

COMPRENSIÓN DEL TRATO DIGNO EN LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL, SEGÚN PACIENTES, PADRES Y PROFESIONALES DE LA SALUD

UNDERSTANDING OF DIGNIFIED TREATMENT IN CHILD HOSPITALIZATION, ACCORDING TO PATIENTS, PARENTS AND HEALTH PROFESSIONALS

RESUMEN

Introducción. El trato digno es un concepto de difícil comprensión y con diversas visiones, relevante para entidades nacionales como el MINSAL e internacionales como OMS, como parte de los objetivos de los sistemas de salud. En pediatría resulta un desafío para el entendimiento de las expectativas del paciente. Este estudio busca describir el concepto de trato digno en la hospitalización infantil según padres, pacientes y profesionales de hospitales chilenos.

Materiales y Métodos. Estudio cualitativo descriptivo. La muestra incluyó pacientes hospitalizados en unidades de cuidados básicos de establecimientos públicos, de 12 a 15 años, chilenos, a sus padres, enfermeros y pediatras. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, análisis de contenido, en base a unidad de análisis "tema". Posteriormente, codificación abierta utilizando software Dedoose®.

Resultados. Se logra identificar 8 categorías subyacentes al concepto de trato digno, siendo estas "Resguardo de la intimidad, trato respetuoso, acompañamiento parental, prácticas centradas en la necesidad integral del paciente, comunicación y entrega de información, entorno, equipamiento e infraestructura hospitalaria y autonomía".

Discusión. Existen elementos transversales del trato digno pediátrico, a pesar de su variabilidad. Los resultados permiten orientar a prestadores de salud hacia un trato digno en pediatría.

Palabras claves. Dignidad, Pediatría, Niño, Hospitalización, Derechos del paciente.

ABSTRACT

Introduction. Dignified treatment is a concept that is difficult to understand and with different approaches, relevant to national entities such as MINSAL and international entities such as WHO, as part of the objectives of health systems. In pediatrics, it is a challenge to understand patient's expectations. This study seeks to describe the concept of dignified treatment in child hospitalization according to parents, patients and professionals of Chilean hospitals.

Materials and Methods. Qualitative descriptive study. The sample included patients hospitalized in basic care units of public hospitals, between 12 and 15 years old, Chileans, their parents, nurses and pediatricians. Semi-structured interviews, content analysis, based on the unit of analysis "topic" were conducted. Later, open coding using Dedoose® software.

Results. It was possible to identify 8 categories underlying the concept of dignified treatment, these being "Protection of privacy, respectful treatment, parental support, practices focused on the integral need of the patient, communication and delivery of information, environment, equipment and hospital infrastructure autonomy".

Discussion. There are cross-cutting elements of dignified pediatric treatment, despite its variability. The results make it possible to guide health providers towards decent treatment in pediatrics.

Key Words. Dignity, Pediatrics, Child, Hospitalization, Patient's rights.

Wladimir Torres,
Departamento de Enfermería,
Universidad de Chile.
wladimirtorres@uchile.cl

Cristián Rebollo,
Escuela de Salud Pública,
Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El trato digno es un concepto de difícil comprensión, que se complejiza aún más cuando lo consideramos en el contexto del paciente pediátrico. Para la OMS, en el contexto de la atención en salud, la dignidad es definida en relación al “mérito y valor inherentes de una persona y está estrechamente vinculada con el respeto, el reconocimiento, la autoestima y la posibilidad de tomar decisiones propias”¹. Lo planteado por la OMS coincide con la literatura científica en torno a la dignidad, en donde la inherencia a la persona y la autonomía toman un rol fundamental en el marco de la interacción entre individuos², lo que para el caso del paciente pediátrico puede expresarse en la forma en como es tratado el niño y su familia³.

El trato digno resulta un tema de gran importancia en la atención de salud, puesto que la dignidad humana es considerada el primer peldaño de los derechos humanos, por ende su gran valor⁴. Es quizás por esta relevancia, que la OMS lo ha incluido como parte de las “expectativas no médicas de los usuarios”⁵, uno de los objetivos que deben cumplir los sistemas de salud. En él se incluye el trato digno, la comunicación apropiada, la entrega de información hacia el paciente, el mantenimiento de su autonomía y confidencialidad, junto con el aseguramiento de la oportunidad en la atención⁵.

Esto ratifica el interés por el trato digno en salud pública, el que para la realidad chilena se ve reflejado además en políticas locales como la ley N°20.584 de derechos y deberes de los pacientes⁶ que se relaciona con el trato digno en salud, o iniciativas como el Programa Hospital Amigo⁷, el cual tiene como objetivo abrir los establecimientos de salud a la familia y comunidad, así como también dar una atención preferencial a niños y niñas, aportando en la disminución de desigualdades, resguardando entre otras cosas las visitas diarias, alimentación asistida, el acompañamiento del menor por personas significativas, y la entrega de información de calidad y oportuna, en el marco de la ley de derechos y deberes.

En el contexto hospitalario, el trato brindado por el equipo de salud posee diversas particularidades, las cuales están dadas por el entorno asistencial, el que conlleva una importante pérdida de autonomía en el paciente⁸, además de la generación de estrés, preocupación y consecuencias negativas en el desarrollo infantil⁹⁻¹². La hospitalización puede presentarse como una experiencia impredecible en el paciente pediátrico¹³, pudiendo comprometer su dignidad¹⁴.

En la hospitalización se origina una relación de triada entre el paciente, sus padres y el equipo de salud, siendo ellos los principales actores de la relación médico-paciente¹⁵. En Chile el paciente pediátrico es considerado el menor de 15 años, desde el enfoque de la admisión a la red asistencial de salud¹⁶. Por otro lado, los padres o tutores legales son los responsables en torno a las decisiones de salud del menor, no siendo solo relevantes en ello, sino que también en el acompañamiento al niño hospitalizado. Lo anterior, resulta fundamental puesto que se han descrito alteraciones en la salud mental del niño en su ausencia¹⁰, por lo que hoy su compañía es parte de los derechos del niño hospitalizado declarados por UNICEF¹⁷, siendo implementado y evaluado el acompañamiento diurno y nocturno pediátrico en establecimientos hospitalarios de los 29 Servicios de Salud de Chile¹⁸. Finalmente, como último actor en la relación médico-paciente está el equipo de salud, que guía el proceso de atención del menor en la transición enfermedad-salud. Ellos interactúan constantemente con el paciente y su familia, teniendo como gran responsabilidad la regulación de la autonomía del paciente pediátrico en el proceso de atención hospitalaria^{19,20}.

La consideración de los actores antes mencionados es necesaria en la comprensión del trato digno, puesto que como constructo social²¹ nace desde los diversos individuos involucrados en el fenómeno y sus entornos²².

