



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2026,
Volumen 10, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA PERCEPCIÓN DE TRATO DIGNO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

**DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A TOOL TO ASSESS
HOSPITALIZED PATIENTS' PERCEPTION OF BEING
TREATED WITH DIGNITY**

Mtra. Lizeth Guadalupe López López

Departamento de Educación Continua Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador
Zubirán

Dr. Silvino Arroyo Lucas

Departamento de Enfermería del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador
Zubirán

Desarrollo y validación de un instrumento para evaluar la percepción de trato digno en pacientes hospitalizados

Mtra. Lizeth Guadalupe López López¹

Lizeth.lopezl@incmnsz.mx

<https://orcid.org/0000-0001-9311-7571>

Departamento de Educación Continua Instituto
Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán

Dr. Silvino Arroyo Lucas

silvino.arroyol@incmnsz.mx

<https://orcid.org/0000-0003-3372-1771>

Departamento de Enfermería del Instituto
Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán
Ciudad de México, México

RESUMEN

Introducción: El trato digno constituye un componente esencial de la calidad y humanización de la atención en salud, particularmente en enfermería, debido a la interacción continua del personal con las personas hospitalizadas. Aunque en México existen indicadores institucionales relacionados con trato digno, persiste la necesidad de instrumentos específicos que evalúen la percepción del paciente hospitalizado respecto al cuidado proporcionado por enfermería. El objetivo fue desarrollar y evaluar las propiedades psicométricas iniciales del Cuestionario de Trato Digno (CTD) en pacientes hospitalizados. **Material y métodos:** Se realizó un estudio metodológico y transversal de validación psicométrica en un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México. Participaron 310 pacientes hospitalizados en medicina interna; 30 integraron la fase piloto y 280 la fase de validación. La construcción del instrumento incluyó revisión de literatura, elaboración de un modelo conceptual y evaluación por expertos. La versión inicial estuvo conformada por 34 reactivos. Se evaluó validez de contenido mediante revisión por expertos, validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio y confiabilidad mediante alfa de Cronbach y coeficiente de correlación intraclase (CCI). El CTD final fue un cuestionario autoaplicable con escala Likert de cinco puntos. **Resultados:** El análisis factorial exploratorio reorganizó el modelo conceptual inicial en cinco dimensiones: atención oportuna; información clara y desempeño seguro; entorno seguro y libre expresión; atención ordenada y continua; y atención solidaria. La versión final incluyó 23 reactivos y explicó el 63.4% de la varianza total. El instrumento mostró adecuada consistencia interna global ($\alpha=0.934$) y estabilidad temporal satisfactoria. La puntuación total promedio fue de 108.85 ± 9.5 en un rango de 23 a 115 puntos, indicando percepción favorable del trato recibido. **Conclusiones:** El CTD mostró evidencia inicial favorable de validez y confiabilidad para evaluar la percepción del trato digno otorgado por el personal de enfermería en pacientes hospitalizados. El instrumento integra dimensiones relacionales, comunicativas, organizacionales y éticas del cuidado, permitiendo identificar áreas de oportunidad para fortalecer la calidad y humanización de la atención hospitalaria. Su aplicación puede contribuir a los procesos de evaluación y mejora continua del cuidado centrado en la persona.

Palabras clave: trato digno; enfermería; calidad de la atención de salud; pacientes hospitalizados; estudios de validación; humanización de la atención.

¹ Autor principal

Correspondencia: Lizeth.lopezl@incmnsz.mx

Development and validation of a tool to assess hospitalized patients' perception of being treated with dignity

ABSTRACT

Introduction: Respectful care is an essential component of healthcare quality and humanized care, particularly in nursing, due to the continuous interaction between nursing staff and hospitalized patients. Although institutional indicators related to respectful care exist in Mexico, there remains a need for specific instruments to assess hospitalized patients' perceptions of nursing care. The aim of this study was to develop and evaluate the initial psychometric properties of the Respectful Care Questionnaire (Cuestionario de Trato Digno, CTD) in hospitalized patients. **Materials and Methods:** A methodological, cross-sectional psychometric validation study was conducted in a tertiary care hospital in Mexico City. A total of 310 patients hospitalized in internal medicine participated; 30 were included in the pilot phase and 280 in the validation phase. Instrument development included a literature review, construction of a conceptual model, and expert evaluation. The initial version consisted of 34 items. Content validity was assessed through expert review, construct validity through exploratory factor analysis, and reliability through Cronbach's alpha and intraclass correlation coefficient (ICC). The final CTD was a self-administered questionnaire using a five-point Likert scale. **Results:** Exploratory factor analysis reorganized the initial conceptual model into five dimensions: timely care; clear information and safe performance; safe environment and freedom of expression; organized and continuous care; and supportive care. The final version included 23 items and explained 63.4% of the total variance. The instrument showed adequate overall internal consistency ($\alpha = 0.934$) and satisfactory temporal stability. The mean total score was 108.85 ± 9.5 on a scale ranging from 23 to 115 points, indicating a generally favorable perception of the care received. **Conclusions:** The CTD showed favorable initial evidence of validity and reliability for assessing hospitalized patients' perceptions of respectful nursing care. The instrument integrates relational, communicative, organizational, and ethical dimensions of nursing care, allowing the identification of areas for improvement to strengthen healthcare quality and humanized hospital care. Its application may contribute to evaluation processes and continuous improvement of person-centered care.

