

**Percepción del paciente sobre factores de riesgo
que vulneren la dignidad humana durante la hospitalización: estudio transversal
en un hospital público de Tamaulipas, México**

**Patient Perception of Risk Factors That Violate Human Dignity During
Hospitalization: A Cross-Sectional Study in a Public Hospital in Tamaulipas, Mexico**

**Percepção do paciente sobre os fatores de risco que vulneram a dignidade humana
durante a hospitalização: um estudo transversal
em um hospital público de Tamaulipas, México**

*Rolando Montiel Castellanos*¹, ORCID 0009-0008-2883-3326
*Ariadna Lucía García Hernández*², ORCID 0009-0009-8094-2498
*Ingrid Alejandra Pérez Garza*³, ORCID 0009-0000-6691-7127
*Edgar Noé Morelos García*⁴, ORCID 0000-0002-3344-8413
*Guillermo Castillo Martínez*⁵, ORCID 0000-0002-6855-5622
*Teresa Aspera Campos*⁶, ORCID 0000-0003-4005-4276

^{1 2 3 4 5 6} *Universidad Autónoma de Tamaulipas, México*

Resumen: Introducción: El ser humano que enferma, a veces necesita ser hospitalizado para establecer su homeostasis. Este proceso lo vuelve vulnerable, ya que asume el “estatus de paciente”, que afecta también aspectos psico-afectivos y puede hacerlo sentir como un objeto debido al trato de los profesionales de salud que, en ocasiones, es poco empático. Esto produce emociones negativas que generan afecciones para la salud y prolongan la recuperación, lo que a su vez eleva el costo asociado a días de hospitalización. Objetivo: Identificar factores de riesgos que vulneren la dignidad humana de pacientes hospitalizados. Metodología: Estudio descriptivo, cuantitativo. Se identifican factores de riesgo percibidos por pacientes a través del Cuestionario de Percepción de Dignidad de Paciente Hospitalizado (CuPDPH) y del diagnóstico enfermero “Riesgo de compromiso de la dignidad humana 00174” de la NANDA-I. Resultados: De la muestra de 60 pacientes (16 hombres y 44 mujeres), el ítem con mayor puntuación fue “me han llamado por mi nombre” ($M = 4.73$; $DE = 0.84$) y el menor, “en ocasiones me he sentido como un objeto” ($M = 1.75$; $DE = 1.29$). Asimismo, el factor de riesgo “comprensión inadecuada de la información de salud” fue el más presente (65 %) y “valores incongruentes con las normas culturales” el menos presente (1.7 %). Conclusión: Los factores de riesgo más percibidos por los pacientes en la unidad de salud fueron relacionados con su intimidad, integridad, comprensión de información y privacidad, por lo que es importante estudiar esta variable e intervenirla.

Palabras clave: dignidad; enfermería; diagnóstico de enfermería; humanización de la atención.

Abstract: Introduction: The human being who gets sick, sometimes needs to be hospitalized to establish his homeostasis. This process makes him/her vulnerable, as he/she assumes the “patient status”, which also affects psycho-affective aspects and can make him/her feel like an object due to the treatment of health professionals, which is sometimes not very empathetic. This produces negative emotions that generate health conditions and prolong recovery, which in turn increases the cost associated with days of hospitalization. Objective: To identify risk factors that violate the human dignity of hospitalized patients. Methodology: Descriptive, quantitative study. Risk factors perceived by patients were identified through the Hospitalized Patient Dignity Perception Questionnaire and the NANDA-I nursing diagnosis “Risk of compromise of human dignity 00174”. Results: Of the sample of 60 patients (16 men and 44 women), the item with the highest score was “I have been called by name” ($M = 4.73$; $SD = 0.84$) and the lowest, “I have sometimes felt like an object” ($M = 1.75$; $SD = 1.29$). Likewise, the risk factor “inadequate understanding of health information” was the most present (65 %) and “values incongruent with cultural norms” the least present (1.7 %). Conclusion: The risk factors most perceived by patients in the health unit were related to their intimacy, integrity, understanding of information and privacy, so it is important to study this variable and intervene in it.

Keywords: dignity; nursing; nursing diagnosis; humanization of assistance.

Resumo: Introdução: O ser humano que adoece, por vezes, necessita ser hospitalizado para restabelecer sua homeostase. Esse processo o torna vulnerável, pois ele assume o “estado de paciente”, o que também afeta os aspectos psicoafetivos e pode fazer com que se sinta como um objeto devido ao tratamento por parte dos profissionais de saúde, que, em algumas ocasiões, é pouco empático. Isso gera emoções negativas, que afetam a saúde e prolongam a recuperação, o que, por sua vez, eleva o custo associado aos dias de hospitalização. Objetivo: Identificar fatores de risco que vulneram a dignidade humana de pacientes hospitalizados. Metodologia: Estudo descritivo, quantitativo. Foram identificados fatores de risco percebidos pelos pacientes por meio do Questionário de Percepção de Dignidade do Paciente Hospitalizado (CuPDPH) e do diagnóstico de enfermagem “Risco de comprometimento da dignidade humana 00174” da NANDA-I. Resultados: Da amostra de 60 pacientes (16 homens e 44 mulheres), o item com maior pontuação foi “me chamaram pelo meu nome” ($M = 4,73$; $DP = 0,84$) e o menor foi “às vezes me senti como um objeto” ($M = 1,75$; $DP = 1,29$). Além disso, o fator de risco “compreensão inadequada das informações de saúde” foi o mais presente (65 %) e “valores incongruentes com as normas culturais” o menos presente (1,7 %). Conclusão: Os fatores de risco mais percebidos pelos pacientes na unidade de saúde estavam relacionados à sua intimidade, integridade, compreensão das informações e privacidade, sendo, portanto, importante estudar essa variável e intervir.

