala privada.^{13, 10} el usuario tiene derecho a decidir quién y cómo se hace uso de su información personal.^{40, 41, 6}

En la información que existe hasta el momento se aborda el trato con dignidad de forma poco delimitada, inclusive desde un punto de vista conceptual. En la actualidad, el incremento en la esperanza de vida no ha respondido a la necesidad de bienestar del ser humano, emergen nuevos aspectos que requieren ser evaluados como la calidad de vida (constructo que ya es medible) y no menos importante el trato digno por el personal de enfermería. Por lo cual es importante destacar que con estos resultados se brinda una aportación valiosa, para la creación de un nuevo instrumento con rigor metodológico que será de utilidad en investigaciones posteriores y por otro lado desalentar el uso del instrumento F1-TDE/02.

Características métricas del instrumento F1-TDE/02

Inicialmente se planteó un tamaño de muestra para la consistencia interna y la validez de constructo de 119 cuidadores considerando al menos 10 por cada ítem sin embargo la complejidad de incluir todos los servicios del Hospital Infantil así como los diferentes turnos y la movilidad cotidiana del personal de enfermería ya

sea por motivos personales o de la institución tuvo como consecuencia que algunas enfermeras en particular, fueran valoradas por diferentes cuidadores primarios; por lo cual para conservar mediciones independientes se eliminaron quedando una $n=86$. Un tamaño de muestra aceptable para calcular la consistencia interna y análisis factorial ya que pueden ir del doble de sujetos por ítem hasta 10 sujetos por ítem (en este trabajo se obtuvieron al menos 8 sujetos por reactivo del instrumento).⁵²

Las encuestas para medir la percepción del trato digno por enfermería de los niños hospitalizados aplicadas desde el punto de vista del cuidador primario, donde se obtuvo un predominio del sexo femenino 64%, esto debido probablemente a que en la realidad, las mamás de los pacientes son las que se encargan del cuidado de los hijos y son las que en general permanecen más tiempo en su cuidado durante la hospitalización. En este hospital los cuidadores permanecen todo el día en las salas donde se encuentran hospitalizados, lo que conlleva a que observaron y percibieron el cuidado proporcionado por el personal que atiende a sus hijos considerando que el vínculo entre ellos, es fundamental para la aceptación de los tratamientos y cuidados, y el poder dar una percepción madura del trato digno sobre todo con los niños más pequeños ya que la edad que abordamos fue desde los 5 años hasta los 18 años. Por otra parte llama la atención que a pesar del tiempo de hospitalización de los pacientes fue desde 5 a 156 días, se obtuvieron en su mayoría respuestas afirmativas a la mayoría de los reactivos del instrumento, con valores altos de acuerdo de Kappa 0.78 a 1.00; aún abordando los diferentes servicios del hospital (oncología 17.4% y pediatría 1 y 2 16.3%, especialidades y nefrología 15%), para tener mayor variabilidad de los datos y aún así esta no se detectó.

Como puede observarse el instrumento es consistente con los valores obtenidos de kappa, cabe mencionar que se realizó este análisis con fines académicos, ya que, cuando la prevalencia del fenómeno estudiado es alta entre la población estudiada; entonces, el número de verdaderos “negativos” es elevado y es más alta la probabilidad de que los dos observadores clasifiquen a los sujetos como tal, de modo que la coincidencia atribuible al azar será mayor. Es decir, la “paradoja” de valores altos de acuerdo observado asociados a valores bajos o altos de kappa, se explica porque, para un valor fijo del acuerdo observado, la magnitud de kappa depende de la prevalencia del fenómeno estudiado.⁴⁶

Al realizar análisis de la consistencia externa del instrumento F1-TDE/02 se observó que dicho instrumento es reproducible tanto en la consistencia intra y entre evaluadores. Cabe mencionar que en esta última medición, dos cuidadores primarios evaluaron a la misma enfermera que estuvo con pacientes en

