BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php

Cómo citar este documento

Huércanos Esparza, Isabel. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php

ESTUDIO PILOTO PARA LA VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO ACERCA DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LA CALIDAD DEL CUIDADO INVISIBLE DE ENFERMERÍA

Galardonado con el III Premio Elena Escanero Gella.

Convocado por la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza y la Fundación Index

Isabel Huércanos Esparza

Septiembre 2010

Tutora: Concha Germán Bes

2º Curso MICCE- Universidad de Zaragoza

Agradecimientos

Gracias a todas aquellas personas que, de una manera u otra, han contribuido a que este trabajo salga adelante.

A Concha como tutora, por su orientación y dedicación durante todo este tiempo y en la nueva etapa que comienza.

A Salomé y a las personas del Grupo Aurora Mas, porque desinteresadamente me han tendido su mano sin dudar, muchas gracias.

A los usuarios que han querido contribuir como nosotras a reconocer y mejorar el cuidado.

Gracias especialmente a los padres y hermano de Elena Escanero Gella y a la fundación Index, por darnos esta oportunidad y motivarnos con este premio, de una manera muy especial, a trabajar en el desarrollo de la profesión enfermera.

Gracias a mis padres, amig@s y a Carlos, por haber estado conmigo en este proceso, que no ha hecho más que empezar, por la paciencia, cariño y apoyo que me habéis demostrado siempre, gracias.

Índice

Introducción……4
Marco conceptual……9
Hipótesis y objetivos……13
Metodología y diseño:
- Perspectiva y tipo de estudio……15
- Población y muestra……...15
- Consideraciones éticas……...16
- Elaboración del cuestionario……16
- Recogida de información……...18
- Variables del estudio……..20
- Codificación y tabulación de los datos……..20
- Análisis estadístico……20

Resultados……21
Discusión……...28
Conclusiones……35
Dificultades, limitaciones del estudio y propuestas.……36
Bibliografía……...38
Anexos……..44
- Anexo 1: Consentimiento informado para los participantes
- Anexo 2: Borrador del cuestionario para la revisión por parte de las expertas
- Anexo 3: Cuestionario definitivo para la realización de la prueba piloto
- Anexo 4: Tablas y gráficos de los resultados
- Anexo 5: Informe de los evaluadores de campo
- Anexo 6: Nuevo cuestionario sobre la percepción del cuidado invisible

Introducción

El presente trabajo, pretende seguir profundizando en una dimensión de la profesión enfermera que a menudo es intangible. Anteriormente, ya había tratado este tema en el estudio "El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera"[1], y aprovechando la oportunidad que me brinda este master de realizar el trabajo final de investigación, he querido continuar explorando en el cuidado que los profesionales de enfermería proporcionamos, desde una perspectiva diferente, en la que la parte humana llamada "high touch" y la técnica "high tech" guarden un equilibrio[2]. En su momento, la perspectiva que utilicé fue cualitativa y emergente, desde la visión del colectivo de enfermería y la mía propia como observadora-participante. En este caso, el acercamiento que realizaré será a través de una perspectiva cuantitativa y basándonos en la percepción de los usuarios y familiares que reciben el cuidado. Pues me parece interesante tratar de responder a estas preguntas: ¿Cómo perciben el cuidado de enfermería las personas hospitalizadas y sus familiares? ¿Cómo podemos tratar de medir esa percepción? ¿Se corresponde esta perspectiva con lo que sería deseable esperar? ¿O tendremos que hacer un ejercicio de reflexión acerca de la manera en que se está realizando el cuidado de enfermería?

Desde hace tiempo me inquieta la idea del escaso reconocimiento que el trabajo de enfermería tiene a nivel social y profesional. Encontramos que lo que resulta visible de nuestra profesión se limita casi únicamente a cuestiones físicas que tienen que ver sobre todo con tareas delegadas de la medicina. Sin embargo, la labor en cuestión de técnicas, el control de signos y síntomas, etc., es sólo una pequeña parte del trabajo que la enfermería desarrolla, pues existe una dimensión mucho más amplia de cuidado que suele quedar invisible e infravalorada, la cual resulta difícil de cuantificar y asignarle un peso específico dentro de nuestro trabajo y competencias.

Tal como comenta Domínguez-Alcón[3], la noción de cuidar es básica y esencial en la enfermería y a través de la investigación tratamos de profundizar en lo que suponen los aspectos esenciales y específicos de nuestra profesión, con el objetivo de validar los elementos de la práctica y proporcionar legitimidad a nuestra labor profesional. Por tanto, con este trabajo trataremos de contribuir al desarrollo de conocimiento científico de la enfermería, tratando de visibilizar, reconocer y valorar el

cuidado que se realiza diariamente en los hospitales, para lo que es necesario disponer de la opinión de los receptores de dicho cuidado

Nos encontramos en un momento en el que la búsqueda de mejora de la calidad es uno de los principales puntos que conforman las políticas sanitarias de nuestra sociedad, por ello, me ha parecido interesante poder combinar el tema de satisfacción de los usuarios y el cuidado invisible y basar este trabajo en la realización y validación de un cuestionario que nos permita conocer la percepción que los usuarios tienen de la calidad del cuidado invisible de enfermería en los hospitales.

Existe abundante bibliografía que profundiza en la relación existente entre la satisfacción de los usuarios y la percepción de la calidad[4,5], emplear un sistema de evaluación de los servicios basado en la opinión de los usuarios es una de las mejores maneras de acercarse a la realidad a través de aquellos que lo han vivido de primera mano.

Una de las herramientas que se emplean con mayor asiduidad en la medición de la percepción de la calidad es el instrumento SERVQUAL elaborado por Parasuraman et al.[4], el cual permite medir con una elevada fiabilidad y validez aspectos tan intangibles como las percepciones y expectativas de los clientes de un servicio[5]. Tras revisar varios cuestionarios de satisfacción de pacientes como los empleados por el Sistema Aragonés de Salud[6], el Servicio Navarro de Salud[7,8] y ciertos hospitales concretos, encontramos que la evaluación que se hace de la satisfacción de los usuarios durante la hospitalización engloba de manera general el proceso de atención, el entorno y todos los profesionales implicados. De esta manera, no es posible tener una visión específica de la opinión de los usuarios con respecto al trabajo de enfermería, pues aunque se incluyen algunas preguntas en este sentido, éstas resultan escasas y demasiado amplias para hacernos una idea de áreas específicas de mejora.

En los cuestionarios utilizados habitualmente, nos encontramos con puntuaciones de satisfacción muy altas, sin embargo, desde mi experiencia he podido comprobar que existen disonancias entre lo que es el ideal de cuidado en el imaginario colectivo de las enfermeras y lo que en la práctica se puede llegar a realizar[1]. Son diversas las causas que influyen en esto: la elevada estructuración del trabajo[1], tecnificación y medicalización de la vida[9], de la enfermedad y consecuentemente del cuidado, falta de motivación y valoración del personal de enfermería, escasez de plantilla[10], escasa participación de enfermería en puestos de poder y toma de decisión[11], etc. Por ello, considero relevante poder disponer de un instrumento que nos permita

conocer más ampliamente los puntos fuertes y débiles de la atención que las enfermeras proporcionamos de la mano de los principales beneficiarios de nuestro trabajo.

Este tema de estudio resulta trascendente a todos los niveles. A nivel macro, es un instrumento que puede ser útil para complementar otros métodos de valoración de la labor enfermera, de cara a evaluar y reconocer la carrera profesional de los trabajadores. La Ley 44/2003, del 21 de noviembre, en sus artículos 37 y siguientes[12], contempla como competencia de las comunidades autónomas el desarrollo de la carrera profesional, reconociendo que este hecho es necesario para la modernización del sistema sanitario.

La carrera profesional, "supone un sistema de evaluación y desarrollo profesional decisivo para la incentivación del profesional sanitario y para lograr una mejora cuantitativa y cualitativa de la atención sanitaria"[13]. El reconocimiento de la carrera profesional, se plantea como una estrategia para introducir un cambio en el hacer enfermero, con la filosofía de crear equipos de trabajo motivados y con alta autoestima profesional, un entorno que desarrolle al máximo las competencias profesionales y valorar los progresos de los trabajadores, estrategia que traerá como consecuencia la mejora de la calidad de la atención.

Tal como se reconoce en el borrador propuesto por el Sistema Aragonés de Salud[13] para el reconocimiento de la carrera profesional, hasta ahora este derecho sólo se contemplaba para puestos de supervisión y lo que se pretende es hacerlo extensible a todos los diplomados del sistema sanitario, por lo que la enfermería también se beneficiaría de esta propuesta. No obstante, hay que tener en cuenta que la enfermería ha sufrido históricamente el escaso reconocimiento y comprensión de la complejidad de su labor y a menudo se desconoce la amplitud de la misma. Por ello, uno de los propósitos de este cuestionario es proporcionar a los gestores una herramienta que permita complementar las ya existentes para valorar el cuidado de enfermería en toda su globalidad. Y poder valorar las necesidades formativas que puede haber, así como, las necesidades de plantilla, retribuciones ajustadas a la labor realizada, proporcionar autonomía y reconocimiento; aspectos que contribuirán también a la mejora del rendimiento profesional e indirectamente en la calidad de la atención[14].

Otro aspecto a tener en cuenta, es la influencia que el género ha tenido en la profesión enfermera. Como muchas autoras y algunos autores reconocen, la enfermería sigue siendo una profesión cuya imagen se encuentra devaluada a pesar de la importancia social que tiene[15]. Históricamente, las capacidades relativas al trabajo

realizado por las enfermeras, se han tratado como cualidades intrínsecas a la mujer, con lo que se ha despojado a los cuidados del valor que realmente tienen[16], considerándolos como algo natural. La enfermería aun en el siglo XXI arrastra una importante relación de subordinación frente a la profesión médica, una escasa autonomía técnica y una falta de definición como disciplina con funciones independientes[17], como consecuencia de la discriminación de las mujeres a lo largo de la historia, de las influencias del cristianismo en la profesión, de la preparación dirigida a formar ayudantes técnicos del médico, etc. y sostenida, entre otras cosas, por la elevada jerarquización del sistema, como reflejo de la sociedad, y de la anorexia de poder de las enfermeras.

Considero que con este trabajo se puede argumentar porqué las enfermeras deben reivindicar el poder y valor que tienen, al igual que otros estamentos profesionales, para promover y recuperar la salud de la población, y acumular y difundir conocimiento.

Así mismo, se pretende estimular la continuidad de desarrollo científico en esta área de reconocimiento de la identidad de nuestra profesión. Puede dar claves para la reflexión de los formadores, acerca de la manera en la que se contribuye a esa invisibilidad en las escuelas de enfermería y poder así redirigir la enseñanza hacia posiciones más constructivas.

Socialmente, este estudio puede posibilitar un acercamiento a los usuarios y a otras disciplinas, de una imagen de la enfermería diferente a la que poseen.

A nivel meso, como hemos comentado anteriormente, la búsqueda de la calidad en la atención es un tema prioritario para todos los gestores del sistema. Por tanto, este estudio puede contribuir a detectar áreas que la dirección de las instituciones sanitarias debe trabajar más, así como el reconocimiento de aquellas que se están abordando de una manera adecuada. En esta época, en la que la calidad en la atención ocupa un lugar primordial en los planes de salud de los sistemas sanitarios de todo el país, disponer de una herramienta que ayude a medir la percepción que los usuarios tienen sobre la calidad del cuidado de enfermería, de una manera más amplia que a como se está haciendo en la actualidad, parece necesario para dirigirnos a una atención verdaderamente de calidad; acorde a las necesidades y expectativas de los pacientes[5]. Pues actualmente, nos encontramos con amplias discrepancias entre el ideal de trabajo que proponen las instituciones sanitarias y el trabajo que se puede llegar a desarrollar, bien sea por falta de formación, de personal, de motivación, de recursos, etc. Asimismo, nos encontramos con que los criterios de evaluación de la atención de enfermería que se

utilizan en algunas instituciones hospitalarias, que es el caso que personalmente me es más cercano, a menudo se limitan a la evaluación de labores administrativas o burocráticas (papeleo, registros) que debe realizar la enfermera, a la detección y control de signos y síntomas, pero no engloban todo lo que el cuidado a los pacientes abarca, por lo que la evaluación a menudo es incompleta y se ajusta poco a lo que pensamos que debería de ser. Por lo que este cuestionario puede suponer un instrumento muy útil para tratar de ampliar la evaluación que hasta ahora se realiza del cuidado.

A nivel micro, también encontramos beneficios, pues la validación del cuestionario y los resultados obtenidos, pueden, por un lado, proporcionar una idea a los profesionales de la medida en que sus cuidados se ajustan a las necesidades o expectativas de los pacientes. Watson en sus estudios acerca del cuidado de enfermería muestra discrepancias entre lo que clientes, enfermeras y estudiantes consideran más importante[18]. Esta información puede fomentar la autocrítica constructiva de los profesionales, contribuyendo en la toma de conciencia de las áreas de mejora y en el refuerzo positivo de las áreas que se están abordando de manera adecuada y beneficiosa para los pacientes.

Parece necesario avanzar en la búsqueda de reconocimiento y de identidad de la profesión, tal como se muestra en una de las conclusiones de mi anterior trabajo, es necesario que las enfermeras estemos convencidas de que los cuidados que proporcionamos son imprescindibles para los pacientes, no solo para los pacientes, sino para cualquier ser humano, pues como afirma Collière, se puede vivir sin tratamientos, pero no sin cuidados[17]. Por eso, para que la enfermería progrese requiere el análisis reflexivo de los profesionales que la desarrollan y así también, la relación enfermera-paciente/familia se verá reforzada. Es preciso considerar las actitudes que se están asumiendo en los hospitales por parte de la enfermería, y otros profesionales compañeros, y tomar conciencia de la necesidad de que la profesión asuma el poder que puede ejercer dentro de las instituciones sanitarias, pues cuando las enfermeras aceptan trabajar en condiciones en las que no pueden poner en práctica el cuidado, niegan sus creencias y valores, y dejan posiblemente de respetar a sus pacientes[19].

