



## ORIGINAL

# La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción<sup>☆</sup>

M. Romero-García<sup>a,\*</sup>, L. de la Cueva-Ariza<sup>b</sup>, C. Jover-Sancho<sup>a</sup>, P. Delgado-Hito<sup>b</sup>, B. Acosta-Mejuto<sup>a</sup>, M. Sola-Ribo<sup>a</sup>, C. Juandó-Prats<sup>a</sup>, M.T. Ricart-Basagaña<sup>a</sup> y N. Sola-Sole<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

<sup>b</sup> Escuela Universitaria de Enfermería, Departamento de Enfermería Fundamental y Médico-quirúrgica, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 20 de septiembre de 2012; aceptado el 28 de septiembre de 2012

Disponible en Internet el 29 de noviembre de 2012

### PALABRAS CLAVE

Satisfacción del paciente;  
Percepción;  
Cuidados críticos;  
Unidades de cuidados intensivos;  
Investigación cualitativa;  
Investigación en enfermería

### Resumen

**Introducción:** El grado de satisfacción es un indicador fundamental de la calidad asistencial. Existen numerosos instrumentos que miden la satisfacción con los cuidados enfermeros, aunque no responden a la realidad del paciente crítico ni a nuestro contexto.

**Objetivos:** Explorar y comprender la satisfacción de los pacientes ingresados en Cuidados Intensivos de un hospital nivel III con los cuidados enfermeros, para definir e identificar las dimensiones del concepto de satisfacción desde su punto de vista.

**Material y métodos:** Estudio cualitativo según la teoría fundamentada en 3 unidades de Cuidados Intensivos de 34 boxes individuales. Muestreo teórico. La muestra, tras la saturación de datos, fue de 19 participantes. La recogida de datos fue a través de la entrevista en profundidad y diario de campo. Análisis de contenido según teoría fundamentada. Se siguieron los criterios de rigor de Guba y Lincoln. Informe favorable del comité de ética del centro y consentimiento informado.

**Resultados:** Emergen 4 categorías: definición y dimensiones del concepto de satisfacción, expectativas y vivencias. Los participantes incluyen en su definición de satisfacción las dimensiones: competencias profesionales, cuidados humanos, técnicos y continuados. La combinación de estos elementos produce sentimientos de seguridad, tranquilidad, estar vigilado, sentirse persona, percibiendo una relación cercana y de confianza con la enfermera que realiza cuidados individualizados.

**Conclusiones:** La definición y las dimensiones del concepto de satisfacción desde el punto de vista del paciente muestran los aspectos importantes para la persona además de clarificar sus dimensiones, permitiendo la construcción de instrumentos más acordes con el contexto y su percepción real.

© 2012 Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

<sup>☆</sup> Premio SEEIUC a la mejor comunicación oral presentada en el XXXVIII Congreso Nacional de la SEEIUC celebrado en Santander 10-13 de junio de 2012.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mromero@santpau.cat](mailto:mromero@santpau.cat) (M. Romero-García).

**KEYWORDS**

Patient satisfaction;  
 Perception;  
 Nursing care;  
 Critical care;  
 Qualitative research;  
 Nursing research

## Perception of the critical patient on nursing cares: an approach to the concept of satisfaction

**Abstract**

*Introduction:* Level of satisfaction is a key indicator of quality of care. There are many tools that measure satisfaction with nursing care, however they do not respond to the reality of the critical care patient or to our context.

*Objectives:* To define and to identify the dimensions of the satisfaction of patients admitted to the intensive care unit of a tertiary hospital with nursing cares and to define and identify the dimensions of the concept of satisfaction from their point of view.

*Material and methods:* A qualitative research study was conducted according to the Grounded Theory Method in three Intensive Care Units with 34 individual boxes, with theoretical sampling. Nineteen patients remained after data saturation sampling. Data collection was obtained through recorded in-depth interviews and field logbook. Contents analysis was made according to the Grounded Theory. Guba and Lincoln rigor's criteria were followed. There was a favorable report from the Hospital's Ethics Committee and informed consent was obtained from the patients.

*Results:* Four categories were found: The definition and dimensions of the satisfaction concept, expectations and life experiences. The participants included the following dimensions in their satisfaction definition: professional competences, human, technical and continuous cares. The combination of these elements produces feelings of security, calmness, being monitored, feeling like a person, perceiving a close relationship and trustfulness with the nurse who performs the individualized cares.

*Conclusions:* The definition and dimensions of satisfaction concept from the patient's point of view show the important aspects of the person and also clarify their dimensions, allowing the construction of tools more in line with the context and real perception.

© 2012 Elsevier España, S.L. and SEEIUC. All rights reserved.

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud reconoce que la opinión del usuario está relacionada con el principio de participación del consumidor. Si el objetivo principal de la prestación de un servicio sanitario es el usuario, es necesario conocer su opinión y su grado de satisfacción al respecto, para ajustar en todo lo posible el servicio ofertado a sus necesidades reales, expectativas y prioridades<sup>1</sup>. La Unión Europea en su *Libro blanco de la salud* (2008-2013) argumenta que es fundamental la participación de los ciudadanos como valor fundamental. Actualmente, la atención sanitaria se centra cada vez más en el paciente y es más individualizada, de modo que el paciente ha dejado de ser mero objeto de la atención sanitaria para convertirse en sujeto activo de la misma<sup>2</sup>. También el Plan de salud de Cataluña 2010, en su tercer eje de acción, expresa que la atención sanitaria ha de estar orientada a las necesidades de salud y engloba buena parte de las propuestas destinadas a ofrecer servicios de salud de calidad<sup>3</sup>.

La satisfacción del usuario en relación con la atención sanitaria recibida ha sido conceptualizada de diferentes maneras que han ido evolucionando a lo largo del tiempo. En las décadas de los años setenta y ochenta, el concepto de satisfacción del usuario se concebía desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, decidiendo ellos mismos sobre los elementos que satisfacían en mayor medida a los usuarios. En este sentido, algunos autores afirman que tradicionalmente los profesionales sanitarios han asumido que sabían qué satisfacía a sus clientes sobre la base de

los estándares y las valoraciones profesionales, pudiendo o no coincidir con las prioridades de los pacientes. De esta manera, la opinión del paciente sobre lo que realmente le satisfacía se desconocía<sup>4,5</sup>. Sin embargo, desde la década de los años noventa, la manera de entender y de medir la satisfacción del usuario cambia radicalmente, centrándose en el usuario y en sus expectativas reales<sup>1</sup>. Todo ello ha dado lugar a una proliferación de estudios sobre el tema que nos ocupa. Esto se debe, en parte, al nuevo enfoque de la asistencia sanitaria denominado «cuidados centrados en los pacientes», en el que el papel del usuario adquiere mayor protagonismo<sup>4-6</sup>. En la actualidad, el consumidor de los servicios sanitarios se ha convertido en el principal elemento para elevar la calidad de estos servicios, convirtiéndose su grado de satisfacción en el indicador fundamental de calidad asistencial<sup>5,7,8</sup>.

En esta línea, otros autores han señalado la importancia de introducir el análisis de la satisfacción del usuario con los servicios de salud como complemento de otras actividades de control de calidad<sup>9</sup>. Estudios recientes recomiendan que la satisfacción del paciente con la atención sanitaria deba de ser considerada como un mediador entre las percepciones de los pacientes sobre la calidad y sus futuras intenciones de volver a utilizar el servicio, o recomendar el hospital a la familia y amigos<sup>10-12</sup>.

No obstante, el concepto de la satisfacción con los servicios sanitarios es complejo, ya que está relacionado con una gran variedad de factores, como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro, los valores del individuo y de la sociedad. Una de las

principales dificultades del análisis de la satisfacción radica justamente en la indeterminación de este concepto que resulta, por una parte, de una naturaleza subjetiva y, por otra, de una naturaleza contextual<sup>8</sup>. En esta línea, diversos estudios presentan la satisfacción como un fenómeno que viene determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y, por lo tanto, su definición varía según el contexto social y la multidimensionalidad de las experiencias previas relacionadas con ella<sup>1,8,13</sup>.