condiciones clínicas muy parecidas, por estar en la misma área, en el mismo cubículo y con padecimientos de la misma especialidad, como es el caso de especialidades donde están distribuidas dentro de un mismo servicio, es decir, en “pediatría 1 y 2” se encuentran los servicios de infectología, neumología y endocrinología; en “pediatría 3 y 4” están neurología, reumatología, gastroenterología, transición y cardiología; en especialidades son cirugía cardiovascular, neurocirugía y urología; en “ortopedia” se localizan oftalmología, otorrinolaringología, maxilofacial y ortopedia. La mayoría de los cuidadores primarios evaluaron al personal del turno matutino 48% y vespertino 22%, puede ser debido a que en estos turnos las enfermeras cambian de pacientes con menor frecuencia, comparadas con el turno nocturno ya que en este hospital tienen guardias donde laboran una noche si y otra no, con sus respectivo descanso semanal, considerando que uno de los criterios de inclusión para evaluar a las enfermeras fue que: la enfermera estuviera con estos pacientes al menos 5 días durante su atención. No se obtuvieron datos del personal de enfermería de antigüedad laboral, edad, estado de profesionalización para evitar el sesgo o efecto Hawthorne (cambiar conductas al sentirse evaluadas).

En lo referente a la fiabilidad del instrumento se obtuvo una prueba de Kuder Richardson de 0.900, es alto lo cual indica, alta coherencia entre sus ítems. Algunos estudios en México han utilizado el instrumento F1-TDE/02, donde refieren solo α de Cronbach del instrumento (0.86),³⁵ De la Fuente midió satisfacción del trato en mujeres que acuden a realizarse una interrupción legal del embarazo, elaborando un cuestionario auto-aplicable de 19 ítems; refiere haber realizado validez de contenido por prueba piloto, concordancia inter observador por medio de 4 expertos con valores de kappa >0.75 , y no menciona características métricas reporta los resultados de la medición de trato digno.³⁴ Por otro lado, Puebla describe un instrumento basado en 3 indicadores (respeto, trato digno y profesionalismo), en el cual realizó validez de contenido con prueba piloto y concordancia por ronda de 4 expertos.³⁶ Se puede observar que la metodología no está bien definida para la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados.

En relación a la validez de constructo, cuando se requiere comprobar una estructura factorial de un cuestionario previamente elaborado y se conoce su estructura factorial original, está indicado realizar un análisis factorial confirmatorio, sin embargo el instrumento F1-TDE/02 fue elaborado sin una metodología rigurosa; durante la primera fase de esta investigación se documentó su precaria validez de contenido y aunque es replicable, al medir la fiabilidad encontramos alta coherencia entre los ítems y con el análisis de los mismos se aportó evidencia de su deficiente capacidad discriminativa por ende no está indicado un análisis factorial confirmatorio, ni cualquier otro análisis ya que por las

deficiencias propias del instrumento los resultados no cambiarán. Con fines académicos se realizó análisis factorial exploratorio: inicialmente se elaboró con 119 cuidadores primarios y luego, como se mencionó antes, se eliminaron mediciones dependientes y se repitió el análisis sin cambios significativos como era de esperarse, debido a que los 119 cuidadores fueron independientes y aunque una pequeña proporción de ellos evaluó a la misma enfermera esto no impacta a los resultados ya que inclusive disminuiría la fuente de variación debida al objeto que se mide y quedaría solo como fuentes de variación el objeto con que se mide, que en este caso es el instrumento; y el que realiza la medición, en este caso el cuidador.

El resultado del análisis factorial es solo descriptivo y en definitiva por los demás datos obtenidos no vale la pena encuestar más pacientes pues es poco probable que el resultado cambie. A pesar de las limitaciones tanto por las respuestas cargas factoriales de todos los reactivos a un solo componente dicotómicas como por el tamaño de muestra el análisis factorial exploratorio refleja cargas factoriales de todos los reactivos a un solo factor lo cual concuerda con el resto del análisis.

Aunque el instrumento F1-TDE/02, tiene validez aparente, se observó que el instrumento no tiene validez de contenido del TDPE. Los ítems del instrumento no abarcan los dominios que debería tener el constructo. Aunque reflejan los reactivos hacia un solo factor que puede verse incluido en el dominio de priorizar a la persona, a través de su reconocimiento, respeto de sus convicciones cultura, sociales y las propias del cuerpo. Las opciones de respuesta son dicotómicas y no da opciones intermedias para evaluar de forma más específica cada componente, como los sería si tuviera más opciones de respuesta tipo Likert.