Keywords: respectful care; nursing; quality of health care; hospitalized patients; validation studies; humanization of care.

*Artículo recibido 25 marzo 2026
Aceptado para publicación: 25 abril 2026*



INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención en salud ha evolucionado hacia un enfoque centrado en la persona, en el que no solo se consideran los resultados clínicos, sino también la experiencia del paciente durante el proceso de atención. En este contexto, el trato digno se reconoce como un componente esencial de la calidad del cuidado, particularmente en enfermería, disciplina que mantiene una interacción continua y directa con las personas hospitalizadas (1).

El trato digno se sustenta en principios éticos fundamentales como el respeto a la dignidad humana, la autonomía, la privacidad y la individualidad del paciente. Estos principios se encuentran respaldados por marcos normativos nacionales e internacionales que reconocen el derecho de toda persona a recibir una atención respetuosa, segura y humanizada durante su estancia hospitalaria (2). Desde la perspectiva disciplinar, diversas teorías de enfermería, como las propuestas por Hildegard E. Peplau, Ida Jean Orlando e Imogene King, coinciden en que la relación enfermera-paciente posee un carácter terapéutico y que la calidad de esta interacción influye en la respuesta del usuario frente a su proceso de salud-enfermedad y autocuidado (3).

En el ámbito hospitalario, el trato digno constituye además un indicador relevante de calidad de la atención, al reflejar la forma en que el personal de enfermería reconoce al paciente como persona y no únicamente como portador de una enfermedad. La dignidad en el cuidado ha sido definida como la experiencia de ser tratado con respeto, consideración y cordialidad, reconociendo la vulnerabilidad inherente a la hospitalización y garantizando derechos como la privacidad, la información clara y la atención oportuna (4).

No obstante, diversos estudios han documentado que la atención en los servicios hospitalarios puede tornarse despersonalizada y centrada predominantemente en aspectos técnico-administrativos, influida por factores organizacionales, sobrecarga laboral, limitaciones de infraestructura y estilos de gestión institucional (5). Estas condiciones pueden afectar la calidad de la interacción enfermera-paciente y generar percepciones negativas relacionadas con el trato recibido, tanto en el paciente como en su familia.

El ingreso hospitalario representa un momento crítico para la experiencia del usuario. El recibimiento, la comunicación inicial y la orientación brindada por el personal de enfermería constituyen elementos



fundamentales del trato digno; sin embargo, con frecuencia estos procesos se realizan de manera rutinaria, sin una comunicación integral que atienda las necesidades emocionales, informativas y humanas del paciente, favoreciendo la despersonalización del cuidado (6).

En México, el indicador de trato digno del Sistema INDICAS de la Secretaría de Salud ha sido utilizado como herramienta para evaluar la calidad percibida por los usuarios. Dicho indicador contempla dimensiones relacionadas principalmente con la satisfacción respecto a la atención médica y el acceso a servicios e insumos, y su aplicación se ha concentrado principalmente en consulta externa y servicios de urgencias (7). Aunque representa un esfuerzo institucional importante, su estructura no permite evaluar de manera específica y profunda el trato digno otorgado por el personal de enfermería en áreas de hospitalización.

En años recientes, la Secretaría de Salud en México ha reiterado la importancia del trato digno como eje prioritario de la política pública sanitaria, enfatizando que constituye un derecho fundamental de las personas usuarias y un componente esencial de la calidad de la atención. Esta visión se alinea con los modelos contemporáneos de atención centrada en la persona, en los cuales la relación entre el personal de salud y el paciente se reconoce como un elemento relevante del proceso terapéutico y de los resultados en salud (2).

Dentro de esta estrategia institucional se ha señalado la necesidad de incorporar indicadores que permitan evaluar no solo la eficacia técnica, sino también dimensiones relacionadas con la comunicación, la calidez y el respeto a la dignidad humana, particularmente en el contexto hospitalario y en la atención de enfermedades crónicas. Asimismo, se ha promovido el fortalecimiento del trato digno en todos los niveles de atención mediante mecanismos sistemáticos de monitoreo y mejora continua.

Para que estas directrices puedan traducirse en acciones evaluables y sostenibles, resulta indispensable contar con instrumentos válidos y confiables que permitan operacionalizar el concepto de trato digno desde la experiencia del usuario. En este sentido, la construcción y validación de instrumentos específicos para evaluar el trato digno otorgado por el personal de enfermería en áreas de hospitalización representa una necesidad tanto institucional como disciplinar, al aportar evidencia objetiva para la evaluación y mejora de la calidad del cuidado.



