

COMENTARIOS A ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Percepción de pacientes y profesionales de Cuidados Intensivos sobre los factores estresantes durante el ingreso en la unidad. Método mixto

Perception of Intensive Care patients and staff on stress factors during admission on the Unit. Mixed Method

Abuatiq A. Patients' and health care providers' perception of stressors in the intensive care units. *Dimens Crit Care Nurs*. 2015;34:205-214.

Resumen

Antecedentes: Es importante describir los factores estresantes percibidos por los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI), para poder garantizar un cuidado holístico y poder eliminarlos. También es fundamental un *feedback* a los proveedores de cuidados de salud para que puedan garantizar el bienestar de los pacientes en las unidades de críticos.

Objetivo: Los objetivos del estudio son, en primer lugar, investigar la percepción que tienen los pacientes de los factores estresantes en las UCI; en segundo lugar, estudiar la percepción que tienen los proveedores de cuidados de salud sobre lo que puede estresar a los pacientes en las UCI; y en tercer lugar describir cómo los proveedores de cuidados de salud manejan los factores de estrés de sus pacientes.

Diseño: Estudio mixto de investigación. La parte cuantitativa replica el estudio de Cornock's del año 1998, pero no solo incluye enfermeras en su muestra, sino que amplía al resto de proveedores de cuidados de salud de las UCI. La parte cualitativa consta de un estudio fenomenológico y describe cómo los proveedores de cuidados de salud manejan los factores de estrés de los pacientes en las UCI. La teoría de Lazarus y Folkman constituyen la base para integrar todas las variables recogidas en el estudio.

Tamaño de la muestra: La muestra estuvo constituida por 70 pacientes y 70 proveedores de cuidados

de salud. Una vez que consintieron aceptar en el estudio se les pasó una batería de preguntas sobre datos demográficos y el cuestionario en papel *Enviromental Stressors graphic data form questionnaire* (ESQ). Los datos se recogieron de manera anónima mientras duraba el ingreso.

Resultados: El presente artículo solo muestra la parte cuantitativa del estudio. El análisis descriptivo de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS®. Los 3 ítems del cuestionario más puntuados por los pacientes fueron: sentir dolor, incapacidad para dormir y las preocupaciones económicas. Según los proveedores de cuidados de salud los ítems más puntuados fueron: sentir dolor, incapacidad para comunicarse y falta de control sobre uno mismo. La puntuación en la escala para conocer la percepción del estrés fue más elevada en los profesionales que en los pacientes.

Implicaciones para la práctica: La información que aporta el estudio puede ayudar al equipo de las unidades de intensivos a cambiar y rediseñar el ambiente en las UCI para crear un ambiente menos estresante.

Comentario

Eliminar los factores estresantes en las unidades de críticos es un área de cuidados fundamental en el que los profesionales sanitarios llevan tiempo interesados^{1,2}. Para ello es de vital importancia identificar cuáles son las principales preocupaciones que tienen los pacientes durante su ingreso y si son percibidas de la misma manera por los distintos profesionales garantes de sus cuidados.

La percepción del estrés es un fenómeno complejo que requiere ser abordado por diferentes disciplinas para conocerlo de manera holística. De esta manera cuando nos aproximamos a la investigación en cuidados disponemos de 2 metodologías complementarias que estudian la complejidad utilizando diferentes herramientas y estrategias. Nos referimos a la metodología cuantitativa y cualitativa. Con la metodología cuantitativa podemos utilizar diversos instrumentos de medida que nos cuantifican el nivel de estrés y las principales áreas de la persona afectada. Pero es a través de la metodología cualitativa como podemos

recoger la experiencia vivida tanto de los profesionales como de los pacientes. Recogemos con sus propias palabras cuál ha sido su percepción de los factores estresantes durante su ingreso en una unidad de críticos. Cuando combinamos ambas metodologías nos estamos refiriendo a los métodos mixtos de investigación³.

En el presente artículo se ha querido abordar la complejidad de determinar los factores estresantes para los pacientes y profesionales con los métodos mixtos de investigación. Pero los métodos mixtos tienen una metodología compleja cuyas premisas hay que cumplir para poder combinarlos. La principal es definir qué método de los 2 es el más importante. Es decir, si lo cualitativo va a servir para esclarecer un fenómeno que es más numérico o al contrario, si una cuantificación del fenómeno nos va a servir para esclarecer un fenómeno más explicativo o descriptivo. De esto se deduce la segunda premisa importante para combinar métodos y es la necesidad de presentar de manera integrada los resultados de ambas metodologías. En este caso, el autor presenta los datos cualitativos y cuantitativos en artículos separados. Ante esta situación habría que plantearse si realmente es un estudio mixto en el que se combinan 2 metodologías para poder entender el fenómeno de la percepción de los factores estresantes por parte de los propios pacientes y de los proveedores de cuidados de salud, o son 2 estudios diferentes, pero que están relacionados. Si son 2 estudios diferentes, el autor tendría que haber hablado de un estudio multimétodo. En el que ambas partes, la cuantitativa y la cualitativa, tienen el mismo peso, y podrían presentarse de manera separada⁴.

El autor aún no ha publicado el resultado del estudio fenomenológico, por lo que nos falta información para decantarnos por un método u otro. Pero si hacemos caso a la principal premisa de los métodos mixtos de integrar los resultados de los 2 métodos, claramente habría un error al definir el diseño del estudio.