Por otro lado, los estudios ponen de manifiesto que la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros es el aspecto que mejor predice la satisfacción con la hospitalización<sup>14-18</sup>, siendo el principal componente en el mantenimiento y rehabilitación de su salud<sup>15,19</sup>. En consecuencia, la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros se ha convertido en un determinante clave de la calidad de la atención hospitalaria<sup>10,20</sup>. En el ámbito de los cuidados enfermeros, algunos autores defienden que la satisfacción del paciente con el cuidado enfermero es el grado de congruencia entre las expectativas del paciente sobre los cuidados enfermeros ideales y su opinión sobre los cuidados enfermeros que realmente recibe<sup>5,14,15,21-23</sup>. Si entendemos que el objetivo principal de la prestación de un servicio sanitario es el paciente, se hace imprescindible conocer su opinión y su nivel de satisfacción al respecto, para poder ajustar en todo lo posible el servicio ofertado a sus necesidades reales, expectativas y prioridades. Por ello, el análisis de los discursos de los pacientes, ayudará a evidenciar actitudes y situaciones que de otra forma, serían difícilmente conocidas<sup>1</sup>.

El interés de los profesionales enfermeros por conocer el nivel de satisfacción de los usuarios con los cuidados se ve reflejado en la proliferación de diferentes instrumentos de medida de esta, tanto en el ámbito internacional como nacional. De todas estas escalas cabe destacar, por su reconocimiento nacional e internacional y su validación, las siguientes: a) el Caring Assessment Instrument (CARE-Q), que tiene como finalidad la evaluación de la atención enfermera a partir de 50 preguntas agrupadas en 5 subescalas de comportamiento de la enfermera: accesible, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza y monitorea y hace seguimiento<sup>24-26</sup>; b) la LOPSS 12, que engloba 12 preguntas y estudia la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros<sup>27,28</sup> y que fue elaborada partir de la escala de satisfacción de 41 ítems de La Mónica et al.<sup>29</sup>; c) la Service Quality (SERVQUAL), que es una de las escalas más utilizadas en el sector servicios basada en el «paradigma de la disconformidad» (diferencias entre expectativas y percepciones del cliente) y utilizada para evaluar los cuidados en su versión reducida<sup>23,30-33</sup>, contiene 5 dimensiones: tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía (incluye 15 ítems para las percepciones y los mismos para las expectativas), y d) la Critical Care Patient Satisfaction Survey, que mide la satisfacción con los cuidados enfermeros a pacientes críticos y sus familiares a través de 43 ítems que incluyen dimensiones tales como: el arte de cuidar, la calidad técnica del cuidado, el entorno físico, la disponibilidad, la continuidad del cuidado, la promoción de la autonomía del paciente y la educación al paciente o familia<sup>14</sup>.

A pesar del número no despreciable de instrumentos que miden el grado de satisfacción del usuario con los cuidados enfermeros, la carencia de una definición generalmente aceptada y de una teoría subyacente para definir la medida se refleja en la diversidad de acercamientos adoptados por los estudios que pretenden evaluarla, con la variabilidad en las dimensiones del cuidado medido, con la falta de consistencia entre la satisfacción y las variables medidas y, finalmente, la dificultad de comparar dichos estudios<sup>4,6</sup>. Esto puede ser explicado por el hecho de que el concepto satisfacción tiene un significado diferente para cada uno de forma individual (placer, confianza, felicidad...), por lo tanto, cualquier evaluación será completamente subjetiva<sup>14,17</sup>. La satisfacción del paciente es una actitud que en su mayor parte tiene que ver con el estado emocional y está influenciada por la información que reciben los pacientes y la evaluación de los servicios que ellos admiten. Según diversos autores, los determinantes más importantes de la satisfacción del paciente son los aspectos técnicos y los interpersonales<sup>15,17,34</sup>. Cuando estos aspectos técnicos del cuidado son óptimos, el usuario va focalizando y dando más importancia a los interpersonales<sup>17</sup>. Otros autores, tras analizar las publicaciones sobre los elementos de la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros, determinaron que los aspectos más relevantes de dicho concepto son: la relación interpersonal, la competencia profesional, la accesibilidad y la disponibilidad, el tiempo dedicado al usuario, la eficacia, la continuidad, el entorno físico y la información administrada<sup>35</sup>. Es destacable, además, la relación descrita en diversos estudios entre las variables sociodemográficas de los pacientes, especialmente la edad y el sexo, con un mayor o menor nivel de satisfacción<sup>4,8,19,35</sup>.

Por otro lado, gran parte de los instrumentos utilizados para medir la satisfacción de los usuarios con los cuidados enfermeros no se han traducido a nuestro idioma, ni validado en nuestro entorno sanitario-social-cultural. Igualmente, de los instrumentos validados de que disponemos, ninguno de ellos es específico para valorar la satisfacción percibida de los pacientes con el cuidado enfermero, en unidades tan complejas y especializadas como las unidades de cuidados intensivos, no recogen las dimensiones importantes para el usuario, ni valoran en toda su extensión y de forma integral los cuidados enfermeros<sup>14,23,26</sup>. Tomando la satisfacción como una opinión de la calidad del cuidado que representa elementos específicos de dicha calidad, los cuales, en su mayoría están relacionados con las expectativas y los valores de los pacientes, es significativamente relevante conocer las dimensiones de la satisfacción desde la propia perspectiva de los pacientes críticos, ya que ni los instrumentos existentes ni los resultados cualitativos de los estudios publicados representan la multidimensionalidad del concepto de satisfacción en el contexto del cuidados intensivos y desde la visión (experiencia y vivencia) del propio paciente crítico.

En este sentido, algunos autores defienden la necesidad de crear una línea de investigación que se debe seguir en el futuro inmediato, que consistiría en la creación y validación de instrumentos de medida de estas percepciones y vivencias del paciente relacionadas con la satisfacción del cuidado enfermero y, por otro lado, la necesidad para las enfermeras e instituciones sanitarias de definir,

organizar, mejorar y evaluar los cuidados enfermeros mediante instrumentos válidos y fiables que permitan monitorizar la satisfacción del cliente con dichos cuidados, y consecuentemente, con la atención sanitaria en general<sup>1,11,35</sup>. Aunque las corrientes filosóficas de enfermería y de calidad asistencial de los cuidados tienen claramente definidos estos elementos y tienen en cuenta los valores de la persona en la atención enfermera, son diversos los autores que afirman que no se han interiorizado lo suficiente en la práctica asistencial, debido a factores relacionados con la cultura de la UCI, destacando el predominio del cuidado técnico frente al cuidado humano<sup>4,5</sup> y la organización centrada en facilitar el trabajo de los profesionales<sup>6</sup>. Los autores citan que ello conduce a la deshumanización de los cuidados, debido a que altera la integridad de la persona y viola su dignidad y autonomía, con el consiguiente riesgo de ser reducidos a objetos en lugar de sujetos<sup>5</sup>. Solamente escuchando las experiencias de los pacientes, las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados, ya que estamos convencidas de que las percepciones de los pacientes aportarán nuevos datos a una misma realidad<sup>14,26,36</sup> y permitirán conceptualizar la satisfacción del paciente crítico con los cuidados enfermeros de una forma renovada, novedosa y vanguardista, sobre todo por la dificultad, el desconocimiento o el poco hábito por parte de las organizaciones sanitarias en combinar las metodologías cualitativa y cuantitativa<sup>1,14,20,23,26,36,37</sup>, y además que represente la propia realidad de los usuarios (y no la de los profesionales). Podemos decir que nadie comprende más y mejor el punto de vista del paciente que el paciente mismo, por ello es necesario mirar a través de los ojos del paciente.