Respecto al trato digno en pacientes adultos, existen variados trabajos de carácter internacional, con un importante desarrollo en cuidados al final de la vida²³⁻²⁵. Igualmente en esta área existen instrumentos cuantitativos que permiten evaluar la dignidad otorgada en la atención a estos pacientes²⁶⁻²⁸. Respecto a su significado, la literatura destaca como un aspecto central el resguardo de la dignidad en la atención, el respeto por la voluntad y decisiones de los pacientes y el fomento de su autonomía, donde la toma de decisiones informada es clave^{2,29-32}. Junto con ello, los profesionales deben actuar en pro del resguardo de la privacidad física y confidencialidad de la información²⁹⁻³². La comunicación en el proceso de hospitalización aparece como un tercer elemento de interés en el trato digno, en la cual el equipo de salud debe demostrarse respetuoso⁴ y comunicar de manera efectiva³¹ con la finalidad de entregar información al paciente y a su familia respecto al proceso de hospitalización^{4,30,31}. En una atención digna, el profesional de la salud debe dedicar tiempo

de calidad al paciente adulto^{29,30}, ofreciendo una atención humanizada, y demostrándose empático y respetuoso hacia el paciente³¹, sin discriminación y respetando sus creencias religiosas⁴. Otros aspectos que son parte de un trato digno en paciente adulto son satisfacer las necesidades tanto físicas –como el dolor e higiene– y psicológicas mediante el apoyo emocional en el paciente^{4,32}, el prestar una atención que muestre equidad, y el ofrecer entornos poco ruidosos y limpios³¹. En Chile, desde la literatura levantada en pacientes adultos destaca lo realizado por el estudio “¿Qué es el trato digno para los pacientes?”, el que arrojó cuatro categorías principales, haciendo referencia al trato digno como un trato humano, empático y sin discriminación y no paternalista, en donde se respeta la privacidad e intimidad del paciente. Además, que involucre entrega de información comprensible y completa. Sus resultados muestran la importancia de ser atendidos por profesionales comprometidos, capaces de escuchar a sus pacientes y de dar una atención segura, oportuna y con dedicación³³.

Por otra parte, la literatura referida al trato digno en el paciente pediátrico es menor que en el paciente adulto, con un fuerte foco en pacientes críticamente enfermos³ y en la visión desde sus padres, lo que queda en evidencia luego de la revisión de literatura. Además, la evidencia es principalmente extranjera³⁴⁻³⁹, no encontrando los autores literatura que señale qué comprenden por trato digno los pacientes pediátricos chilenos. La literatura internacional ha identificado como expectativas de padres y pacientes pediátricos, que los profesionales respeten la privacidad física de los niños, ejemplificado en su autorización para el examen físico. También, el adecuado manejo de información considerada privada y el respeto por el espacio privado como su habitación en el hospital^{36,40}. Por otro lado, resulta relevante desde la perspectiva pediátrica el respeto por su edad, su identidad de género y creencias religiosas y culturales, además del respeto y protección de su autonomía expresada en la consideración de su opinión^{36,40}, lo que incluso ha sido incorporado en programas a nivel mundial relacionados a la humanización de los cuidados³⁷.

Respecto a la comunicación con el equipo de salud, los pacientes pediátricos y sus padres esperan que sea amable, gentil y respetuosa, tanto en lo verbal como no verbal³⁸⁻⁴⁰, siendo importante que se les informe respecto de su enfermedad o procedimientos realizados. Junto a lo anterior, los menores valoran que se permita el acompañamiento de sus padres¹³ y se les incorpore en el proceso del cuidado de una

manera respetuosa^{36,40}, lo que ha sido considerado en diversos programas nacionales e internacionales^{7,37}. Además, resulta de interés para los menores la presencia de espacios de esparcimiento dentro de los establecimientos de salud, pues en ellos la recreación es un problema a considerar^{13,39}.

Lo anteriormente indicado con respecto a la literatura, genera un nicho de investigación que aún tiene trayecto por recorrer, más aún cuando conceptos como la dignidad toman gran relevancia como parte de las expectativas no médicas que deben cumplir los sistemas de salud⁵, y en el contexto actual chileno, en donde la palabra dignidad se hace parte incluso de demandas sociales. A su vez, entendiendo que la dignidad es un constructo, y que depende del entorno y la perspectiva desde la que se construye, torna relevante determinar su situación en la realidad nacional. En ese sentido, este estudio pretende describir cómo debe ser un trato considerado digno en el paciente pediátrico hospitalizado, desde las perspectivas de padres/tutores, pacientes pediátricos y profesionales de la salud, contextualizado a la realidad de hospitales públicos chilenos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo, integrando las perspectivas de pacientes pediátricos, padres/tutores y profesionales de la salud respecto de las características que debe tener el trato digno en unidades de hospitalización infantil de baja complejidad en establecimientos públicos, siendo este el universo al que pretende representar este estudio. El diseño consideró elementos básicos de la investigación cualitativa, siendo flexible, circular y reflexivo⁴¹. Flexible, considerando la posibilidad de ajustes respecto del diseño proyectado al inicio. Además, circular, reconsiderando el volver a etapas anteriores o posteriores del estudio según su desarrollo lo requiera. Junto a lo anterior, reflexivo, encontrándose el equipo de investigación abierto a la posibilidad de ajustes o cambios, según el curso de la investigación.

La muestra se seleccionó mediante muestreo por conveniencia⁴¹, la cual derivó de los 2 hospitales de alta complejidad del Servicio de Salud Metropolitano Central de Chile (SSMC), según criterios de la Norma Técnica 150 del Ministerio de Salud⁴², ubicados en la Región Metropolitana. En específico, se incluyó a pacientes de servicios de hospitalización infantil de cuidados básicos, según lo establecido en el ordinario 2110 del Ministerio de Salud⁴³. En dichos contextos,

los pacientes cuentan con atención profesional las 24 hrs del día, posibilidad de atención en camas de mayor complejidad, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, además de especialistas y subespecialistas en el área infantil.

Como criterios de inclusión, se consideró a pacientes de 12 a 15 años, chilenos y hospitalizados en unidades básicas, sin distinción por morbilidad y con alta próxima, incluyendo a sus padres/tutores. Se incorporó además a profesionales enfermeros(as) y pediatras de las unidades de hospitalización infantil de baja complejidad del SSMC, con al menos 1 año de experiencia en el servicio. No se incluyó a técnicos paramédicos ni técnicos de enfermería de nivel superior, pues el estudio pretende abordar la perspectiva de profesionales en esta oportunidad, y con posterioridad, poder estructurar una investigación incorporando las perspectivas del personal técnico paramédico y auxiliar en trabajo directo con pacientes en una investigación exclusiva.

Los pacientes fueron seleccionados indirectamente mediante el listado de hospitalizados del servicio, confirmando pertinencia a los criterios de inclusión en proceso facilitado por la enfermera(o) jefe de turno, quien, siendo consultada por pacientes que cumplieran con los criterios antes descritos, informó a los investigadores sobre aquellos pacientes y padres que cumplían con ellos, y de esta forma, se realizó el primer acercamiento, sin conocimientos de datos sensibles en esta etapa.