La literatura reciente destaca la necesidad de disponer de instrumentos psicométricamente robustos para medir la dignidad del paciente hospitalizado. Revisiones sistemáticas y estudios de validación han identificado escalas como la Inpatient Dignity Scale y el Patient Dignity Inventory, las cuales han mostrado estructuras factoriales consistentes y adecuados índices de confiabilidad en poblaciones hospitalizadas (8,9). Sin embargo, en el contexto mexicano persiste un vacío de herramientas específicamente diseñadas para evaluar el trato digno proporcionado por el personal de enfermería en áreas de internamiento (10).

A partir de esta necesidad, se desarrolló el Cuestionario de Trato Digno (CTD), con el propósito de visibilizar la experiencia del paciente hospitalizado respecto al trato recibido por el personal de enfermería y generar información útil para la mejora continua de la calidad del cuidado. El presente estudio tuvo como objetivo construir y evaluar las propiedades psicométricas iniciales de un instrumento para medir el trato digno otorgado por el personal de enfermería en áreas de hospitalización de medicina interna en instituciones mexicanas de segundo y tercer nivel de atención.

En este marco, la presente investigación aporta un instrumento con evidencia inicial favorable de validez y confiabilidad, además de contribuir a los esfuerzos nacionales orientados al fortalecimiento de la calidad y humanización de la atención en los servicios hospitalarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y metodológico, orientado a la construcción y validación psicométrica del Cuestionario de Trato Digno (CTD). El estudio se desarrolló en un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México, con la participación de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna.

El protocolo fue evaluado y aprobado por los comités de investigación y ética institucionales (registro 1883-16/17-1), cumpliendo con los principios éticos de la investigación en seres humanos.

Población y muestra

La muestra estuvo conformada por 310 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. Se utilizó un muestreo no probabilístico, intencional, acorde con las recomendaciones metodológicas para estudios de validación de instrumentos (10).

Criterios de inclusión



- Pacientes hospitalizados ≥ 48 horas
- Capacidad física y mental para responder el cuestionario
- Saber leer y escribir
- Alta hospitalaria en turno matutino
- Aceptación voluntaria y firma de consentimiento informado

Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos
- Traslado intrahospitalario previo al alta
- Decisión de no continuar con el llenado del instrumento

Fase 1. Construcción del instrumento

La construcción del CTD se realizó en dos momentos:

Modelo conceptual y generación de reactivos

Se elaboró un modelo conceptual del trato digno a partir de la revisión de literatura científica y marcos normativos, identificando tres dimensiones iniciales del constructo:

1. Ser tratado como persona
2. Información oportuna
3. Atención oportuna

Con base en este modelo se generó un banco inicial de 34 reactivos, considerando fuentes teóricas y la opinión de expertos, hasta alcanzar saturación conceptual.

Pruebas piloto y revisión por expertos

El instrumento fue sometido a pruebas piloto sucesivas y revisión por un panel de expertos integrado por profesionales de enfermería e investigación en salud. Se evaluó la claridad, relevancia, comprensión y redundancia de los reactivos, realizando ajustes progresivos hasta obtener una versión prototipo.

Descripción del instrumento

El CTD es un cuestionario auto aplicable con escala tipo Likert de 5 puntos (1 = nunca a 5 = siempre), diseñado para evaluar la percepción del trato digno en pacientes hospitalizados. Consta de tres secciones:

1. Variables sociodemográficas
2. Dimensiones del trato digno



3. Opinión global sobre la atención de enfermería

La puntuación total se obtiene mediante la suma aditiva de los reactivos. El punto de corte para identificar presencia de trato digno se estableció a partir del percentil 75 de los valores estandarizados t.

Fase 2. Validación psicométrica

La versión final del instrumento se sometió a validación psicométrica mediante:

- Confiabilidad: consistencia interna (alfa de Cronbach) y estabilidad temporal (coeficiente de correlación intraclase)
- Validez de contenido: evaluación por expertos ($\geq 80\%$ de concordancia)
- Validez de constructo: análisis factorial exploratorio
- Validez convergente y discriminante: correlaciones entre dimensiones y contrastes entre grupos clínicos

Resultados

Características de la población participante en el ejercicio de validación

El ejercicio de validación del CTD contó con la participación de 310 pacientes hospitalizados, de los cuales 30 participaron en la prueba piloto y 280 en el proceso formal de validación psicométrica. Las características sociodemográficas y clínicas de ambas muestras fueron comparables; no obstante, en la muestra final se observó una mayor proporción de mujeres (57.5%), con una edad mediana ubicada en la quinta década de la vida.

Poco más de la mitad de los participantes residían en la Ciudad de México (55%) y presentaban un nivel de escolaridad superior al básico. De acuerdo con el perfil de atención de la institución, más del 90% de los pacientes pertenecían a un nivel socioeconómico medio bajo. La mediana de estancia hospitalaria fue de 7 días en ambas muestras.

Las características detalladas de la población participante se presentan en la **Tabla 1**.