Esta investigación tiene como objetivo general explorar y comprender la satisfacción de los pacientes ingresados en una UCI polivalente de un hospital de nivel III en relación con los cuidados enfermeros. Como objetivos específicos se ha planteado: a) explorar las percepciones de los pacientes sobre los cuidados enfermeros recibidos durante su estancia en la UCI; b) identificar las dimensiones del concepto de satisfacción en base a su experiencia vivida, y c) conocer las expectativas de los pacientes sobre los cuidados enfermeros durante su estancia en la UCI.

## Material y métodos

### Diseño del estudio

El diseño de esta investigación es cualitativo y el método utilizado es la teoría fundamentada según la perspectiva de Strauss y Corbin<sup>38</sup>, que permite dar la oportunidad a los pacientes de explicar y predecir acontecimientos, ir más allá en la comprensión de una nueva manera de vida social, crear maneras nuevas de comprender el mundo y expresarlas teóricamente, hecho que proporcionará guías más útiles para la acción. Este método es de gran utilidad en la conceptualización y teorización de los fenómenos desde la propia vivencia y experiencia del paciente.

### Ámbito de estudio

El estudio se ha realizado en un hospital universitario de tercer nivel en el periodo comprendido entre enero del 2011

y abril del 2012. El contexto específico fueron 3 UCI (generales, cirugía cardíaca y coronaria) que están compuestas por un total de 34 boxes individuales y con una ratio enfermera/paciente de 1:2.

### Participantes y muestreo

Los participantes del estudio fueron los pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: a) pacientes mayores de 18 años; b) haber estado ingresado como mínimo 48 h en la UCI<sup>8,35</sup>; c) capaces de testimoniar su experiencia valorado a través del instrumento The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)<sup>39</sup>; d) Glasgow Coma Score de 15; e) más de 48 h de estancia en la UCI, orientado en tiempo, lugar y persona con CAM-ICU negativo; f) dar el consentimiento informado, y g) que pudiera expresarse, leer y escribir en uno de los 2 idiomas oficiales.

El muestreo ha sido teórico de tipo variación máxima (acumulativo y secuencial), hasta alcanzar la saturación teórica de los datos<sup>40</sup>. En un principio, se identificaron 9 perfiles sobre la base de los criterios estructurales de edad, tiempo de estancia en la UCI e información previa al ingreso en la UCI, pero a medida que se recogían los datos, se constató que el criterio sobre la información previa al ingreso en la UCI no influía en la percepción del paciente sobre su estancia en la UCI y se redujeron los perfiles de 9 a 7.

Para detectar a los posibles participantes, desde el ingreso del paciente en la UCI hasta su alta, se le pasó el CAM-ICU una vez al día y se valoraron el Glasgow Coma Score y el nivel de orientación. La valoración de los 2 últimos y su registro en la gráfica del paciente lo llevó a cabo la enfermera responsable del mismo en cada turno de trabajo. A los pacientes que no presentaron alteraciones cognitivas, delirio y estuvieron conscientes y orientados durante 48 h, se les pidió el consentimiento de manera verbal. Una vez dados de alta de la UCI y durante la primera semana (según las recomendaciones de diferentes autores<sup>35,41</sup>), se les solicitó el consentimiento escrito y se les informó del objetivo del estudio y de los aspectos metodológicos, la utilización de una grabadora audio, la duración de aproximadamente de una hora, así como la garantía del anonimato, la confidencialidad de los datos y la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier momento. Posteriormente, se acordaron el día, la hora y el lugar para la realización de la entrevista.

Los participantes finalmente fueron 19. En relación con sus características sociodemográficas, 6 de los pacientes eran mujeres y 13 hombres, con una edad media  $\pm$  desviación estándar de  $51,42 \pm 14,63$  años (mín. 24-máx. 77). El 47,4% tenía estudios universitarios y el 57,9% de ellos estaban casados. En cuanto a los aspectos clínicos, la estancia media en la UCI fue de  $13,58 \pm 15,91$  días (mín. 3-máx. 65); la media de horas de ventilación mecánica fue de  $140,68 \pm 258,79$  horas (mín. 0-máx. 960); el 15,8% de los pacientes estaban con medidas de aislamiento en la UCI, y el 78,9% no había tenido ingresos previos en la UCI.

### Técnicas de obtención de información

La principal técnica de recogida de datos fue la entrevista en profundidad y se realizó por 2 personas del equipo investigador que desempeñaron el rol de entrevistador y observador

(ninguna de ellas había atendido directamente a los pacientes entrevistados). Tuvo lugar en un ambiente tranquilo y confortable<sup>38,42-44</sup>. En el momento de la entrevista, se valoraron el CAM-ICU, el Glasgow, la orientación, la estabilidad la hemodinámica y respiratoria, y la ausencia de dolor incapacitante medido por escala de dolor EVA. En caso de que alguna de las anteriores valoraciones estuviera, alterada se acordó con el paciente otro día para la entrevista.

Como instrumentos de apoyo para la recogida de datos mediante la entrevista se utilizaron el diario de campo de los investigadores y la grabadora digital para facilitar y garantizar la fiabilidad de la transcripción de los datos. El diario de campo recogió diferentes tipos de notas a lo largo de todo el proceso: teóricas, personales, descriptivas/inferenciales y metodológicas. Finalmente, las fuentes documentales se utilizaron para recabar información sobre temas de interés surgidos y no previstos inicialmente.

La entrevista se realizó siguiendo las recomendaciones de Vallés<sup>44</sup>, tanto a nivel del procedimiento que se debe seguir como de los aspectos que se deben tener en cuenta en la relación entrevistador-participante. Se elaboró un guión específico a partir de los objetivos específicos del estudio. El guión fue modificado después de las 2 primeras entrevistas y adaptado en cada entrevista concreta teniendo en cuenta el nivel sociocultural del paciente entrevistado. Se inició la entrevista con unas preguntas generales, abiertas y no dirigidas, con el fin de facilitar la expresión de su experiencia en la UCI en relación con los cuidados enfermeros recibidos. Las preguntas iniciales fueron: «¿Me podría explicar con sus propias palabras qué significa para usted estar satisfecho con los cuidados enfermeros que ha recibido mientras estaba ingresado en la UCI?», «Póngame un ejemplo de un cuidado enfermero recibido en la UCI del que esté satisfecho y otro del que no lo esté» y «¿Cómo cree que debería ser un cuidado enfermero para que usted pueda decir que está satisfecho con él?». Durante la entrevista, se introdujeron otras preguntas relacionadas con el discurso de los participantes. Algunas de ellas fueron: «¿Qué factores o elementos han influido para que se sienta satisfecho o no con los cuidados enfermeros que ha recibido en la UCI?», «¿Cómo esperaba que hubieran sido los cuidados enfermeros que recibió en la UCI?», «¿Que cambiaría de los cuidados enfermeros que recibió en la UCI?» y «¿Cómo se ha sentido mientras las enfermeras lo cuidaban en la UCI?».

## Análisis de los datos

El análisis de los datos se ha realizado siguiendo el método de análisis de la teoría fundamentada. El microanálisis es un paso importante en la construcción de teoría fundamentada y consiste en un examen minucioso de los datos y en una interpretación de los mismos<sup>38,45</sup>. En primer lugar, se realizó una codificación abierta que nos permitió segmentar las transcripciones (entrevistas y diario de campo) en códigos, subcategorías, categorías y memos. En segundo lugar, una codificación axial, que consistió en relacionar las categorías a sus subcategorías y enlazar las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones. El proceso que se siguió para esta etapa fue: a) acomodar las propiedades de una categoría y sus dimensiones, tarea que comenzó durante la codificación abierta; b) identificar la variedad de

condiciones, acciones/interacciones y consecuencias asociadas con el fenómeno «satisfacción con los cuidados enfermeros»; c) relacionar una categoría con sus subcategorías por medio de oraciones que denotan las relaciones de una con otras, y d) buscar claves en los datos que denoten cómo se pueden relacionar las categorías principales entre sí. En tercer y último lugar, la codificación selectiva permitió integrar los conceptos en torno a una categoría central (satisfacción) y completar las categorías que necesitaron más refinamiento y desarrollo (conceptualización), reflejando la profundidad y la complejidad del pensamiento y obteniendo las fundamentaciones y la estructura inicial para construir una teoría. El programa informático utilizado para el análisis fue el Nvivo<sup>846</sup>.