Se invitó y explicó a los padres acerca de la investigación, por lo que, de aceptar y autorizar la participación del paciente pediátrico de forma verbal, se procedió a extender la invitación a este. Para ambos casos, se explicitaron las condiciones de la investigación y entrevista, documentadas en la autorización parental, consentimiento informado de padres y asentimiento informado aprobados por comité de ética, adecuándose la información al menor, respondiendo dudas y ratificando la comprensión. Luego de este proceso, y confirmada verbalmente la participación, se procedió a la firma de asentimiento informado, consentimiento informado y autorización parental, siendo todo lo anterior ejecutado por los investigadores autores del presente artículo. Los profesionales fueron seleccionados mediante orientación otorgada por la enfermera(o) jefe de turno, verificando los criterios de inclusión, siendo informados respecto de la investigación para el posterior llenado del consentimiento informado. Para todos, la participación fue anónima, voluntaria y no remunerada.

Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas individuales realizadas durante el segundo semestre del 2018. En ellas fueron consultados, sin diferencias de perfil, por la definición que tienen los entrevistados de un trato digno en pacientes pediátricos, los aspectos que lo caracterizan, las acciones en las que se expresa, además de las actitudes o sentimientos que dan cuenta él, siempre contextualizado al paciente pediátrico. En el caso de pacientes en sala individual, la entrevista se realizó en la misma sala, en cercanía de los padres. Para el caso de habitaciones compartidas, se utilizó una sala aledaña, siempre en cercanía de los padres, resguardando la privacidad de la información respecto del personal de salud. Se usaron salas aledañas para las entrevistas de padres y profesionales. En el proceso se utilizó una guía de entrevista, presentada previamente a los entrevistados, grabación de audio y transcripción. El rango de duración de las entrevistas fue de 25 a 49 minutos, logrando la saturación de la información⁴¹ a las 6 entrevistas por perfil (n=18). Dentro de los tópicos abordados se encontraron la definición de trato digno en pediatría y sus características, acciones y experiencias, en dónde se visualiza en contexto de la atención hospitalaria y propuestas que mejorarían el trato digno pediátrico.

Se realizó análisis narrativo de contenido⁴⁴, enfocado al contenido manifiesto de las entrevistas, en base a unidad de análisis "tema"⁴⁵, dividiendo la muestra según los perfiles "padres o tutores", "profesionales de la salud" y "pacientes pediátricos". En primera instancia se realizó una codificación abierta de las unidades de análisis en paralelo al análisis de las entrevistas, de manera exhaustiva, y posteriormente se categorizó la información codificada según repetición en entrevistas o perfiles, y orientada a la luz de la literatura previamente revisada, siendo relevantes la privacidad^{36,40}, el respeto por edad, género⁴⁰ y creencias³⁶, la autonomía^{36,40}, la comunicación y sus formas verbal y no verbal^{38,39,40}, el respeto y acompañamiento de sus padres^{13,36,40}, y la recreación^{13,39}. Del proceso anterior se construyeron las categorías del estudio. Para ello, se utilizó el software Dedoose®, resguardando calidad y confiabilidad mediante acuerdo intercodificadores⁴⁶ y método de justificación pública⁴⁵.

Se utilizaron los criterios de Lincoln y Guba de resguardo de calidad^{47,48}: credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad, garantizados por la explicitación de recogida de datos y muestreo, ejemplificación con extractos de entrevistas, caracterización de muestra y segundo observador.

Respecto a los resguardos éticos, se utilizó consentimiento informado, asentimiento y autorización parental para la participación. Además, fue aprobado por el Comité ético-científico del SSMC (Acta N°92/3), homologado por el Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina-Universidad de Chile.

La muestra fue conformada 18 personas: 6 pacientes pediátricos, 6 padres y 6 profesionales, de los cuales solo tres eran hombres (1 enfermero y 2 pacientes). Respecto a su edad, los pacientes pediátricos se distribuían entre los 12 a 14 años, las madres entre los

38 y 54 años, y los profesionales entre los 34 a los 49 años. Respecto a otras características, cabe señalar que solo participó una tutora que no correspondía a la madre biológica de la paciente, y que los pacientes se encontraban hospitalizados equitativamente tanto por patologías médicas como quirúrgicas, todos con una estadía menor a 1 semana al momento de la entrevista. En relación a los profesionales, los médicos eran especialistas en pediatría, sin contar con subespecialidad, ejerciendo labores clínicas con trato directo hacia el paciente (Tabla N°1).

Tabla N°1 Caracterización de la muestra. Chile, 2018.			
	Tutores	Profesionales	Pacientes
Rango edad	[38 años-54 años]	[34 años – 49 años]	[12 años – 14 años]
Sexo	Mujeres (n=6)	Mujeres (n=5), Hombres (n=1)	Mujeres (n=4), hombres (n=2)
Otros	Madres (n=5) Tutora legal (n=1)	Pediatras (n=3), Enfermeras (n=2), Enfermeros (n=1).	Patología médica (n=3), patología quirúrgica (n=3).

Respecto al entorno, los pacientes se encontraban hospitalizados en unidades de cuidados básicos, en salas de entre 2 a 5 pacientes pediátricos, por lo que las entrevistas se realizaron en espacios aledaños. Ambos hospitales, se encontraban adscritos a la iniciativa Hospital Amigo, la que permite la alimentación asistida de los menores, el acompañamiento diurno y nocturno a los niños, garantizando la entrega de información médica, entre otros aspectos⁷.

RESULTADOS

De la información recogida en las entrevistas se crearon 7 categorías (Tabla N°2), las cuales se detalladas a continuación y se ejemplifican a través de las citas que sintetizan las afirmaciones representativas de la generalidad de cada una:

Tabla N°2 Categorías del trato digno en pediatría. Chile, 2018.
Resguardo de la intimidad
Trato respetuoso
Acompañamiento parental.
Prácticas centradas en necesidad integral del paciente
Comunicación y entrega de información
Entorno, equipamiento e infraestructura hospitalaria.
Autonomía

1. Resguardar de la intimidad

Se consideran dos formas de intimidad: intimidad física y de información. Sobre intimidad física, expresada por los tres perfiles de entrevistados, los profesionales consideran digno exponer el cuerpo desnudo del paciente únicamente cuando sea necesario y exclusivamente por profesionales, incluyendo en ello fotografías de carácter anónimo y consentidas por el paciente. Además, consideran necesario utilizar biombo, incorporar a los padres ante la exposición del menor y la realización del examen físico de preferencia por profesionales del sexo del paciente.