Tabla 1 Distribución de características de la población en estudio

Característica	Muestra 1 N=30 N (%)	Muestra 2 N=280 N (%)
Género femenino	14(46.7)	161(57.5)
Años de edad*	63(51-74)	53(36.3-67)
Con pareja	19(63.2)	153(51.6)
Nivel socioeconómico medio-bajo	28(93.3)	261(93.2)
Residentes de la CMDX	18(60)	154(55)
Nivel de escolaridad		
Ninguna	2(6.7)	20(7.1)
Primaria	10(33.3)	42(15)
Secundaria	2(6.7)	60(21.4)
Preparatoria	7(23.3)	76(27.1)
Superior	9(30)	82(29.3)
Servicio		
1er Piso	14(46.7)	156(55.7)
2° Piso	6(20)	78(27.9)
3er Piso	9(30)	39(13.9)
4° Piso	1(3.3)	7(2.5)
Días de estancia hospitalaria*	7(4.8-10.3)	7(5-13)

Factibilidad del Instrumento

El CTD fue percibido como altamente factible para su aplicación en el contexto hospitalario. La mayoría de los participantes consideraron que los reactivos e instrucciones eran claros, el formato adecuado y el tiempo de llenado aceptable.

El tiempo promedio para completar el cuestionario fue de 13 ± 3 minutos. Más del 97% de los pacientes refirió comprensión adecuada de los reactivos y del formato del instrumento. Únicamente el 10% de los cuestionarios requirió aclaraciones menores para su llenado correcto.



Los resultados de factibilidad se resumen en la **Tabla 2**.

Tabla 2 Factibilidad del estudio

Elementos de factibilidad del CTD	Resultado
	N (%)
Tiempo para el llenado del cuestionario, mediana (RIQ), minutos	13±3
Nº (%) de pacientes que consideran el tiempo de llenado adecuado	49 (99)
Nº (%) de cuestionarios retornados para su adecuado llenado	5 (10)
Nº (%) de pacientes que consideraron las instrucciones claras	48 (98)
Nº (%) de pacientes que consideraron los reactivos claros	47 (97)
Nº (%) de pacientes que consideraron el formato adecuado	49 (99)

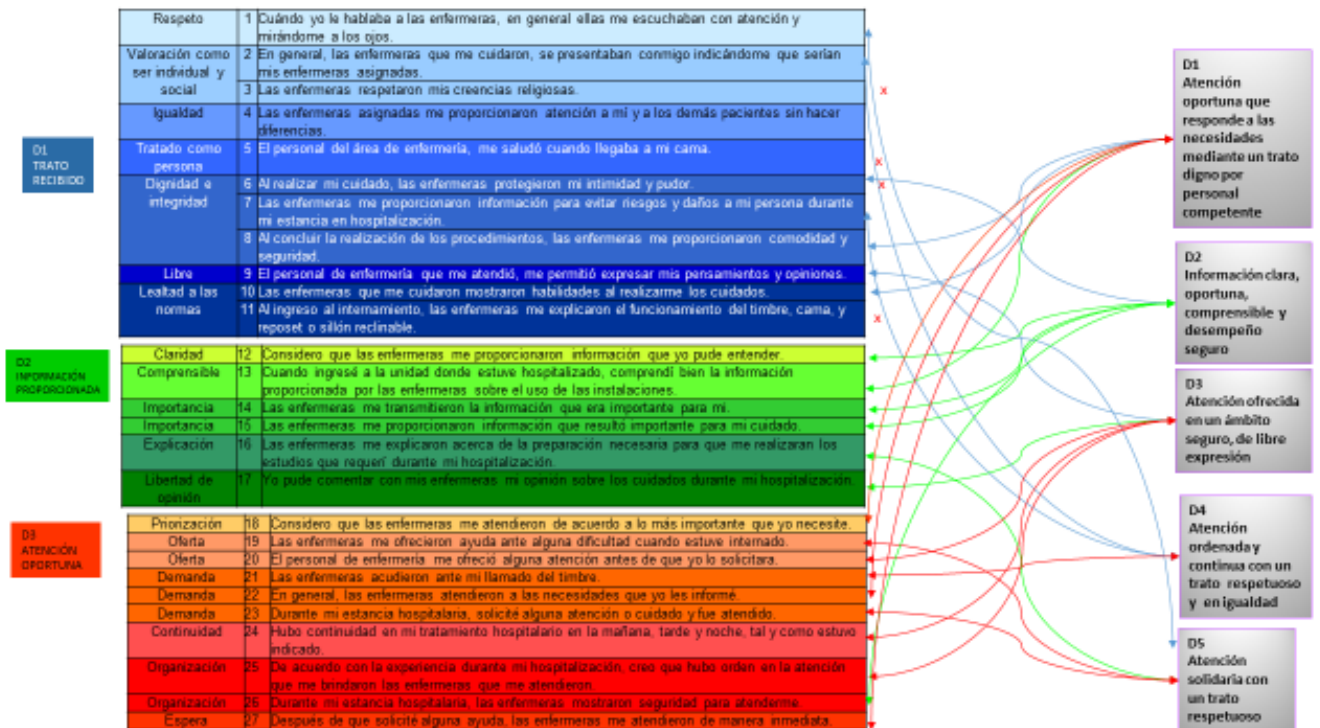
Reestructuración del modelo conceptual

Como resultado del análisis factorial exploratorio, el modelo conceptual inicial de tres dimensiones fue reestructurado. El instrumento final quedó conformado por cinco dimensiones, las cuales fueron denominadas con base en el contenido semántico de los reactivos agrupados:

1. Atención oportuna que responde a las necesidades mediante un trato digno por personal competente
2. Información clara, oportuna, comprensible y desempeño seguro
3. Atención ofrecida en un ámbito seguro y de libre expresión
4. Atención ordenada y continua con un trato respetuoso e igualitario
5. Atención solidaria con un trato respetuoso

Esta estructura refleja de manera integral los componentes relacionales, comunicativos, organizativos y éticos del trato digno otorgado por el personal de enfermería. La **Figura 1** presenta el modelo conceptual final del constructo evaluado por el CTD.