Otra característica fundamental de los métodos mixtos es que en el diseño del estudio hay que definir los 2 métodos a utilizar⁴. En este caso en la parte cualitativa solo dice que hace un estudio fenomenológico, pero no especifica si es hermenéutico o simplemente descriptivo.

Sigamos evaluando, por tanto, la metodología del estudio. El autor refiere que la parte cuantitativa del estudio es una réplica de un estudio realizado por Cornock en el año 1998⁵, salvo en la elección de los profesionales que no solo escoge profesionales de enfermería, sino que además recluta a médicos, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, trabajadores sociales y dietistas. El tamaño muestral es el mismo que en el estudio de Cornock, eligió 70 pacientes y 70 proveedores de cuidados de salud (de los que la mayoría son profesionales de enfermería). Refiere haber seleccionado una muestra de conveniencia, esto quiere decir que no se han elegido de manera aleatoria. ¿Qué problemas se derivan de la muestra no aleatoria? Esto deriva en un sesgo de selección de los participantes del estudio. Se han podido seleccionar los más o menos graves, los más participativos, etc. Lo que hace el azar es que equilibra las diferencias y homogeneiza la muestra. Con la ausencia de aleatorización, tampoco podemos hacer inferencia y extrapolar a otra población los resultados del estudio.

Variables importantes como ingresos previos en la UCI, los días de estancia que llevan ingresados, la cantidad y el tipo de sedación recibida o la gravedad de los pacientes no se han tenido en cuenta a la hora de explorar el fenómeno. Hubiese sido interesante haber evaluado estas diferencias y estudiar si la percepción de estrés hubiese sido la misma. Podríamos partir de la hipótesis de que a mayor número de días de ingreso, mayor sería la percepción del estrés o que a mayor gravedad mayor percepción de factores estresantes. El ESQ fue cumplimentado por los pacientes durante el ingreso, lo que supone que los pacientes tuvieran una buena orientación y que no fueran sometidos a un periodo prolongado de sedación e intubación. Esto no refleja la totalidad de los pacientes que ingresan en la UCI, por lo tanto, los resultados no son extrapolables o todos los pacientes que ingresan en las UCI. Esto se podía haber evitado como estamos comentando, con la aleatorización de los participantes del estudio.

Los proveedores de cuidados percibían el ambiente de la UCI mucho más estresante que los propios pacientes. Esto puede estar relacionado con las variables que acabamos de mencionar. La experiencia de los profesionales les puede llevar a apreciar más factores estresantes que los pacientes que hayan tenido un primer y corto ingreso en la UCI.

En relación al instrumento de medida utilizado, está muy bien explicado en la metodología cómo puntúa la escala y cómo se utiliza. Lo que refiere el autor es que el instrumento original, ESQ, puntuaba en una escala Likert de 1 a 5, y la que utiliza el autor en el artículo puntúa de 0 a 4. Nos falta información para saber si utilizó una versión validada y adaptada en la que se produjeran estas modificaciones, o por el contrario si nos encontramos con una modificación de la escala por parte del autor, lo que supondría una invalidez de los resultados porque no se ha utilizado el instrumento tal y como se debiera.

El análisis de los datos es un análisis descriptivo sencillo y bivalente relacionando diferentes variables con la puntuación total de la escala ESQ. En la única variable que parece haber diferencias en la percepción del estrés por parte de los pacientes es cuando tienen un familiar acompañando y cuando no. Mostrando mayores niveles de estrés cuando están solos.

Los 3 ítems del cuestionario más puntuados por los pacientes fueron: sentir dolor, incapacidad para dormir y preocupaciones económicas. Según los proveedores de cuidados de salud los ítems más puntuados fueron: sentir dolor, incapacidad para comunicarse y falta de control sobre uno mismo. Sería interesante si en nuestro entorno cultural, donde el acceso al sistema sanitario es gratuito obtendríamos resultados semejantes y/o comparables.

Estudios de este tipo son necesarios en nuestro entorno sanitario para poder aplicar unos cuidados más humanizados y adaptados a las necesidades de cada paciente. Establecer una buena comunicación e informar al paciente de las rutinas de la UCI puede hacer bajar su nivel de estrés y proporcionar un buen descanso tan importante para su recuperación. Tan importante es el control de los factores estresantes en las UCI, que ya numerosos estudios están identificando estrés postraumático en personas ingresadas en unidades de críticos⁶.

Bibliografía

1. Novaes MAFP, Knobel E, Bork AM, Pavão OF, Nogueira-Martins LA, Ferraz MB. Stressors in ICU: Perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Med.* 1999;25:1421–6.
2. Granja C, Lopes A, Moreira S, Dias C, Costa-Pereira A, Carneiro A. Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Crit Care.* 2005;9:R96–109.
3. Cano Arana A, González Gil T, Palmar Santos A, Luengo González R. Diferentes aproximaciones de investigación en salud: metodología cuantitativa y cualitativa. *Educare* 21 [revista en internet]. 2008 Jun [consultado 7 Sep 2014]. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com.proxy1.athensams.net/revistas/educare/articulo/470251/>
4. Tashakkori A, Teddlie C, editores. *Handbook of Mixed Methods in social and behavioural research*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003.
5. Cornock M. Stress and the intensive care patient: Perceptions of patients and nurses. *J Adv Nurs.* 1998;27:518–27.
6. Morrissey M, Collier E. Literature review of post-traumatic stress disorder in the critical care population. *J Clin Nurs.* 2016;25:1501–14.

Alejandra Cano Arana, RN, MsC.
Investigadora en salud independiente,
Las Palmas de Gran Canaria,
Las Palmas, España