“Respetar su cuerpo. Es decir, no dejarlos desnudos (...) ser un poquito más cuidadoso, en cuanto a la cantidad de personas que lo van a examinar (...) eso podría tratarse como un abuso, que muchas personas lo miren cuando esta así” (Médico-4).
“La niña tiene que estar acompañada por alguien que no sea varón, para que no haya ningún malentendido al realizarle el examen” (Enfermera-5)

Para los niños, es importante que los funcionarios les soliciten permiso para la ejecución de intervenciones que transgredan su privacidad, siendo esto compartido por el perfil profesional y de padres, aunque para estos últimos, el permiso debe solicitarse a ellos, en especial tratándose de hijos de corta edad. Respecto al resguardo de información, los pacientes esperan poder negarse a responder preguntas si así lo estiman. Además, desde el perfil profesional, es importante mantener la confidencialidad de la información que es expresada por los menores. Sobre este punto, no hay expresiones relatadas por padres o tutores.

“No es como que normalmente te estén revisando, entonces como que uno igual se siente incómodo. Entonces permiso como para revisarte, cosas así. (Paciente 4). “Respetar la privacidad (...) Que no hagan preguntas tan personales (...) solamente si yo quiero decírsele, lo hago” (Paciente-3)

2. Trato respetuoso

Para profesionales y tutores, el trato digno involucra ser empático con el paciente y su familia, a lo que los niños agregan, además, la consideración de un trato amable y con igualdad, respetuoso y con simpatía por parte los profesionales. Los tres perfiles concuerdan en que tanto la comunicación como los procedimientos médicos, no deben dar cuenta de agresividad hacia los pacientes y sus padres.

“Empático porque igual el niño está enfermo, entonces no está como en muy buenas condiciones que digamos de repente, para que venga una persona y venga a tratarlos mal (...) Tienen que ser comprensivos” (Tutor-2) “Que fueran amables con las distintas personas, porque hay algunas personas que son extranjeras e igual a veces las tratan mal en algunos hospitales (...) Que sean simpáticos” (Paciente 6)

Los tres perfiles de entrevistados esperan que la comunicación verbal hacia el paciente pediátrico no incluya gritos o insultos, pues esto les afecta emocionalmente. Además, el volumen y velocidad de la voz resulta relevante en el trato digno, en donde un tono de voz elevado o veloz es percibido como agresivo, así también determinadas expresiones del lenguaje corporal, punto no mencionado por los profesionales.

“Son súper enojonas y no es necesario (...) se les nota en la forma de hablar. Así como si estuvieran enojadas. Alzando la voz (...) y también creo que más rápido de lo normal (...) como los gestos corporales” (Paciente-3)

Respecto a los procedimientos médicos, todos los perfiles de entrevistados concuerdan en minimizar el dolor e incorporar contención emocional en ellos. Para los padres y profesionales, es importante que los profesionales reconozcan sus limitaciones, evitando ensañamiento y sufrimiento del menor en determinados procedimientos.

“Que se hagan procedimientos más de los, mayores de los algoritmos (...) si tengo que poner una vía, ensañarme en ponerle una vía y seguir ensañándome en el paciente, eso sería un maltrato, un trato no digno” (Médico-4)

3. Acompañamiento parental

Para los tres perfiles, el trato digno en pediatría requiere la incorporación de los padres al proceso de hospitalización. Según los padres y profesionales, se justifica esto en los temores que genera la hospitalización en el menor, por lo que el acompañamiento parental ayuda a sobrellevarlos. Además, según los profesionales, el acompañamiento es necesario para la toma de decisiones, puesto que sus padres deben decidir por ellos, dada la edad y autonomía de los menores.

“Que puedan estar con los padres también estimula de que puedan estar más tranquilos (...) Se ha ido implementando este tipo de cosas, que disminuyen el estrés tanto de nosotros, como del niño (...) ¿Cómo se siente un niño sólo, con otra cachá de niños? Con miedo, rabia” (Médico-6)

Respecto al tiempo de acompañamiento, los tutores consideran necesario que sea continuo, más en aquellos menores de 3 años, quienes no toleran la soledad por tanto, toda acción facilitadora es bien valorada en pro de un trato digno. A esto, se agrega la necesidad expresada desde el perfil de pacientes pediátricos, de estar junto a ambos padres.

“A mí me dieron la oportunidad de quedarme con él. Y eso ya para mí es muy bueno. (...) Es muy importante que yo estuviera con él, porque yo me... yo por ejemplo un día salí para mi casa y él se afligió. Y yo llegue acá y él no estaba bien” (Tutor-1) “Que dejen que los papas nos visiten. Así que entren los dos acá. (...) Es que, es que estando los dos, creo que estoy mejor (...) Porque acá, por ejemplo, creo que ayer mi mamá tuvo que salir para que entrara mi papá” (Paciente-3)

4. Prácticas centradas en necesidad integral del paciente

Los tres perfiles de entrevistados consideran que el trato digno pediátrico debe incluir una respuesta oportuna a sus necesidades integrales, con conocimientos profesionales sólidos. Se mencionan necesidades derivadas de la enfermedad, aseo y confort, de alimentación, emocionales, de recreación y socialización. Ahora bien, desde el perfil profesional existe comprensión de que no existe una receta única para un trato digno.

“Si un paciente está hospitalizado, es excesivo que espere más de una semana por un procedimiento, una intervención o un examen (...) esperar siete días hospitalizado por un examen, es mucho” (Médico 3)

Sobre enfermedad, las expectativas de un trato digno por parte de pacientes y tutores consideran la administración y supervisión de los fármacos prescritos, así como también el manejo del dolor en el paciente pediátrico, con visitas regulares del equipo médico. A lo anterior, el perfil profesional considera importante el respeto por las creencias culturales en su actuar, siempre y cuando no se comprometa la salud del menor en ello.

“Trato digno sería como las enfermeras nos tratan. O sea, nos dan como, de repente en un tiempo nos revisan (...) la temperatura, la presión, son cosas así. Y cada cierta hora la hacen (...) Como somos muchas personas en la sala, van revisando así a cada una. Nos van vigilando” (Paciente-2)

Respecto a necesidades de aseo y confort, pacientes, padres y profesionales consideran parte de un trato digno, debiendo facilitar su realización, además de que no se omitan las labores habituales como el cambio de pañales, o el acompañamiento del menor al baño.

“El niño me pidió si podía pasarle un lavatorio porque quería lavarse los dientes. (...) una cosa súper básica. Estamos hablando de higiene. (...) Que te pidan por ejemplo un cambio de sabanas porque un niño se hizo (...) no estoy de acuerdo en que cuando el personal si está disponible, se ignore” (Enfermera 2)

En relación a la alimentación, las expectativas apuntan a una entrega de alimentos en dispositivos cerrados y que mantengan su temperatura tibia, siendo importante para el paciente pediátrico decidir cuándo y cómo comer, a lo que los profesionales agregan la posibilidad de que se le otorgue al paciente alimentos que sean apetecibles para él. Para los tutores, la alimentación debe considerar el estado de salud del paciente, por lo que si posee enfermedades que impidan el consumo de ciertos alimentos, esto debe ser considerado.