Por lo tanto, con los datos obtenidos de esta investigación se propone la elaboración de un nuevo instrumento que mida trato digno por personal de enfermería con un número amplio de preguntas siguiendo la metodología para elaboración y validación de instrumentos psicométricos.

Cabe mencionar, se tomó la medición a través del cuidador primario, y esta puede ser una limitante, aunque cabe mencionar que es la persona que esta la mayor parte del tiempo en el hospital al lado de su paciente y como lo refiere Lundqvist y Nilstun quienes indicaron que la dignidad se mantiene intacta en la atención centrada en la familia cuando, todo el personal está involucrado en la atención del niño y se formula una alianza con los padres, en una relación de colaboración.¹⁰ “Los padres dependen de los conocimientos y la experiencia de los profesionales y a su vez los profesionales dependen de la conexión emocional y física de los niños con los padres”.¹⁰

Por otra parte el instrumento F1-TDE/02 especifica en su aplicación que está dirigida al propio paciente o a su familiar o tutor. No se debe dejar de lado la opinión de los usuarios en el tipo de atención que reciben, ya que en la actualidad los temas de los derechos de los pacientes y la calidad de la atención conforman la base para mejorar los servicios, y las mediciones deben estar basadas de forma sistemática y con metodología válida para proceder con objetividad y, oportunidad en los resultados obtenidos.

Otra limitante de este trabajo es el número de expertos panelistas, aunque no existe un número aceptado universalmente^{45, 47} es lógico que mientras mayor sea el número de expertos y mayor variabilidad de la procedencia de los mismos se incrementa la validez de los acuerdos, sin embargo, es relevante en dos aspectos: el primero es que con un alto grado de certeza se han incluido los dominios que definen TDPE y el segundo, que con el producto de esta investigación se puede iniciar la construcción de un instrumento de medición para trato digno por el personal de enfermería, para en un segundo tiempo someterlo a validez de constructo, en otras palabras pasar del concepto a los hechos.

XIII. Conclusiones

Como producto de esta investigación se validaron en apariencia y contenido los dominios que conforman el trato digno por enfermería, siendo esto un primer paso para contar con un referente para medir de forma más objetiva dicho atributo (TDPE).

El instrumento F1-TDE/02 es viable, pero no abarca en su totalidad los componentes del constructo “trato digno proporcionado por el personal de enfermería.” Se obtuvo evidencia de fiabilidad que demuestra que es un instrumento homogéneo y replicable, sin embargo, las evidencias de validez son insuficientes.

Es imprescindible contar con instrumentos viables válidos y confiables que realmente reflejen la percepción de conceptos como el trato digno, ya que es un reflejo de la calidad de atención que se da en las unidades hospitalarias.

XIV. Referencias

1. Villalpando J., Ferreira E. Fomentemos el Trato Digno al paciente y su familia. *Revista Instituto Nacional Enfermedades Respiratorias. México.* 2007-4 (20) p: 239-240
2. Baillie L. Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *International Journal of Nursing Studies.* 2009. 46: 23-37.
3. Jacobson N. Dignity and health: A review. *Social Science & Medicine.* 2007. 64: 292-302
4. Jacobson N. Taxonomy of dignity: a grounded theory study. *BMC International Health and human Rights,* 2009. 9 (3):1-9
5. Griffin V. An analysis of the concept dignity. *Accident and Emergency Nursing.* 2005. 13:251-257
6. Prideaux A. Male nurses and the protection of female patient dignity. *Nursing Standard.* 2010. 13 (25): 42- 49.
7. Mann J. Dignity and Health: the UDHR's Revolutionary First Article. *Health and Human Rights.* 1998 2. (3) p: 30-38
8. Popovich D. Preserving Dignity in the young hospitalized child. *Nursing Forum.* 2003. 2 (38):12-17
9. Reed P. Smith P. Fletcher M. Bradding A. Promoting the dignity of the child in hospital. *Nursing Ethics.* 2003. 10 (1):67-76
10. Lundqvist A. Nilstun T. Human dignity in pediatrics: the effects of health care. *Nursing Ethics.* 2007. 14 (2):215-228
11. Eulmesekian P. Peuchot V. Pérez A. Satisfacción de los padres de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Archivos Argentinos en Pediatría.* 2012. 110 (2): 113-122
12. Albers G., Pasman W., Rurup M., CW de Vet H. Onwuteaka B. Analysis of the construct of dignity and content validity of the patient dignity inventory. *Health and Quality of Outcomes.* 2011, 9:45:1-9
13. Lin-P. Y. Tsai Y. Maintaining patients' dignity during clinical care: a qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing.* 2011. 67 (2):340-348.
14. Baillie L. Ford P. Gallagher A. Wainwright P. Dignified care for children and young people: nurses' perspectives. *Pediatric Nursing.* 2009. 2(21):24-28
15. Rivera L.N., Triana Á. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica Country. *Avances en Enfermería. Colombia.* 2007. 25 (1): 56-68.
16. Chochinov H. Hack T. Hassard T. Kristjanson L. McClemt S. Harlos M. Dignity therapy: A novel Psychotherapeutic Intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology.* 2005. 24(23):5520-5525.
17. Beach. M, Sugarman J. Johnson R. Arbelaez J. Duggan P. Cooper L. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care. *Annals of Family Medicine.* 2005. 4 (3): 331-338
- 18 Walsh K. Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice.* Australia. 2002. 8:143-151.
19. Programa Nacional de Salud 2001-2006 .Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios. Secretaría de Salud. Disponible en: dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_03.pdf (consultado 16-05-2013)