## Criterios de rigor

Se siguieron los criterios de fiabilidad y autenticidad de Lincoln y Guba<sup>47</sup>, los criterios de Calderón<sup>48</sup> y los de la reflexión ética de Gastaldo y McKeever<sup>49</sup>, que implica la reflexividad, en cuanto a conciencia autocrítica de los investigadores de manera continua a lo largo de todo el proceso. Ello promueve la honestidad y la transparencia, aumenta la calidad y la validez, y estimula la creatividad, el crecimiento personal y la autoactualización. Se utilizó la triangulación de datos por los diferentes perfiles de los participantes y de los investigadores para el análisis. También se utilizó la estrategia de devolver la transcripción a los entrevistados para que validaran el contenido, pidiéndoles ampliar, si lo creían necesario, y se llevó al día un *audit trail* de todo el proceso de investigación mediante el diario de campo.

## Aspectos éticos

Se mantuvieron el anonimato y la confidencialidad de los participantes mediante la asignación de un código con números y letras<sup>35</sup>. Respecto a la ética del proceso de participación, los participantes de forma voluntaria accedieron a participar, previa información del tipo de estudio y de sus objetivos antes de que firmaran el consentimiento informado. Este proyecto obtuvo la autorización de la directora de enfermería del hospital y del comité de ética de investigación clínica (CEIC) de la institución, siguiendo las recomendaciones de Eisner (1998).

## Limitaciones del estudio

El estado físico y/o anímico, o la evolución desfavorable de los pacientes dados de alta de la UCI, causaron la pérdida de participantes por no encontrarse en condiciones de afrontar una entrevista en profundidad. El reclutamiento de participantes incluidos en los perfiles de edad avanzada y larga estancia en la UCI se dilató en el tiempo a causa de la baja incidencia y de los posibles participantes; la mayoría no fue capaz de afrontar una entrevista en profundidad al alta.

## Resultados

Los resultados que se presentan a continuación conforman una aproximación a la definición del concepto de satisfacción de los cuidados enfermeros recibidos y hacen referencia

a los diferentes componentes que la conforman, las dimensiones del concepto y las consecuencias de los cuidados vividos como satisfactorios. El muestreo teórico permitió inicialmente la identificación de diferentes perfiles de participantes; a lo largo del trabajo de campo alguno de ellos se modificó, ya que se evidenció que, independientemente de la edad, la cultura, la experiencia previa en la UCI y los días de estancia en la UCI, los participantes coinciden en identificar los elementos indispensables para considerar el cuidado como satisfactorio.

### Una aproximación al concepto de satisfacción

El análisis y la relación entre los códigos, las subcategorías y categorías han permitido la elaboración de una aproximación de definición del concepto de satisfacción tal y como ha sido expresada y vivida por los participantes del estudio. En este sentido, los pacientes ingresados en una UCI consideran que los cuidados enfermeros son satisfactorios cuando estos se caracterizan por la combinación humanística y científica, se dispensan de forma continuada y van dirigidos a proporcionar a los pacientes seguridad, bienestar y confianza. De esta manera, los resultados que se presentan a continuación hacen referencia a los diferentes componentes que conforman esta aproximación a la definición del concepto de satisfacción: las dimensiones del concepto y las consecuencias de los cuidados vividos como satisfactorios.

### Las dimensiones del concepto: teorizando sobre la satisfacción con los cuidados enfermeros

Las dimensiones que han emergido del discurso de los participantes engloban, por un lado, aspectos relacionados con el cuidado a la persona desde un punto de vista holístico, las formas de comunicación y la continuidad de los cuidados y, por otro lado, aspectos relacionados con los comportamientos profesionales de las enfermeras.

– *La visión holística de la persona.* Los participantes han manifestado que estar satisfechos con los cuidados enfermeros quiere decir que se han contemplado todos los aspectos biológicos o físicos, psicoemocionales y espirituales de la persona. La **tabla 1** muestra el sistema de codificación-categorización de esta dimensión del concepto de satisfacción.

En primer lugar, los participantes consideraron que los cuidados satisfactorios incluidos en la parte biológica o física de los cuidados son: la higiene e hidratación, la movilización, el control del dolor, las curas (heridas, catéteres, drenajes, etc.), la administración de medicación y la valoración del sueño. En relación con los cuidados físicos relacionados con la higiene e hidratación, el participante P020 lo expresaba de la siguiente manera: «(...) *sobre todo cuando realizaban la higiene, pues todo, el tema de cremas y de cuidado de la espalda (...), lo del baño principalmente, es un poco extraño, ¿no? Que se te pueda bañar en una cama, pero bueno, lo hacían, me lavaban la cabeza, y todo esto era importante para mí*». El participante P038, haciendo referencia a los masajes con crema que recibían, afirmaba: «*Sus manos actuaban de forma milagrosa en mis espaldas (...)*».

La movilización y los cambios posturales como cuidado físico recibidos eran descritos por el participante P005 de la

**Tabla 1** Sistema de codificación-categorización sobre la dimensión de la visión holística de la persona de concepto de satisfacción

Categorías	Subcategorías	Códigos
Visión holística de la persona	Cuidados físicos	Higiene e hidratación
		Movilización
		Control del dolor
		Curas
		Administración de Medicación
	Consecuencias cuidados físicos	Valoración sueño
		Cuidados bienestar
		Vivencia-dependencia
		Dar apoyo y ánimo
		Estar presente y cercana
Cuidados psicoemocionales y espirituales	Consecuencias cuidados psi-coespirituales	El tacto y la escucha
		El cariño
		La empatía
		La paciencia
		Sentirse optimista
	Consecuencias cuidados psi-coespirituales	Relación de cariño
		Sentirse querido
		Relación de confianza

siguiente forma: «(...) *me ponían hasta los talones levantados para que no se me hiciera herida, me subían las piernas, a ver, me intentaban poner lo más cómoda posible porque veían que yo no me podía mover*».

Así mismo, el control del dolor era un aspecto importante que se debe tener en cuenta y que incide directamente en la satisfacción del paciente. Ellos describen el dolor: «(...) *como si alguien me clavase un cuchillo en los pulmones. Cada vez que tosía. Pero un cuchillo de verdad, ¿eh?*» (P006). El control del dolor queda expresado por el participante P007 de la siguiente manera: «(...) *pero no puedo quejarme ni de que me dejaran sufrir dolor; al contrario, que yo soy de aguantar el dolor y no me dejaban, a la que veían que me dolía cualquier cosa, rápido me tenían cómodo, cómodo*», y por el participante P012, de esta forma: «*El paciente que está allí lo que no quiere es dolor, lo que no quiere es dolor. Eso lo primero*».

En relación con la administración de la medicación, el P012 expresaba: «El cuidado importante, el asunto de la medicación, ellas la han llevado a raja tabla, a raja tabla. Cuando... en el momento exacto que me correspondía, pam, me la daban» y en relación con el sueño, los participantes daban importancia a la necesidad de un sueño reparador. Algunas de las vivencias se reflejan en los siguientes comentarios: «Bueno, oía el tránsito de las enfermeras, las máquinas de al lado, tus propias máquinas. Claro, yo tenía 8 máquinas conectadas, cuando no pitaba una, pitaba la de respiración, cuando no, me cambiaban la sonda, cuando no, te cambiaban la comida. O sea... la luz, que estás con el tubo, que si respiras mal te entra todo, claro, la saliva. Dormías que no dormías. Y luego cada vez que te quedabas frito entraba alguien» (P016).