Por último, comentar que ninguno de los cuestionarios que se han revisado para elaborar esta herramienta ha sido desarrollado en nuestro país, por lo que la valoración en nuestra población de la percepción de la atención de enfermería puede no ser correcta debido al lenguaje que se emplea, esta es otra de las razones por las que he creído necesario realizar un cuestionario que nos sea de utilidad en nuestro sistema sanitario.

Marco Conceptual

Son numerosos los autores que defienden el cuidado como eje central de la enfermería y seña de identidad de la profesión[3,16,20,21,22]. Sin embargo, no existe un consenso en la definición de lo que es cuidar y lo que ello engloba. Parece evidente que dependiendo del paradigma enfermero en el que nos situemos nos identificaremos más con una concepción de la enfermería y del cuidado que con otra.

Personalmente, estoy de acuerdo con la definición de cuidado que nos proporciona Watson, en la que reconoce que el cuidado tiene dos vertientes, una que tiene que ver con la técnica, la realización de procedimientos y las necesidades físicas, a la que llama instrumental y otra que tiene que ver con las necesidades psicológicas y sociales de la persona, las cuales se enmarcan en la vertiente que ella llama expresiva[23]. Además, la enfermera francesa Mª Françoise Collière establece dos ejes de cuidados, el asociado con los ciclos de la vida y el eje de relacionado con la enfermedad en cada etapa de la vida[24].

Otra definición interesante de lo que engloba el cuidado, por encima de las intervenciones técnicas, es la aportada por Baggio que describe el proceso de cuidar como el conjunto de categorías que incluyen la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía y la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica[22].

Actualmente, en el sistema sanitario predomina un pensamiento biomecanicista de la atención a los usuarios y por supuesto también del cuidado. Como hemos comentado anteriormente, encontramos fuertes disonancias en la esencia del cuidar, es decir, entre lo teóricamente deseable y lo que actualmente se demanda de las enfermeras por parte de las direcciones de enfermería y las instituciones. Como comentan Poblete y Valenzuela[41], esto se produce por la hegemonía de la visión biologicista que impregna el quehacer de las disciplinas que interactúan en las instituciones hospitalarias, su mayor representación es el modelo de acción clínica del médico que acaba entorpeciendo e incluso anulando las acciones cuidadoras del resto del equipo. La consecuencia de esto es un cuidado monótono y lineal dominado únicamente por la racionalidad técnica[22]. Esto es corroborado por Jean Watson, que afirma que actualmente estamos asistiendo a la deshumanización del cuidado a causa de la gran estructuración administrativa de los

sistemas de salud[25], por ello este trabajo pretende recuperar el aspecto más humano de la profesión. Así mismo, Sanguillo[26] expresa que resulta más cómodo tratar a los individuos de manera inauténtica, con lo que nos encontramos abundantes muestras de atención estandarizada sobre las que debemos reflexionar para impedir que nuestra profesión pierda su esencia y humanidad.

Partiendo de la concepción de que los cuidados trascienden la técnica y engloban otras dimensiones, como la familia, las necesidades psico-emocionales, las relaciones interpersonales, el afecto, la escucha[3], el tacto, etc. resulta necesario visibilizar esta dimensión del trabajo de enfermería menos tangible, pero igualmente imprescindible para los pacientes y sus familiares. Lo que no se evalúa, no se cuantifica, en alguna medida parece que no se valora o se infravalora en el mundo tecnológico de la gestión, por ello, me ha parecido interesante elaborar un instrumento de medición del cuidado más invisible.

Para situar al lector, considero que el cuidado invisible (CI) comprende tanto acciones intencionadas de los profesionales que en un principio no serían "registrables" (dar una tila, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, tacto, proximidad, etc.) como las acciones que serían susceptibles de registrar, por ser consideradas más profesionales que las anteriores, pero que sin embargo, no se reflejan en ningún lugar, con lo que los mismos profesionales las hacen invisibles (como la relación terapéutica, etc.)[1].

Hasta el momento, la invisibilidad de la enfermería y del cuidado en nuestro país había sido nombrada en algunas publicaciones enfermeras[14,27], sin embargo, se había tenido poco en cuenta como dimensión del trabajo enfermero y por tanto, como fenómeno susceptible de investigar. En nuestro país, uno de los trabajos más importantes que se han llevado a cabo sobre esta área de conocimiento, es el realizado por Concha Germán y Fabiola Hueso[28], que han realizado una recopilación bibliográfica de estudios que tratan sobre el cuidado humanizado/invisible, en bases de datos españolas y latinoamericanas. A partir de dicha revisión, las autoras han conformado una clasificación del CI en función de 10 dimensiones de cuidado, que hemos tomado como referencia en este trabajo para agrupar nuestros ítems.

Encontramos, que en sociedades latinoamericanas han trabajado ampliamente en este sentido, bajo el término "cuidado humanizado". Regina Waldow es una de las principales enfermeras que ha tratado este concepto, define el cuidado como el

desarrollo de acciones, actitudes y comportamientos basados en el conocimiento científico, la experiencia, la intuición y el pensamiento crítico, que llevan a que el paciente / cliente / ser cuidado consiga promover, mantener y / o recuperar su dignidad . Esto abarca toda dignidad y sentido de la integridad física y espiritual, social, emocional, intelectual y las fases de la vida y la muerte, y es en definitiva un proceso de transformación tanto del cuidador y el ser cuidado "[29].

Tras la revisión de diferentes cuestionarios que se emplean para valorar la atención de enfermería desde la perspectiva de los pacientes, encontramos que en varios hospitales (de Navarra y Aragón) las herramientas que se emplean para medir la satisfacción de los pacientes, se refiere en su mayor parte a la atención multidisciplinar. Esto nos impide tener una visión clara y concreta de lo que los pacientes perciben de nuestro cuidado.

Así pues, para tratar de acercarnos a dicha percepción se propone el cuestionario elaborado al efecto, para lo cual, se han usado diversas fuentes, tanto para la elaboración de las preguntas como para la clasificación de las mismas en dimensiones más amplias. La bibliografía que se ha tenido en cuenta ha sido: el trabajo cualitativo que realicé en 2008 sobre el CI[1], el cuestionario Care-Q[30], el PCHE[31] y el SERVQUAL[4,5]; así como, las dimensiones elaboradas por Germán y Hueso[28], comentadas anteriormente.

Del cuestionario Care-Q elaborado por Patricia Larson[30], se ha tomado como referencia la traducción validada que se ha empleado en numerosos estudios en latinoamérica[23,26,32,38], consiste en 50 preguntas agrupadas en 5 categorías o subescalas de comportamiento de la enfermera: es accesible, explica y facilita, conforta y anticipa, mantiene relación de confianza, monitorea y hace seguimiento.

En cuanto al PCHE (Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermería), se han tenido en cuenta los resultados del estudio fenomenológico realizado por Alvis et al. [31], en el que a groso modo, se destacan las siguientes categorías de comportamientos de cuidado: sentimientos del paciente, apoyo emocional, apoyo físico, características de la enfermera, cualidades del hacer de la enfermera, proactividad de la enfermera, priorización del ser cuidado, empatía y disponibilidad para la atención[25].

Con respecto al SERVQUAL elaborado por Parasuram et al.[4], se trata de uno de los cuestionarios más empleados a nivel empresarial para conocer por un lado, las expectativas y por otro, las percepciones de los clientes/usuarios con respecto al servicio recibido. Para ello, se sirven de la opinión tanto de los clientes como de los proveedores del servicio. En nuestro caso, este estudio piloto sólo se basará en la opinión de los

usuarios. En el trabajo de estos autores, se establecen 10 categorías en las que se enmarcan los 22 ítems de que constan los cuestionarios (aunque más adelantes se agruparon en 5): 1. Elementos tangibles; 2. Fiabilidad en que el servicio se va a ejecutar de manera eficaz; 3. Capacidad de reaccionar frente a la demanda de un cliente, servicio rápido; 4. Profesionalidad, disponer de conocimientos y habilidades para desarrollar sus funciones. 5. Cortesía, que incluye respeto y amabilidad hacia el usuario; 6. Credibilidad del profesional/empresa, supone que los clientes tengan confianza en el servicio y confíen en la veracidad del trabajador/empresa; 7. Seguridad; 8. Accesibilidad; 9. Comunicación y 10. Comprensión del cliente, conocerlo.

El modelo SERVQUAL ha recibido críticas por incluir las expectativas en la evaluación, ya que se piensa que los resultados pueden resultar ambiguos si se miden éstas además de la percepción sobre la atención recibida[5]. En nuestro trabajo, el cuestionario consta de un apartado de ítems cerrados para valorar únicamente la percepción y un apartado abierto en el que los pacientes pueden comentar algunas de sus expectativas.

Igualmente, se han tomado como referencia las dimensiones extraídas en el trabajo descriptivo-interpretativo que Báez- Hernández y cols[22] realizaron acerca de la representación que los profesionales tienen de su quehacer enfermero.

Tras recopilar información de estos estudios se ha procedido a la elaboración del cuestionario que se detallará más adelante. Ahora quisiera comentar las categorías que en un principio se dedujo que podrían aparecer a la vista de las preguntas elaboradas. Para ello, ha sido necesario dar nombre y definir cada una de dichas dimensiones:

1. **Fomento del autocuidado:** Son acciones educativas realizadas por parte del colectivo de enfermería, desde el conocimiento profesional, para enseñar el manejo del proceso de enfermedad o malestar, así como, comportamientos que muestran una atención anticipada de la enfermería a las posibles necesidades que los pacientes y/o familiares puedan llegar a presentar.

2. **Relación de confianza/seguridad:** Engloba acciones por parte de la enfermera/o que favorecen la relación terapéutica, demuestran el interés y la preocupación por el paciente y van dirigidas a establecer una relación de confianza con la persona cuidada para despertar en el otro una sensación de seguridad y tranquilidad en el cuidado que reciben y en la capacidad del profesional de enfermería que les atiende.

3. **Apoyo emocional:** Se refiere a acciones de atención, empatía, afecto, apoyo y ayuda hacia el paciente y/o familia para procurar el bienestar anímico de la persona.

4. **El tacto y la escucha:** Acciones utilizadas como muestra de atención verbal y no verbal que acompañan a la comunicación.

5. **El confort:** Intervenciones realizadas hacia o con la persona y el entorno para proporcionar bienestar físico.

6. **Ética y respeto:** Incluye las actividades que se dan por hechas, que deben realizarse como muestra de educación hacia cualquier ser humano, entre ellas las dirigidas a proporcionar intimidad, tanto física como de información, la sinceridad, la inclusión de la familia como receptores de información, enseñanza y cuidados.

7. **Presencia cuidadora:** Actitud y acciones realizadas por el colectivo de enfermería para demostrar el acompañamiento y disponibilidad para con el paciente y/o familia.

8. **Imagen de la enfermería dentro del equipo:** Se refiere a la percepción que los pacientes y familiares tienen del colectivo enfermero que les ha atendido en cuanto a liderazgo y capacidad para desarrollar sus funciones.

Tomando en cuenta lo explicado se ha planteado el siguiente propósito:

Hipótesis:

- El instrumento elaborado para esta investigación presenta características psicométricas adecuadas.
- Existen correlaciones estadísticamente significativas entre las variables del test.

Objetivo general:

- Elaborar y validar un cuestionario para medir la percepción que los pacientes o familiares tienen del cuidado “invisible” recibido por el colectivo de enfermería durante su estancia hospitalaria.

Objetivo específico:

- Determinar indicadores de fiabilidad como consistencia interna y estabilidad temporal, además de la validez de contenido y de constructo, del cuestionario de evaluación de la satisfacción de los pacientes con respecto al CI de enfermería.

Objetivo secundario:

- Conocer la percepción de la calidad del cuidado intangible de enfermería, de manera que nos sirva para detectar áreas de trabajo apropiadas, de mejora y hacer autocrítica.

Metodología y diseño

Perspectiva y tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo transversal. En el que se ha realizado un cuestionario para la recogida de información y evaluación de la percepción de los pacientes acerca de la calidad de los cuidados de enfermería que han recibido.

Población y muestra

La población de estudio de la que se ha tomado la muestra, son personas adultas, de ambos sexos, que hayan estado ingresados en un hospital durante el año 2010 y que cumpliesen los siguientes requisitos.

Criterios de inclusión

- Pacientes que hayan permanecido ingresados al menos 3 días[25]
- Pacientes que hayan estado ingresados durante el año 2010
- Cuidador/a familiar, que sustituye al paciente en la cumplimentación del cuestionario, por no encontrarse éste en condiciones de responder por cuestiones físicas, mentales o anímicas.
- Haber sido dado de alta en el hospital en el momento en el que se cumplimenta el instrumento

Criterios de exclusión

- Pacientes que no se encuentren en condiciones de responder al cuestionario debido a su estado físico, mental o anímico.
- Pacientes que no hayan dado su consentimiento para participar.
- Pacientes cuyo tiempo de estancia hospitalaria durante el año 2010 sea menor a 3 días.
- Pacientes menores de 18 años.

Se pensó que al tratarse de un cuestionario para valorar la percepción de algo tan personal y crucial como son las experiencias de cuidado vividas en situaciones fundamentales de la vida de las personas, no supondría un problema para el recuerdo de

dichas experiencias, no obstante, para asegurarnos, se decidió que el momento del ingreso no fuese anterior al 1 de enero de 2010.

El muestreo fue no probabilístico como es habitual en las pruebas piloto, procurando que la muestra representase la variabilidad de la población[39]. Los participantes en el estudio han sido 30, usuarios o familiares, que estuvieron ingresados al menos durante tres días entre enero y julio de 2010, en cualquier tipo de unidad de hospitalización en hospitales de Soria, San Sebastián, Zaragoza, Tudela, Salamanca y Madrid. Los participantes se encontraban en condiciones físicas y mentales adecuadas para responder al cuestionario.

Consideraciones éticas

Se solicitó permiso, de manera verbal, a la dirección de los centros de salud a través de los cuales se iba a realizar la captación de participantes. Así mismo, a los usuarios que cumplían los criterios de inclusión, se les solicitó su participación en el estudio explicando primero de manera breve y verbal en qué consistía el estudio. Si los usuarios daban su consentimiento para participar, se les entregaba junto con el cuestionario una hoja de consentimiento informado para ellos, en la que se explica concretamente el propósito del estudio, se garantiza el anonimato de los participantes y se facilita el teléfono de la investigadora para que consulten las dudas que puedan tener. (Anexo 1)

En este estudio se ha informado a los participantes de la confidencialidad en el manejo de los datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 5/1992 de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal[33], la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal[34],y la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos en materia de información y documentación clínica [35].