20. Desempeño de los Servicios de Salud. Secretaría de Salud. Información para la Rendición de Cuentas. México 2002. Disponible en: www.dged.salud.gob.mx > Inicio > Evaluación de Sistemas (consultado 7-10-2012)
21. Observatorio del desempeño Hospitalario. Secretaría de Salud 2009. Disponible en: www.dged.salud.gob.mx
22. Dirección General de Evaluación del Desempeño. 2002. Secretaría de Salud. Disponible en: www.salud.gob.mx unidades evaluación ... trato preguntas trato.pdf (consultado 7-10-2012)
23. Nicole B. Valentine, Amala de Silva, Kei Kawabata, Charles Darby, Christopher J.L. Murray, David B. Evans. Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization. 2003. Disponible en: [whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455_\(part4\)__\(chp43-49\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455_(part4)__(chp43-49).pdf) (consultado 12-05-2013)
24. Ley General de Salud. Última reforma DOF 24-04-2013. Disponible en: www.diputados.gob.mx/Leyes/biblio/pdf/14.pdf. (Consultado 12-05-2013).
25. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección general de la Calidad y Educación En Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería: Tres indicadores de aplicación hospitalaria. México: Secretaría de Salud; julio 2003.p.5-31.
26. Programa de acción SICALIDAD 2007 2012 - Dirección General de... Disponible en: www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/pa_sicalidad.pdf. (Consultado 20-06-2013).
27. Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión. 2002. Disponible en: www.salud.gob.mx unidades cdi documentos D CS 74 3.pdf(19062013). (Consultado 20-06-2013).
28. Negrete M. Trato Digno: Reto Cotidiano. Rev. CONAMED. México. 2009; 1 (14) p: 34-36.
29. Vargas L. Ramírez M. Rodríguez S. Colín L. Barrón D. Factores socio demográficos del personal de enfermería que influyen en el trato digno al paciente en un hospital del ISSSTE. Revista Especializada en Ciencias de la Salud. 2012. 15(1):45-53.
30. García C., Cortez I. Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México. Rev. CONAMED. 2012; 1 (17):18-23
31. Nava M., Brito J, Valdez A., Juárez A. Trato digno otorgado por enfermeras en Centros de Salud en Morelos, México. Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social. 2011. 19 (2): 91-98
32. Nava M., Zamora P. Percepción del trato digno de los familiares de los enfermos neurológicos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Enfermería Neurológica. México. 2010.1 (9): 32-38
33. Torres C. Rivas J. Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera-un enfermero. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2010. 3 (18):60-64
34. Nieto. L. Romero, M. Córdoba, M. Campos, M. Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería. Revista CONAMED. 2011. 1 (16): S5-S11
35. De la Fuente V. Omaña V. Campos E. Zavala E. Evaluación de la satisfacción de mujeres que se realizan una interrupción legal del embarazo, con base al indicador de trato digno. México. Revista CONAMED. 2010. 3 (15):125-139
36. Puebla D. Ramírez A. Ramos P. Moreno M. Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 2009. 17(2):97-102.
37. Carrillo M. Martínez L. Mendoza J. Mendoza J. Sánchez A. Yáñez R. Rivera R. Caballero R. Cumplimiento del Indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2009. 17 (3): 139-142.