Puntuaciones del Cuestionario de Trato Digno

En términos generales, las cinco dimensiones del CTD mostraron puntuaciones cercanas al valor máximo esperado, lo que indica una percepción favorable del trato recibido. La dimensión con mayor puntuación promedio fue Información clara, oportuna y comprensible, seguida de Atención ordenada y continua.

La puntuación total promedio del instrumento fue de 108.7 ± 9.79 , sobre un rango posible de 23 a 115 puntos. Las puntuaciones específicas por dimensión se presentan en la **Tabla 3**.

Tabla 3

Elementos de factibilidad del CTD	Número de reactivos	de Puntuaciones posibles	Puntuaciones obtenidas*
D1. Atención oportuna que responde a las necesidades mediante un trato digno por personal competente	n=6 8.10.15.18,22,27	6-30	28.7±2.68
D2. Información clara, oportuna, comprensible y desempeño seguro	n=4 12,13,14,26	4-20	19.2±1.65
D3. Atención ofrecida en un ámbito seguro, de libre expresión	n=4 7,9,17,20	4-20	18.5±2.47
D4. Atención ordenada y continua con un trato respetuoso y en igualdad	n=5 2.4.21,24.25	5-25	23.6±2.65
D5. Atención solidaria con un trato respetuoso	n=4 1.16.19.23	4-20	18.7±2.37
Cuestionario de trato digno	23	23-115	108.7±9.79

*Datos presentados como media \pm desviación estándar

Confiabilidad del CTD

La consistencia interna del CTD fue muy buena para el instrumento global ($\alpha = 0.934$). A nivel dimensional, la confiabilidad fue buena para la Dimensión 1 ($\alpha = 0.851$) y aceptable para las Dimensiones 2 a 5, con valores de alfa entre 0.766 y 0.798.

La estabilidad temporal evaluada mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI) mostró valores buenos a excelentes para todas las dimensiones y para el instrumento total, con intervalos de confianza al 95% adecuados.

El efecto piso fue mínimo ($\leq 15\%$) en todas las dimensiones; sin embargo, se observó un efecto techo elevado (55–72%), consistente con una percepción generalmente positiva del trato recibido. Los resultados completos de confiabilidad se presentan en la **Tabla 4**.



Tabla 4

	Nº de reactivos	α de Cronbach	ICC*	IC 95%*	Efecto piso/techo (%)
CTD	23	0.934	0.925	0.912-0.937	0/35.7
D1. Atención oportuna que responde a las necesidades mediante un trato digno por personal competente	6	0.851	0.840	0.809-0.867	2/61.1
D2. Información clara, oportuna, comprensible y desempeño seguro	4	0.798	0.779	0.733-818	1/72.1
D3. Atención ofrecida en un ámbito seguro, de libre expresión	4	0.767	0.746	0.694-791	1/55
D4. Atención ordenada y continua con un trato respetuoso y en igualdad	5	0.775	0.749	0.699-0.793	0/61.4
D5. Atención solidaria con un trato respetuoso	4	0.766	0.761	0.712-804	0/58.9

1.6. Validez de contenido CTD

Validez de contenido

El panel de expertos determinó que el CTD presentó validez de contenido adecuada. La evaluación de los 23 reactivos finales mostró niveles de aprobación $\geq 80\%$ en los criterios de claridad, coherencia, relevancia y adecuación semántica, lo que respalda la pertinencia conceptual del instrumento.

Validez de constructo: análisis factorial

De los 27 reactivos sometidos inicialmente al análisis factorial exploratorio, 23 fueron conservados, agrupándose en cinco dimensiones que explicaron el 63.4% de la varianza total de las puntuaciones de trato digno.

Todas las cargas factoriales fueron superiores a 0.40, lo que indica una adecuada representación de los reactivos dentro de sus respectivos factores. La **Tabla 5** muestra las cargas factoriales correspondientes a cada reactivo conservado.



Tabla 5

Reactivo	F1	F2	F3	F4	F5
8	0.749				
10	0.726				
22	0.590				
27	0.565				
15	0.524				
18	0.515				
13		0.732			
12		0.716			
14		0.633			
26		0.488			
17			0.756		
9			0.647		
7			0.033		
20			0.496		
24				0.714	
25				0.676	
21				0.653	
2				0.485	
4				0.484	
23					0.734
19					0.681
16					0.650
1					0.619

Evolución de las versiones del CTD

El proceso de construcción y depuración del instrumento derivó en cinco versiones sucesivas del CTD. La versión final quedó conformada por 23 reactivos, resultado del análisis factorial y los criterios psicométricos establecidos. La evolución de las versiones se presenta en la **Tabla 6**.