En segundo lugar, los participantes consideraron satisfactorios los cuidados psicoemocionales y espirituales ofrecidos por las enfermeras que recogen aspectos como: dar apoyo

y ánimo, estar presente y cercana, el tacto y la escucha, el cariño, la empatía y la paciencia. En relación con el apoyo y el ánimo, manifiestan: «(...) lo que necesitas, aparte de que te cuiden, es que te animen. Y a mí lo que me dieron fue mucho apoyo (...) me daban ánimos, me hacían ver... que tenía que poner ganas y fuerza, y que tenía que luchar» (P005) y «(...) me estuvieron animando, esa es la palabra. Animando a seguir el siguiente paso, el siguiente, aun a pesar de todo lo doloroso que era, ¿sabes? No hubiera podido... llevarlo. (...), se cuidaron de mí, y me convencieron con sus hechos de que no me iba a pasar nada» (P038).

Los participantes describían como satisfactorias la cercanía y la presencia de la enfermera. El discurso del participante P012 concuerda con la opinión de la mayoría de los participantes. Este lo expresaba de la siguiente manera: «Las enfermeras han puesto el granito de arena más grande. Porque el médico viene, te mira, te da un tirón y se va. Y la enfermera se queda. Y está todo el rato allí. Y está todo el rato pendiente (...). Yo no he tenido que llamarlas nunca, antes de que las llamara las tenía ahí. Porque cada 2 por 3 tenía si no una, otra». Así mismo, el tacto y la escucha fueron también mencionados, el participante P024 afirmaba: «(...) hubo un enfermero que me vio hecho polvo y, casi me caían los lagrimones, y se acercó, me abrazó, me acarició y me dijo: tranquilo, que te quedan una semana o 10 días, que esto va a ir palante. Y me dio 4 achuchones y me dio ánimos, ¿sabes? Puff, y yo le estoy súper agradecido».

Otros aspectos satisfactorios en relación con los cuidados psicoemocionales y espirituales son el cariño, expresado así: «(...) y el cariño que ponáis en todo (...) y lo expresáis con cariño, yo pude notar y sentir este cariño (...)» (P030); la empatía descrita por el P010 de la siguiente manera: «(...)dejar la rutina un poco de lado pensando en lo que tienes delante y poneros un poco en el puesto de la persona que está enferma»; y finalmente la paciencia.

– *Las formas de comunicación.* Los participantes han relatado que estar satisfechos con los cuidados enfermeros quiere decir que la enfermera establece una comunicación verbal y no verbal con los pacientes. En relación con la comunicación verbal, se sienten satisfechos cuando la enfermera se presenta o se despide y le ofrece explicaciones. El participante P024 afirmaba: «(...) saludarte cuando llegas para mí es importante, (...) yo necesito saber cómo se llama. Alguna enfermera cuando se va te saluda, pues yo lo agradezco, ¿sabes?; no sé, son detalles». En cuanto a las explicaciones el participante P017 explicaba: «(...) cuando entran y te dicen 'ahora te haremos esto y después lo otro y lo otro', entonces lo hacen y lo agradeces mucho» y el P024 lo relataba de la siguiente manera: «(...) mira, te pongo el timbre y te lo engancho con un esparadrado, ¿sabes?; en la misma ropa que de la cama, cerca de tu mano derecha, que es la que tú puedes hacer fuerza, cualquier cosa, me llamas. Sabes que estoy aquí fuera; me iré pasando, te iré mirando de vez en cuando. Tú tranquilo, que estamos aquí... solamente el decir de estas palabras, buff, ya te hacen sentir de otra manera».

En relación con la comunicación no verbal, describen como prioritarios los abrazos, las caricias, la sonrisa, la mirada y los gestos de la enfermera hacia ellos. El participante P005 afirmaba: «Te gusta que te den una caricia, un abrazo, aunque tú no estés te das cuenta» y el participante P007 explicaba: «(...) lo están haciendo con una sonrisa,

cuando a ti te hace falta ver esta sonrisa, y había alguna que estaba resfriadilla, y estaba con su sonrisa puesta».

– *Comportamientos profesionales.* Los participantes consideran que para recibir un cuidado satisfactorio la enfermera debe combinar aspectos como la naturalidad, el juicio clínico, el dominio de la técnica, la rapidez, la precisión, la actitud, la vocación y el trabajo en equipo. Los participantes describieron estos aspectos de la siguiente forma: «Hay cosas íntimas que uno no se atreve a decir, y la enfermera con toda naturalidad dice 'esto nos pasa a todos'» (P034); «(...) os adelantáis, os avanzáis un poco analizando la situación» (P030); «Primero tienen que ser profesionales, o sea, lo primero es la técnica (...). Entra una persona decidida, que a lo mejor va con un poco de prisa y la ves que coge pam, pam y lo hace decidida y te lo deja perfecto (...)» (P017); «Tocas al timbre y las tienes allí» (P037); «Hombre, lo primero vocación; eso, por descontado», (P034) y «Nada de malas palabras las unas con las otras, se llevan de maravilla, hay una que está atendiendo un enfermo, ya va la otra, '¿te ayudo?, ¿te ayudo?'; yo siempre sentía: '¿Te ayudo?, ¿te ayudo?'. Hay un compañerismo grandioso. Eso es lo que yo me llevo en mi cabeza» (P012).

– *Cuidados continuos.* Los participantes perciben los cuidados recibidos como satisfactorios aquellos que se dispensan de forma continuada. El P012 relataba: «(...) yo he estado atendido las 48 h seguidas, pero seguidas, no me han dejado solo ni un momento», y otro participante decía: «(...) pues el enfermo está tratado, vaya que la gente está encima de él constantemente» (P020).

En definitiva, los participantes consideran que la combinación de aspectos humanísticos (comunicación verbal y no verbal, actitudes, trato humano...) y aspectos científicos y técnicos (dominio de la técnica, juicio clínico, precisión...) en el cuidado enfermero les permite vivir estos cuidados como satisfactorios.

### Las consecuencias de los cuidados enfermeros satisfactorios: finalizando el proceso de conceptualización

Las consecuencias de los cuidados enfermeros recibidos considerados por los participantes como satisfactorios se representan a partir de las vivencias y de los sentimientos expresados, así como de las relaciones establecidas entre los pacientes y las enfermeras. En primer lugar, la visión holística de la persona producía en los participantes sensaciones de bienestar, así como de dependencia, entendida esta como la expresión de «sentirse en las manos» de la enfermera y el sentimiento de no poder valerse por sí mismos, llegando a comparar esta dependencia con la de un niño con su madre. Además se sentían optimistas, queridos, y les permitía mantener una relación de cariño y confianza con la enfermera.

Algunos participantes relataban la sensación de bienestar como: «los aceititos en los codos y en los talones, (...) y cremita por la espalda (...), si quedaba más relajada también, con más calma, yo supongo que ellas saben lo que tienen que hacer para que tú te sientes mejor» (P008); otro lo describía de la siguiente manera: «A mí lo que me ha hecho sentirme bien ahí han sido las enfermeras (...). Las enfermeras te limpian, te atienden, te medican, te ponen las maquinarias en

su momento, pero... Sin ellas... ¡imagínate que desastre! ¡Imagínate!» (P012).

El participante P038 describe el sentirse en manos de las enfermeras como: «Ehh, fueron sus hechos. O sea, yo estaba sometido a una atención, y en sus manos, en sus cuidados, ¿sabes?». Otros participantes a la hora de describir la dependencia relataban: «(...) mi... mi segunda madre, vaya; no, no, te digo de verdad» (P012); otro decía: «era como ser pequeñito, estar enfermo y mamá en casa» (P029).

El participante P022 manifestaba: «Las enfermeras me hacían sentir optimista». Otros relataban el sentirse queridos como: «Es que todos te quieren mucho, todos te quieren, es que, además lo notas (...)» (P007). La relación de cariño fue relatada por el participante P037 de la siguiente manera: «Puede transmitir cariño porque siente su profesión. Siente lo que está haciendo. Y si lo siente, lo vive, y al vivirlo ella te lo comunica a ti». La confianza el participante P038 la describe como: «Confianza, cariño, es esto. De que ellas me daban confianza. Confiar en que ellas me iban a sacar de la situación».