Elaboración del cuestionario

Tomando como referencia la bibliografía comentada en el apartado de marco conceptual, se elaboró inicialmente un cuestionario formado por 34 preguntas cerradas, 5 preguntas abiertas y un apartado de datos demográficos.

Se procuró que las preguntas fuesen breves y fácilmente comprensibles para la población general, libres de tecnicismos, con un máximo de 5 opciones de respuesta, teniendo en cuenta que el cuestionario ha sido autoadministrado y tratando así de evitar errores de medida asociados al diseño de las preguntas[37,40]. Para ello, se pidió opinión sobre la comprensión de las cuestiones a 10 personas de la población general que no formaron parte de la muestra del estudio, para obtener feedback acerca de la pertinencia del lenguaje utilizado. Fueron personas de diferentes edades y nivel educativo.

Sabiendo que los pacientes con frecuencia no diferencian entre enfermeras y auxiliares[38], se les especificó que se refería a todo el colectivo de enfermería (enfermeras/os, auxiliares y celadores), concretando que no nos referíamos a los médicos/as, ya que, en nuestro sistema sanitario, debido a diversas cuestiones como la tradición de beneficencia y jerarquía no sólo entre los gremios sanitarios sino en la sociedad, el prestigio y visibilidad de las profesiones sanitarias los monopoliza la medicina y queríamos evitar que las respuestas se centrasen en los facultativos.

Posteriormente, para analizar la validez de contenido[36,37] de la herramienta, se entregó una copia del cuestionario a 10 enfermeras sensibilizadas con la temática y con experiencia como gestoras, docentes, enfermeras asistenciales de atención primaria y atención hospitalaria, para que valorasen cada ítem del mismo de acuerdo con su experiencia y conocimiento; no sólo en cuestión de definición del concepto, sino a nivel de lenguaje, relevancia y pertinencia de las preguntas. Se adaptó el cuestionario para facilitar a las expertas su revisión, de manera que debían marcar para cada pregunta si les resultaba clara o confusa y disponían de una casilla para hacer sugerencias. Además se dispuso un espacio para incluir las observaciones y propuestas que considerasen oportunas (Anexo 2).

Cuando las expertas devolvieron los cuestionarios comentados, se realizó un análisis cualitativo de las aportaciones, modificando el cuestionario en base a las mismas, quedando configurado para su aplicación, tal como se presenta en el anexo 3. Finalmente, el cuestionario está formado por 36 ítems cerrados y un apartado con 6 preguntas abiertas, se amplió el apartado de datos demográficos, el cual está compuesto por 11 cuestiones y se modificó el enunciado de algunas de las preguntas. Las posibles respuestas a los ítems cerrados consisten en una escala tipo Likert compuesta por 5 posibilidades de contestación: Rara vez, A veces, Bastante, Mucho y No sabe/No contesta. Con este tipo de respuestas pretendemos evitar el error de tendencia central[25], así cómo, evitar la recurrente dificultad que hay en este tipo de cuestionarios para

conocer las expectativas de los usuarios, es decir, solicitamos que respondan con qué asiduidad han percibido que la enfermera ha realizado las acciones en relación con las expectativas o necesidades que el usuario tenía en el momento de la hospitalización.

Las 36 preguntas se agruparon en las 8 categorías descritas en el marco conceptual: *Fomento del autocuidado* que incluye 3 preguntas, *Relación de confianza/seguridad* que incluye 6 preguntas, *Apoyo emocional* que se mide a través de 5, *Tacto y escucha* con 2, *Confort* con 4, *Ética y respeto* mediante 7 preguntas, *Presencia cuidadora* con 5 y por *último, Imagen de la enfermería dentro del equipo* que se compone de 4 ítems. Estas dimensiones nos permiten determinar cómo la enfermería desarrolla actividades de cuidado invisible necesarias para la recuperación y satisfacción de los pacientes, así como, la imagen que los usuarios tienen de nuestro colectivo.

Por otro lado, las preguntas abiertas se hicieron con intención de realizar un análisis cualitativo de la información que aportaron y un análisis cuantitativo descriptivo en relación a los datos demográficos de los participantes.

Recogida de información

Una vez elaborado el cuestionario, el acceso a la muestra se ha realizado a través de las enfermeras de varios Centros de Salud, tanto rurales como urbanos, de Soria, Madrid, San Sebastián y Cortes de Navarra.

Se ha decidido que la muestra se seleccionase una vez las personas habían sido dadas de alta, en lugar de captarlas desde el hospital, por un lado, porque se pensó que resultaría más fácil localizarlas a través de su enfermera de referencia y por otro, para evitar el sesgo de deseabilidad social, pues el hecho de estar ingresados y tener que recibir todavía cuidados por parte de las enfermeras del hospital, puede condicionar la respuesta que den a ciertas preguntas[38].

Se procedió a la distribución de los cuestionarios en los centros de salud explicando a las enfermeras las condiciones del estudio. La recogida de datos se realizó durante el mes de julio y los 15 primeros días de agosto de 2010.

Se especificó tanto a las enfermeras que entregaron los cuestionarios, como a los pacientes que dieron su consentimiento para participar, la necesidad de repetir el test a los pacientes como paso preciso para validar el cuestionario, es decir, realizar una prueba test-retest. El objetivo de este paso es valorar la estabilidad temporal del cuestionario[25,33], dicha prueba forma parte del análisis de fiabilidad (intraobservador) y

mide la estabilidad de las puntuaciones otorgadas por el mismo evaluador, en este caso el propio sujeto, con el mismo método en momentos diferentes.

Para evitar el sesgo de aprendizaje[44], se propuso realizar el segundo test a los mismos pacientes con una diferencia de tiempo de la primera de unos 15 días. Sin embargo, las enfermeras que han realizado la captación de los participantes, han expresado la dificultad de obtener una segunda valoración por parte de los pacientes, debido a problemas para contactar con ellos para que vuelvan a responder el mismo cuestionario, por el hecho de que tienen que volver al centro de salud con ese único motivo o que la enfermera acuda al domicilio para ello. Por lo que finalmente el retest fue respondido por 15 de los 30 participantes en el estudio.

Se solicitó a las enfermeras que realizaron la recogida de datos que elaborasen un informe de campo acerca de la aplicación del cuestionario, el cual se comentará en el apartado *"Dificultades y limitaciones del estudio"* e incluido en el Anexo 5.

Resumen del Procedimiento

1. Elaboración del cuestionario
2. Sometimiento del cuestionario a la valoración de las enfermeras expertas en el área del cuidado invisible, con consiguientes modificaciones.
3. Sometimiento del cuestionario a la valoración de 10 personas de la población general para valorar si el lenguaje utilizado es apropiado y realizar las consiguientes variaciones.
4. Contactar con enfermeras de Soria, Madrid, San Sebastián y Cortes para la recogida de datos.
5. Solicitar permiso en las direcciones de los centros de atención primaria para entregar los cuestionarios a los pacientes o familiares
6. Explicar a los pacientes o cuidadores objetivo de la investigación, entrega de consentimiento informado y aplicación del cuestionario de manera individual
7. Análisis psicométrico para establecer indicadores de fiabilidad y validez de la herramienta
8. Análisis estadístico de los resultados para conocer la opinión de los usuarios.
9. Análisis cualitativo de la información aportada en las preguntas abiertas y análisis cuantitativo descriptivo de dichas preguntas con relación a los datos demográficos de los participantes (edad, sexo y motivo de ingreso)

10. Reelaboración del cuestionario para posteriores análisis psicométricos

Variables del estudio

Las variables de las que consta el trabajo se pueden agrupar en dos tipos:

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, tiempo de ingreso, diagnóstico, zona en la que reside, etc.
- Variables relacionadas con la percepción del cuidado invisible recibido.

Codificación y tabulación

Se codificaron todas las variables como numéricas, incluyendo las preguntas abiertas. Las variables cuantitativas continuas como son la edad, el tiempo de ingreso o la valoración del cuidado de enfermería, se introdujeron en su valor original para posteriormente ser agrupadas con el SPSS. Las variables cualitativas se codificaron en orden ascendente a partir del 1.

Con respecto a las 36 preguntas cerradas del cuestionario, se codificaron en función de la percepción del entrevistado que respondieron a través de una escala cuantitativa que comenzaba con el 1= "Rara vez", 2= "Pocas veces", 3= "Bastantes veces", 4 = "Muchas veces" y 5 = "No sabe/ No contesta".

Más adelante se agruparon bajo las etiquetas "Percepción negativa"= 1 y 2, "Percepción positiva"= 3 y 4, NS/NC= 5.

Los datos se registraron en una base de datos Excel 2003 preparada para este fin.

Análisis estadístico

El análisis de los datos obtenidos se realizó a través del programa informático SPSS en su versión 15.0.

Se realizó el análisis estadístico descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra. En el caso de variables cualitativas se calcularon las frecuencias absolutas y relativas para cada categoría y para las cuantitativas medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar)

Así como las pruebas estadísticas alfa de Cronbach, análisis de componentes, correlación intraclase, para determinar los indicadores de fiabilidad y validez del cuestionario.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 30 participantes, de los cuales 20 eran mujeres (66,7%) y 10 hombres (33,3%). Con edades comprendidas entre los 19 y los 89 años, siendo la media 59,8 años y una desviación típica de 18,45 (Ver anexo 4; tabla 1 y gráfico 1).

En cuanto al resto de datos sociodemográficos, el 56,7% de los sujetos eran personas que pasaban por un proceso agudo, mientras que el 43,3% eran pacientes con patología crónica.

El tiempo que permanecieron ingresados fue variable, desde las personas que estuvieron 3 días hasta 3 meses que fue el máximo.

Como hemos comentado anteriormente, se dio la posibilidad a los familiares que habían sido cuidadores principales durante el ingreso de responder al cuestionario. En este caso, el 30% de las encuestas las han cumplimentado familiares, en su mayoría hijas de las personas ingresadas u otras mujeres de la familia, mientras que el 70% han sido cumplimentadas por los propios pacientes.

Los motivos de ingreso y servicios en los que han estado hospitalizados los sujetos han sido muy variados, siendo la mayoría de ellos ingresados en unidades quirúrgicas (66,6%) (Ver gráfico 2).

En cuanto a los hospitales, encontramos que los participantes provienen de 11 hospitales diferentes, de los cuales 6 son de la Comunidad Autónoma de Madrid. El 76,6% de los pacientes provienen de una zona urbana, mientras que el 23,6% residen en una zona rural.

Los participantes valoraron su satisfacción con el cuidado recibido por parte de las enfermeras/os a lo largo de su vida con una media de 8,04, seis personas se abstuvieron de contestar y ninguno de los que lo hicieron otorgó menos de 5 puntos en una escala de 0 a 10.

Se han realizado pruebas psicométricas para determinar la fiabilidad y validez del cuestionario. La primera se define como el grado de precisión de un instrumento, midiendo la proporción de variabilidad total atribuible a las diferencias entre sujetos y no a errores del diseño; la segunda, hace referencia a la capacidad de un instrumento de medir aquello para lo que está diseñado[36,44].

En cuanto a las pruebas realizadas para determinar la *validez* de la herramienta. De las tres vertientes que componen la validez de un cuestionario: validez de constructo, criterio y contenido, únicamente hemos podido realizar el análisis estadístico de la primera, pues no disponemos de un Gold Standard para llevar a cabo la validez de criterio y la validez de contenido la hemos cubierto a través de la opinión de expertos. Para el análisis de la validez de constructo, hemos realizado el cálculo del análisis factorial de componentes principales (AFCP) a través del sistema de rotación Varimax, a fin de determinar la correlación que las variables tienen entre sí y la dimensionalidad del cuestionario.

Primer análisis de componentes principales:

Se ha obtenido un resultado no positivo para la matriz de correlaciones (Determinante= ,000), con lo que se imposibilita la realización de posteriores pruebas que serían necesarias para determinar la validez del test, como son: la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y el índice de esfericidad de Bartlett. Esto es debido a la cuasi-colinealidad que existe entre las variables.

Examen de la multicolinealidad y regresión múltiple:

El número de valores propios nulos indica el nº de variables que son combinación lineal de otras (nº de colinealidades exactas) y autovalores próximos a cero indican problemas graves de colinealidad. Para conocer las variables que son combinación lineal de otras e identificar aquellas que ocasionan la multicolinealidad, realizamos un análisis de regresión múltiple sobre el total de la escala, obteniendo una tabla de tolerancia de las variables (Tabla 2) que nos indica qué variables están tan correlacionadas con las demás que no aportan información nueva y habría que eliminar del cuestionario.

Una vez eliminados los ítems redundantes se repitió el ACP.

Verificación de los supuestos de aplicación del modela ACP:

- El determinante = 1,322E-09
- El índice de KMO que nos muestra una buena adecuación muestral con una cifra de 0,759
- Test de esfericidad de Bartlett con resultado significativo nos indicó que la matriz de correlaciones es significativamente diferente de la matriz identidad (Tabla 3).

Segundo análisis de componentes principales:

La tabla de comunalidades que se presenta en el anexo 4, nos indica que las variables quedan bien explicadas por el modelo (Tabla 4). El resultado del análisis de componentes principales se muestra en las tablas de varianza total explicada y la matriz de componentes rotados, que se pueden ver en las tablas 5 y 6, y tal y como puede observarse, se han identificado tres dimensiones, que explican el 76.026% de la varianza de estos ítems y que se pueden identificar como:

El primer componente explica el 34,999% de la varianza.

El segundo componente explica el 27,828% de la varianza.

El tercer componente explica el 13,200% de la varianza.

Todos los ítems tienes pesos altos en alguno de los componentes, aunque alguno de ellos reparte su peso entre varios componentes.

Como pruebas para conocer la *fiabilidad*, hemos calculado el Alfa de Cronbach, necesaria para determinar la estabilidad interna u homogeneidad del cuestionario que hemos elaborado. Así como, el coeficiente de correlación intraclase que nos permite conocer la estabilidad temporal de la herramienta a través del análisis test-retest.