Versiones finales del cuestionario de CTD

Tabla 6

Versión	Número de reactivos	Acciones
1	43	Re-fraseo
2	43	Reducción (Eliminación de 5 reactivos)
3	38	Reducción (Eliminación de 11 reactivos)
4	27	Aplicación en 280 pacientes
Final	23	Propuesta derivada del análisis factorial

(5)

Aplicación del instrumento validado en población hospitalizada

Una vez validado el CTD, se procedió a su aplicación en población hospitalizada general del Instituto. Participaron 310 pacientes, con una estancia hospitalaria promedio de 11 días. La mayoría fueron hombres (56.5%), con edad promedio de 52.46 ± 18.2 años, escolaridad superior al nivel básico y nivel socioeconómico medio bajo.

La atención de enfermería estuvo representada por todos los pisos de hospitalización de medicina interna, con mayor participación del primer piso (54.8%), seguido del segundo y tercer piso.

Las puntuaciones obtenidas en esta aplicación fueron consistentes con las observadas durante la validación, con una puntuación total promedio de 108.85 ± 9.5 . Los resultados por dimensión se presentan en la **Tabla 7**.



Tabla 7

Elementos de factibilidad del CTD	Puntuaciones posibles	Puntuaciones obtenidas* N=310
D1. Atención oportuna que responde a las necesidades mediante un trato digno por personal competente	6-30	28.72±2.62
D2. Información clara, oportuna, comprensible y desempeño seguro	4-20	19.2±1.62
D3. Atención ofrecida en un ámbito seguro, de libre expresión	4-20	18.54±2.42
D4. Atención ordenada y continua con un trato respetuoso y en igualdad	5-25	23.63±2.56
D5. Atención solidaria con un trato respetuoso	4-20	18.71±2.32
Cuestionario de Trato Digno	23-115	108.85±9.5

Percepción de trato digno en la población estudiada

Con base en el punto de corte establecido, se identificó que el 24.8% obtuvo puntuaciones inferiores al punto de referencia establecido para percepción favorable de trato digno (n = 77) es decir, no percibió haber recibido un trato digno por parte del personal de enfermería durante su estancia hospitalaria.

Al comparar las características sociodemográficas y clínicas entre los pacientes con y sin percepción de trato digno, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas, como edad, sexo, nivel socioeconómico, escolaridad o días de estancia hospitalaria (Tabla 8).



Elementos de factibilidad del CTD	Puntuaciones posibles	Puntuaciones obtenidas* N=310
D1. Atención oportuna que responde a las necesidades mediante un trato digno por personal competente	6-30	28.72±2.62
D2. Información clara, oportuna, comprensible y desempeño seguro	4-20	19.2±1.62
D3. Atención ofrecida en un ámbito seguro, de libre expresión	4-20	18.54±2.42
D4. Atención ordenada y continua con un trato respetuoso y en igualdad	5-25	23.63±2.56
D5. Atención solidaria con un trato respetuoso	4-20	18.71±2.32
Cuestionario de Trato Digno	23-115	108.85±9.5

*Datos presentados como media ± desviación estándar

Considerando el comportamiento del CTD en el ejercicio de validación y el punto de corte para determinar la falta de trato digno; casi el 25% de los pacientes no percibió un trato digno por parte del personal de enfermería durante su estancia hospitalaria 77 (24.8%).

La siguiente tabla muestra las características entre los pacientes con y sin trato digno atendidos en la institución, quienes no mostraron diferencias en las características evaluadas.

Característica	Pacientes con Trato Digno N=233	Pacientes sin Trato Digno N=77	p
Género femenino	133(57.1)	35(15.5)	0.791
Años de edad*	54(36-67)	53(38-67.5)	0.984
Con pareja	125(53.9)	47(61)	0.292
Nivel socioeconómico medio-bajo	216(92.7)	73(94.8)	0.612
Nivel básico de escolaridad (hasta secundaria)	98(42.1)	37(48.1)	0.427
Días de estancia hospitalaria*	8(5-11)	7(4.5-13)	0.528



DISCUSIÓN

La validación del Cuestionario de Trato Digno (CTD) permitió obtener evidencia inicial favorable sobre sus propiedades psicométricas y, al mismo tiempo, identificar áreas relevantes para la evaluación del trato digno y de la percepción del cuidado otorgado por el personal de enfermería. El análisis factorial exploratorio mostró la necesidad de reestructurar el modelo conceptual inicial, derivando en una solución de cinco dimensiones que refleja la naturaleza compleja y multidimensional del constructo en el contexto hospitalario. Este hallazgo coincide con estudios recientes que señalan que la dignidad y la humanización del cuidado constituyen fenómenos relacionales integrados por dimensiones comunicativas, éticas, organizacionales y emocionales (12,13).