“Tengo a dos vecinas aquí que tienen no sé, intolerancia a la leche de vaca. Igual les trajeron comida que a ellos no les correspondía, y eso les puede provocar mucho dolor (...) digno sería preocuparse del requerimiento de cada persona” (Tutor-4) “Las comidas no son malas, son muy buenas (...) igual que estén cerradas. Que vengan selladas, algo así como cerradas para que no les pase nada. Y que estén como tibias” (Paciente 4)

Finalmente, el trato digno en pediatría debe considerar las necesidades emocionales, sociales y de recreación del menor. En esto, se incluye el brindar contención emocional y acompañamiento ante episodios de angustia que puedan sufrir tanto el paciente como su familia, además del acceso a la realización de actividades que sean de preferencia del menor, como por ejemplo la posibilidad de ser acompañados por sus amigos u otras actividades recreativas.

“Que haya lugares de esparcimiento es parte de un

trato digno (...) que puedan salir un rato y puedan despejarse un poco para mejorar esta, este trato (...) porque hay adolescentes que se sienten tan encerrados en todo este cuadro hospitalario (...) Se deprimen" (Médico-4)

5. Comunicación y entrega de información

Tanto para tutores como profesionales, en el trato digno es importante el cómo se dirige el personal de salud a pacientes y padres, debiendo considerar el presentarse ante ellos y saludarlos al entablar una conversación.

"Buenos días. ¿Cómo está? (...) Es importante el saludo (...) la gran mayoría de los profesionales con los que yo trabajo y me desenvuelvo van a la habitación, saludan al paciente" (Médico 3).

Además, para profesionales y pacientes, resulta relevante que se identifique al menor y su familia por su nombre, lo cual mejoraría la relación médico-familia. No obstante, los pacientes exponen la posibilidad de que sean llamados con apodos, siempre y cuando sean "cariñosos".

"Como que molesta un poco que me diga Giovanna (...) Giannina sí. (...) Y si quieren algún apodo cariñoso, igual bienvenido, pero Giovanna no" (Paciente 3)

A lo anterior, tutores y pacientes agregan que, en un trato digno, los profesionales deben entablar conversaciones con los menores y sus padres, y en ningún caso ser ignorados.

"La Dra. tomó el teléfono empezó a hablar, y yo le estaba hablando y empezó: ¿Cómo?, ¿Cómo? (...) y no podía hablar yo (...) hay veces que tú les hablas y están en la computadora, o en su teléfono y no te hablan" (Paciente-1).

Respecto a lo comunicado, para un trato digno, es importante la entrega de información espontánea y ante la demanda de los usuarios, pues según los profesionales es un derecho, debiendo entregarse de manera privada y oportuna, verificando y resguardando la comprensión de esta por el paciente pediátrico y su familia y adecuando el lenguaje a una forma comprensible.

"Los niños entienden. Desde edades muy chicas entienden. Entonces obviamente tienes que bajar la información de acuerdo a las capacidades que tienen las otras personas (...) cuando tu entregues la

información, el pedirles a ellos que te hagan como una retroalimentación para saber que entendieron (...) porque eso es un derecho y de repente se vulnera" (Enfermera-2)

Es controvertido en el perfil profesional, la edad para la entrega de información, mencionándose desde los 12 años o incluso a recién nacidos. Ahora bien, tanto padres como pacientes pediátricos, valoran que se les otorgue información, pues según los padres, esta contribuye a otorgar seguridad al niño. En la misma línea, todos los perfiles de entrevistados consideran parte de un trato digno el informar sobre la enfermedad, el estado de salud, los procedimientos y su finalidad, junto con las normas de estadía que presenta el establecimiento hospitalario.

"Soy un niño y yo pregunto cómo estoy, me gustaría que me dijeran po. No que esperen a mi papá, porque así yo llego y también le puedo contar a él (...) también me gustaría saber cómo estoy" (Paciente-6)

5. Entorno, equipamiento e infraestructura hospitalaria

Según tutores y profesionales, la infraestructura como parte de un trato digno, debe permitir que se puedan abordar necesidades básicas del paciente y su familia, como el descanso, higiene y alimentación, sumado a la correcta implementación de los aislamientos, esto último mencionado desde el perfil profesional.

"Una infraestructura digna (...) voy a una clínica y son puras salas individuales. Porque es obvio, de repente nos sale un adenovirus en la sala 5 (...) y pueden estar con una neumonía, pueden estar con otra cosa y se agarran otro bicho" (Médico-6)

En relación al equipamiento, los profesionales esperan que se cuente con mobiliario de calidad, a lo que los tutores y pacientes agregan que este también debe otorgar comodidad a estos. Respecto a insumos médicos desde la perspectiva del paciente pediátrico, como parte de un trato digno, se debe poseer un stock de insumos médicos que sea capaz de responder a los requerimientos existentes por parte de los pacientes.

"No tener las cosas suficientes, los materiales suficientes como para tenerlo aquí (...) Por ejemplo, si uno está enfermo, necesita pastillas y cosas así pero no les dan esas cosas de repente (...) o que no le entreguen lo que, lo necesario para que le pueda recuperarse acá. Como por ejemplo no tener

la cama para poder estar, o sea, que esté hospitalizado” (Paciente-4)

Finalmente, pacientes y profesionales consideran de importancia el mantenimiento de una temperatura agradable en el lugar de hospitalización, así como un entorno silencioso, sumado según profesionales, a colores y aromas agradables en la unidad hospitalaria.

“Aquí no me gusta mucho, porque hace mucho calor en la noche (...) un día, vimos la puerta de aquí abierta y fuimos a preguntar si podíamos salir po, así que me puse un polerón y salimos. Y afuera estaba mucho más fresquito” (Paciente-2)

7. Autonomía

Para los pacientes, es muy importante el respeto por sus decisiones a lo largo de la estadía hospitalaria en torno al manejo médico, en el cual también debe estar considerada su familia. Además, esperan que el actuar de los profesionales de salud no sea impuesto sin consentimiento de ellos.

“El primer día yo quería caminar y todo, y tuve que caminar, y me hicieron caminar al segundo día porque el primero no podía. Me dijeron: si te duele mucho, cuando puedas (...) Cuando yo pude fui al baño, cuando yo pude caminé. Cuando yo pude me dieron pastillas, y cuando pude me voy a ir. (...) Que me trataran no con apuros, sino cuando yo pueda” (Paciente 1)

Por otro lado, consideran importante que se les permita la realización de acciones de esparcimiento que ellos decidan, por ejemplo, la utilización de celulares. Para los profesionales, el trato digno debe permitir la participación del paciente pediátrico en su propio cuidado, limitado a acciones que ellos puedan llevar a cabo. Sobre autonomía, los tutores no hacen referencia en las entrevistas realizadas.