Alfa de Cronbach:

El análisis del Alfa de Cronbach, indicó al igual que el ACP que el determinante de la matriz de covarianzas es cero o aproximadamente cero. Por lo tanto no se pueden calcular estadísticos basados en su matriz inversa. No obstante, se calculó el alfa para los 16 ítems del test que quedaron tras el ACP, teniendo en cuenta los 19 sujetos de la muestra que respondieron a todos ellos con una valoración (se desecharon los que contestaron en alguno de los ítems NS/NC). Se obtuvo un valor alfa de Cronbach global del cuestionario de 0,946, lo cual nos indica una elevada consistencia interna o coherencia entre los ítems.

Además, para analizar la contribución de cada ítem a la consistencia interna del cuestionario se midió el coeficiente “Alfa de Cronbach total si se elimina el ítem del cuestionario”, prueba con la que se espera que el alfa baje si el ítem es importante. Todos los ítems obtuvieron valores inferiores o iguales al alfa global excepto el ítem 31, pero se decidió no eliminarlo por ser la pregunta con más peso en el componente 3. Se puede afirmar que la consistencia interna de los ítems es muy buena, por lo que se mantendrían todos los ítems (Ver tabla 7).

Coeficiente de correlación intraclase:

La determinación de esta prueba se realizó con la intención de analizar la estabilidad temporal del cuestionario. El análisis se llevó a cabo con 11 de los 15 sujetos que cumplimentaron el retest, porque son los que respondieron a todas las preguntas del test dos veces y se ha obtenido un CCI de 0,95 (Tabla 8), lo cual indica una alta estabilidad en el tiempo y consistencia intrasujetos.

En cuanto a las preguntas abiertas, se hizo un análisis de los porcentajes de respuesta y un análisis cualitativo de las apreciaciones que los participantes hicieron y que mostró lo siguiente:

Lo más importante para los pacientes/familiares durante el ingreso, ordenado en sentido descendente fue:

- Recibir un trato adecuado para un 50% de los sujetos que respondieron fue lo más importante. Esta etiqueta incluye distintas apreciaciones de los participantes: la delicadeza, el cariño, la humanidad, la amabilidad y paciencia recibida por parte del personal de enfermería.
- Recibir atención médica y tratamiento (20%).
- Recibir una atención adecuada un 6,7%.
- La sinceridad en el diagnóstico y pronóstico, fue lo más importante para un 3,3%.

Lo que más han echado en falta de la atención de los profesionales:

- Percepción de los profesionales negativa. Un 26,6% de las respuestas hacía referencia a valoraciones negativas de los pacientes sobre la atención recibida. Los aspectos que más se han nombrado eran la escasa información recibida (algunos concretaban por parte de los facultativos, otros lo hacían extensible a todos los profesionales sanitarios), otro de los aspectos comentados era el deseo de haber recibido más atención y cuidados y más amabilidad. Por último, se incluía dentro de esta categoría, la ausencia de identificación de los profesionales de referencia, tanto de enfermería como de medicina, que se iban a ocupar del paciente durante su estancia hospitalaria.
- Entorno confortable, ha sido comentado por un 10% de los sujetos. Incluye apreciaciones en cuanto a la falta de intimidad de las habitaciones compartidas, un espacio escaso de las habitaciones y la falta de aire acondicionado.

- Servicios complementarios adecuados. Un 3,3% comentó que la comida no fue de su agrado.

Lo que consideran que ha sido lo peor de la atención recibida:

- Conformidad con la atención recibida. Un 26,7% de las personas que han respondido a esta pregunta no se muestran de acuerdo con la atención que se les ha proporcionado, debido a causas como: una mala prevención de UPP, un mal control de la ingesta, excesiva carga de responsabilidad a la familia si no permanece con el paciente, escasa información y sobretodo, por las "prisas" del personal que en algunas ocasiones han tenido efectos secundarios y que se traducen además en una falta de presencia cuidadora: "sólo acuden cuando hay que hacer alguna técnica".
- Percepción de los profesionales (6,7%), incluye valoraciones negativas hacia los profesionales, pues no se considera que los médicos hayan atendido lo suficiente a los pacientes o las contestaciones de ciertos profesionales no han sido apropiadas o educadas.
- Recursos humanos. El 6,7% de los participantes considera que la escasez de personal ha tenido una influencia negativa en su atención.

Conocen el nombre de alguna enfermera/o o auxiliar y por qué:

A esta pregunta el 43,3% de las personas ha respondido afirmativamente. Los motivos que dieron fueron: por conocerlas con anterioridad, por ser la primera enfermera que le atendió, por la humanidad, amabilidad, por el cariño, por la cercanía que demostraron, porque entraba a ver como estaba, porque le enseñó todo sobre la lactancia materna, por ser trabajadoras del turno de noche en el que "la cercanía es mayor y más importante para el paciente".

El 23% de los pacientes especificó que no conocía el nombre de ninguna enfermera porque no se presentaron.

Satisfacción con el médico/a que les atendió:

El 86,7% responde que sí está satisfecho. De las personas que no lo están, únicamente una expresa claramente que no lo está y dos personas comentan que no del todo.

En cuanto a las **sugerencias** que los participantes hacen para mejorar la atención:

- Reducir la carga de trabajo del personal de enfermería es uno de las propuestas más comentadas (13,3%).
- Más presencia cuidadora (6,7%)

- Más educación sanitaria e información (3,3%)
- El 16,7% de los sujetos se mostró conforme con todo.
- El 60% de los sujetos no ha comentado nada.

Por último, se realizó un análisis de frecuencias agrupando las respuestas de los ítems cerrados del cuestionario en positivas (puntuaciones 1 y 2) y negativas (puntuaciones 3 y 4), para poder realizar comparaciones en función de diferentes características demográficas:

Diferencias en la percepción de pacientes frente a la de los familiares:

Encontramos que en la mayoría de los ítems (86,1%) las puntuaciones positivas otorgadas por los pacientes hacia el cuidado de enfermería son superiores que las dadas por los familiares. Las preguntas 27, 35 y 36 han obtenido un 100% de valoraciones positivas por parte de los pacientes, sin embargo, en ningún ítem se obtuvo una puntuación tan alta por parte de los cuidadores familiares.

Igualmente encontramos puntuaciones muy altas en las preguntas 4, 14 y 29 por ambas partes. Únicamente ha habido tres ítems que los familiares han valorado en mayor porcentaje positivamente que los pacientes, han sido el 6, 24 y 31.

Ha habido mucha igualdad en las respuestas positivas de ambos grupos en los ítems 19 y 23, esta última ha tenido elevados porcentajes de NS/NC.

La única pregunta que ha tenido más valoraciones negativas que positivas por parte de los pacientes ha sido la 6.

Diferencias en la percepción de cuidado en función del tipo de diagnóstico, agudo o crónico:

En este caso la diferencia entre un grupo de personas y otro no es tanta como en el caso anterior, aunque encontramos una valoración positiva ligeramente superior en los pacientes agudos que en los crónicos.

Cabe destacar, que en las preguntas 30,31 y 32 ha habido una respuesta positiva significativamente mayor en las personas con ingreso por patología crónica que en las que ingresaron por causas agudas. En el ítem 34 hay un 29,4% de usuarios del grupo de los agudos que eligieron la opción NS/NC y sin embargo, en el grupo de personas crónicas todas respondieron con una valoración.

La pregunta con mayor diferencia entre grupos fue la 20 a la que los pacientes con patología aguda contestaron de manera positiva en un 24,9% más de los casos que los crónicos.

Diferencias en la percepción de cuidado en función del área en la que había sido hospitalizada la persona, quirúrgica o médica:

En este análisis no se presentan apenas diferencias entre los dos grupos en cuanto a los porcentajes de valoración positiva del cuidado, ni con los análisis anteriores. Las más destacables aparecen en las preguntas 31, en la que todos los sujetos del área médica han respondido positivamente, frente al 70% de los pacientes del área quirúrgica; el ítem 9 presenta una importante diferencia, el 80% de los usuarios del área quirúrgica da una valoración positiva (Bastantes veces-Muchas veces), mientras que sólo el 30% de los pacientes del área médica lo hace así.

Diferencias en la percepción de cuidado en función de la zona de residencia rural o urbana:

A través de la comparación de puntuaciones de estos dos grupos, se ha visto que los usuarios que residen en zonas rurales otorgan valoraciones positivas con mucha mayor frecuencia que los de zonas urbanas. Llama la atención con respecto a los análisis de frecuencias realizados anteriormente, que en el caso de las personas de zona rural, dos tercios de los ítems han sido respondidos solamente con valoraciones positivas o NS/NC, es decir se han evitado las puntuaciones negativas en muchos casos.
Así mismo, encontramos que cuestiones como la 12, 16, 22 y 24 presentan diferencias en los porcentajes de valoración positiva de los dos grupos importantes, que van del 33% superiores hasta casi el 50% del grupo rural con respecto al urbano.

Discusión

A continuación comentaremos las posibles interpretaciones que se pueden dar a los datos presentados en el apartado anterior.

Con respecto al análisis de la fiabilidad y validez, se procuró que fuese metodológicamente correcto. Al encontrarnos con la limitación del tamaño muestral y la escala de valoración tan reducida, se decidió, para tratar de cumplir más supuestos de aplicación y obtener un análisis interpretable, realizar el examen de los valores propios. Este nos ha permitido determinar no sólo la existencia de colinealidad, sino también el número de colinealidades, de tal manera que pudiésemos eliminar las variables cuya varianza estaba más próxima a cero. Con esto hemos conseguido aplicar las pruebas estadísticas, pero sigue existiendo el problema de la multicolinealidad con el resto de variables que hemos mantenido. Según los resultados obtenidos, habría que eliminar 20 cuestiones y mantener 16, que se encontrarían agrupadas bajo tres dimensiones. Tras revisar qué tres dimensiones eran y qué preguntas incluían, hemos comprobado que no se corresponden con las dimensiones teóricas planteadas en un principio:

- El componente 1 aglutinaría las dimensiones teóricas 2,3,4,7,8.
- El componente 2 estaría conformado fundamentalmente por la dimensión teórica 6 que es la que más peso tendría, aunque también tendría algo de las dimensiones 2 y 8.
- El componente 3 se vería explicado principalmente por la pregunta 31, que también correspondería a la dimensión 6.

Tras revisar el fundamento de cada categoría teórica, he comprobado que son dimensiones que de una manera u otra están presentes en el trabajo enfermero, pues se han elaborado a partir de una revisión a conciencia de la literatura y con el acuerdo por parte de expertos, por lo que no considero en general que el problema sea de las preguntas del cuestionario, sino que habría que repetir el estudio con una muestra mayor y una escala mayor que nos permita abarcar en el estudio mayor variabilidad. Hacerlo así nos permitiría comprobar si continua habiendo variables que son combinaciones lineales de otras.

De esta manera, posiblemente las categorías obtenidas se acercarán más al modelo dimensional planteado previamente. Por tanto, he realizado una nueva propuesta de

cuestionario en la que se incluyen modificaciones necesarias para evitar algunos de los sesgos y errores que se han producido en esta prueba piloto y que se presenta en el anexo 6.

Consideramos que era un cuestionario largo que podía resultar arduo para los participantes, por lo que se ha modificado el formato del mismo. Se han reestructurado las preguntas en cuatro bloques para dar descanso a los sujetos, estos han sido separados bien por imágenes para distraer un poco a la persona antes de volver a seguir con más preguntas, o bien con pequeños párrafos explicatorios que animan a continuar. De los cuatro bloques, el primero está compuesto por datos socio-demográficos, que se han ampliado y distribuido más claramente para facilitar el análisis por grupos. Así, se ha considerado incluir una pregunta sobre el nivel de estudios pues podría ser importante para valorar si las preguntas no se responden porque no se comprende su significado o se debe a otro motivo y conocer mejor el perfil de la muestra. Además, para la selección de la escala Likert más apropiada, Llanos et al[45] recomiendan conocer el nivel de estudios de la población de estudio para seleccionar la longitud de la escala más apropiada.

El segundo bloque esta compuesto por preguntas cerradas con respuesta de elección múltiple, en las cuales se ha incluido la posibilidad de que señalen además si la pregunta en su caso no procede por el motivo que sea o si no se entiende el significado, así podremos determinar más claramente las causas por las que no contestan a ciertas preguntas. Otro bloque, incluye preguntas cerradas también pero con respuesta dicotómica y en el último se mantienen 5 de las 6 preguntas abiertas que se plantearon en un primer momento.

Con respecto a la escala Likert, queda claro que debe ser más amplia, aunque existen discrepancias en la literatura[45] acerca del número de puntuaciones más apropiado, podemos decir que una escala de 5 o de 7 valores como máximo sería suficiente para obtener resultados que nos permitiesen realizar el análisis estadístico interpretable. Algunos autores sostienen que la mejor escala debe ser fácilmente entendida por las personas que responden, se debe poder discriminar bien sus percepciones (precisión), ser fácil de interpretar y tener un mínimo sesgo de respuesta[45]. Por esto, hemos decidido utilizar en la reelaboración del cuestionario una escala de 5 puntos, pensando que una de 7 incluye matices pequeños entre una y otra respuesta difíciles de precisar en un tema de estudio como es el CI.

Se ha incorporado la pregunta 36 y se han reformulado las preguntas 27, 32 y 39 (ver anexo 6).

Además para la reelaboración, se ha tenido en cuenta que las preguntas 11, 23, 24 y 30 han tenido el porcentaje de respuesta NS/NC más elevado del test, entre el 16 y el 27%.

El ítem 11, se retira porque la información que se consigue puede ser similar a la de las preguntas 1, 3 y 22 y no se comprende bien por los participantes.