Los índices de consistencia interna y estabilidad obtenidos en el CTD fueron adecuados y comparables con los reportados en investigaciones de validación de instrumentos relacionados con dignidad, cuidado humanizado y experiencia del paciente hospitalizado (14,15). No obstante, a diferencia de escalas internacionales como la *Inpatient Dignity Scale* y el *Patient Dignity Inventory*, el CTD fue construido específicamente desde la experiencia del cuidado de enfermería en áreas de hospitalización, lo que limita la comparación directa con otros instrumentos disponibles, pero al mismo tiempo representa una aportación novedosa para la evaluación del trato digno en población mexicana (16,17).

Los resultados también evidencian la necesidad de fortalecer la formación integral del personal de enfermería, no solo en competencias técnicas, sino en habilidades comunicativas, éticas y relacionales orientadas a la atención centrada en la persona. La literatura reciente señala que la calidad de la interacción enfermera-paciente influye directamente en la satisfacción, adherencia terapéutica, confianza institucional y percepción de seguridad del usuario (17). En este sentido, el trato digno se configura a partir de la integración entre conocimientos científicos, habilidades prácticas y valores profesionales.

El análisis de las dimensiones identificadas en el CTD permitió profundizar en componentes esenciales del cuidado hospitalario. La información clara, oportuna y comprensible, así como la percepción de un desempeño seguro, emergieron como elementos centrales del trato digno. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones que destacan que la comunicación efectiva y la seguridad clínica favorecen la participación activa del paciente y fortalecen la relación terapéutica con el personal de salud



(18,19). Por el contrario, las deficiencias en la comunicación pueden generar incertidumbre, desconfianza y experiencias negativas durante la hospitalización.

Asimismo, la dimensión relacionada con la atención ordenada y continua pone de manifiesto la relevancia de la organización del cuidado como componente del trato digno. La evidencia reciente indica que los procesos desorganizados, las interrupciones en la continuidad asistencial y las fallas de coordinación impactan negativamente en la percepción de calidad y seguridad de los pacientes hospitalizados (20). Desde esta perspectiva, la organización de la atención no solo representa un aspecto operativo, sino también un componente ético y relacional del cuidado enfermero.

Por otra parte, la dimensión de atención solidaria resalta la importancia del trabajo colaborativo y de la cohesión entre profesionales de salud. Diversos estudios han documentado que la fragmentación del cuidado y la falta de coordinación interdisciplinaria pueden ser percibidas por los pacientes como desinterés o ausencia de compromiso institucional, afectando la percepción del trato recibido (21). La inclusión de esta dimensión en el CTD fortalece la visión del cuidado de enfermería como una práctica colectiva, corresponsable y centrada en las necesidades de la persona hospitalizada.

Tradicionalmente, el trato digno ha sido asociado con aspectos como la cortesía, el respeto a la individualidad y la satisfacción de necesidades básicas. Sin embargo, los modelos contemporáneos de calidad y seguridad en salud proponen una visión más amplia, en la que la atención debe ser segura, efectiva, eficiente y centrada en la persona (22). En concordancia con esta perspectiva, el CTD incorpora dimensiones relacionadas con comunicación, seguridad, continuidad y solidaridad en el cuidado, ampliando la comprensión tradicional del constructo.

Un aspecto metodológico relevante del presente estudio fue la implementación de estrategias orientadas a disminuir el sesgo observador-observado, favoreciendo que los pacientes expresaran libremente su percepción respecto al trato recibido. Este enfoque fortaleció la calidad de la información obtenida y representa una ventaja para la evaluación objetiva de la experiencia del usuario en el entorno hospitalario (23).

Asimismo, la posibilidad de identificar puntuaciones bajas en dimensiones específicas convierte al CTD en una herramienta potencialmente útil para la gestión del cuidado, ya que permite detectar áreas prioritarias de mejora y orientar intervenciones relacionadas con capacitación, supervisión y



fortalecimiento de la calidad asistencial. De esta manera, el instrumento trasciende una función meramente descriptiva y puede contribuir a los procesos institucionales de evaluación y mejora continua.

Aporte a la profesión de enfermería

El presente estudio aporta a la disciplina de enfermería un instrumento con evidencia inicial favorable de validez y confiabilidad para evaluar un componente esencial del cuidado que históricamente ha sido reconocido desde el ámbito ético, pero escasamente operacionalizado desde una perspectiva psicométrica. El CTD fortalece la autonomía disciplinar al ofrecer una herramienta centrada específicamente en el cuidado enfermero y alineada con los enfoques contemporáneos de humanización y atención centrada en la persona.

Entre las principales fortalezas del estudio destaca el diseño metodológico empleado para disminuir el sesgo de respuesta asociado a la presencia del personal de enfermería, permitiendo a los pacientes expresar sus opiniones en un entorno de mayor confidencialidad y seguridad.