“Cosas que de repente ellos pueden hacer y ayudar en el proceso de recuperación (...) A eso me refiero con autonomía (...) es parte de un trato digno, en el fondo lo que yo te decía, no convertirlos en objeto. No hacer que en el fondo ellos son sólo receptores” (Enfermera-2)

DISCUSIÓN

El trato digno en el paciente pediátrico resulta un concepto complejo e intersubjetivo, que tiene aspectos comunes entre los distintos perfiles de entre-

vistados, pero que también posee un componente de variabilidad que debe ser considerado a la hora de definirlo, por lo que no es posible afirmar que el trato digno en pediatría es concebido de la misma forma por distintos actores. Este estudio concluye identificando 7 categorías en relación con el trato digno en pediatría en el contexto hospitalario, las que tienen cierta consistencia con lo reportado en otros contextos, salvo en la entrega de información, en donde existen divergencias con la literatura, al igual que en los hallazgos sobre infraestructura.

De los hallazgos detectados en este estudio, resulta muy relevante lo reportado sobre un trato respetuoso. Desde la perspectiva pediátrica, el hecho de que se expresen formas de comunicación que transmitan enojo, no deja de llamar la atención, pues nace como una necesidad sentida que deriva de la experiencia pediátrica, y se expresa particularmente en las formas de comunicación, que, en contraste por lo expresado por otros perfiles, como el profesional, en donde se expresa en otras modalidades. Un ejemplo de esto es el hecho de que los profesionales no identifiquen el lenguaje facial, corporal o la velocidad de la conversación como un elemento del trato digno en pediatría. Lo anterior ratifica lo fundamental de los espacios de retroalimentación desde pacientes pediátricos y padres, hacia los profesionales, con miras a la mejora continua en el trato. Por otra parte, en el perfil profesional se identifican otras expresiones para un trato respetuoso, como la reducción de la repetición de procedimientos cuando no son exitosos en el primer intento, más ligado al ámbito técnico. Esto último, debe sin duda instaurarse como cultura dentro de los servicios pediátricos, pues ponen en norte el cumplimiento de las expectativas niño/a en relación con un trato digno. El trato respetuoso y no agresivo, fue visualizado en la literatura consultada desde la perspectiva pediátrica a manera de no recibir trato agresivo^{33,36,38-40} y concuerdan también con la evidencia en pacientes adultos^{33,36,40}.

La intimidad física, de información y la comunicación con el equipo de salud, son resultados con algunas divergencias con la literatura en pacientes pediátricos^{36,38-40}, particularmente en la entrega de información. En mayor detalle, la intimidad física asoma como una dimensión del trato digno pediátrico muy importante considerada por todos los perfiles de entrevistados, no así la de información, a la que los tutores no hacen referencia, siendo necesario indagar más sobre las causas de este punto. Ahora bien, en este contexto, salas de hospitalización con seis o más

pacientes, se transforman en un desafío para los profesionales hacia el resguardo de la intimidad en todo sentido^{29,36}, así como también la exposición en otros medios digitales más allá de la relación paciente-padres-profesional, sin el consentimiento del niño/a y sus padres que pueden transgredir la intimidad física. Respecto a la comunicación con el equipo de salud y entrega de información, esta es capaz de amortiguar los miedos en pacientes pediátricos⁴⁹, por lo que es vital que el personal de salud vele no solo por su entrega, sino que también por su comprensión, con un especial cuidado en las formas de comunicar. Su incorporación concuerda parcialmente con los hallazgos en otros estudios en población pediátrica, en donde estos esperan que los profesionales respondan sus preguntas y la de sus padres, pero no se hacen referencia a la entrega de información espontánea al paciente pediátrico^{36,40}.

La visualización del equipamiento e infraestructura hospitalaria, como componente del trato digno pediátrico, surge como hallazgo no visualizado en la literatura pediátrica consultada inicialmente. Ahora bien, en una búsqueda posterior, se logra identificar iniciativas que relevan la importancia de la participación de los pacientes pediátricos en los entornos hospitalarios construidos, como parte del resguardo de su dignidad⁵⁰. La mención a muebles, insumos o temperatura ambiente, incorpora directamente a terceros a la relación profesional de salud-familia, pudiendo ser funcionarios de insumos médicos u otros servicios muchas veces externalizados, quienes deben ser sensibilizados en torno al trato digno en pediatría.

Tanto la autonomía como el acompañamiento parental, concuerdan con la evidencia revisada en pediatría^{36,40} y otros ejes programáticos³⁷. Respecto del acompañamiento de los padres al paciente pediátrico durante el proceso de hospitalización, es mencionado por todos los perfiles de entrevistados, respaldando así iniciativas como el Hospital Amigo, implementada en nuestro país en 2006 y que fomenta el acompañamiento tanto diurno como nocturno de los padres hacia el menor hospitalizado⁷, contribuyendo a responder a las expectativas de trato digno en el paciente pediátrico y a su vez a la declaración internacional de derechos del niño¹⁷. Ahora bien, las expectativas que tienen los menores, a diferencia del resto de los perfiles, respecto del acompañamiento de ambos padres resulta difícil de cumplir, lo cual se ve mermado por la capacidad de infraestructura que presentan los establecimientos públicos de salud, en su mayoría con la posibilidad de recibir en la unidad

del paciente a un padre. Por otro lado, en relación a la autonomía de los pacientes, los tutores no hacen referencia a este punto, por lo que se hace necesario ahondar más al respecto. Si bien, para pacientes pediátricos y profesionales resulta importante el respetar la opinión y las decisiones de estos, el perfil profesional va más allá, visualizándolos inclusive como agentes activos dentro de su recuperación, lo que no fue señalado por otros perfiles, pero es una buena señal en torno a una visión más participativa de niñas y niños, como el centro del proceso hospitalario.

Las prácticas centradas en necesidad integral del paciente, resultan una de las categorías más importantes, ampliamente referenciadas por los entrevistados, incorporando aspectos biopsicosociales derivados de la experiencia de hospitalización, reforzando la relevancia de visualizar al paciente pediátrico como individuo holístico e integral, tal como mencionan teoristas como Martha Rogers⁵¹.

Las diversas dimensiones del trato digno identificadas permiten concluir que existen algunas divergencias según perfiles. Por tanto, la incorporación de múltiples visiones logra enriquecer la comprensión del trato digno en pediatría. Ahora bien, estas divergencias levantadas entre perfiles, pueden sugerir la necesidad de profundizar más aún en la temática en estudios que lo aborden desde un único perfil, lo cual puede ser una limitante en este estudio. Por otro lado, resulta un imperdible la incorporación de la visión de otros actores como el personal técnico paramédico, quienes tienen mucho que aportar por su prolongado contacto con el paciente pediátrico, lo que no es abordado en esta investigación, pero puede proyectarse como una futura línea investigativa, que puede ofrecer un gran aporte al conocimiento del tema.

Los resultados, pueden considerarse un elemento inicial en la construcción de un sistema de monitoreo y evaluación del trato digno hacia el paciente pediátrico, para el contexto chileno, y siendo además factibles de incorporar como insumo para la gestión administrativa y la praxis clínica. Ahora, sin duda, es un nicho que debe seguir siendo desarrollado, pues este estudio solo ha realizado un levantamiento de información en instituciones públicas, no así privadas, lo que podría ofrecer un contexto distinto e inclusive, comprensiones sobre el concepto aún más divergentes a lo reportado en esta investigación.