El ítem 23 es el que más NS/NC ha presentado. Hemos analizado la opinión que las expertas expresaron con respecto a esta pregunta y sorprendentemente el 100% de ellas coincide en que es una pregunta clara, por lo que podemos pensar que es algo que las enfermeras identificamos claramente con nuestro trabajo. La pregunta se refiere a si la enfermera desarrolla acciones de otro tipo cuando la medicación no es efectiva. Las enfermeras reconocen que su labor no se limita a la mera administración de medicación sino que va más allá, pero no es una dimensión que en el imaginario social esté tan clara, es decir, las acciones que no tienen que ver con la administración de medicación ordenada por el médico pertenecen a la esfera del cuidado más invisible y tiene que ver con el diseño de estrategias creativas[1], que no siempre hay tiempo o experiencia para llevar a cabo, pero sí conciencia de que es un área de nuestra competencia y que tenemos presente como una herramienta más para cuidar. Sería interesante profundizar en el conocimiento de la gran cantidad de estrategias creativas que enfermeras/os desarrollan en su trabajo cotidiano para cuidar y cuidar mejor. Se ha decidido mantener el ítem e incluir un espacio para que los usuarios precisen qué tipo de acciones llevó a cabo la enfermera en este sentido.

En cuanto al ítem 24, el elevado número de NS/NC se debe a que existen pacientes que han mantenido su autonomía para el aseo durante el ingreso y por tanto, no procede que se les pregunte acerca de si la enfermera/auxiliar a procurado preservar su intimidad en el aseo.

Con respecto a la pregunta 30, ¿Cree que la enfermera tomó sus propias decisiones para cuidarle mejor?, el 50% de la muestra ha respondido con valoraciones negativas o NS/NC. Esta pregunta se hizo con intención de obtener un indicador de la imagen que los usuarios tienen de la enfermería y por tanto, se decide mantenerla al igual que el resto de ítems de la categoría 8.

Este dato nos indica que a pesar de que los usuarios consideran en un 93% que la enfermera ocupa un lugar importante en el equipo, esto puede deberse a que es el

colectivo que más tiempo pasa con los pacientes, y no a que consideren a la enfermera como profesional independiente y con competencias propias. Esto debe hacernos pensar acerca de la imagen social que reflejamos. En el estudio realizado por Pedre et al[48], se muestra como a pesar de que la mayoría de los participantes, aún reconociendo nuestra faceta independiente y el trabajo en equipo, finalmente considera que quien nos supervisa y coordina, quien nos organiza y vigila continúa siendo un médico. Y aunque a nivel de dirección de los hospitales, la dirección de enfermería y la de medicina se encuentran en una posición horizontal la una con respecto a la otra, en los comportamientos cotidianos la enfermería participa activamente en su propia opresión o subordinación[19], de manera consciente o inconsciente, aceptando y permitiendo que se considere a las enfermeras "las chicas para todo", que se menosprecie el cuidado en detrimento del tratamiento médico y asumiendo tareas dispersas que podrían ser desarrolladas por personal poco cualificado que hubiese sido entrenado para ello[49].

Medina, en su libro *Deseo de cuidar, voluntad de poder*[11], identifica que la enfermera sólo se siente reconocida como miembro de pleno derecho en los equipos de salud si muestra un comportamiento deferente hacia el médico y preserva la estructura jerárquica. Esa cultura de sumisión es reforzada, por la imagen de los medios de comunicación[50], por las universidades[11], y por el propio grupo de enfermeras que muchas veces aísla a los miembros que se proponen hacer un buen trabajo profesional que incluye ir más allá de la mera técnica.

Resulta curioso que esta actitud de subordinación no es tan marcada en los enfermeros de sexo masculino, que establecen relaciones más igualitarias con los médicos, marcan más los límites y se hacen valer más. Además los enfermeros buscan lugares de trabajo en los que la técnica y el manejo de aparatos estén más presentes[51] y ocupan en mayor número puestos de poder[52].

Esto nos lleva a reflexionar acerca de dónde estamos y pensar en estrategias que nos hagan avanzar y de las cuales nosotras mismas debemos ser constructoras.

Continuando con el análisis de las valoraciones realizadas por los participantes, podemos decir que las preguntas a las que los 30 sujetos han contestado, independientemente de si están satisfechos o no con la actuación de la enfermera, son preguntas que tienen en común el ser concisas y claras en el lenguaje, cortas y directas. Además, se corresponden con acciones que todos los pacientes asocian con el rol y la labor que se espera socialmente de la enfermera (la rapidez en la atención, un trato amable y delicado) y concretamente en una situación de crisis vital como puede ser un

ingreso hospitalario (que esté preparada para actuar como es debido, que tenga conocimientos lo cual se refleja en un sentimiento de seguridad y confianza en los pacientes). Estas preguntas son: 4, 18, 20, 26, 27, 29, 35 y 36 del primer cuestionario y las hemos mantenido en el nuevo.

En segundo lugar, en relación con los análisis de frecuencias realizados, quisiera comentar brevemente las diferencias encontradas entre los grupos. La percepción de los cuidadores familiares, como se refleja en los resultados, no es tan positiva como la de los pacientes, esto puede deberse a que la hospitalización suele provocar una separación del paciente de su entorno familiar, las familias son olvidadas en el ámbito sanitario y no debemos perder de vista que los cuidadores familiares son fundamentales para el bienestar de los pacientes[53], por lo que debemos integrarlos en el cuidado, respetarlos y cuidarlos en la medida de las posibilidades, más aún cuando colaboran en el cuidado terapéutico con la enfermería, asumen responsabilidades que deberían ser nuestras y son un soporte afectivo vital para el enfermo.

Quisiera destacar la pregunta 31, que pretende conocer si la enfermera incluye a los familiares en el cuidado, pues mi experiencia me dice que no es así en muchas ocasiones. La puntuación tan alta por parte de los familiares en esta pregunta me hace pensar que no se ha comprendido la intención con la que se hacía, buscaba conocer si se instruye a los familiares para que posteriormente éstos estén capacitados para cuidar en el domicilio, no si se les incluye en el cuidado para disminuir la carga de trabajo de la enfermera. Por tanto, se ha reformulado la pregunta en el nuevo cuestionario.

En cuanto a las diferencias entre el grupo de agudos y el de crónicos, comentar que las preguntas que han sido valoradas de manera mucho más positiva en crónicos tienen que ver con la inclusión de la familia en el cuidado y con la autonomía de decisión de la enfermera. Las personas con patología crónica, más habituadas a recibir cuidados en el hospital debido a recaídas y complicaciones de la enfermedad, tienen un mayor conocimiento de lo que es la profesión enfermera[48].

Con respecto al ítem 20, las personas con patología aguda, en su mayoría intervenidos quirúrgicamente dan puntuaciones más positivas a la pregunta relativa al dolor, coincidiendo con otros estudios que afirman que es una de las principales preocupaciones del postoperatorio de las personas sometidas a una cirugía[46,47]. Teniendo en cuenta esto, hemos comprobado que el 90% de los pacientes operados consideró que la enfermera estuvo atenta a la aparición del dolor para administrarle medicación.

Como se refleja en los resultados, los participantes de la zona rural, han dado puntuaciones considerablemente más elevadas al cuidado de enfermería. En este caso las respuestas pueden estar sesgadas, ya que se presenta una excesiva tendencia a la derecha, que suele ser habitual cuando se trata de evaluar a profesionales y sobretodo, sucede en la evaluación de las personas de la zona rural porque a menudo enfermeras y pacientes o familiares se conocen previamente, son vecinos, amigos, coinciden en otros espacios fuera del hospital… y resulta difícil separar los sentimientos de la materia evaluada[45]. Seguramente la atención sea mucho más cercana como se comenta en las preguntas abiertas, el hecho de conocerse hace que las enfermeras se comporten de manera más cariñosa y sean mucho más comunicativas, atentas y cercanas con los pacientes como puede verse en las preguntas 12, 16, 22 y 24 que han sido muy bien valoradas por los pacientes de la zona rural.

Por último, comentaremos algunas reflexiones surgidas en relación con el análisis cualitativo y cuantitativo de las preguntas abiertas.

Lo más importante para la mayoría de los pacientes ha sido el trato como cuidado humanizado, se repite en varias ocasiones la palabra “amabilidad”, pero ¿qué hay detrás de esa amabilidad?, encontramos expresiones que hablan de “la sensación de estar en buenas manos”, de la paciencia, del cariño recibido por parte de las enfermeras. En una sociedad en la que prima el individualismo, la curación por encima de todo, la alta tecnología y las prisas por llegar a todo que se nos exige como enfermeras, mantener actitudes humanas que se centren en la persona y en las relaciones interpersonales y no en la enfermedad son necesarias. Como dice Collière, el tratar nunca puede sustituir al cuidar, deben ser complementarios, pues serán necesarios los cuidados emocionales para aliviar, confortar y mantener las fuerzas para combatir la enfermedad[55], por eso cuando preguntamos a nuestros pacientes qué es lo más importante responden que ser tratados con humanidad y todo lo que ello incluye, porque somos seres vivos y los cuidados estimulan y mantienen la vida.

Evidentemente, recibir el tratamiento adecuado para su proceso es importante para las personas (en segundo lugar), pues el sistema sanitario como cualquier otro proveedor de servicios tiene como objetivo resolver el problema por el que acuden sus usuarios. No obstante, hay una importante diferencia entre hacerlo de una manera humanizada teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de la persona que de una manera despersonalizada.

A pesar de que el cuidado humanizado es lo más importante para los pacientes, también se quejan de que no siempre se da con la frecuencia que debería, la disponibilidad, presencia cuidadora de la enfermera y la falta de información se echa en falta en el cuidado cotidiano, que es sustituido por la prisa en la atención. En algunos estudios encontramos que las enfermeras reconocen los beneficios de una atención humanizada para los pacientes, incluso para ellas mismas, pues es vivificante, pero reconocen que pesa más la falta de tiempo, la inseguridad por sentirse poco preparadas y la comodidad [1,54].

La queja por la falta de identificación de una persona de referencia durante el ingreso y el hecho de que la pregunta 6, ¿la enfermera se presentó diciéndole su nombre? Sea la que más cantidad de respuestas negativas ha tenido, potencia en muchas ocasiones un sentimiento de despersonalización del cuidado. En la anterior investigación que realicé sobre el CI, me llamó la atención también este hecho, pues está demostrado que tener una enfermera de referencia mejora la relación enfermera-paciente, da seguridad y tranquilidad al usuario, sobretodo en el momento del ingreso. Además, presentarse permite a los trabajadores reafirmarse como personas y profesionales[1].

Para finalizar, quisiera incluir una frase que un participante ha escrito en el cuestionario y que me parece que puede ayudar a animar a los profesionales a trabajar en el desarrollo de los cuidados más invisibles y en el desarrollo de conocimiento y reconocimiento.

“La humanidad, la amabilidad, el cariño, la delicadeza, la empatía, llegan donde no llegan los medicamentos”

Conclusiones

- El tamaño muestral reducido nos imposibilita establecer indicadores definitivos de fiabilidad y validez del cuestionario, debido a que el número de sujetos que han respondido a todas las preguntas con una valoración ha sido de 17. Para posteriores estudios del cuestionario este número debería ser de tres veces superior al número de ítems, es decir, 37 ítems x 3 = 111 sujetos. De esta manera nos permitiría realizar un análisis de la correlación entre los ítems más adecuado.

- La poca variabilidad de los valores de respuesta de la escala, únicamente 4, dificulta la aplicación de ciertas pruebas estadísticas porque comporta problemas de colinealidad. Por lo que se ha reelaborado el cuestionario con una escala Likert más amplia, de 5 posibilidades de respuesta.

- Las dimensiones extraídas de la tabla de "Varianza total explicada" no se corresponden con las dimensiones teóricas que planteamos en el marco conceptual a pesar de haber eliminado las variables que producían mayor multicolinealidad, debido a que las que se han mantenido también muestran una elevada correlación. Esto muy posiblemente tenga que ver con la escala Likert tan reducida que se ha empleado, seguramente el modelo de dimensiones previsto tendría una correspondencia mucho mayor si la escala fuese más amplia.

- El cuestionario es largo, por lo que se ha reestructurado de manera que se dé descanso a los sujetos que lo cumplimentan dividiendo las preguntas cerradas en tres bloques. Se plantea la necesidad de modificar ítems por la redundancia, confusión que producen o lenguaje poco claro. Resulta importante entregar los cuestionarios con la última carilla en blanco, pues en los casos en los que se ha impreso por las dos caras los sujetos han dejado en blanco en su mayoría el apartado de sugerencias.

Dificultades, limitaciones del estudio y propuestas

Son numerosas las dificultades con las que nos hemos encontrado en la realización de este estudio piloto, sin embargo, éstas nos servirán para aprender y mejorar en posteriores investigaciones sobre ésta u otras áreas de conocimiento.

Uno de los aspectos que habría que tener en cuenta, es el muestreo. En nuestro caso era de esperar que la recogida de información fuese difícil en estas fechas, por lo que el tamaño muestral que hemos obtenido ha sido pequeño. Además nos hemos encontrado con que las enfermeras de los centros de Atención Primaria, han expresado la dificultad para captar a los pacientes. Por un lado, resulta complicado en Centros de Salud urbanos, conocer qué pacientes han estado ingresados en los últimos meses, pues el programa informático no permite seleccionar esta opción y rastrear el cupo de pacientes de la enfermera para averiguar esto. No sucede lo mismo con los Centros de Salud rurales, donde la proximidad con los pacientes es mayor.

Por otro lado, ha resultado muy difícil que los pacientes cumplimentasen el retest, pues para ello había que hacerles volver al centro de salud unos 15 días después, en ocasiones, sólo con ese fin, o que la enfermera acudiese al domicilio.

Al tratarse de un estudio piloto el muestreo ha sido no probabilístico, lo cual nos impide obtener estimaciones precisas del error[39]. Por tanto, en siguientes ocasiones, convendría realizar si fuese posible un muestreo probabilístico que nos asegure la representatividad de la población y un tamaño muestral más elevado.

El proceso de captación de los participantes, para evitar dificultades en la recolección de datos posterior, puede realizarse a través de entrevista telefónica y así sería más fácil que las personas respondiesen al retest. Si se decidiese realizar sin retest, como sucede en algunas validaciones de cuestionarios de satisfacción, quizás sería mejor entregar los cuestionarios el mismo día del alta del paciente y que lo depositasen en una urna antes de abandonar el hospital. De esta manera seguiríamos evitando en gran parte el sesgo de deseabilidad social, al haber finalizado su estancia hospitalaria y no tener que entregarlo directamente a una enfermera una vez cumplimentado.