En segundo lugar, algunas de las consecuencias derivadas de las formas de comunicación de la enfermera con el paciente fueron: sentirse tranquilos, sentirse mejor y el trato humano recibido. Algunos participantes lo describían de la siguiente manera: «El trato humano encuentro que se agradece mucho. (...) si una persona se presenta, te explica lo que te viene a hacer, y ves un trato un poco cálido, digamos, que es lo que me he encontrado. Eso te hace sentir mucho, mucho mejor» (P017) y otros relataban: «(...) pero veías que, que te veían como un ser humano que estabas allí, que estas allí, y que necesitas contacto humano de alguna manera (...)» (P024).

En tercer lugar, la combinación de los comportamientos profesionales les produce sentirse acompañado y seguro, además de la percepción de estar cuidados por una enfermera eficiente (conocimientos y habilidades) y la vivencia de formar parte del «engranaje». El participante P020 manifestaba: «No me he sentido abandonado en ningún momento». Otro expresaba: «Te hacen sentir seguro. De que están por ti, de que están trabajando en ello, de que están... (...) Entrás, formas parte de un engranaje. Te hace sentir integrado... no te hace sentir conejillo de indias (...)» (P006). Y el participante P017 decía: «Cuando ves a alguien hacer algo con mucha seguridad y precisión y que te lo hace bien hecho, ¡claro! También te quedas muy tranquilo».

En definitiva, las consecuencias derivadas de los cuidados enfermeros satisfactorios permiten a los participantes sentir una percepción de mejoría, vivir la curación gracias a las enfermeras y manifestar su agradecimiento por los cuidados recibidos. El P038 relataba: «(...) me convencieron de que no me pasaría nada. Y que habría el día siguiente y el otro, y el otro. ¿Sabes? Fueron sus propios movimientos, sus propios hechos, sus propios cuidados los que me indujeron a que habría un día, un día nuevo» y el P008 «yo no hubiera estado tan rápida aquí [en sala] si no hubiera sido por ellas y sus cuidados [llanto]».

## Discusión

La conceptualización de la definición de la satisfacción en relación con los cuidados enfermeros recibidos emerge de

la voz de los pacientes en relación con las experiencias vividas durante su estancia en la UCI, considerando que se caracterizan por la combinación humanística y científica, que se dispensan de forma continuada y que van dirigidos a proporcionarles seguridad, bienestar y confianza.

De estos resultados queremos resaltar, en primer lugar, que se ha puesto de manifiesto que los pacientes han captado el cuidado integral dado por las enfermeras, expresando que el cuidado recibido da respuesta con prontitud a sus diferentes necesidades de manera personalizada, unitaria y continua en las distintas dimensiones de la persona, tanto a nivel físico, psicológico, espiritual como social, y que les llega a través del cómo la enfermera realiza el cuidado<sup>50,51</sup>.

En segundo lugar, debemos destacar también de los resultados la combinación del cuidar científico y humanístico, considerada por los participantes como un elemento condicionante de la satisfacción en relación con los cuidados enfermeros. Esta combinación entre lo técnico y lo humano ya ha sido descrita como necesaria en la atención al paciente<sup>15,36,52-54</sup>, en contraposición a otros estudios que afirman que los pacientes dan más importancia a las habilidades interpersonales que a las técnicas<sup>35</sup>. Nuestros resultados se acercan más a los autores que están convencidos de que las unidades tecnificadas precisan de profesionales con un perfil totalmente humano y reflexivo, para ser capaces de ver a la persona, entre las diferentes máquinas y procedimientos que se deben realizar y, por tanto, proporcionar seguridad física, psicológica y espiritual a través de los cuidados enfermeros. Nodings<sup>55</sup> lo expresa diciendo que el cuidado implica tener los elementos que le caracterizan: una actitud receptiva, establecer conexión en la relación que se establece y ser sensible ante el paciente. En definitiva, se traduce en el compromiso profesional de la enfermera en el acto de cuidar.

La vivencia de los participantes de los cuidados recibidos se aproxima al pensamiento de Watson, que refiere que el cuidado para las enfermeras es su razón moral, no es un procedimiento o una acción, es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente<sup>51</sup>; describe el cuidado como el *caring*, término en inglés que connota actitud y sentimiento, más que habilidad o destreza. Implica la idea de cuidar de alguien con toda su complejidad, en donde los procesos de interrelación son vitales para el bienestar del paciente y su recuperación<sup>56</sup>.

En la atención al paciente crítico queda patente que precisa de enfermeras humanas capaces de dar respuesta con prontitud a sus problemas y necesidades alteradas, a nivel físico y a la vez ligadas a sus vivencias, valores, creencias y cultura. Los cuidados de calidad implican el desarrollo de destrezas, habilidades y actitudes interpersonales, la interrelación con el paciente, la familia y los profesionales, desde un paradigma más empático que conduce a tratar al cuerpo como sujeto, es decir, como una persona con toda su subjetividad<sup>51,57-59</sup>.

En nuestros resultados queda reflejado que los cuidados percibidos por los pacientes son aquellos que por medio de la eficiencia y el dominio de la técnica, el juicio clínico, la rapidez, la precisión, la actitud, la vocación y el trabajo en equipo aportan seguridad física, psicológica y espiritual, y que se corresponden a la competencia profesional de una



enfermera de críticos, que sabe y maneja con una gran soltura y naturalidad la técnica y la comunicación que envuelve toda la complejidad de la persona y del tratamiento que necesita en su enfermedad<sup>50,57,58,60</sup> y las palabras de los participantes reflejan que es a través de la actitud que envuelve los cuidados dados que se sienten tratados de manera personalizada, humana y ética, en su situación de total vulnerabilidad, indefensión y fragilidad frente a su vida y su futuro.

Es frecuente que los enfermos críticos presenten sentimientos de abandono, miedo, soledad, impotencia, así como la alteración de su imagen corporal y durante este proceso de su enfermedad son muchos los días en que se encuentran totalmente dependientes de los profesionales, especialmente de las enfermeras, y de sus familiares<sup>61</sup>.

Los resultados obtenidos se corresponden con los estudios de opinión y de satisfacción, en las dimensiones emergentes vinculadas con la relación interpersonal, la competencia profesional, la accesibilidad, la disponibilidad, el tiempo dedicado al paciente, la eficacia, la continuidad, el entorno físico y la información dada<sup>13</sup>; también hay correspondencia en nuestros resultados en relación con los cuidados satisfactorios, el respeto al ser humano, las habilidades técnicas, el control del dolor, la comunicación efectiva, el toque terapéutico y la empatía<sup>62</sup>, así como con proporcionar atención inmediata, trato amable, cubrir las necesidades, preocuparse por el paciente y la competencia de la enfermera<sup>18</sup>. Lo mismo ocurre con la atención individualizada, anticiparse a las necesidades, desarrollo del vínculo/simpatía, ayuda ofrecida con gusto, demostrar habilidad, interés, disponibilidad y accesibilidad<sup>34</sup>. Los pacientes describen sensaciones de seguridad, tranquilidad y confianza hacia los profesionales<sup>36,52,53,63,64</sup>, así como de estar continuamente vigilado, controlado<sup>65</sup>.

Los cuidados físicos satisfactorios están centrados en el cuidado extremo en relación con la movilización, la delicadeza frente a la higiene y el confort que les proporciona, las curas, la administración de medicación y el control estricto del dolor, y la valoración del sueño. Las experiencias dolorosas en la UCI son un hecho demostrado<sup>63,65,66</sup>; su valoración constituye un aspecto fundamental de la atención del paciente, al ser el paso previo a la instauración de diferentes intervenciones que permitirán controlar adecuadamente el dolor y favorecer que el paciente esté confortable. Si el dolor no se detecta o no se alivia de forma eficaz, la recuperación del paciente se puede retrasar, ya que puede presentar alteraciones fisiológicas, psicológicas, de comportamiento y tener trastornos en el sueño.