No obstante, el estudio presenta algunas limitaciones. El uso de un muestreo no probabilístico limita la generalización de los hallazgos a otras instituciones hospitalarias. Asimismo, la validación psicométrica se realizó en un único centro hospitalario y mediante análisis factorial exploratorio, por lo que se recomienda realizar estudios posteriores que incluyan análisis factorial confirmatorio y validación externa en diferentes contextos clínicos y poblaciones. Adicionalmente, se identificó un efecto techo elevado en algunas dimensiones, lo que podría limitar la sensibilidad discriminativa del instrumento en escenarios con alta percepción positiva del cuidado.

Conclusiones

El presente estudio permitió desarrollar y evaluar las propiedades psicométricas iniciales del Cuestionario de Trato Digno (CTD) para medir la percepción del trato otorgado por el personal de enfermería en pacientes hospitalizados de un instituto de tercer nivel de atención en México. La estructura factorial obtenida evidenció cinco dimensiones que reflejan la complejidad del constructo trato digno desde la experiencia del paciente hospitalizado.

El CTD mostró evidencia inicial favorable de validez de contenido, validez de constructo, consistencia interna y estabilidad temporal, además de adecuada factibilidad de aplicación en el contexto hospitalario.



Sus resultados permiten identificar áreas de oportunidad relacionadas con comunicación, seguridad, continuidad y humanización del cuidado enfermero.

La aplicación sistemática del CTD puede contribuir a fortalecer los procesos de evaluación y mejora continua de la calidad de la atención, facilitando la identificación de necesidades de capacitación y el desarrollo de estrategias institucionales orientadas a promover una atención centrada en la persona, segura y respetuosa de la dignidad humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donabedian Avedis. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8. doi:10.1001/jama.260.12.1743.
2. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: WHO; 2016.
3. Benner Patricia. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Updated ed. New York: Pearson; 2020.
4. Chochinov Harvey Max, et al. Patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. J Pain Symptom Manage. 2008;36(6):559-71. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018.
5. Street Richard L., et al. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns. 2009;74(3):295-301. doi:10.1016/j.pec.2008.11.015.
6. Pat-Pech Manuel, Soto-Morales Elizabeth. Satisfacción del paciente adulto hospitalizado con el trato interpersonal del personal de enfermería. Rev Enferm IMSS. 2021;29(3):185-92.
7. Secretaría de Salud. Sistema INDICAS: indicadores de calidad en salud. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2020.
8. Lam Le Trinh, Chang Hsin-Yi, et al. Self-report instruments for measuring patient dignity: a psychometric systematic review. J Adv Nurs. 2022;78(12):3952-73. doi:10.1111/jan.15436.
9. Roldán-Merino Joan, et al. Adaptation and validation of the Spanish version of the Inpatient Dignity Scale. Int J Nurs Stud Adv. 2025;9:100423. doi:10.1016/j.ijnsa.2025.100423.



10. Brito-Ortiz José Francisco, Juárez-García Arturo. Validez factorial del cuestionario sobre trato digno en enfermería. *Rev Enferm IMSS*. 2019;27(2):97-104.
11. Terwee Caroline B., et al. COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. *Qual Life Res*. 2018;27(5):1159-70. doi:10.1007/s11136-018-1829-0.
12. Lam LT, Chang HY, Yen M. Self-report instruments for measuring patient dignity: a psychometric systematic review. *J Adv Nurs*. 2022;78(12):3952-73. doi:10.1111/jan.15436.
13. Pérez-Fuentes MDC, Molero Jurado MM, Gázquez Linares JJ. Humanization in healthcare arises from the need for a holistic approach to illness. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4989. doi:10.3390/ijerph18094989.
14. Terwee CB, Prinsen CAC, Chiarotto A, et al. COSMIN methodology for evaluating the content validity of patient-reported outcome measures: a Delphi study. *Qual Life Res*. 2021;30(4):931-42. doi:10.1007/s11136-018-1829-0.
15. Roldán-Merino J, et al. Adaptation and validation of the Spanish version of the Inpatient Dignity Scale. *Int J Nurs Stud Adv*. 2025;9:100423. doi:10.1016/j.ijnsa.2025.100423.
16. Chochinov HM, et al. Patient dignity inventory: measuring dignity-related distress among patients with serious illness. *BMJ Support Palliat Care*. 2022;12(e1):e66-e72. doi:10.1136/bmjspcare-2020-002490.
17. Kwame A, Petrucka PM. Communication in nurse-patient interaction in healthcare settings in sub-Saharan Africa: a scoping review. *Int J Afr Nurs Sci*. 2021;14:100309. doi:10.1016/j.ijans.2021.100309.
18. Wei H, Sewell KA, Woody G, Rose MA. The state of the science of nurse work environments in the United States: a systematic review. *Int J Nurs Sci*. 2022;9(3):287-300. doi:10.1016/j.ijnss.2022.04.010.
19. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO; 2021.
20. Altmiller G, Pepe M. Influence of patient safety education on patient safety outcomes. *Nurse Educ*. 2022;47(1):E1-E5. doi:10.1097/NNE.0000000000001075.



21. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;6(6):CD000072. doi:10.1002/14651858.CD000072.pub3.
22. World Health Organization. *People-centred health services: an operational framework.* Geneva: WHO; 2023.
23. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.