38. Gogeoascoechea M. Pavón P. Sobeida M. Blázquez L. Blázquez R. Rabatte I. Satisfacción y trato al usuario en un hospital universitario. México. 2009. Disponible en: www.uv.mx/rm/num_antteriores/revmedica_vol9.../satisfaccion.pdf
39. Puentes E. Gómez O. Garrido F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Revista Panamericana de salud pública*. 2006. 19 (6):394-402
40. Puentes E. Rúelas E. Martínez T. Garrido E. Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. *Salud Pública de México*. 2005. 1 (47):12-21
41. Puentes E. Martínez T. Caracterización del trato que reciben hombres y mujeres usuarios del sistema de salud mexicano. *Género y Salud en cifras*. México. 2004. 2(2):5-11
42. Rivas R. Ostiguín M. Cuidador: ó concepto operativo o preludio teórico? *Enfermería Universitaria*. ENEO: UNAM. 2011. 1(8):49-54
43. Cronbach L. Meehl P. Construct validity in psychological test. *Psychol Bull* 1995; 52:281-302
44. Yáñez G. Cuadra O. La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y Enfermería*. 2008. 14(1):9-15.
45. Varela R. Díaz B. García D. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en Educación Médica*. 2012. 1(2):90-95.
46. Feinstein A. Cicchetti D. High agreement but low kappa. I. The problems of two paradoxes. *Journal Clinical Epidemiology*. 1990. 43: 543-9.
47. Escobar P. Cuervo M. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su Utilización. *Avances en medición*. 2008. 6:27-36
48. Ley general de Salud. Preámbulo. Título primero Disposiciones Generales. 2013. Disponible En: www.cem.itesm.mx/derecho/nlegislacion/federal/150/ (consultado 28042013)
49. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki. Disponible en: www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/ (consultado 28042013)
50. Código de Nuremberg. Tribunal Internacional de Núremberg, 1947. Disponible en: www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf (consultado 07062013)
51. Frenk M. Ruelas B. Medir para mejorar el desempeño del Sistema Mexicano de Salud. *Salud Pública México*. 2005. 1(47):1-3
52. Osborne J. Fitzpatrick D. Replication analysis in exploratory factor analysis: What it is and why it makes your analysis better. *Practical Assessment, research and evaluation*. 2012. 15 (17):1-8
53. Costello A. Osborne J. Exploring best practices in factor analysis: four mistakes applied researcher make. *Annual Meeting of the American educational research Association*. Chicago. 2003.
54. Hair J. Anderson R. Tatham R. Black W. *Análisis multivariante*. 5a Ed. Prentice Hall Iberia México. 1999. 79-140.

XV. Anexos

1. - Cronograma de actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES									
NO	ACTIVIDAD	AGO-OCT 2012	NOV-ENE 2013	FEB-ABR 2013	MAY-JUL 2013	AGO-OCT 2013	NOV-ENE 2014	FEB-ABR 2014	MAYO-JUL 2014
1	Revisión de literatura	X	X	X	X	X			
2	Elaboración de metodología		X	X	X	X			
4	Recolección de Datos				X	X			
5	Integración Base de Datos				X	X	X		
6	Análisis de Datos						X	X	
7	Análisis resultados						X	X	
8	Entrega de resultados						X	X	
9	Encuadernación Trámites							X	X

2.- Consentimiento Informado

PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Evaluación de la validez y confiabilidad del Instrumento F1-TDE/02 para medir la percepción de trato digno proporcionado por el personal de enfermería a pacientes pediátricos hospitalizados.

Investigador principal: Alma Lidia Almiray Soto

Tutoras:

Dra. Patricia Clark

Dra. Ma. Luisa Peralta Pedrero.

Le estamos invitando a usted al igual que a otros 119 familiares más a participar en este estudio de investigación médica que se lleva a cabo en el Hospital Infantil de México Federico-Gómez.