Los pacientes, a pesar de no expresar verbalmente que un cuidado satisfactorio incluye la dimensión espiritual, de forma indirecta, sí mencionan elementos del cuidado que permiten evidenciar que no solo da atención psicológica, sino que trasciende a la cobertura de la necesidad espiritual, por medio del toque terapéutico, el tono amable, la escucha, la presencia y la disponibilidad, que les hace sentirse acompañados, atendidos de manera personalizada, con esperanza de vida, ver que habrá otro día y que merece la pena luchar. Estos aspectos y la manera de hacer provocan que la persona se sienta querida, única, optimista, útil, segura y confiada, y coinciden con las necesidades espirituales de la persona, descritas por diferentes autores<sup>67-69</sup>.

Paradójicamente, la enfermera no realiza esta serie de acciones con la intención de tratar los aspectos espirituales del cuidado; sin embargo, los resultados de este estudio y de otros describen los aspectos psicoespirituales como la segunda prioridad para los pacientes ingresados en hospitales<sup>70</sup> y que se corresponde a la descripción de *caring*, que forma parte del saber, ya que incorpora en la acción de cuidar un sentido y una intencionalidad humanitaria<sup>51</sup> que están directamente enraizados con la comunicación establecida, sea esta verbal o no verbal, y que a su vez conecta con la noción de «tacto terapéutico» como cualidad especial en la interacción humana establecida, entendida como sensibilidad especial en la manera de actuar y en su conexión directa con las emociones que sienten los pacientes, expresadas implícita o explícitamente<sup>51,56,71</sup>.

Aunque la tecnología domina el contexto de la UCI<sup>72</sup>, es evidente que existe una experiencia subjetiva entre la enfermera y el paciente, que se caracteriza por una manera particular de comportamiento, percibida, pensada, sentida y actuada de manera recíproca, ya sea con un cuidado holístico o ya sea con un cuidado técnico<sup>73-75</sup>. Por ello, la visión holística de la persona puede cambiar radicalmente la experiencia de cuidados de los pacientes y sus familias<sup>76</sup>, incluso existen estudios en los que los pacientes solicitan una enfermera más completa que les cuide y les comprenda en todos los aspectos, no solo en los técnicos<sup>52,54</sup>.

La importancia que dan los pacientes en sus discursos a la fuerza de la comunicación, la interrelación, el buen humor, el cariño, la atención, la mirada, el tacto y el trato humano de la enfermera coincide con algunos autores que consideran inseparables, en la excelencia del profesional competente, los valores y los referentes éticos presentes en su práctica que definen los límites de la profesión y del mundo de los valores del propio paciente<sup>59</sup>, y que destacan que para cuidar se requiere una base de conocimientos filosóficos, éticos y de moral profesional, así como que para planificar y administrar cuidados es necesario demostrar actitudes cimentadas en valores y principios propios de la profesión<sup>51</sup>.

Cada vez con más fuerza, tenemos que ser capaces de gestionar el mundo de valores de cada persona que atendemos pues, según sus valores, el enfermo será capaz de encajar la información recibida, y el poder que tiene la palabra en la relación clínica tan necesaria en la dimensión del cuidado de enfermería, imprescindible para llevar a cabo el cuidado integral y humanizado<sup>56,59</sup>.

## Conclusiones

Tener la voz de los pacientes en relación con la percepción que tienen sobre los cuidados de las enfermeras nos ha permitido definir el concepto de satisfacción desde la perspectiva del paciente crítico e identificar las dimensiones del concepto de satisfacción que tienen de los cuidados dados por las enfermeras y que para ellos son importantes y relevantes en el proceso de su enfermedad grave, a partir de la expresión de sus sentimientos en relación con la experiencia vivida.

Los pacientes ingresados en la UCI consideran que los cuidados enfermeros son satisfactorios cuando estos se caracterizan por la combinación humanística y científica,

se dispensan de forma integral y continuada, y van dirigidos a proporcionar a los pacientes seguridad, bienestar y confianza.

La satisfacción de los pacientes queda claramente relacionada con la atención de la enfermera en relación con los cuidados integrales dados durante el proceso de su enfermedad, en el cual los pacientes experimentan momentos de incertidumbre, desánimo y fragilidad, y que dan respuesta no solo a la parte física y psicológica, sino que trasciende a la cobertura de la necesidad espiritual.

Los pacientes expresan sentir seguridad física, psicológica y espiritual con los cuidados de las enfermeras durante el proceso de su enfermedad grave y que la atención recibida por las enfermeras les ha ayudado en el proceso de su mejoría.

Conocer qué piensan los pacientes sobre el cuidado enfermero nos permite seguir avanzando en el proceso reflexivo desde la propia experiencia y nos anima a seguir en esta línea crítica de desarrollo profesional y, por tanto, de mejora de la calidad asistencial y la seguridad.

## Financiación

Este trabajo forma parte del proyecto: «Percepción de los pacientes críticos en relación a la satisfacción de los cuidados enfermeros», financiado por el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (PR-3663/10), así como del proyecto «Calidad percibida de los cuidados enfermeros por los pacientes críticos: un abordaje mixto», financiado por el FIS (PI11/00447), siendo, por otro lado, becadas M. Romero-García y L. de-la-Cueva por la Fundación Privada del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (MIA) para la realización del estudio. Ha recibido el primer premio SEEIUC 2012 a la mejor comunicación oral sobre temas libres.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A Margarita Esteve, directora de enfermeras del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, por su modelo de gestión que impulsa y ayuda a la investigación enfermera y por todo su apoyo en esta investigación. Quisiéramos agradecer la participación de todos los pacientes entrevistados, por la gran riqueza que ha sido para todas nosotras escuchar sus sentimientos en relación con los cuidados que han recibido de las enfermeras de la UCI, su emoción ha sido la nuestra y su gratitud también es la nuestra. Queremos transmitir con este agradecimiento todo nuestro respeto y cariño a todos los pacientes de la UCI por su participación, que nos ha permitido llevar a cabo esta investigación que nos ayuda a avanzar en el conocimiento y el desarrollo individual y colectivo.

## Bibliografía

- López-Palenzuela A. La satisfacción de los usuarios: un determinante de la calidad asistencial. *Metas de Enfermería*. 2005;8:53-6.
- Libro blanco. Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013). Disponible en: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2007/com2007\\_0630es01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2007/com2007_0630es01.pdf)
- Plan de salud de Cataluña en el horizonte 2010. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/pla-salut/Eixos\\_estrategics/doc\\_castella\\_angles/static/PlanSa](http://www20.gencat.cat/docs/pla-salut/Eixos_estrategics/doc_castella_angles/static/PlanSa)
- Staniszewska S, Ahmed L. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *J Adv Nurs*. 1999;29:364-72.
- Redmond GM, Sorrell JM. Studying patients satisfaction: patient voices of quality. *Outcomes Manag Nurs Pract*. 1999;3:67-72.
- Coyle J, Williams B. An exploration of the epistemological intricacies of using qualitative data to develop a quantitative measure of user views of health care. *J Adv Nurs*. 2000;31:1235-43.
- Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:276-9.
- Turris SA. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *J Adv Nurs*. 2005;50:293-8.
- Gea MT, Hernán M, Jiménez JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:37-44.
- Jafar A, Muayyad M. Patients' satisfaction with nursing care in Jordan. *Int J Health Care Qual Assur*. 2003;16:279-85.
- Sørli V, Torjuul K, Ross A, Kihlgren M. Satisfied patients are also vulnerable patients-narratives from an acute care ward. *J Clin Nurs*. 2006;15:1240-6.
- Puñilla J, Suñer R, Puigdemont M, Grau A, Bertrán C, Hortal G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin*. 2006;16:19-26.
- Merkouris A, Infantopoulos J, Lanara V, Lemonidou C. Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *J Nurs Manag*. 1999;7:19-28.
- Megivern K, Halm MA, Jones G. Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *J Nurs Care Qual*. 1992;6:9-24.
- Cabrero J, Richart M, Reig A. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. *Enferm Clin*. 1995;5:14-22.
- Chang E, Hacock K, Chenoweth L, Jeon YH, Glasson J, Gradidge K, et al. The influence of demographic variables and ward type on elderly patients' perceptions of needs and satisfaction during acute hospitalization internacional. *J Nurs Pract*. 2003;9:191-201.
- Schmidt L. A patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *J Adv Nurs*. 2003;44:393-9.
- Larrabee JH, Ostrow CL, Withrow ML, Janney MA, Hobbs GR, Burant C. Predictors of patient satisfaction with impatient hospital nursing care. *Nurs Health*. 2004;27:254-8.
- González-Valentín MA, Padín S, de Ramón E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enferm Clin*. 2005;15:147-55.
- Wagner D, Bear M. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *J Adv Nurs*. 2008;9:692-701.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quart*, 1966.
- Risser NL. Desenvolupament of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurs Res*. 1975;24:45-52.
- Regaira E, Sola M, Goñi R, Del Barrio M, Margall MA, Asiain MC. La calidad asistencial en cuidados intensivos evaluada por los pacientes mediante la escala SERQUAL. *Enferm Intensiva*. 2010;21:3-10.
- Larson P, Ferketich S. Patients' satisfaction with nurses's caring during hospitalization. *West J Nurs Res*. 1993;15:690-707.