Los profesionales en general han sido receptivos frente al tema de investigación y parece lógico que los usuarios estén dispuestos a participar en un estudio en el que se pretende mejorar la atención que se les proporciona, por lo que sería aconsejable

realizar un grupo de discusión para contar con sus sugerencias sobre la mejor manera de recoger los datos para participantes y profesionales, en el que se pudiese además abordar necesidades de ambas partes en la administración y recepción de cuidados para enriquecer el cuestionario y los resultados.

En relación con la cumplimentación del cuestionario y posterior análisis de los datos, al disponer de una muestra tan pequeña, nos hemos encontrado con problemas a la hora de analizar la fiabilidad y validez del mismo. Además la respuesta "No sabe/No contesta" no la podemos considerar como una más en la escala Likert, pues el programa SPSS considera como sujetos perdidos los casos en los que se ha elegido esta opción. Por ello se propone repetir el estudio psicométrico con el cuestionario propuesto a partir de lo aprendido en este estudio piloto (anexo 6) y poder evaluar su comportamiento en nuestra población y en otras.

Igualmente, sería interesante abordar estudios que clarifiquen la relación entre las diferentes dimensiones de satisfacción, pues los usuarios no otorgan el mismo valor a todas las dimensiones sobre las que les hemos preguntado[5].

Para comprobar la validez de criterio, se recomienda comparar el cuestionario con un instrumento ya validado que se denomina Gold Standard[36] y que nos da garantías de que mide lo que deseamos medir. En nuestro caso, como hemos comentado, el estudio de la invisibilidad del cuidado todavía es emergente y no ha sido muy trabajado, por lo que no disponemos de una herramienta para una comparación exhaustiva de todos los ítems.

Bibliografía

1. Huércanos Esparza Isabel. El cuidado invisible: una dimensión de la profesión enfermera. Bibl LasCasas 2010; 6(1). [Edición digital] Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0510.pdf

2. Gordon NF, Franklin BA, Mitchell BS, Salmon RD, Adams LC. "High touch" vs. "High tech" implications for lifestyle interventions. Med Sci Sports Exerc. 2001; 33(5) Sup 1: 312.

3. Domínguez-Alcón Carmen. Sociología del cuidado. Enferm Clín 1999; 9(4): 174-181

4. Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. y Berry, L.L. SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of quality service. Journal of Retailing 1988; 64(1): 12-40.

5. Asociación Española para la Calidad. SERVQUAL: un instrumento para medir la calidad en los servicios.

6. Servicio Aragonés de Salud. Encuesta de opinión de los usuario de diversas áreas de atención sanitaria. Resultados 2009. Disponible en: http://portal.aragon.es/portal/page/portal/SAS/CIUDADANO/OPINION_USUARIOS/ENCUESTA%20USUARIOS%202009.pdf

7. Departamento de Salud. La opinión pública y el sistema de salud. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2000. Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/A039A7AE-67AD-43B8-88EF-04294B6B1406/146665/encuesta_salud_2000.pdf

8. Departamento de Salud. ¿Cómo estamos de salud 2000? 2ª parte: Encuesta de Salud 2000. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2002. Disponible en: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B31A650F-3952-4E42-A4C2-1439ED42F72D/146602/encuesta_salud_2000.pdf

9. De Michele Daniel. Debate sobre eutanasia. Bioética [Online]. 2001; 1(1): 1-10. Disponible en: http://www.bioetica.ecaths.com/archivos/bioetica/Eutanasia.pdf

10. Orkaizagirre Gómara Aintzane. La construcción de un equipo multidisciplinar sanitario desde la experiencia enfermera. Bibl LasCasas 2010; 6(1) [Edición digital] Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0517.php

11. Medina José Luis. Deseo de cuidar y voluntad de poder: la enseñanza de la enfermería. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2005

12. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (Boletín Oficial del Estado, num. 280, de 22-11-2003). Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf

13. Servicio Aragonés de Salud. Borrador de carrera profesional para diplomados sanitarios. 21 de septiembre de 2004. Disponible en: http://portal.aragon.es/portal/page/portal/SAS/PROFESIONAL/ACUERDO/LEGISLACION/BORRADOR+CARRERA+PROF+DIPLOMADOS_0.PDF

14. Serrano Del Rosal Rafael, Ranchal Romero Julia. La importancia e invisibilidad de las enfermeras en Atención Primaria de Salud. Index Enferm 2010; 19(1): 9-13.

15. García Bañón Ana Mª, Sainz Otero Ana, Botella Rodríguez Manuel. La enfermería vista desde el género. Index Enferm [Online] 2004 [Acceso 13 de agosto de 2010]; 13(46): 45-48. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009

16. Germán Bes Concha. Género y enfermería. Index Enferm [Online] 2004 [Acceso el 17 de agosto de 2010]; 13(46): 7-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200001

17. Collière MF. Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero. Notas de Enferm. 1991; 1: 53-66

18. Porter Beverly D., Sloan Rebecca S. Jean Watson. Filosofía y ciencia de los cuidados. En: Marriner Ann. Modelos y teorías de Enfermería. 1ª edición. Barcelona: ediciones ROL; 1989. p.140-147.

19. Lunardi Valéria, Peter Elisabeth, Gastaldo Denise. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. Enferm Clin 2006; 16(5): 268-274.

20. Medina José Luis. La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes Psicopedagogía; 1999

21. Egurza Irene, Notivol Pilar. La enfermería en la asistencia sanitaria al anciano. Anal Sist Sanit Nav [Online] 1999 [Acceso 13-02-2010]; 22(1). Disponible en: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple10.html

22. Báez Hernández Francisco Javier, Nava Navarro Vianet, Ramos Cedeño Leticia, Medina López Ofelia M. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichán [Online] 2009 [Acceso 6 de julio de 2010]; 9(2): 127-134. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es

23. Bautista Luz Marina. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Aquichán. 2008; Año 8-8(1): 74-84.

24. Collière MF. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 1997

25. Rivera Álvarez Luz Nelly y Triana Álvaro. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. Actualizaciones en Enfermería [Online] 2007 [Acceso 12 de febrero de 2010]; 10(4): 15-21. Disponible en: http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20ENFERMERIA%20VISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf

26. Sanguillo Antolín Milagros. Humanización y responsabilidad de los cuidados de enfermería en una unidad de enfermería urológica. ENFURO. 2006; 99: 15-20.

27. Fajardo Trasobares Mª Esther, Germán Bes Concha. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. Index Enferm 2004; 13(46): 9-12

28. Germán Bes Concha y Hueso Navarro Fabiola. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. Congreso virtual Invescom. Granada, 22 de mayo de 2010. Fundación Index

29. Waldow Regina Vera. Nuevas ideas sobre el cuidado. Aquichán. 2008, 8(1): 85-96.

30. Larson Patricia. Oncology patients` and profesional nurses perceptions of important nursecaring behaviors. University of California, San Francisco; 1981

31. Alvis T, Moreno M, Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002. Pg: 207-216

32. Gómez Ramírez Olga Janneth, Daza C. Luis Antonio, Zambrano Caro Vladimir Mauricio. Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional. Av. Enferm. 2008, XXVI (1): 85-96.

33. Ley Orgánica 5/1992,de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal (BOE, número 262, de 31-10-92) [Online] Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/1992/10/31/pdfs/A37037-37045.pdf

34. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, número 298, de 14-12-1999). [Online] Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf

35. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15-11-2002). [Online] Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf

36. Arribas Martín MC. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Prof 2004; 5(17): 23-29.

37. Centro de estudios de opinión. El cuestionario. Rev Electrónica La sociología en sus escenarios [Online] 2005 [Acceso 3 de julio de 2010]; 11: 1-79. Disponible en: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/1696/1345

38. Cárdenas Jiménez Olga Liliana, Castro Herrera Adriana Milena, Guevara Rojas Elsy Jinneth, Rojas Cifuentes Lisseth Alejandra. Estudio piloto de la validación del cuestionario Care-Q para medir la satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. [Trabajo de Grado]; 2008

39. Navas Ara Mª José. Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica. Madrid: UNED; 2001

40. Hueso Navarro Fabiola. El manejo inefectivo del régimen terapéutico en los pacientes que acuden a consulta de enfermería de crónicos en Navarra. Bibl LasCasas 2005; 1. [Edición digital] Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0013.pdf

41. Poblete Troncoso Margarita, Valenzuela Suazo Sandra. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm 2007; 20(4). 499-503

42. García Calvente Mª del Mar. Cuidados de salud, género y desigualdad. Comunidad PACAP [editorial] 2002; 5. Disponible en: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/editorial.pdf

43. Departamento de Salud. Conjunto Mínimo Básico de Datos, Comunidad Autónoma de Aragón [Online]. Gobierno de Aragón; 2002. Disponible en: http://portal.aragon.es/portal/page/portal/INF_SANITARIA/SIS/CMBD2001.PDF

44. García de Yébenes Mª Jesús, Rodríguez Salvánes Francisco, Carmona Ortells Loreto. Validación de cuestionarios. Reumatol Clín 2009;5(4): 171-177

45. Llanos Zavalaga Fernando, Rosas Aguirre Ángel, Mendoza Requena Daniel, Contreras Ríos Carlos. Comparación de las escalas Likert y Vigesimal para la evaluación de satisfacción de atención en un hospital del Perú. Rev Med Hered 2001;12(2): 52-57.

46. Fernández Galinski DL, Gordo F, López Galera S, Pulido C, Real J. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. Rev Soc Esp Dolor 2007;1:3-8.

47. López Soriano Francisco, Bernal Lucía. El dolor agudo en nuestros hospitales: un problema de gestión. Rev Calidad Asistencial 2005;20:43-44.

48. Pedre Seoane Myriam, Pita Barral Mª Carmen, Valiño Pazos Cristina. Imagen social de la enfermería: un vistazo al espejo público. ENFURO 2004; 89:32-33.

49. Cano-Caballero Gálvez. Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio. Index Enferm 2004; 13(46): 34-39.

50. Heierle Cristina. La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: la prensa escrita. Index Enferm [edición digital] 2009 [Acceso el 15 de junio de 2010]; 18(2): 95-98. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n2/6945.php

51. Celma Vicente Matilde, Acuña Delgado Ángel. Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. Rev Antropol Experimental [Edición digital] 2009 [Acceso 27 de agosto de 2010];9 (Texto 9): 119-136. Disponible en: http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2009/09celma09.pdf

52. Agencia. Las mujeres sanitarias dicen que tienen "más barreras" para ascender en su profesión. Diario de Navarra [Edición digital]. 2010 marzo 4. Sección Navarra. Disponible en: http://www.diariodenavarra.es/20100304/navarra/las-mujeres-sanitarias-dicen-tienen-barreras-ascender-profesion.html?not=2010030413564695&idnot=2010030413564695&dia=20100304&seccion=navarra&seccion2=politica&chnl=10

53. Quero Aurora. Los cuidados no profesionales en el hospital: la mujer cuidadora. Enferm Clín 2003;13(6):318-356.

54. Cibanal L, Siles J, Arce MC, Domínguez JM, Vizcaya F, Gabaldón E. La relación de ayuda es vivificante, no quema. Cul Cuid 2001; V(10): 88-99.

55. Collière Mª Françoise. Cuidar…asegurar el mantenimiento y continuidad de la vida. Index Enferm 1996;18: 9-14.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado para los participantes

Anexo 2: Borrador del cuestionario para la revisión por parte de las expertas

Anexo 3: Cuestionario definitivo para la realización de la prueba piloto

Anexo 4: Tablas y gráficos de los resultados

Anexo 5: Informe de los evaluadores de campo

Anexo 6: Nuevo cuestionario sobre la percepción del cuidado invisible

Anexo 1

Estudio Enfermero para medir la percepción de la calidad profesional del cuidado invisible proporcionado por el personal de enfermería

Estimado/a Sr/Sra.:

Recientemente usted ha sido hospitalizado/a, pedimos su colaboración para tratar de mejorar la atención que se le ofrece en el hospital por el colectivo de enfermería. Para ello, le solicitamos que dedique unos minutos a responder a este sencillo cuestionario.

Su aportación resulta muy valiosa para nosotros.

Solo en el caso de que la persona que ha sido hospitalizada no se encuentre en condiciones de contestar, puede hacerlo el familiar o persona más allegada.

Podrá observar que en las preguntas se hace referencia a "la enfermera", con este término nos referimos en general a las enfermeras, enfermeros y auxiliares que le han atendido. Como suele haber diferencia entre las personas, piense en lo que es "habitual" en el trato recibido por enfermeras, enfermeros, y auxiliares. NO por médicos y médicas. Al final de las preguntas puede añadir cualquier cosa que desee.

Debe elegir una respuesta de estas cinco:

1= Raras veces

2= A veces

3= Con bastante frecuencia

4= Con mucha frecuencia

5= No sabe o no contesta (NS- NC)

Garantizamos que la participación en este estudio es completamente anónima.

Al tratarse de un cuestionario que debe validarse, necesitaremos que cumplimente el cuestionario en dos ocasiones espaciadas entre sí por 15 días aproximadamente. Usted y su enfermera podrán acordar el mejor momento para realizarlo.

Muchas gracias por su colaboración.

Isabel Huércanos Esparza

Cualquier duda no duden en llamarme al tfno.: 692130869

Anexo 2

Estimado/a Sr/Sra.:

Pedimos su colaboración para tratar de mejorar la atención que se le ofrece en el hospital por el colectivo de enfermería. Para ello, le solicitamos que dedique unos minutos a responder a este sencillo cuestionario.

Su aportación resulta muy valiosa para nosotros.

Las preguntas, aunque se refieran a "la enfermera", queremos englobar con esta palabra tanto a enfermeras, como enfermeros y auxiliares de enfermería.

Las respuestas pueden ser estas cinco:

1= Raras veces
2= A veces
3= Con bastante frecuencia
4= Con mucha frecuencia
5= No sabe o no contesta

Muchas gracias por su colaboración.