El estudio tiene como propósito. Determinar la utilidad del instrumento F1-TDE/02 para medir la percepción del trato digno proporcionado por el personal de enfermería a pacientes pediátricos hospitalizados, en el Hospital Infantil de México Federico Gómez ingresados al servicio de oncología y especialidades pediátricas. Así conoceremos su opinión de la atención que recibe, con certeza y veracidad durante el tiempo que su hijo se encuentre hospitalizado, para en un futuro realizar acciones de mejora que favorezcan su bienestar dentro de este entorno. Usted es candidato a participar en este estudio, su participación es completamente voluntaria. Se le pide por favor lea la información que le proporcionamos. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad de hacer las preguntas que desee sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

I. PROCEDIMIENTOS

Si usted acepta participar, ocurrirá lo siguiente.

Se le pedirá que conteste un cuestionario; con datos generales de usted y de su hijo (a) hospitalizado. Esto no le llevará más de 10-15 min. Tal vez sea necesario contactarlo en una segunda ocasión para contestar una segunda vuelta el mismo cuestionario.

II. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Las molestias o los dificultades asociados con la realización del cuestionario no le causarán ningún riesgo.

III. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

No recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. No recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable. Los resultados del presente estudio permitirán conocer la utilidad del cuestionario para medir la percepción del trato digno proporcionado por el personal de enfermería a pacientes pediátricos hospitalizados para conocer su opinión de la atención que recibe, con certeza y veracidad durante el tiempo que su hijo se encuentre

hospitalizado, para en un futuro realizar acciones de mejora que favorezcan su bienestar dentro de este entorno.

IV. PARTICIPACIÓN O RETIRO

La participación de usted es completamente. Si decide no participar, su decisión no afectará su relación con este hospital y su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que pudiera recibir del Hospital Infantil de México Federico-Gómez.

Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que su hijo(a) pudiera tener en este hospital. Para fines de esta investigación sólo utilizaremos la información que usted nos ha brindado desde el momento en que aceptó participar hasta el momento en el cual nos haga saber que ya no desea que su hijo(a) participe.

V. PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificar a su hijo(a) (como su nombre y teléfono) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados de sus pruebas, para garantizar su privacidad.

Sólo el equipo de investigadores sabrá que usted está participando en este estudio. Sin embargo, nadie más tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante la participación en este estudio, al menos que usted así lo desee. Sólo proporcionaremos información si fuera necesario para proteger los derechos de su hijo(a) o su bienestar (por ejemplo si llegara a sufrir algún daño físico o si llegara a necesitar cuidados de emergencia, o si lo requiere la ley).

Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. La identidad de su hijo(a) será protegida y ocultada. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.

VI. PERSONAL DE CONTACTO PARA DUDAS O ACLARACIONES

Si tiene preguntas o quiere hablar con alguien sobre este estudio de investigación puede comunicarse con:

Enfermera Especialista Infantil. Alma Lidia Almiray Soto

Teléfono: [REDACTED]

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído(o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Se me ha dado una copia de este formato.

Al firmar este formato estoy de acuerdo en que nuestro hijo(a) participe en la investigación que aquí se describe.

Nombre del padre o tutor

Firma del padre o tutor

Fecha (dd/mm/aa)

Nombre de la madre o tutora

Firma de la madre o tutora

Fecha (dd/mm/aa)

Teléfono

Nombre del encargado de obtener el consentimiento (CI)

Firma del encargado de obtener el CI

Fecha (dd/mm/aa)

Firma de los testigos

Mi firma como testigo certifica que el /la participante firmó este formato de consentimiento informado en mi presencia de manera voluntaria.

Nombre del Testigo 1

Parentesco con participante

Dirección del Testigo 1

Firma del testigo 1

Fecha (dd/mm/aa)

Nombre del Testigo 2

Parentesco con participante

Dirección del Testigo 2

Firma del Testigo 2

Fecha (dd/mm/aa)

3.- Instrumento F1-TDE/02

Folio No.-----

Universidad nacional Autónoma de México
Maestría en Ciencias de la Salud
Epidemiología Clínica

Hospital Infantil de México Federico Gómez

El siguiente cuestionario tiene como objetivo evaluar el trato proporcionado por personal de enfermería a pacientes hospitalizados. (F1-TDE/02).