Palavras-chave: dignidade; enfermagem; diagnóstico de enfermagem; humanização da atenção.

Recibido: 14/06/2024

Aceptado: 19/10/2024

Cómo citar:

Montiel Castellanos R, García Hernández AL, Pérez Garza IA, Morelos García EN, Castillo Martínez G, Aspera Campos T. Percepción del paciente sobre factores de riesgo que vulneren la dignidad humana durante la hospitalización: estudio transversal en un hospital público de Tamaulipas, México. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2024;13(2):e4124. doi: 10.22235/ech.v13i2.4124

Correspondencia: Edgar Noé Morelos García. E-mail: emorelos@docentes.uat.edu.mx

Introducción

El respeto de la dignidad humana por su origen está relacionado al acto y actitud de originar condición humana, buscando coherencia con los valores de los demás. Humanizar significa “abrirse a los demás y acoger la diversidad de forma solidaria y legítima”. En otros textos se describe a la dignidad humana como el valor fundamental de la conducta que es inalterable. Tiempo después de estudiar la dignidad humana desde la filosofía, algunos estudiosos constituyen el concepto de dignidad humana como un concepto legal a partir de que se vincula con la idea de las leyes naturales desde una expresión jurídica.⁽¹⁻³⁾

Actualmente la dignidad humana se hace presente en documentos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005). Además, está plasmado en los códigos deontológicos y éticos de los profesionales de la salud y en las políticas de calidad, misión y visión de los centros de atención para la salud de instituciones públicas y privadas.⁽³⁻⁵⁾

En México, la dignidad humana es un valor intrínseco que es considerado la base de los derechos fundamentales y la paz social. La constitución política mexicana establece que todas las personas son iguales ante la ley y que no se puede discriminar por motivos de raza, sexo y religión, nacionalidad, origen étnico o cualquier otra condición que atente contra la dignidad del ser humano, por lo que la dignidad humana es un derecho que se encuentra reconocido por el orden jurídico del país. La dignidad humana en la atención de salud en México hace referencia al derecho de los usuarios a ser tratados de manera digna y respetuosa de forma verbal y no verbal. Este derecho también implica que los usuarios de los servicios de salud del país deberán ser tratados como personas, más allá de su condición de pacientes, y que se respeten al igual sus derechos de privacidad e intimidad. Esto se encuentra reflejado en la Ley General de Salud, el código de ética para el ejercicio profesional del médico colegiado en México y en el código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.⁽²⁻⁸⁾

Los seres humanos, como sistemas complejos pluridimensionales, endebles, singulares y únicos que coexisten y convergen en un sistema familiar y social, con creencias y valores apegados a su cultura,⁽⁹⁾ están expuestos a percibir actos de otras personas no acordes a su sistema de creencias, ético y moral. El ser humano es considerado un sistema complejo desde la perspectiva de la biología humana, con características genéticas cambiantes ante la exposición al medio, adaptándose y evolucionando. Sin embargo, esta visión biológica no proporciona una definición conceptual, sino que se enfoca en descubrir quién es el ser humano. Hoy en día existe un sinnúmero de definiciones con connotaciones diferentes desde las disciplinas que lo estudian.

En el campo de la bioética y el derecho existen discusiones sobre el concepto del ser humano, y desde otra cosmovisión de las ciencias de la vida se comprende a la persona como elemento único, al igual que desde las disciplinas de la salud que llevan a considerar la

relación entre el profesional y el usuario como una de las características fundamentales del cuidado humano. ⁽⁹⁻¹¹⁾

La disciplina de enfermería, según Watson, además de definir al ser humano ha utilizado sinónimos como persona o yo, y lo conceptualiza como aquella unidad integrada por mente, cuerpo, espíritu y naturaleza. Por otro lado, Roy define al ser humano como un sistema adaptable que se concreta en un todo con partes que actúan uniforme a una única finalidad. Asimismo, Nightingale se ha referido al ser humano como aquel paciente con particularidades únicas y ha afirmado que el control del entorno es un factor favorecedor para recuperar su salud. ^(10, 12)

Estas conceptualizaciones con sus connotaciones únicas son un tema crucial de análisis para estudiar al ser humano como una unidad única que tiene interacción particular con el ambiente que lo rodea. Las personas enfermas que enfrentan el proceso de hospitalización son más vulnerables a estímulos y condiciones del entorno hospitalario, donde asumen el “estatus de paciente”. Este afecta no solo las necesidades biológicas, sino también aspectos psico-afectivos, impacta en la dinámica familiar y en la autoestima, y genera intensos cambios emocionales que vuelven a la persona más susceptible a sentirse un objeto. ^(12, 13)