Cuestionario para medir la percepción de la calidad del cuidado invisible de enfermería (PCCIE)

- ¿Cuál es su edad? _____ ¿Cuál fue el motivo del ingreso?_____
- Marque con una X: Mujer___ Hombre___
- Rodee con un círculo la respuesta que estime oportuna para cada pregunta

Preguntas	Valoración					Clara	Confusa	Sugerencias
	Rara vez	A veces	Bastante	Mucho	NS/NC			
P1. ¿La enfermera se preocupa por su estado incluso cuando la situación más grave ya ha pasado?	1	2	3	4	5			
P2. Aunque no sea su enfermera de referencia en ese turno ¿se preocupa por su estado y evolución?	1	2	3	4	5			

Preguntas	Valoración					Clara	Confusa	Sugerencias
	Rara vez	A veces	Bastante	Mucho	NS/NC			
P3. ¿La enfermera acude a comprobar como está usted aunque no haya sido llamada?	1	2	3	4	5			
P4. ¿La enfermera atiende rápido cuando se le llama?	1	2	3	4	5			
P5. ¿Considera que la enfermera le dedica tiempo?	1	2	3	4	5			
P6. ¿La enfermera le anima para que avise si necesita algo o tiene algún problema?	1	2	3	4	5			
P7. ¿La enfermera se presenta diciéndole su nombre?	1	2	3	4	5			
P8. ¿La enfermera se ha mostrado dispuesta a aclararle las dudas que haya podido tener usted durante su proceso?	1	2	3	4	5			
P9. ¿La enfermera le ha proporcionado información adecuada de modo que le ha tranquilizado?	1	2	3	4	5			
P10. ¿Se ha sentido animado/a por la enfermera?	1	2	3	4	5			
P11. ¿La enfermera se ha interesado por su estado de ánimo?	1	2	3	4	5			
P12. ¿La enfermera ha dispuesto momentos y/o espacios para hablar sobre temas que le preocupan o interesan sobre su proceso, con usted y/o su familia?	1	2	3	4	5			
P13. ¿Ha sentido que la enfermera en algún momento ha tratado de ponerse en su lugar para comprender la situación por la que usted está pasando o ha pasado?	1	2	3	4	5			
P14. ¿Utiliza la enfermera para dirigirse a usted un lenguaje comprensible?	1	2	3	4	5			
P15. ¿Se ha sentido acompañado por la enfermera durante su estancia hospitalaria?	1	2	3	4	5			
P16. ¿Se sienta la enfermera cerca de usted para hablar?	1	2	3	4	5			
P17. ¿Se ha sentido confortado por la enfermera cuando lo ha necesitado?	1	2	3	4	5			
P18. ¿La enfermera le ha atendido con delicadeza?	1	2	3	4	5			
P19. ¿Ha tenido la enfermera detalles como ofrecerle una taza de té o café, una revista,…?	1	2	3	4	5			

Preguntas	Valoración					Clara	Confusa	Sugerencias
	Rara vez	A veces	Bastante	Mucho	NS/NC			
P20. ¿La enfermera está atenta de administrarle la medicación cuando tiene dolor?	1	2	3	4	5			
P21. ¿La enfermera cuida el entorno de la habitación haciéndolo confortable, si usted no se encuentra bien para que esté más cómodo o pueda descansar?	1	2	3	4	5			
P22. ¿La enfermera realiza otro tipo de acciones para disminuir el dolor, la fiebre, la inflamación, vómitos, (…) cuando la medicación no es efectiva o no es posible proporcionarle más medicación por el momento?	1	2	3	4	5			
P23. ¿La enfermera procura preservar su intimidad en momentos como el aseo u otros que puedan resultarle comprometidos?	1	2	3	4	5			
P24. ¿La enfermera le enseña acciones (cómo tomar la medicación, dieta, ejercicio, etc.) para prevenir la recaída de la enfermedad o para llevar un manejo de la enfermedad adecuado en su domicilio?	1	2	3	4	5			
P25. ¿Considera que el cuidado de enfermería es de calidad?	1	2	3	4	5			
P26. ¿Considera que la enfermera ocupa un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atienden?	1	2	3	4	5			
P27. ¿La enfermera se encarga de coordinar las acciones del resto de profesionales para que se le administre una atención apropiada?	1	2	3	4	5			
P28. ¿La enfermera sabe como actuar en cada momento?	1	2	3	4	5			
P29. ¿La enfermera tiene un papel autónomo en la atención a los pacientes?	1	2	3	4	5			
P30. ¿La enfermera ha involucrado a su familia en su cuidado?	1	2	3	4	5			
P31. ¿La enfermera ha tenido en cuenta a su familia y su situación durante el ingreso, cuidando también de ellos de alguna manera?	1	2	3	4	5			
P32. ¿Considera que la enfermera ha sido sincera con usted durante su proceso de enfermedad?	1	2	3	4	5			
P33. ¿La enfermera ha procurado preservar su intimidad al darle información delicada?	1	2	3	4	5			

P34. ¿La enfermera ha sido amable con usted en su ingreso en el hospital?	1	2	3	4	5			

Le pedimos un último esfuerzo, por favor, desde su experiencia en el hospital, en cuanto a la atención recibida por el personal de enfermería durante su ingreso:

- ¿Cuántas veces ha sido hospitalizado?
- ¿Hace cuánto tiempo de la última vez?
- ¿Cuánto duró su estancia en el hospital?
- Qué ha sido lo más importante para usted:
- Qué ha sido lo que más ha echado en falta:
- Qué ha sido lo peor en cuanto a la atención que ha recibido:
- ¿Recuerda el nombre el alguna enfermera/o o auxiliar? ¿Por qué?
- ¿Está satisfecho/a con el médico/a que le ha atendido?

Observaciones tras la revisión:

Anexo 3

Fecha:_____ Iniciales del paciente/familiar:_____

Cuestionario para medir la percepción de la calidad del cuidado invisible de enfermería

Contesta el cuestionario: Paciente_____ Cuidador/a familiar____ Parentesco con el paciente_____
Fecha de nacimiento_____ Mujer___ Hombre___ Ciudad_____
Servicio en el que estuvo ingresado _____Mes del último ingreso_____
¿Cuánto duró su estancia en el hospital?_____ ¿En qué hospital?_____
Motivo del ingreso _____Enfermedad principal _____

Valore de 0 a 10, rodeando con un círculo, la satisfacción que tiene con respecto a la atención que ha recibido de las enfermeras a lo largo de su vida:

0_____1_____2_____3_____4_____5_____6_____7_____8_____9_____10

Rodee con un círculo la respuesta que estime oportuna para cada pregunta con respecto a su última experiencia hospitalaria.

RECUERDE: SOLO PERSONAL DE ENFERMERIA –NO MEDICOS o MEDICAS-

Usamos el femenino pero incluye a enfermeros y celadores

EJEMPLO

P3. ¿La enfermera acude a comprobar cómo estaba usted aunque no la hubiera llamado?	1 2 3 (4) 5

Preguntas	Rara vez	A veces	Bastante	Mucho	NS/NC
P1. ¿Se preocupaba por cómo se encontraba incluso cuando la situación más grave ya había pasado?	1	2	3	4	5
P2. Aunque no era su enfermera de referencia en ese turno ¿se preocupaba por su situación?	1	2	3	4	5
P3. ¿Acudía a comprobar cómo estaba usted aunque no la hubiera llamado?	1	2	3	4	5
P4. ¿Le atendió con rapidez cuando la llamó?	1	2	3	4	5
P5. ¿Considera que la enfermera le dedicó el tiempo adecuado que usted necesitó?	1	2	3	4	5
P6. ¿La enfermera se presentó diciéndole su nombre?	1	2	3	4	5
P7. ¿Le dijo como avisar si necesitaba algo o tenía algún problema?	1	2	3	4	5
P8. ¿Se mostró dispuesta a aclararle las dudas que le surgieron durante el ingreso?	1	2	3	4	5
P9. ¿Intentó tranquilizarle dándole la información que usted necesitaba en un momento dado?	1	2	3	4	5

Preguntas	Rara vez	A veces	Bastante	Mucho	NS/NC
P10. ¿Le dio ánimos cuando los necesitó?	1	2	3	4	5
P11. ¿Se interesó por su estado anímico?	1	2	3	4	5
P12. ¿Le dedicó momentos y/o espacios para hablar sobre temas que le preocupan o interesan sobre su proceso, con usted y/o su familia?	1	2	3	4	5
P13. ¿Ha sentido que la enfermera en algún momento ha tratado de ponerse en su lugar para comprender la situación por la que usted estaba pasando?	1	2	3	4	5
P14. ¿Utilizó la enfermera un lenguaje comprensible para dirigirse a usted?	1	2	3	4	5
P15. ¿Se ha sentido acompañado por la enfermera,o durante su estancia hospitalaria?	1	2	3	4	5
P16. ¿Se sentó cerca de usted para hablar?	1	2	3	4	5
P17. ¿Se sintió reconfortado cuando lo necesitó?	1	2	3	4	5
P18. ¿Le atendió con delicadeza?	1	2	3	4	5
P19. ¿Le ofreció una taza de té o café, zumo, una revista, etc., o le preguntó si necesitaba algo?	1	2	3	4	5
P20. ¿Estuvo atenta para administrarle la medicación cuando tuvo dolor?	1	2	3	4	5
P21. ¿Procuró que el entorno de la habitación fuera confortable, para facilitarle comodidad y descanso?	1	2	3	4	5
P22. ¿Le tuvo en cuenta, haciéndole preguntas y escuchándole? (sobre su proceso, sus gustos, sus costumbres, etc.)	1	2	3	4	5
P23. ¿Realizó otro tipo de acciones para disminuir el dolor, la fiebre, la inflamación, vómitos, (…) cuando la medicación no era efectiva o no era posible proporcionarle más medicación?	1	2	3	4	5
P24. ¿Procuró preservar su intimidad durante el aseo?	1	2	3	4	5
P25. ¿Le enseñó algunas pautas (cómo tomar la medicación, dieta, ejercicio, etc.) para prevenir la recaída de la enfermedad o para llevar un manejo de la enfermedad adecuado en su domicilio?	1	2	3	4	5
P26. ¿Se siente satisfecho/a con el cuidado que las enfermeras,os le han dado?	1	2	3	4	5
P27. ¿Considera que la enfermera,o ocupa un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron?	1	2	3	4	5

P28. ¿Se encargó de coordinar las actividades del resto de profesionales (médicos, trabajadores sociales, auxiliares, celadores, …) para que se le administrara una atención apropiada?	1	2	3	4	5
Preguntas	Rara vez	A veces	Bastante	Mucho	NS/NC
P29. ¿Supo cómo actuar en cada momento?	1	2	3	4	5
P30. ¿Cree que la enfermera tomó sus propias decisiones para cuidarle mejor?	1	2	3	4	5
P31. ¿Procuró que su familia participara en su cuidado?	1	2	3	4	5
P32. ¿Tuvo en cuenta a su familia y su situación durante el ingreso, cuidando también de ellos de alguna manera?	1	2	3	4	5
P33. ¿Considera que la enfermera fue sincera con usted durante su proceso de enfermedad?	1	2	3	4	5
P34. ¿Procuró preservar su intimidad al darle información delicada?	1	2	3	4	5
P35. ¿Fue amable con usted en su ingreso en el hospital?	1	2	3	4	5
P36. ¿Tiene usted confianza y seguridad en las enfermeras,os que le han atendido?	1	2	3	4	5

Le pedimos un último esfuerzo, por favor, desde su experiencia en el hospital, en cuanto a la atención recibida por el personal de enfermería durante su ingreso

¿Qué ha sido lo más importante para usted?

¿Qué ha sido lo que más ha echado en falta?

¿Qué ha sido lo peor en cuanto a la atención que ha recibido?

¿Recuerda el nombre el alguna enfermera/o o auxiliar? ¿Por qué?

¿Está satisfecho/a con el médico/a que le ha atendido?

Finalmente, díganos cosas para mejorar la atención del personal de enfermería (puede escribir por detrás de la hoja)

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 4

Tablas y gráficos de los resultados:

Tabla 1. Estadístico descriptivo de edad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	30	19	89	59,77	18,448
N válido (según lista)	30				

Gráfico 1. Distribución de la muestra por rangos de edad

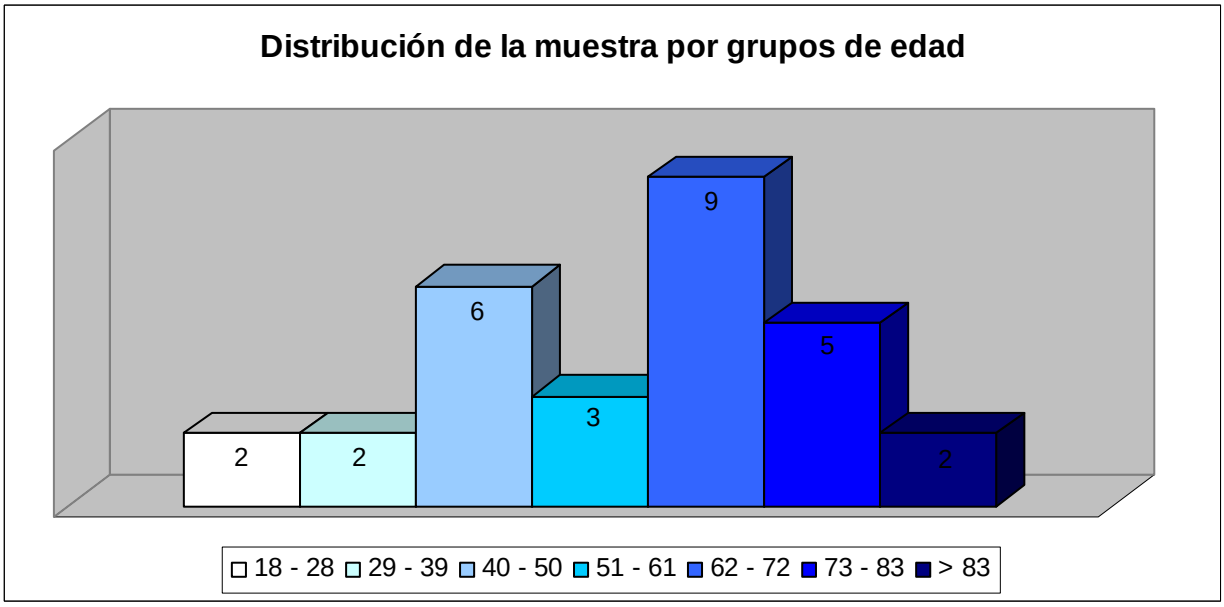

Gráfico 2.