Instrucciones: El siguiente cuestionario se refiere al trato que ha recibido su niño por “una enfermera en particular” para decidir contestar afirmativa o negativamente considere la conducta de la enfermera que se ha presentado con más frecuencia en los últimos 5 días de estancia, sus respuestas serán útiles para mejorar la calidad de la atención, son confidenciales y no causará represalias de ningún tipo. Por favor procure no dejar preguntas sin contestar.

Teléfono Casa _____ Teléfono celular _____

Datos de su paciente hospitalizado Hijo (a):

Fecha Ingreso al Servicio _____ Servicio _____ Turno _____

Registro _____ Nombre _____ Edad en años cumplidos _____

4.-Fecha Nacimiento _____ Sexo: Hombre Mujer

Marque el último año de escuela que estudia actualmente

Kínder Preparatoria Ninguno

Primaria Secundaria

Diagnostico:

Datos de usted:

Nombre: _____ Edad en años cumplidos: _____

Sexo: Hombre Mujer

Ultimo año de escuela que estudió:

Kínder Secundaria Nivel técnico Maestría

Primaria Preparatoria Licenciatura

Estado civil:

Soltera (o) Casada (o) Divorciada (o) Unión libre (o) Viuda (o)

Enfermera que estuvo cuidando a su hijo por lo menos la última semana o los últimos 5 días previos a su egreso: _____

Sexo: Hombre Mujer

Turno _____ Servicio _____

Cuestionario F1-TDE/02 de la Secretaria de Salud				
Preguntas		Respuesta		
		Sí	No	No se entiende
1	¿La enfermera (o) lo saluda en forma amable?			
2	¿Se presentó la (el) enfermera (o) con usted?			
3	¿Cuándo la enfermera (o) se dirige a usted lo hace por su nombre?			
4	¿La (el) enfermera le explica sobre los cuidados o actividades que va a realizar?			
5	¿La (el) enfermera (o) se interesa por que dentro de lo posible su estancia sea agradable?			
6	¿La (el) enfermera (o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guarden su intimidad y/o pudor?			
7	¿La (el) enfermera (o) le hace sentir seguro al atenderle?			
8	¿La (el) enfermera (o) lo trata con respeto?			
9	¿La (el) enfermera (o) le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?			
10	¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día?			
11	¿Se siente satisfecho con el trato que le da la (el) enfermera (o)?			

Gracias por Participar

4.- Cuestionario 1 para expertos (validez de contenido)

Universidad nacional Autónoma de México
Maestría en Ciencias de la Salud
Hospital Infantil de México Federico Gómez

El siguiente cuestionario tiene como objetivo validar los dominios que componen el concepto de “trato digno” del personal de enfermería a pacientes pediátricos hospitalizados

Datos generales.

Nombre _____

Edad en años cumplidos _____ Sexo: _____

Profesión: _____

Lugar de Trabajo: _____ Tel. Cel. _____

Correo _____

Licenciatura _____

Grado(s) Académico(s) _____

Años de Experiencia en Ética o Bioética _____

El total de material bibliográfico relacionado con dignidad en salud y trato digno se encuentra en la carpeta electrónica, en el cuadro X (el original de la bibliografía) se presenta la síntesis de la información. En el cuadro X (el de los dominios) se resume la información bibliográfica de los últimos X años, que ha intentado enumerar y definir los aspectos o dominios que componen el concepto de “trato digno”

Preguntas

1. Con base en el análisis de la bibliografía se identificaron los siguientes dominios como componentes del concepto “trato digno por personal de enfermería para pacientes hospitalizados” Con base en su conocimiento y experiencia ¿considera que alguno deberá ser eliminado?

Dominios propuestos con base en la información presentada:	No debe eliminarse	Si debe eliminarse	Razón por la que debe eliminarse
1. Trato del paciente como prioridad			
2.-Promoción de su autonomía y empoderamiento			
3.-Comunicación			
4.-Apoyo emocional o empatía			
5.-Trato no discriminatorio			
6.-Apoyo físico o condiciones de las comodidades básicas			
7.-Eficiencia en el desempeño			
8.-Intimidad y confidencialidad			
9.-Disponibilidad para la atención			
10.-Fomento del acceso a redes de apoyo social			
11.-Atención pronta u oportunidad en la atención			

2. ¿Considera que debe ser agregado otro dominio? ¿Cuál?

3. ¿Cuáles dominios considera que son los mínimos necesarios para determinar si el personal de enfermería proporciona trato digno a pacientes pediátricos hospitalizados?

5.- Aceptación Comités de Investigación, Bioética y Bioseguridad.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

MÉXICO, D.F., A 14 DE NOVIEMBRE DEL 2013

4000/1674 /2013

E.E.I. ALMA LIDIA ALMIRAY SOTO
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
PRESENTE

INFORMO A USTED, QUE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y LOS COMITÉS DE ÉTICA Y BIOSEGURIDAD, DESPUÉS DE REVISAR EL PROTOCOLO HIM-2013-052 "EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO FI-TDE/02 PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DE TRATO DIGNO PROPORCIONADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS", AL RESPECTO ME PERMITO INFORMARLE QUE LAS COMISIONES HAN DECIDIDO EMITIR UN DICTAMEN FAVORABLE AL MISMO.

NO OMITO RECORDARLE QUE LA AUTORIZACIÓN PARA QUE ESTE ESTUDIO SE LLEVE A CABO SERÁ OTORGADA POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE NUESTRA INSTITUCIÓN.

COMO INVESTIGADORA RESPONSABLE DE ESTE PROTOCOLO SERÁ SU OBLIGACIÓN ASEGURARSE DE QUE SEA LLEVADO A CABO TAL Y COMO FUE ENVIADO A LAS COMISIONES ANTES CITADAS; CUALQUIER MODIFICACIÓN AL PROTOCOLO O A LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO REQUIERE SER NOTIFICADA PARA SER EVALUADA POR LAS MISMAS. DEBERÁ AJUSTARSE A LAS NORMAS ÉTICAS VIGENTES Y DEBERÁ ENVIAR CUALQUIER INFORMACIÓN QUE LE SEA SOLICITADA A ESTA COMISIÓN SOBRE SU DESARROLLO.

ATENTAMENTE


DR. ONOFRE MUÑOZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO DE LA COMISIÓN DE
INVESTIGACIÓN


DR. LUIS ASSO GUTIÉRREZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN
INVESTIGACIÓN


DRA. HERLINDA VERA HERMOSILLO
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE
BIOSEGURIDAD

CON COPIA:
DR. JOSÉ ALBERTO GARCÍA ARANDA. DIRECTOR GENERAL.
C.P. ELIAS HERNÁNDEZ RAMÍREZ. JEFE DE LA UNIDAD AUXILIAR ADMINISTRATIVA DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

OMH/1674/BLSRO




INSTITUCIÓN DE SERVICIO MÉDICO, ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, AFILIADA A LA UNAM
Dirección: Dr. Márquez 162, Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc, 06720, México, D.F.
Tel: 57 61 70 02; Conn. 52 28 99 17 ext. 2361
www.himfg.edu.mx

6.- Glosario de Abreviaturas

- 1.- CIE: Comisión Permanente de Enfermería
- 2.- CMN: Centro Médico Nacional
- 3.- CMNR: Centro Médico Nacional Raza
- 4.-ENED: Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño
- 5.-ESEO: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
- 6.- E.U: Estados Unidos de América
- 7.-HIM: Hospital Infantil de México
- 8.- IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
- 9.- INDICA: Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud
- 10.- ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- 11.- ODH: Observatorio de Desempeño Hospitalario
- 12.- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- 13.- PCHE: Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería
- 14.- PDI: Inventario de la Dignidad del Paciente (Patient Dignity Inventory)
- 15.- PhD: Doctorado en Filosofía
- 16.- RCN: Encuesta Nacional de Salud. Explora los conocimientos y experiencias del personal de enfermería en relación a la evolución de la salud actual, usos nuevos y emergentes de la tecnología en salud y la atención social.
- 17.- SESA: Servicios Estatales de Salud
- 18.- SICALIDAD: Sistema Integral de Calidad en Salud
- 19.- ENSATA: Encuesta de Satisfacción y Trato Adecuado.
- 20.- SSA: Secretaría de Salud. México
- 21.-TD: Trato Digno
- 22.-TDE: Trato Digno de Enfermería
- 23.-TDPE: Trato Digno Proporcionado Por Enfermería.
- 24.-UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.