La realidad en la práctica asistencial no es diferente; los estudios describen situaciones donde la dignidad humana de los usuarios de los sistemas de salud es afectada de diferentes formas. Se describen principalmente la pérdida de respeto u honor por parte del sistema sanitario, el uso de un lenguaje poco claro sobre el estado de salud y, en algunas ocasiones, la percepción de barreras para recibir atención de salud o generar trámites administrativos. Lo descrito genera un compromiso negativo en la dignidad humana y esto en ocasiones causa incertidumbre, ansiedad, depresión, desesperanza y tristeza. Estas situaciones se relacionan en una recuperación más lenta y elevan costos asociados a días de hospitalización. ^(12, 13)

Entonces, cuando el ser humano se enfrenta a la enfermedad, la hospitalización y la incapacidad para realizar actividades cotidianas causan en él un grado de vulnerabilidad y, como consecuencia, un mayor riesgo de deshumanización. Hay un cambio crucial en el ambiente donde la persona solía desarrollarse y depende de esta cómo se adapte, por ello los conceptos de ser humano desde la cosmovisión de la enfermería son representativos e importantes para el estudio de la dignidad humana. ^(2, 3, 14)

En la actualidad, el acto de la atención y cuidado de la salud se describe como deficiente tanto en la práctica profesional como el proceso de formación de recursos humanos en salud. Esto se debe a que la mayor parte de las instituciones de salud y escuelas mantienen su estructura de trabajo y aprendizaje bajo un modelo biomédico centrando sus acciones, procedimientos y técnicas, y no en la persona. Así se genera deshumanización en el proceso de atención de salud, al extraer lo humano solamente a lo biológico, y la atención y el cuidado hacia la recuperación de la enfermedad, distanciando la atención sanitaria de su visión holística. ⁽¹⁵⁾

El enfoque biomédico de atención de salud está centrado en la disminución de morbimortalidad, por lo cual se ha generado un paradigma de atención en el control de la enfermedad. En esta visión de la atención de salud, el sistema y los profesionales tienen el control sobre los pacientes, coartan la autonomía de estos y, a la vez, descuidan aspectos importantes de la calidad de atención, al igual que la integralidad y la satisfacción del usuario. En este enfoque también puede observarse el uso de tecnología innecesaria y, algunas veces, perjudicial. ^(16, 17)

El riesgo de compromiso de la dignidad humana en la atención de salud es alto, derivado de factores como la sobrecarga laboral, aplicación de intervenciones complejas, estrés, cansancio y pérdida gradual de la empatía. A pesar de que es conocido el concepto de la dignidad humana en el vocabulario popular, sería imperante conocer realmente si los profesionales de la salud comprenden su significado e implicaciones en su práctica profesional. Por otra parte, el estudio del concepto en salud es reciente y según datos también escaso. ^(13, 18)

La salud, basada en la calidad y ética, debe de tener como pilar el respeto por las personas que son receptoras de atención en los diferentes sistemas de atención sanitaria. Parte esencial de la atención es respetar la dignidad del ser humano como una entidad con autonomía y dotado de derechos inalienables con independencia de su género, identidad sexual, nivel socioeconómico, cultura, religión y etnia. El respeto de la dignidad humana en la salud debe de permanecer como una directriz transversal que favorezca un cambio y la construcción de saberes a partir del diálogo entre profesionales, el trabajo en equipo, la consideración antes las necesidades, así como el deseo e interés de los diferentes protagonistas en el área de la salud. ^(2, 14)

Las primeras investigaciones sobre el tema aparecieron desde 1960 en ámbitos de la atención especializada como la psiquiatría, geriatría, cuidados paliativos e intensivos, entre otros, resaltando una mayor producción emanada desde la disciplina de enfermería. En estos estudios se argumenta que la deshumanización afecta directamente la comunicación personal de salud-paciente y disminuye la satisfacción con la atención recibida. Actualmente, el cuidar de la dignidad humana en la atención de salud es una necesidad solicitada como un derecho, y es por esta misma razón que las normativas legales deberán asegurar un buen trato al paciente y detectar factores de riesgo para reconocer el riesgo de compromiso de la dignidad humana. ^(14, 19)

Hoy en día, dentro de los lenguajes estandarizados para diagnosticar respuestas humanas, la NANDA-I investiga una etiqueta nombrada “Riesgo de compromiso de la dignidad humana 00174”, definida como la percepción y susceptibilidad de falta de respeto u honor que pueden comprometer la salud. Este es un diagnóstico que explora esa respuesta humana ante los procesos de salud-enfermedad. ⁽²⁰⁾ El objetivo de este trabajo es identificar factores de riesgo que vulneren la dignidad humana de pacientes hospitalizados.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal en un hospital público de segundo nivel de atención en el estado de Tamaulipas, en México, en el período de 01/11/2023 a 01/12/2023. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con más de 48 horas de hospitalización y conscientes. Se excluyó a todo aquel paciente perteneciente a un grupo vulnerable según la Declaración Universal de los Derechos y las recomendaciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos:⁽⁶⁾ pacientes en ventilación mecánica, en estado crítico, bajo sedación o efectos de algún medicamento que altere el estado de la conciencia, o tratamiento para conciliar el sueño.

Se consideró como variable principal la percepción de mantenimiento de la dignidad humana del paciente hospitalizado, evaluada a través del Cuestionario de Percepción de la Dignidad Humana en Pacientes Hospitalizados (CuPDPH). Este cuestionario está constituido por 6 dimensiones: intimidad, integridad, identidad, información, respeto y consideración, con 19 enunciados en afirmativo y negativo, con cinco opciones de respuesta tipo Likert (1:

nunca a 5: *siempre*). La persona expresa su grado de acuerdo con el comportamiento observado en los profesionales de la salud que la atendieron durante su hospitalización. ⁽²¹⁾

Al mismo tiempo se implementó una cédula de datos con variables sociodemográficas como el género, la edad, el estado civil, la situación laboral y la variable para identificar el riesgo del compromiso de la dignidad humana. Esta fue explorada a través de definiciones operacionales de los factores de riesgo del diagnóstico enfermero “Riesgo de compromiso de la dignidad humana 00174” de la NANDA-I, los cuales fueron evaluados y registrados como ausentes o presentes de acuerdo con las definiciones de cada una de ellas.

La muestra fue constituida por 60 pacientes, elegidos a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionados a través de los criterios de inclusión y exclusión descritos. Los datos se recolectaron a pie de cama, con instrumentos en lápiz y papel por parte de los integrantes del grupo de investigación, previa capacitación en la temática de ética y grupos vulnerables. Los datos se recopilaron en una base en Microsoft Excel y se analizaron a través del programa estadístico Statal Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.

Se realizó el análisis descriptivo calculando las variables categóricas a través de frecuencias y porcentajes, y las variables cuantitativas calculando la media y desviación estándar. Respecto lineamientos éticos, el estudio contó con la aprobación del Comité de Bioética de la institución de salud donde se llevó a cabo el estudio, con el número de resolución 117/2023/CEI-HGT.

Resultados

De acuerdo con los datos sociodemográficos de la muestra, se identificó que 16 (26.7 %) son hombres y 44 (73.3 %) mujeres, con una edad media de 44.15. Con relación a su estado civil, 26 (43.3 %) son casados, 15 (25 %) viven en unión libre, 13 (21.7 %) son solteros, 4 (6.7 %) viudos y 2 (3.3 %) divorciados. Por último, se identificó que 51 (85 %) son inactivos y 9 (15 %) están empleados o desempeñan algún oficio.

De acuerdo con los resultados del CuPDPH, la dimensión que obtuvo una mayor media en sus puntuaciones fue “información”, con una media de 4.46 ($DE = 0.01$). Por otra parte, la de menor puntuación fue la “integridad”, obteniendo una media de 2.15 ($DE = 0.19$). En cada ítem se obtuvieron puntuaciones en todas las opciones de respuesta, donde la opción número 5 (*siempre*), fue la más marcada. La mediana se posiciona en 3.92 y la media en 3.75 ($DE = 0.85$). El ítem que tuvo mayor puntuación fue “me han llamado por mi nombre”, con una media de 4.73 ($DE = 0.84$), y está dentro de la dimensión “identidad”. Mientras tanto, el ítem de menor puntuación corresponde a “en ocasiones me he sentido tratado como un objeto” ($M = 1.73$; $DE = 1.29$), dentro de la dimensión “integridad”. La Tabla 1 recoge los resultados relacionados con cada uno de los ítems.

Tabla 1 – Resultados por ítem

Dimensión		Media	DE
Intimidad	El personal me ha mirado a los ojos al hablarme	3.85	1.52
	He dispuesto de suficiente intimidad al usar el cómodo o pato	3.52	1.49
	El personal ha llamado a la puerta antes de entrar a la habitación	3.03	1.72
	El personal ha invitado a salir a los acompañantes del otro paciente antes de hacer algún procedimiento	3.43	1.63
	El personal tomó medidas para evitar exponer mi cuerpo innecesariamente	3.92	1.30
	He podido hablar a solas de mi situación y estado de salud, tratamiento o procedimiento con el personal	3.67	1.45
	Total dimensión intimidad	3.57	0.32
Integridad	El personal ha mostrado superioridad sin importarle en mi opinión ni mis necesidades	2.63	1.74
	En ocasiones me he sentido tratado como un objeto	1.75	1.29
	El personal que me atendió hablaba como si no estuviera delante, me he sentido invisible	2.08	1.65
	Total dimensión integridad	2.15	0.19
Identidad	Me han llamado por mi nombre	4.73	.84
	Siento que he sido tratado con respeto sin tener en cuenta mi condición (edad, nivel cultural, o país de origen...)	4.18	1.37
	Total dimensión identidad	4.45	0.38
Información	He sido informado de los detalles de mi procedimiento/tratamiento/operación	4.45	1.19
	El personal ha dado respuestas claras a mis preguntas	4.47	.99
	Total dimensión información	4.46	0.01
Respeto	El personal ha utilizado un lenguaje respetuoso sin usar apodosos o formas familiares (cariño, abuelo o querido)	4.38	1.07
	El personal ha procurado mantener mi imagen corporal (me han cubierto si llevaba bata abierta)	4.50	.93
	He sentido que mis derechos estaban protegidos con el personal que me trató	4.53	.98
	El personal me ha dedicado el tiempo necesario para mi atención	4.12	1.39
	Total dimensión respeto	4.38	0.18
Consideración	Si en algún momento he estado preocupado o he tenido miedos relacionados con mi enfermedad o tratamiento, los profesionales me han ofrecido la oportunidad de hablar de ello	4.43	1.18
	El personal me ha preguntado con quién quería compartir la información sobre mi enfermedad	3.72	1.55
	Total dimensión consideración	4.07	0.50
	Media puntuaciones todos los ítems	3.75	0.85
	Mediana	3.92	

En cuanto a los resultados de la cédula de datos construida a partir de los factores de riesgo y sus conceptos operativos del diagnóstico de enfermería “Riesgo de Compromiso de la Dignidad Humana 00174” de NANDA-I, la variable que tuvo más prevalencia fue el factor de riesgo “comprensión inadecuada de la información de salud” con un 65 %, y la menor fue

la de “valores incongruentes con las normas culturales”, con un 1.7 %. La Tabla 2 recoge los datos relacionados con cada uno de los factores de riesgos presentes o ausentes.

Tabla 2 – Prevalencia de los factores de riesgo relacionados al diagnóstico de enfermería “Riesgo de Compromiso de la dignidad humana 00174”

Variable	Presencia		Ausencia	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Factores de riesgo				
Deshumanización	2	3.3	58	96.7
Revelación de la información	2	3.3	58	96.7
Exposición del cuerpo	17	28.3	43	71.7
Humillación	19	31.7	41	68.3
Comprensión inadecuada de la información de salud	39	65	21	35
Privacidad insuficiente	20	33.3	40	66.7
Intrusión por parte del personal de salud	8	13.3	52	86.7
Pérdida de control sobre el funcionamiento del cuerpo	12	20	48	80
Estigma social percibido	5	8.3	55	91.7
Valores incongruentes con las normas culturales	1	1.7	59	98.3

Discusión

El objetivo de este estudio ha sido identificar los factores de riesgo que predisponen a una persona a tener un compromiso opuesto al conservar su integridad humana durante el proceso de atención de salud por parte de los profesionales sanitarios en un hospital. En la exploración de estas variables se debe de considerar un vínculo total con el tipo de atención brindada: la pandimensionalidad de cada una de las personas afrontando su proceso de enfermedad, el ambiente, la diversidad de los profesionales de la salud que la han atendido, todo ello converge en mantener la dignidad humana o ir generando acciones que la vulneren.^(4, 10)

De acuerdo con los datos sociodemográficos de los pacientes, se identificó que el sexo con mayor proporción fue el femenino (73.3 %), lo que se relaciona con una mayor proporción de población a nivel nacional y estatal, además de que las mujeres buscan atención de salud en mayor medida que los hombres, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía.⁽²²⁾ Referente a la edad, los pacientes tenían una edad media de 44.15, similar a lo reportado por Campillo et al.,⁽²¹⁾ entre otros autores.⁽²³⁾ En relación con la ocupación, la mayor parte de los pacientes hospitalizados (85 %) son inactivos y solo una proporción pequeña (15 %) tienen un empleo; si bien datos similares se presentan en un estudio de 2020,⁽²¹⁾ queda limitada la comparación de los datos debido a que en otras investigaciones similares no se han generado preguntas referentes a la ocupación.

En el presente estudio se encontró que los pacientes perciben algunas acciones de los profesionales de salud como factores de riesgo para comprometer su dignidad humana, en algunas dimensiones como la integridad, intimidad o comprensión inadecuada de la información. Estos datos son similares a los del reporte anual del estado de Tamaulipas en el 2023, que muestra una satisfacción de 89.35 % a través de la *Encuesta de la satisfacción, trato adecuado y digno* en pacientes hospitalizados.⁽²⁴⁾ Cabe señalar que algunos de los

datos recolectados para generar este reporte anual son captados por los mismos profesionales de salud que laboran en las instituciones de salud, lo que podría resultar un sesgo importante.

La dimensión que tuvo una mayor media (4.46) fue información, datos similares a los de Pereira et al. ⁽²³⁾ donde la dimensión información también fue de las más ponderadas. Es lo contrario a lo hallado por Campillo et al., ⁽²¹⁾ donde las dimensiones “respeto” e “identidad” obtuvieron una mayor puntuación. En relación con la dimensión “integridad”, el presente estudio mostró que fue la dimensión con menor puntuación ($M = 2.15$), datos similares a los de Pereira et al. ⁽²³⁾ quienes reportan esa dimensión como la menos ponderada, y contrario a los estudios de Campillo et al., ⁽²¹⁾ donde estuvo ponderada con medias por arriba de 4.0.

En relación con la variable “intimidación”, en el presente estudio se encontró una media de 3.57 ($DE = 0.32$) y una presencia del 61.6 % sumando dos factores de riesgo de la cédula constituida por los factores de riesgo de NANDA-I relacionados con la intimidación. Estos datos son similares a los datos encontrados por Valle et al. ^(20, 22) representado por un 48 % de estar en desacuerdo en no tener la suficiente intimidación. Con respecto a esta misma variable, el trabajo de Ila-García et al. ⁽²⁶⁾ obtiene una puntuación bastante alta en comparación con el estudio, que va de un 80.8 % y un 88 % en relación con la privacidad global, intimidación auditiva y visual. Sin embargo, la población de dicho estudio es de pacientes en una unidad de hemodiálisis donde, por el tipo de tratamiento, los accesos vasculares pueden estar en diferentes sitios anatómicos y para acceder a ellos se debe de exponer el cuerpo en una mayor proporción; además, las salas de hemodiálisis públicas no tienen cubículos que guarden la intimidad.

La variable “integridad” del instrumento CuPDPH tuvo una media de 2.15 ($DE = 0.19$) en comparación con los resultados de Campillo et al. ⁽²¹⁾ donde se obtuvo una media de 4.41 ($DE = 0.18$). En esta misma línea, los factores de riesgo del diagnóstico enfermero que se relacionan con la integridad percibida por CuPDPH son los de deshumanización. En el estudio solo se ha hecho presente este fenómeno en el 3.3 % de los pacientes, datos similares a los Garza-Hernández et al. ⁽²⁸⁾ donde el 67 % de los pacientes hospitalizados percibieron un cuidado humanizado durante su estancia hospitalaria. Aquí fue utilizado un instrumento distinto, que solo va direccionado a explorar el cuidado enfermero, pero sí en población de Tamaulipas.

En relación con la variable “información”, el CuPDPH tiene dos ítems (“he sido informado de los detalles de mi procedimiento/tratamiento/operación” y “el personal ha dado respuestas claras a mis preguntas”) con una media de 4.46 ($DE = 0.01$), datos similares a los de Campillo et al. ⁽²¹⁾ con una media de 4.72 ($DE = 0.54$). En otro estudio sobre la variable comunicación, donde también se pregunta la claridad de la información que brinda la enfermera sobre el cuidado a través del instrumento PCHE, el resultado es positivo ya que el 56.7 % de los pacientes han contestado que siempre han comprendido la información. ⁽²⁹⁾

Sin embargo, en el presente estudio un 65 % de la población ha respondido que no comprende adecuadamente la información en salud cuando se exploró esta variable a través de los factores de riesgo del diagnóstico enfermero de NANDA-I. En relación con esta variable no existe evidencia actual con la cual relacionarla. La mayoría de los estudios sobre esta temática son direccionados al cuidado enfermero, cualitativos y revisiones de la literatura, donde se hace referencia a que los pacientes muchas veces no comprenden el lenguaje médico en relación con su tratamiento y evolución, lo que vulnera la integridad humana del paciente que recibe atención de salud. ^(26, 30) Es importante evaluar la comprensión de la información sanitaria que se le brinda al paciente hospitalizado y explorar

la redacción de los ítems de los instrumentos que miden esta variable, ya que es extraño que en el presente estudio se tengan resultados opuestos sobre una misma temática.

La dimensión “respeto” obtuvo una media de 4.38 ($DE = 0.18$), similar al estudio de Campillo et al. ⁽³⁾ que obtuvo una media de 4.68 ($DE = 0.14$), y también coincide con el estudio de Río-Mendoza et al. ⁽³¹⁾ que recoge que el 8.5 % de los reclamos fueron relacionados a respeto y derechos de los pacientes. En relación con el diagnóstico, se asocia con los factores de riesgo “humillación” y “exposición del cuerpo”, que ambos suman 60 % de presencia, datos que se contraponen con los resultados medidos a través del CuPDPH.

La variable “consideración” obtuvo una media de 4.07 ($DE = 0.50$), similar al estudio de Campillo et al. ⁽²¹⁾ que obtuvo una media de 3.97 ($DE = 0.66$). Esta variable no se ha registrado como un factor de riesgo para la deshumanización en el diagnóstico enfermero, por lo que sería conveniente seguir indagando sobre los lenguajes estandarizados, que actualmente forman parte importante dentro del proceso de atención de enfermería.

Otro de los puntos importantes que no se exploran en el instrumento CuPDPH es la “pérdida de control sobre el funcionamiento del cuerpo”, porque no es un fenómeno que se genere a consecuencia de la atención de salud, sino más bien una condición derivada de la patología o tratamiento que vulnera a la persona al tener una autopercepción de pérdida del honor. Con esto se hace evidente que la dignidad humana tiene más dimensiones que necesitan ser estudiadas a fondo por parte de las disciplinas que generan algún tipo de atención al paciente.

Este trabajo permitió conocer factores de riesgo ausentes en el diagnóstico enfermero de la taxonomía de NANDA-I 2021-2023 “Riesgo de Compromiso de la dignidad humana 00174” que se describen dentro de una de las dimensiones del cuestionario CuPDPH que es “consideración”, donde se refleja el valor que demuestra el personal de salud hacia el respeto y la respuesta del hacia sus necesidades de manera coherente. ^(20, 21)

Es importante mencionar que debido a la nueva creación del instrumento CuPDPH, con el cual fue explorada la variable, se ha encontrado un número reducido de publicaciones y esto ha limitado la discusión del presente estudio.

Conclusiones

A través del instrumento CuPDPH se logró identificar que las dimensiones integridad e intimidad fueron evaluadas con bajo puntaje, lo que proyecta la falta de protocolos en relación con la conservación de la dignidad humana respecto a una atención conservadora de la integridad e intimidad. Lo mismo fue observado a través del diagnóstico enfermero “Riesgo de compromiso de la dignidad humana 00174”, donde se determinó que la comprensión inadecuada y la privacidad son elementos presentes que vulneran la dignidad humana durante el proceso de atención de salud en los pacientes del hospital estudiado.

En relación con los datos y con la literatura se logró reconocer que actualmente los hospitales enfrentan un área de oportunidad importante que refleja la calidad de atención, y es el trato humano que se brinda al paciente durante el proceso de internamiento. Es conveniente analizar la atención desde una perspectiva transdisciplinar, ya que la mayoría de los estudios sobre el trato humano están direccionados hacia explorar el cuidado de los profesionales de enfermería. Sin embargo, estos profesionales no son los únicos que tienen contacto directo con el paciente, sino que existen otros profesionales de la salud que también generan intervenciones y procesos de gestión al paciente durante toda su estancia hospitalaria. Por ello, se recomienda explorar la variable hacia todo aquel profesional que

genera una asistencia directa con el paciente. De esta manera, se podrían reconocer los fenómenos negativos que se están presentando en el trato del paciente.

Por otro lado, los diagnósticos enfermeros de la NANDA-I son un lenguaje estandarizado que describe respuestas humanas frente a diferentes situaciones de salud o los riesgos que existen de alterarla. Estas respuestas deberán ser detectadas e investigadas por un profesional de enfermería para generar planes de cuidados individualizados, seguir haciendo crecer los conceptos propios de la disciplina y aumentar el nivel de evidencia de los lenguajes estandarizados. En especial aquellos lenguajes que representan respuestas humanas, para generar intervenciones educativas o de otro tipo hacia el profesional sanitario principalmente para que sean conscientes de la calidad de atención que están brindando y las repercusiones que se tienen hacia la salud y hacia el estatus legal del propio profesional sanitario o incluso de la institución donde se brinda la atención.

Referencias bibliográficas

1. Ovando RG de M, Bourlegat CAL, Pavon RV. Gestão hospitalar e gerenciamento legal de riscos na humanização da saúde. *Braz. J. Develop.* [Internet]. 2023 [citado 2024 jun 03];9(05):17360-17375. doi: 10.34117/bjdv9n5-193
2. Rivera HS, Paredes B, Sánchez SE. Seguridad del paciente hospitalizado en Essalud. *cietna* [Internet]. 2020 [citado 2024 jun 03];7(2):85-92. doi: 10.35383/cietna.v7i2.410
3. Campillo B, Corbella J, Gelpi M, Martínez E, Viciano MA, Montiel J, et al. Percepción del respeto y mantenimiento de la dignidad en pacientes hospitalizados. *Acta bioeth.* [Internet]. 2020 [citado 2024 Jun 04];26(1):61-72. doi: 10.4067/S1726-569X2020000100061
4. Samayoa AN. Dignidad humana: una mirada desde un enfoque filosófico. *Rev Latinoam Derechos Hum.* 2021;32(1). doi: 10.15359/rldh.32-1.4
5. Vargas MM. Sistema de salud: garantía institucional del derecho a la protección de la salud en México. *Rev Latinoam Derecho Soc* [Internet]. 2022 [citado 2024 sep 25];(35):391-421. doi: 10.22201/ijj.24487899e.2022.35.17283
6. Martínez-Pérez YB, Saucedo-Villeda BJ, Moreno-Rodríguez MS. Procedural rights in vulnerable groups from national and international regulations. *RPGyC* [Internet]. 2020 [citado 2024 ago 23];6(12):225. doi: 10.29105/pgc6.12-12
7. López R. La dignidad humana en México: su contenido esencial a partir de la jurisprudencia alemana y española. *Bol Mex Derecho Comp.* 2018;1(151). doi: 10.22201/ijj.24484873e.2018.151.12292
8. Comisión Nacional de Derechos Humanos. Derecho a la salud [Internet]. México; 2018-2024 [citado 2024 sep 25]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/derecho-la-salud-0>
9. Lafferriere JN, Lell H. Hacia una sistematización de los usos semánticos del concepto de dignidad humana en la protección internacional de derechos humanos: una revisión doctrinaria. *Cuest Const Rev Mex Derecho Const.* 2020;1(43):129. doi: 10.22201/ijj.24484881e.2020.43.15181

10. Pokorny M. Teóricas de la enfermería de importancia histórica. En Alligood-Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 9 ed. Barcelona, España: Elsevier; 2018, p. 2-9.
11. Romero-de San Pío E, González-Alonso E, Linares-Gutiérrez MB, Romero-de San Pío MJ. Reflexiones sobre el concepto de la dignidad humana en el ámbito sanitario. *Temperamentvm* [Internet]. 2021 [citado 2024 sep 25];17:e13038. Disponible en: <https://ciberindex.com/c/t/e13038>
12. Silva A, Pantoja F, Millón Y, Hidalgo V, Stojanova J, Arancibia M, et al. Percepción de actores involucrados acerca del parto humanizado y la violencia obstétrica en Chile: una revisión panorámica. *Medwave*. 2020 [citado 2024 jun 12];20(9):e8047. doi: 10.5867/medwave.2020.09.8047
13. García C. La persona como sujeto de cuidado [Internet]. México: UNAM;2021 [citado 2024 ago 22]. Disponible en: <https://web.eneo.unam.mx/wp-content/uploads/2021/09/La-persona-como-sujeto-de-cuidado.pdf>
14. Gómez F, Medina O, Leguiza I, Torres G, Meza R, Candia N. Percepción de los usuarios sobre los comportamientos de cuidado humanizado en hospitales públicos de Corrientes. *Notas enferm.* [Internet]. 2023 [citado 2024 jun 04];24(41):51-59. doi: 10.59843/2618-3692.v24.n41.41466
15. Baró, S. Humanización de las prácticas de salud. Una Revisión sistemática para la prevención de la violencia en los servicios de salud. *Rev. cdvs.* [Internet] 2020 [citado 2024 jun 12];13(Especial). Disponible en: <http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/274>
16. Joven ZM, Guáqueta Parada SR. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Av. enferm.* [Internet]. 2019 [citado 2024 jun 04];37(1):65-74. doi: 10.15446/av.enferm.v37n1.65646
17. Cruz Riveros C. La naturaleza del cuidado humanizado. *Enfermería Cuidados Humanizados*. 2020;9(1):21-32. doi: 10.22235/ech.v9i1.2146
18. Díaz-Rodríguez M, Alcántara L, Aguilar D, Puertas E, Cano M. Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm. glob.* [Internet]. 2020 [citado 2024 jun 03];19(58):640-672. doi: 10.6018/eglobal.392321
19. Orellana Robalino CP. La dignidad humana como eje transversal para el ejercicio del derecho a la salud. *Derecho global*. 2017;2(5):139-164. doi: 10.32870/dgedj.v0i5.76
20. Herdman TH, Kamitsuru S, Takáo. *NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015 – 2017*. Barcelona: Elsevier; 2021.
21. Campillo B, Corbella J, Gelpi M, Martínez E, Viciana MA, Alonso M. Development and validation of the scale of perception of respect for and maintenance of the dignity of the inpatient (CuPDPH). *Ethics Med Public Health* [Internet]. 2020 [citado 2024 jun 12];15:100553. doi: 10.1016/j.jemep.2020.100553

22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México en cifras [Internet]. México: INEGI;2020 [citado 2024 oct 15]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas>
23. Pereira Dutra PE, Quagliato LA, Curupaná FT, Peres LZ, Pacini VL, da Silva CRM, et al. Cross-cultural adaptation of the Scale of Perception of Respect for and Maintenance of the Dignity of the Inpatient (CuPDPH) to Brazilian Portuguese and its psychometric properties. A multicenter cross-sectional study. *Clinics (Sao Paulo)*. 2024;79:100328. doi: 10.1016/j.clinsp.2024.100328
24. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. SESTAD Reportes. [Internet]. México: Gobierno de México; 2023[citado 2024 oct 16]. Disponible en: http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/SESTAD_reportes.html
25. Valle Dávila MF, Yapud Vizcaino ED, Acosta Balseca SL. Dimensiones del confort en pacientes hospitalizados. *laUinvestiga* [Internet]. 2021 [citado 2024 jun 07];8(1):33-41. doi: 10.53358/lainvestiga.v8i1.435
26. Ila-García A, Contreras-Martos GM, Ochando-García A. Intimidación percibida por los pacientes en una unidad de hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2022 [citado 2024 jun 07];25(3):239-247. doi: 10.37551/52254-28842022024.
27. Díaz M, Alvizu K, Dávila G, Silva S, Lessire L, Díaz LA. Lenguaje y comunicación del médico con el paciente: revisión sistemática. *Rev. FdCdlS*. [Internet]. 2022 [citado 2024 jun 12];26(3):23-33. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol26n3/art04.pdf>
28. Garza-Hernández R, Melendez-Méndez C, Castillo-Martínez G, González-Salinas F, Fang-Huerta M de los Á, Hidalgo HC. Surgical Patients' Perception About Behaviors of Humanized Nursing Care. *Hispanic Health Care International*. [Internet]. 2020 [citado 2024 jun 12];18(1):27-31. doi:10.1177/1540415319856326
29. Melita A, Jara Concha P, Moreno-Monsiváis MG. Percepción de pacientes hospitalizados en unidades medico quirúrgicas sobre el cuidado humanizado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2021 [citado 2024 jun 12];10(1):89-105. doi: 10.22235/ech.v10i1.2481
30. Vega-Hurtado C. Importancia de las estrategias de comunicación entre médico. *Med. IMSS*. [Internet]. 2020 [citado 2024 jun 12];58(2):197-201. doi: 10.24875/RMIMSS.M20000017
31. Río-Mendoza J del, Becerra-Canales B, Montalvo-del Río J. Complaints from external users in a general hospital of Peru. *Rev.Med.Electrón*. [Internet]. 2022 [citado 2024 jun 10];44(1):130-141. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=378277400011>

Disponibilidad de datos: El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentra disponible.

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT): 1. Conceptualización; 2. Curación de datos; 3. Análisis formal; 4. Adquisición de fondos; 5. Investigación; 6. Metodología; 7. Administración de proyecto; 8. Recursos; 9. Software; 10. Supervisión; 11. Validación; 12. Visualización; 13. Redacción: borrador original; 14. Redacción: revisión y edición.

R. M. C. ha contribuido en 3, 6, 7; A. L. G. H. en 13, 14; I. A. P. G. en 2, 5, 9; E. N. M. G. en 1, 10; G. C. M. en 11, 12; T. A. C. en 4, 8.

Editora científica responsable: Dra. Natalie Figueredo.