Es importante que los establecimientos hospitalarios consideren la retroalimentación de los menores respecto del trato que les es otorgado a lo largo de su proceso hospitalario, por lo que se deben fomen-

tar los espacios en donde estos puedan plasmar sus deseos respecto al trato, insumo que puede ser muy enriquecedor y debe sin duda ser utilizado por los equipos directivos con miras a la formación continua del profesional de la salud a su cargo, y al cumplimiento de la iniciativa Hospital Amigo.

Agradecimientos

Agradecemos al Servicio de Salud Metropolitano Central, por su recepción y disposición para realizar esta investigación.

Financiamiento

Este estudio no contó con el financiamiento de terceros, ni otras entidades estatales o privadas, ni tampoco mediante fondos concursables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Día Mundial de la Salud Mental 2015: Dignidad y Salud Mental [Internet]. www.who.int. 2015 [consultado 2017 Jun 17]. p. s.p. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2015_infosheet/es/
2. Nayeri ND, Karimi R, Sadeghee T. Iranian nurses and hospitalized teenagers' views of dignity. *Nurs Ethics* [Internet]. 2011 Jul [consultado 2020 Nov 18];18(4):474–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21788286/>
3. Hill C, Knafl KA, Santacroce SJ. Family-Centered Care From the Perspective of Parents of Children Cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2018 Jul-Aug [consultado 2020 Oct 30];41: 22–33. Disponible en: [/pmc/articles/PMC5955783/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/315955783/?report=abstract)
4. Borhani F, Abbaszadeh A, Rabori RM. Facilitators and threats to the patient dignity in hospitalized patients with heart diseases: A qualitative study. *Int J Community Based Nurs Midwifery* [Internet]. 2016 Jan 1 [consultado 2020 Nov 19];4(1):36–46. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709810/>
5. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2000 [consultado 2016 Oct 8];78(6):717–31. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560787/>
6. Ministerio de salud; Subsecretaría de salud Pública. Ley Num. 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
7. Chile. Servicio de Salud Metropolitano Central . Programa Hospital Amigo: humanizando la atención de salud [Internet]. Santiago de Chile; 2015 [consultado 2019 Aug 27]. Disponible en: https://www.ssmc.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/06/hospital-amigo.pdf
8. Kottow M. El pa(de)ciente. Santiago de Chile:LOM; 2015. p. 27–116.
9. Duzkaya DS, Uysal G, Akay H. Nursing Perception of the Children Hospitalized in a University Hospital. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2014 Oct 7;152:362–7.
10. Garcia S R, De la Barra F. Hospitalización de niños y adolescentes. *Revista médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2005 [consultado 2016 Oct 8];16:s.p. Disponible en: https://www.clinicalascondes.com/area_academica/Revista_Medica_Octubre_2005/articulo_006.htm
11. Bowlby J, Robertson J. A Two-Year-Old Goes to Hospital. *Proc R Soc Med* [Internet]. 1953 Jun [consultado 2016 Nov 16];46(6):425–7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1918555/>
12. Wilson ME, Megel ME, Enenbach L, Carlson KL. The Voices of Children: Stories About Hospitalization. *J Pediatr Heal Care* [Internet]. 2010 Mar [consultado 2020 Nov 10];24(2):95–102. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20189061/>
13. Forsner M, Jansson L, Sørli V. The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness. *J Child Health Care* [Internet]. 2005 Jun 25 [consultado 2020 Nov 11];9(2):153–65. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15961369>
14. van Gennip IE, Pasmán HRW, Oosterveld-Vlug MG, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2013 Aug [consultado 2020 Nov 19];50(8):1080–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23312465/>
15. Araneda I. Bioética y pediatría: relación médico - familia del paciente. *Rev med Clin Condes* [Internet]. 2011 [consultado 2020 Nov 11];22(2):238–41. Disponible en: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med_22_2/16_dra_araneda.pdf
16. Ministerio de salud; Gobierno de Chile. Norma Administrativa Programa Nacional de Salud de la Infancia

- [Internet]. Chile; 2013. p. 132 [consultado 2020 Nov 11]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2013_Norma-Administrativa-Programa-Nacional-de-Salud-de-la-Infancia.pdf
17. UNICEF. Derechos del niño hospitalizado. Todos los derechos para todos los niños [Internet]. 1995 p. diap. 4, 11 [consultado 2020 Nov 12]. Disponible en: <http://unicef.cl/web/derechos-de-los-ninos-hospitalizados-2/>
 18. Chile. Ministerio de Salud. Ordinario 2668. Informa orientaciones técnicas en la línea programática Hospital Amigo 2020. [Internet]. Ord. 2668 Sep 2, 2020. p. 1–5 [consultado 2020 Nov 11] Disponible en: https://ssbio-bio.cl/public/docs/hospital_amigo/Ord_2668_Orientaciones_Tecnicas_H_Amigo.pdf
 19. Martakis K, Brand H, Schröder-Bäck P. Developing child autonomy in pediatric healthcare: towards an ethical model. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2018 [consultado 2020 Nov 10];116(3):401–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.eng.e401>
 20. Deusdará Rodrigues BMR, de Araújo Pacheco ST, Oliveira Dias M, De Lima Cabral J, Ranquine Luz G, Folgosa da Silva T. Ethical perspective in care in pediatric nursing: view of nurses. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2013 [consultado 2020 Nov 10];21(6):743–7. Disponible en: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12038/9426>
 21. Ziedonis D, Larkin C, Appasani R. Dignity in mental health practice & research: Time to unite on innovation, outreach & education. *Indian J Med Res* [Internet]. 2016 Oct [consultado 2020 Nov 18]; 144(4):491–495. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5345292/>
 22. Albers G, Pasman HRW, Deliëns L, De Vet HCW, Onwuteaka-Philipsen BD. Does health status affect perceptions of factors influencing dignity at the end of life? *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2013 Jun [consultado 2020 Nov 19];45(6):1030–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23141880/>
 23. 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* [Internet]. 2016 [consultado 2020 Nov 18];11. Disponible en: [/pmc/articles/PMC4806874/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC4806874/?report=abstract)
 24. Kennedy G. The importance of patient dignity in care at the end of life. *Ulster Med J* [Internet]. 2016 Jan 1 [consultado 2020 Nov 18];85(1):45–8. Disponible en: www.ums.ac.uk
 25. Pols J, Pasveer B, Willems D. The particularity of dignity: relational engagement in care at the end of life. *Med Heal Care Philos* [Internet]. 2018 Mar 1 [consultado 2020 Nov 18];21(1):89–100. Disponible en: [/pmc/articles/PMC5814535/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC5814535/?report=abstract)
 26. Mehdipour-Rabori R, Abbaszadeh A, Borhani F. Human dignity of patients with cardiovascular disease admitted to hospitals of Kerman, Iran, in 2015. *J Med Ethics Hist Med* [Internet]. 2016 Jan 1 [consultado 2020 Nov 19];9:1–7. Disponible en: [/pmc/articles/PMC5155306/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC5155306/?report=abstract)
 27. Zirak M, Ghafourifard M, Aliafsari Mamaghani E. Patients' Dignity and Its Relationship with Contextual Variables: A Cross-Sectional Study. *J Caring Sci* [Internet]. 2017 Mar 1 [consultado 2020 Nov 19];6(1):49–51. Disponible en: [/pmc/articles/PMC5348662/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC5348662/?report=abstract)
 28. Li YC, Wang HH, Ho CH. Validity and reliability of the mandarin version of patient dignity inventory (pdi-mv) in cancer patients. *PLoS One* [Internet]. 2018 Sep 1 [consultado 2020 Nov 19];13(9). Disponible en: [/pmc/articles/PMC6126806/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC6126806/?report=abstract)
 29. Bevan V, Edwards C, Woodhouse K, Singh I. Dignified care for older people: Mixed methods evaluation of the impact of the hospital environment - single rooms or multi-bedded wards. *Heal Aging Res* [Internet]. 2016 [consultado 2018 Mar 20];5:1–8. Disponible en: <http://insights.ovid.com/crossref?an=01733189-201600000-00009>
 30. Valeberg BT, Liødén I, Grimsmo B, Lindwall L. Nurse anaesthetist students' experiences of patient dignity in perioperative practice—a hermeneutic study. *Nurs Open* [Internet]. 2018 Jan 1 [consultado 2020 Nov 19];5(1):53–61. Disponible en: [/pmc/articles/PMC5762717/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC5762717/?report=abstract)
 31. Kadivar M, Mardani-Hamooleh M, Kouhnavard M. Concept analysis of human dignity in patient care: Rodgers' evolutionary approach. *J Med Ethics Hist Med* [Internet]. 2018 Apr 18 [consultado 2020 Nov 19];11:4. Disponible en: [/pmc/articles/PMC6150922/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC6150922/?report=abstract)
 32. Thompson GN, McArthur J, Doupe M. Identifying markers of dignity-conserving care in long-term care: A modified delphi study. *PLoS One* [Internet]. 2016 Jun 1 [consultado 2020 Nov 19];11(6). Disponible en: [/pmc/articles/PMC4909197/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC4909197/?report=abstract)
 33. Superintendencia de salud. ¿Que es el trato digno para los pacientes? elementos que componen el trato digno. Informe global. [Internet]. Santiago de Chile; 2013 [consultado 2016 Oct 8]. Disponible en: <http://www.ums.ac.uk>

- supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-9004_recurso_1.pdf
34. Jamalimoghadam N, Yektatalab S, Momennasab M, Ebadi A, Zare N. Hospitalized adolescents' perception of dignity: A qualitative study. *Nurs Ethics* [Internet]. 2017 Aug 14 [consultado 2018 Mar 25];096973301772082. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733017720828>
 35. Coyne I. Children's Experiences of Hospitalization. *J Child Heal Care* [Internet]. 2006 Dec [consultado 2017 Aug 22];10(4):326–36. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493506067884>
 36. Noghabi F, Yektatalab S, Momennasab M, Ebadi A, Zare N. Exploring children's dignity: A qualitative approach. *Electron J Gen Med* [Internet]. 2019 Apr 22 [consultado 2019 Aug 26];16(2). Disponible en: <http://www.journalssystem.com/ejgm/94093,0,2.html>
 37. Tripodi M, Siano MA, Mandato C, De Anseris AGE, Quitadamo P, Nuzio SG, et al. Humanization of pediatric care in the world: Focus and review of existing models and measurement tools. *Ital J Pediatr*. [Internet] 2017 [consultado 2020 Nov 11]; 43:76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28854953/>
 38. Boztepe H, Çınar S, Ay A. School-age children's perception of the hospital experience. *J Child Heal Care* [Internet]. 2017 Jun 1 [consultado 2020 Nov 10];21(2):162–70. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493517690454>
 39. Marcinowicz L, Abramowicz P, Zarzycka D, Abramowicz M, Konstantynowicz J. How hospitalized children and parents perceive nurses and hospital amenities: A qualitative descriptive study in Poland. *J Child Heal Care* [Internet]. 2016 Mar 1 [consultado 2020 Nov 11];20(1):120–8. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493514551313>
 40. Jamalimoghadam N, Yektatalab S, Momennasab M, Ebadi A, Zare N. Hospitalized adolescents' perception of dignity: A qualitative study. *Nurs Ethics* [Internet]. 2017 Aug [consultado 2017 Aug 22];0969733017720828. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733017720828>
 41. Vasquez Navarrete ML, Ferreira Dasilva MR, Mogollon Perez AS. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud [Internet]. 1a ed. Barcelona, España. Universitat Autònoma de Barcelona; 2006 [consultado 2020 Nov 11]. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=o2n57QYwMDIC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
 42. Chile. Ministerio de Salud. Norma General Técnica 150 sobre Criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios. Chile: MINSAL; 2013. p. 16.
 43. Chile. Ministerio de Salud. Ord. 2110. Nivel de complejidad en atención cerrada. Chile: MINSAL; 2012. p. 1–20.
 44. Vásquez L, Ferreira R, Mogollón A, Fernández J, Delgado E, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud [Internet]. 1era ed. Cali, Colombia. : Programa Editorial Universidad del Valle; 2017 [consultado 2021 Jun 8]. 129–145 p. Disponible en: https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/18611/Intro_a_las_tecnicas_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 45. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas* [Internet]. 2003 [consultado 2018 Mar 21];11(1):53–81. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?idp=1&id=171018074008&cid=13407>
 46. Peña y Lillo M. La importancia del acuerdo entre codificadores para el análisis de contenido. *Comun y medios* [Internet]. 2012;(25). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5242647.pdf>
 47. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2002 [consultado 2019 Sep 22];76(5):473–82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272002000500009&script=sci_arttext&tlng=en
 48. Noreña AL, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *AQUICHAN* [Internet]. 2012 [consultado 2019 Sep 22];12(3):263–74. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06.pdf>

49. Marrujo-Pérez KJ, Berumen-Burciaga LV, Mejía-Mejía Y, Palacios-Ceña D. El significado de la hospitalización desde la mirada del cuidador: estudio cualitativo. *Enferm Clin* [Internet]. 2016 Mar [consultado 2017 Aug 22];26(2):102–10. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862116000024>
50. Lambert V, Coad J, Hicks P, Glacken M. Young children's perspectives of ideal physical design features for hospital-built environments. *J Child Heal Care* [Internet]. 2014 Mar 19 [consultado 2020 Dec 23];18(1):57–71. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493512473852>
51. Vega P, Rivera M soledad. Cuidado holístico, ¿mito o realidad? [Internet]. Santiago de Chile; 2009 [consultado 2019 Aug 27]. Disponible en: http://horizonteenfermeria.uc.cl/images/pdf/20-1/cuidado_holistico_mito_o_realidad.pdf