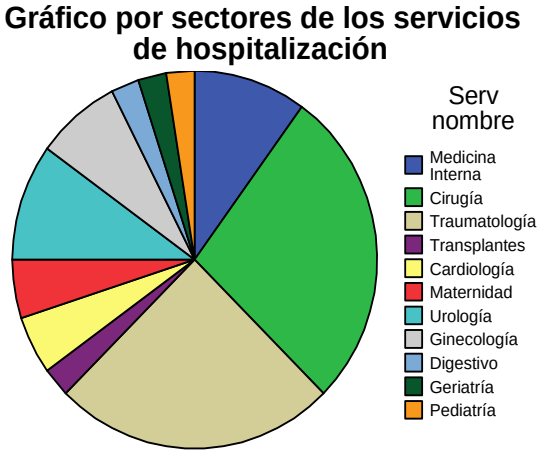

Tabla 2. Variables con tolerancia 0

Modelo		Estadísticos de colinealidad Tolerancia
1	V15 P2	0,000
	V16 P3	0,000
	V17 P4	0,000
	V18 P5	0,000
	V23 P10	0,000
	V25 P12	0,000
	V26 P13	0,000
	V27 P14	0,000
	V28 P15	0,000
	V32 P19	0,000
	V33 P20	0,000
	V34 P21	0,000
	V35 P22	0,000
	V36 P23	0,000
	V38 P25	0,000
	V39 P26	0,000
	V42 P29	0,000
	V43 P30	0,000
	V45 P32	0,000
	V47 P34	0,000

a. Variables predictoras en el modelo: (Constante), V49 P36, V44 P31, V19 P6, V48 P35, V46 P33, V31 P18, V29 P16, V30 P17, V14 P1, V41 P28, V24 P11, V22 P9, V37 P24, V40 P27, V21 P8, V20 P7

b. Variable dependiente: TOTAL

Tabla 3. Análisis de Kaiser-Meyer-Olkin y prueba de esfericidad de Bartlett

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		**0,759**
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	241,919
	gl	120
	Sig.	**0,000**

Tabla 4. Tabla de comunalidades de las variables que quedan bien explicadas por el modelo

Comunalidades

	Inicial	Extracción
V14 P1	1,000	0,779
V19 P6	1,000	0,749
V20 P7	1,000	0,895
V21 P8	1,000	0,775
V22 P9	1,000	0,649
V24 P11	1,000	0,730
V29 P16	1,000	0,735
V30 P17	1,000	0,735
V31 P18	1,000	0,689
V37 P24	1,000	0,776
V40 P27	1,000	0,799
V41 P28	1,000	0,687
V44 P31	1,000	0,962
V46 P33	1,000	0,662
V48 P35	1,000	0,653
V49 P36	1,000	0,890

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 5. Varianza total explicada

Varianza total explicada

	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
Componente	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	9,316	58,225	58,225	9,316	58,225	58,225	5,600	34,999	34,999
2	1,631	10,197	68,421	1,631	10,197	68,421	4,452	27,828	62,827
3	1,217	7,605	76,026	1,217	7,605	76,026	2,112	13,200	76,026
4	0,773	4,829	80,855						
5	0,704	4,399	85,254						
6	0,623	3,897	89,151						
7	0,509	3,183	92,333						
8	0,396	2,474	94,807						
9	0,239	1,493	96,300						
10	0,176	1,102	97,402						
11	0,140	0,877	98,278						
12	0,110	0,685	98,963						
13	0,069	0,433	99,396						
14	0,054	0,336	99,732						
15	0,027	0,166	99,898						
16	0,016	0,102	100,000						

Tabla 6. Componentes rotados

Matriz de componentes rotados(a)

	Componente		
	1	2	3
V14 P1	0,633	0,600	-0,134
V19 P6	-0,046	0,858	0,102
V20 P7	0,615	0,717	0,050
V21 P8	0,583	0,626	0,206
V22 P9	0,593	0,502	0,213
V24 P11	0,658	0,473	0,270
V29 P16	0,403	0,494	0,573
V30 P17	0,687	0,304	0,412
V31 P18	0,719	0,354	0,218
V37 P24	0,391	0,650	0,448
V40 P27	0,617	0,581	-0,284
V41 P28	0,336	0,694	0,304
V44 P31	0,020	0,048	0,980
V46 P33	0,663	0,464	0,079
V48 P35	0,806	-0,053	0,011
V49 P36	0,898	0,220	0,186

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.
a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

Tabla 7. Estadísticos total-elemento (Alfa de Cronbach total si se elimina el ítem)

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se eleimina el elemento
V14 P1	45,84	125,585	0,750	0,858	0,942
V19 P6	46,74	127,538	0,499	0,684	0,949
V20 P7	45,74	121,982	0,891	0,957	0,939
V21 P8	45,89	121,766	0,852	0,938	0,939
V22 P9	46,05	123,053	0,772	0,817	0,941
V24 P11	46,16	127,585	0,816	0,922	0,941
V29 P16	46,79	122,064	0,740	0,891	0,942
V30 P17	46,11	123,877	0,759	0,867	0,942
V31 P18	45,74	129,094	0,761	0,871	0,942
V37 P24	45,95	124,386	0,797	0,947	0,941
V40 P27	45,32	130,339	0,676	0,916	0,944
V41 P28	46,00	125,222	0,735	0,808	0,942
V44 P31	45,74	137,094	0,285	0,941	0,951
V46 P33	45,89	126,988	0,749	0,848	0,942
V48 P35	45,47	134,263	0,492	0,779	0,947
V49 P36	45,58	126,702	0,796	0,917	0,941

Tabla 8. Coeficiente de correlación intraclase

Coeficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase(a)	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	0,524	0,369	0,716	18,641	18	270	0,000
Medidas promedio	0,946	0,903	0,976	18,641	18	270	0,000

Modelo de efectos aleatorios de dos factores en el que tanto los efectos de las personas como los efectos de las medidas son aleatorios.

a. Coeficientes de correlación intraclase de tipo C utilizando una definición de coherencia, la varianza inter-medidas se excluye de la varianza del denominador.

b. El estimador es el mismo, ya esté presente o no el efecto de interacción.

Anexo 5

INFORME DE LOS EVALUADORES DE CAMPO:

Aplicación del Pilotaje en el Estudio sobre Calidad Percibida del Cuidado Invisible.

- Reclutamiento: En una Comunidad Autónoma donde los pacientes de mueven con facilidad ha sido difícil el reclutamiento fuera del hospital. Parece más lógico que se haga en el hospital.
- La obtención de un segundo test por parte de los mismos pacientes, resulta difícil para los pacientes que tienen que regresar al centro por ese único motivo o para las enfermeras que deben de acudir al domicilio.
- El hecho de que exista poco tiempo entre una entrevista y otra, también influye, los pacientes intentan más recordar lo que contestaron en la entrevista anterior que realmente su recuerdo en relación con la experiencia vivida.
- Convendría incluir una pregunta para valorar el resultado o resolución del problema de salud que motivó el ingreso, ya que esto influye en la percepción de los pacientes sobre el cuidado recibido.
- Hay preguntas que se corresponderían más con respuestas de tipo Sí/No.
- Incluir al "celador" como miembro del colectivo de enfermería, en el caso de Madrid, ha sido vivido de manera negativa. Los celadores aquí o participan del trabajo con los enfermeros, tienen un gran enfrentamiento y no aporta gran cosa. Proponemos eliminar este término.
- La valoración general de la atención recibida por enfermería a lo largo de la vida de los participantes, tiene que ver más con Atención Primaria que con ingresos hospitalarios.
- En el área rural, algunas de las preguntas no quedan claras a pacientes de edad elevada.

Anexo 6

*Fecha:*_____ *Iniciales del paciente/familiar:*_____

Cuestionario para medir la percepción de la calidad del cuidado invisible de enfermería

Contesta el cuestionario: Paciente_____ Cuidador/a familiar____

Nivel de estudios de la persona que responde al cuestionario, marque con una X:

Sin estudios titulados_____ Primarios_____ Secundarios_____ Universitarios____

En caso de ser usted familiar de la persona ingresada, por favor responda a estas preguntas con sus datos personales:

Edad_____ Parentesco con el paciente_____

Marque con una X: Mujer_____Hombre_____

Datos referentes al paciente:

Fecha de nacimiento_____

Marque con una X: Mujer___ Hombre___

Ciudad de residencia_____ ¿En qué hospital ha estado ingresado/a?_____

Servicio en el que estuvo ingresado _____Mes del último ingreso_____

¿Cuánto duró su estancia en el hospital?_____

Motivo del ingreso _____ ¿Tiene usted alguna otra enfermedad?_____

Valore de 0 a 10, rodeando con un círculo, la satisfacción que tiene con respecto a la atención que ha recibido de las enfermeras a lo largo de su vida:

0_____1_____2_____3_____4_____5_____6_____7_____8_____9_____10

Marque con una X la respuesta que estime oportuna para cada pregunta con respecto a su última experiencia hospitalaria.

RECUERDE: SOLO PERSONAL DE ENFERMERIA –NO MEDICOS o MEDICAS-

Usamos el femenino pero incluye a enfermeros y auxiliares hombres

EJEMPLO

P3. ¿Acudía a comprobar cómo estaba usted aunque no la hubiera llamado?
Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre X Siempre □

P1. ¿Se preocupaba por cómo se encontraba incluso cuando la situación más grave ya había pasado? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P2. Aunque no era su enfermera de referencia en ese turno ¿se preocupaba por su situación? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P3. ¿Acudía a comprobar cómo estaba usted aunque no la hubiera llamado? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P4. ¿Le atendió con rapidez cuando la llamó? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P5. ¿Considera que la enfermera le dedicó el tiempo adecuado que usted necesitó? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P6. ¿Le dijo como avisar si necesitaba algo o tenía algún problema? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P*7. ¿Se mostró dispuesta a aclararle las dudas que le surgieron durante el ingreso?* Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P8. ¿Intentó tranquilizarle dándole la información que usted necesitaba en un momento dado? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P9. ¿Le dio ánimos cuando los necesitó? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P10. ¿Le dedicó momentos y/o espacios para hablar sobre temas que le preocupan o interesan sobre su proceso, con usted y/o su familia? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P11. ¿Ha sentido que la enfermera en algún momento ha tratado de ponerse en su lugar para comprender la situación por la que usted estaba pasando? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P12. ¿Utilizó la enfermera un lenguaje comprensible para dirigirse a usted? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □

P13. ¿Se ha sentido acompañado por la enfermera,o durante su estancia hospitalaria? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P14. ¿Se sentó cerca de usted para hablar? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P15. ¿Se sintió reconfortado cuando lo necesitó? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P16. ¿Le atendió con delicadeza? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P17. ¿Le ofreció una taza de té o café, zumo, una revista, etc., o le preguntó si necesitaba algo? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P18. ¿Estuvo atenta para administrarle la medicación cuando tuvo dolor? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P19. ¿Procuró que el entorno de la habitación fuera confortable, para facilitarle comodidad y descanso? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P20. ¿Le tuvo en cuenta, haciéndole preguntas y escuchándole? (sobre su proceso, sus gustos, sus costumbres, etc.) Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
*P21. ¿Realizó otro tipo de acciones para disminuir el dolor, la fiebre, la inflamación, vómitos, (…) cuando la medicación no era efectiva o no era posible proporcionarle más medicación? ¿Cuales?*_____ Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P22. ¿Procuró preservar su intimidad durante el aseo? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P23. ¿Le enseñó algunas pautas (cómo tomar la medicación, dieta, ejercicio, etc.) para prevenir la recaída de la enfermedad o para llevar un manejo de la enfermedad adecuado en su domicilio? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P24. ¿Se encargó de coordinar las actividades del resto de profesionales (médicos, trabajadores sociales, auxiliares, celadores,…) para que se le administrara una atención apropiada? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □

P25. ¿Supo cómo actuar en cada momento? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P26. ¿Cree que la enfermera tomó sus propias decisiones para cuidarle mejor? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P27. ¿Procuró que su familia participara en su cuidado, enseñándoles lo necesario de cara al alta? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P28. ¿Tuvo en cuenta a su familia y su situación durante el ingreso, cuidando también de ellos de alguna manera? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P29. ¿Considera que la enfermera fue sincera con usted durante su proceso de enfermedad? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P30. ¿Procuró preservar su intimidad al darle información delicada? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □
P31. ¿Fue amable con usted en su ingreso en el hospital? Nunca □ Casi nunca □ A veces □ Casi siempre □ Siempre □	*No se entiende* □ *No procede* □

A continuación, aparecen una serie de preguntas para que conteste Sí o No según la experiencia que usted haya tenido durante su ingreso. Además si desea hacer alguna apreciación puede escribirla en la línea que hay debajo de cada pregunta.

P32. ¿La enfermera se presentó diciéndole su nombre la primera vez que le atendió? Sí □ No □ _____
P33. ¿Se siente satisfecho/a con el cuidado que las enfermeras,os le han dado? Sí □ No □ _____
P34. ¿Considera que la enfermera,o ocupa un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron? Sí □ No □ _____
P35. ¿Tiene usted confianza y seguridad en las enfermeras,os que le han atendido? Sí □ No □ _____
P36. ¿Está satisfecho/a con la manera en que se ha resuelto el problema de salud que motivó su ingreso? Sí □ No □ _____
P37. ¿Está satisfecho con el médico/a que le ha atendido? Sí □ No □ _____

Le pedimos un último esfuerzo, por favor, desde su experiencia en el hospital, en cuanto a la atención recibida por el personal de enfermería durante su ingreso

P38. ¿Qué ha sido lo más importante para usted?

P39. ¿Se han cumplido las expectativas que usted tenía sobre las enfermera/os que le han atendido o a habido algo que ha echado en falta?

P40. ¿Qué ha sido lo peor en cuanto a la atención recibida?

P41. ¿Recuerda el nombre de alguna enfermera/o o auxiliar?
Si es así, ¿Cuál es el motivo?

P42. Finalmente, díganos cosas para mejorar la atención de enfermería (puede escribir por detrás de la hoja)

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN