

**INFORME RESULTADO PROYECTO INVESTIGACIÓN BECADO POR FUNDACIÓN GRÍFOLS:
CONSTRUCCIÓN Y DETERMINACIÓN DE PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE CUESTIONARIO RESPETO Y
MANTENIMIENTO DE LA DIGNIDAD EN PACIENTE HOSPITALIZADO (CuPDPH)**

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La dignidad remite a derechos fundamentales y, en especial, al derecho a la libertad para decidir sobre el propio cuerpo y, en definitiva sobre la propia vida (1). A nivel legislativo aparece en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*(1948), la *Ley General de Sanidad de 1986*, el *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina* de 1997, la *Ley Básica 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, la *Carta de derechos y deberes del enfermo en relación con la salud y la atención sanitaria de 2002* o la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la UNESCO en 2005. El respeto a la dignidad de la persona viene recogido en los códigos deontológicos y éticos médicos y enfermeros y los centros asistenciales recogen en su misión y visión los valores de respeto, dignidad y autonomía.

A pesar de estar presente en nuestro vocabulario popular, cabe preguntar si comprendemos totalmente su significado así como sus implicaciones (1,2). Marley (3) señala, que a la dignidad le ocurre lo que a otros conceptos a los que a pesar de no poder proporcionar una definición universalmente aceptada, probablemente la reconocemos cuando la vemos e incluso percibimos mucho más su ausencia. Camps (1) indica que dignidad, respeto y autonomía forman parte de un conglomerado de significados que se enriquece por la conjunción de los tres y se empobrece si lo reducimos a uno de ellos.

El concepto de dignidad humana tiene una amplia y larga tradición exploratoria y definitoria a lo largo de la historia a través de la filosofía. Su estudio empírico en el ámbito de la salud es mucho más reciente(4) , desde la disciplina enfermera a través de estudios cualitativos a partir de entrevistas a pacientes. Sin embargo la literatura nos ha revelado la existencia de dos únicos cuestionarios(5,6) en los que se evalúa la percepción de la dignidad en pacientes hospitalizados en servicios generales pero cuyas propiedades psicométricas no están evaluadas y no están adaptados a la lengua española.

En este punto nos cuestionamos: ¿Qué perciben los pacientes de nuestro entorno y en nuestra estructura hospitalaria acerca de la dignidad? ¿Cómo se favorece la dignidad? ¿Como se debilita la dignidad? ¿Qué hacemos o dejamos de hacer los profesionales y que atenta o pone en riesgo la dignidad de los pacientes hospitalizados? ¿Qué prácticas podemos mejorar y cuáles deberíamos abandonar?

Nuestro objetivo por lo tanto, es la construcción de un instrumento que, desde una perspectiva interdisciplinar, explore la percepción del respeto y mantenimiento de la dignidad que los pacientes hospitalizados observan de las conductas de los profesionales que les atienden.

METODOLOGÍA

Se planteó un estudio psicométrico de corte descriptivo y transversal en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP) Barcelona. Se consideró como variable principal la percepción de respeto y mantenimiento de la dignidad del paciente hospitalizado evaluada a través del cuestionario construido por este equipo investigador (CuPDPH) añadiendo variables sociodemográficas. La población diana estuvo compuesta por una muestra de conveniencia de pacientes hospitalizados en las unidades de corta estancia de Urgencias y Cirugía General que fueran mayores de 18 años, conscientes y orientados capaces de poder leer y dar respuestas al formulario y que aceptaran voluntariamente participar. El estudio dispone de la aprobación por parte del comité de ética de la investigación del HSCSP código: [IIBSP-CUP-2017-76].

RESULTADOS

Basándonos en la revisión de la literatura, a partir de los elementos recopilados, se propuso la siguiente definición teórica que se comprobó a posteriori empíricamente:

"La dignidad percibida es la suma de las percepciones que el paciente tiene en relación con los comportamientos de los profesionales que lo atienden. Comprende valores de respeto e integridad a la persona, identidad, espacio e información que recibe, permitiéndole ejercer su autonomía".

La revisión de los estudios cualitativos generó un número suficiente de ítems que, tras una revisión cualitativa y cuantitativa realizada por el grupo de investigación y el panel de expertos, acordó un total de 19 enunciados para la evaluación de la percepción de respeto a la dignidad en el paciente hospitalizado (CuPDPH).

Para determinar las propiedades psicométricas del cuestionario, se entregaron 301 formularios entre junio 2018 y marzo 2019 en las dos unidades de hospitalización seleccionadas. La muestra final estuvo compuesta por 289 pacientes. La media de días que los participantes permanecieron ingresados fue de 8.73 (DE10.72) y las causas que motivaron el ingreso en cirugía fueron intervenciones de neoplasias del sistema digestivo (colon y recto) y otros tumores. Las causas de ingreso en la unidad de corta estancia fueron enfermedades respiratorias e insuficiencia cardíaca.

La consistencia interna del cuestionario, medida a través del coeficiente alfa de Cronbach, fue de 0,76. Para determinar su estructura interna se procedió al análisis de componentes principales con rotación

Oblimin apareciendo 6 componentes con valores propios >1 que se han etiquetado como: *INTIMIDAD* (mirar ojos, llamar puerta, exposición corporal, hablar de situación personal...) *INTEGRIDAD* (sentirse tratado como objeto, sentirse invisible...) *IDENTIDAD* (llamar por nombre ,trato respetuoso), *INFORMACIÓN* (sentirse informado, respondido preguntas), *RESPECTO* (lenguaje respetuoso, mantener imagen, dedicar tiempo...) y *CONSIDERACIÓN* (poder compartir preocupaciones, decidir a quién informar).

Nueve de los 19 ítems puntuaron por debajo de la mediana 4,58. La dimensión que ha obtenido una mayor media en sus puntuaciones ha sido "identidad" con 4.85(DE 0.04) sobre 5 y la que menos ha sido la relacionada con la "consideración" 3.97(DE 0.66). La media de las puntuaciones a los ítems fue de 4,51(DE0.34) con un máximo de 4.87 "Me llamaron por mi nombre" y un mínimo de 3.5: "Me preguntaron con quién quería compartir información", seguido de "Llamaron a la puerta".

Se efectuó un análisis bivariable a nivel de puntuaciones totales, dimensiones del cuestionario y a nivel de ítems para cada una de las variables sociodemográficas y laborales, no hallando diferencias significativas. Sólo aparecieron diferencias significativas en algunos de los ítems entre algunos de los grupos analizados.

REFLEXIONES ENTORNO A LOS RESULTADOS

El análisis detallado de la estructura de carga factorial permite apreciar la coherencia de la agrupación de ítems y justificar las etiquetas asignadas a los elementos de la solución factorial. Se puede afirmar que la estructura resultante es significativa y coherente con los elementos constitutivos propuestos en la definición y asumidos en el enfoque teórico.

El cuestionario CuPDPH está formado por 19 enunciados que recogen conductas observables de los profesionales. Sumar sus puntuaciones proporciona una forma de evaluar cuantitativamente la percepción que tiene el paciente del respeto a la dignidad. La percepción de estas conductas en su expresión positiva favorece el conjunto de la dignidad percibida por el paciente y su expresión negativa un detrimento de la misma. Dicho de otra manera, cada enunciado se convierte en un indicador de la percepción de la dignidad fácil de cuantificar, fiable y válido.

A pesar de que el resultado de las puntuaciones totales del cuestionario se pueden considerar adecuadas, algunas puntuaciones de ítems y de dimensiones se hallan por debajo de la media, resultados consistentes con otros estudios (2,7–9). Estos resultados observados, desde la perspectiva del cuidado a las personas en situación de fragilidad y de vulnerabilidad, nos posiciona ante la necesidad de un análisis individual (10,11) y determinar posibles estrategias de mejora.

Hemos puesto de manifiesto la independencia de variables sociodemográficas con el total de las puntuaciones obtenidas lo cual nos permite proponer la universalidad de la fragilidad de la persona

entorno a la condición de estar enferma. Los seres humanos compartimos territorios comunes de fragilidad y vulnerabilidad. Por otro lado este hallazgo nos indica la posibilidad de mejorar los resultados incidiendo en cada uno de los indicadores, independientemente de la edad, género o situación.

Por último recordamos a Bayés (12) quien señala que cuando el deterioro que provoca la enfermedad y la percepción de recursos es inferior a la de las capacidades, el sufrimiento se instala. La disminución de las funciones corporales y las actividades diarias aumenta la sensación de pérdida de control, de integridad, y de identidad (13), razón por la cual las conductas de los profesionales resultan fundamentales para el restablecimiento de ese equilibrio y un cuidado digno.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a todas las entidades y personas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau que han hecho posible este proyecto. También desean agradecer al personal de enfermería por su participación en la recolección de datos, a Ignasi Gigh por su colaboración en el análisis estadístico y a todos los miembros del Comité de Ética Asistencial por su participación como expertos. Un sincero agradecimiento a todos los pacientes que amablemente nos proporcionaron información.

Nota: Los resultados de este proyecto de investigación han sido presentados en dos revistas y en este momento están en revisión.

REFERENCIAS

1. Camps V. Dignidad y autonomía. In: Boladeras M, editor. ¿Qué Dignidad? Filosofía, Derecho y práctica sanitaria. Barcelona: Proteus; 2010.
2. Ridgway V. Dignity. In: Whitehead E, McIntosh A, Bryan A, Mason T, editors. Key concepts in nursing. London: Sage; 2008. p. 103–14.
3. Marley J. A concept of dignity. In: Cutcliffe J, McKenna H, editors. The essential concepts of nursing. Elsevier Ltd; 2005. p. 77–91.
4. Zahran Z, Tauber M, Watson H, Coghlan P, White S, Procter S, et al. Systematic review: what interventions improve dignity for older patients in hospital? J Clin Nurs [Internet]. 2016;25:311–21. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocn.13052>
5. Ferri P, Muzzalupo J, Di Lorenzo R. Patients' perception of dignity in an Italian general Hospital: A cross sectional analysis. BMC Health Serv Res [Internet]. 2015;15(41). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0704-8>
6. Whitehead J, Wheeler H. Patients' experience of privacy and dignity. Part 2: An empirical

- study. *Br J Nurs* [Internet]. 2008;17(7):458–64. Available from: <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.7.29067>
7. Woogara J. Patients' right to privacy and dignity in the NHS. *Nurs Stand* [Internet]. 2004;19(18):33–7. Available from: <https://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/ns2005.01.19.18.33.c3783>
 8. Lin YP, Tsai YF, Chen HF. Dignity in care in the hospital setting from patients' perspectives in Taiwan: A descriptive qualitative study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2011;20(5–6):794–801. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03499.x>
 9. Moen EK, Nåden D. Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2015;31(5):285–93. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339715000221>
 10. Matiti M, Trorey G. Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2004;41:735–44. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.02.008>
 11. Matiti M, Trorey GM. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *J Clin Nurs* [Internet]. 2008;17:2709–19. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02365.x>
 12. Bayés R. Psicología del sufrimiento y de la muerte [Internet]. Vol. 29, Anuario de psicología. Paidós; 1998 [cited 2017 May 23]. 5–17 p. Available from: <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61497/88344>
 13. Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Escribano X, Balaguer A. Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic Review and Meta-Ethnography. *PLoS ONE* 1 [Internet]. 2016;11(3):e0151435. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151435>