25. Watson J. *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. 2nd ed. New York: Springer; 2009.
26. Sepúlveda GJ, Rojas LA, Cárdenas OL, Guevara E, Castro AM. Estudio piloto de la validación del cuestionario «Care-Q» en versión al español en población colombiana. *Rev Universidad del Bosque* [consultado 17 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.uelbosque.edu.co/?q=es/facultades/adm/revista>
27. Cabrero J. La medida de la satisfacción del paciente: aspectos conceptuales y metodológicos. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia, 1994.
28. Cabrero J, Richart M, Reig A. Validez de constructo de tres escalas de satisfacción del paciente mediante la estrategia de matrices multirrasgo-multimétodo. *AMC*. 1995;21:359-95.
29. La Monica EL, Oberst MT, Marea AR, Wolf RM. Development of a patient satisfaction scale. *Res Nurs Health*. 1986;9:43-50.
30. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Retail*. 1985;49:41-50.
31. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retail*. 1988;64:12-40.
32. Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *J Retail*. 1991;67:420-50.
33. Babaku E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Serv Res*. 1992;26:767-86.
34. Attree M. Patients 'and relatives' experiences and perspectives of "good" and "not so good" quality care. *J Adv Nurs*. 2001;33:456-66.
35. Johansson P, Olèni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing in context of health care: a literatura study. *Scand J Caring Sci*. 2002;16:337-44.
36. Barrio M, Lacunza MM, Armendáriz AC, Margall MA, Asiain MC. Pacientes con transplante hepático: su experiencia en cuidados intensivos. Estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva*. 2001;12:135-45.
37. Hyrkas K, Paunomen M, Laippala P. Patient satisfaction and research-related problems (part 1): problems while using a questionnaire and the possibility to solve them by using different methods of analysis. *J Nurs Manag*. 2000;8:227-36.
38. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, 2002.
39. Tobar E, Romero C, Galleguillos T, Fuentes P, Cornejo R, Lira MT, et al. Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delirium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español (Method for the assessment of confusion in the intensive care unit for the diagnosis of delirium: cultural adaptation and validation for the spanish version). *Med Intensiva*. 2010;34:4-13.
40. Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ*. 2008;337:404-9.
41. Morse JM, Field PA. *Qualitative research methods for health professionals*. Thousand Oaks: SAGE; 1995.
42. Fontana A, Frey JH. Interviewing. The art of science. En: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Collecting and interpreting qualitative materials*. Londres: SAGE; 1998. p. 47-78.
43. Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. 3rd ed. Londres: SAGE; 2005.
44. Vallés MS. Entrevistas cualitativas. Cuadernos metodológicos n.º 32. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2009.
45. Andréu J, García-Nieto A, Pérez AM. Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS); 2007.
46. Cisneros C. Análisis cualitativo asistido por computadora. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C, editores. *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y crítica*. México: Ibero América Universidad de Guadalajara; 2002.
47. Guba E, Lincoln Y. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. En: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Sage handbook of qualitative research*. Cap. 6. Thousand Oaks: SAGE; 2000. p. 163-188.
48. Calderón C. Criterios de calidad de la investigación cualitativa en salud (ICS): Apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76:473-82.
49. Gastaldo D, McKeever. Investigación cualitativa, ¿intrínsecamente ética? En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C, editores. *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y crítica*. México: Ibero América Universidad de Guadalajara; 2002.
50. Henderson A. Power and Knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault. *J Adv Nurs*. 1994;20:935-9.
51. Watson J. Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nurs Admin Q*. 2006;30:48-55.
52. Fernández Molina N. Necesidades de las personas ingresadas en UCI. *Metas Enferm*. 2006;9:19-26.
53. Bellido Vallejo JC. El paso por una unidad de cuidados intensivos y el regreso a la vida. *Arch Memoria*. 2006;3(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/3/a0613.php>
54. Alarcón Morales S. Como un tren que te arrolla. Relato de un transplantado. *Arch Memoria*. 2006;3(1).
55. Noddings N. *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press; 1984.
56. Davis A. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. Col.legi Oficial d'Infermeres de Barcelona, 2006 [consultado 28 Ago 2010]. Disponible en: [http://212.9.72.18/uploadsBO/Noticia/Documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELLA\\_DEF.PDF](http://212.9.72.18/uploadsBO/Noticia/Documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELLA_DEF.PDF)
57. Delgado P, Sola A, Mirabete I, Torrents R, Blasco M, Barrero R, et al. Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enferm Intensiva*. 2001;12:110-26.
58. Jover C. Máster Enfermería Intensiva de la Escuela Universitaria de Enfermería de HSCSP de la UAB. Barcelona, 2009.
59. Gracia D. *Procedimientos de decisión clínica*. Madrid: Triacastela; 2007.
60. Zaforteza C, Gastaldo D, Sánchez-Cuenca P, de Pedro JE, Lastra P. Relación entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *Nure Investig [revista on-line]* marzo 2004 [acceso 10 de marzo de 2011]. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original3.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original3.pdf)
61. Jover C, Sola N. Programa de calidad en enfermería en intensivos. Evolución y experiencia. *Calidad Asistencial*. 1996;11:80-90.
62. Raftopoulos V. A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *Icus Nurs Web J*. 2005;22: 1-15.
63. Solano MC, González J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. [accedido 18 Abril 2011]. *Index Enferm (Gran)*. 2005;14:29-33. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1132-12962005000300006&lng=es>, <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000300006>
64. Martínez AA, Rodríguez A, Rodríguez C, Rodríguez A. Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. *Rev Enferm Cardiol (Esp)*. 2005; primer cuatrimestre Año XII:15-21.
65. Solano MC, Siles J. Análisis de las vivencias de un paciente en cuidados intensivos desde la perspectiva de la complejidad. *Cul Cuid*. 2003;14:83-91.
66. Lee A, Schmidt. Coral glabes patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *J Adv Nurs*. 2003;44: 393-9.
67. Nussbaum GB. Spirituality in critical care. Patient comfort and satisfaction. *Crit Care Nurs Q*. 2003;26:214-20.

68. Galek K, Flannelly JK, Vane A, Galek RM. Assessing a patient's spiritual needs. A comprehensive instrument. *Holistic Nursing Practice*. 2005;19:62-9.
69. Torralba F. Necesidades espirituales del ser humano. *Labor Hospitalaria*. 2004;271:716.
70. Nussbaum GB. Spirituality in critical care: patient comfort and satisfaction. *Crit Care Nurs Q*. 2003;26:214-20.
71. Feito L. Ética y enfermería. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2009.
72. Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M. Beleaguered by technology: care in technologically intense environments. *Nurs Philos*. 2008;9:55-61.
73. Cánovas MA. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Universidad de Murcia, 2008.
74. Rosa I, Rodrigues A. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Rev Bras Enferm*. 2010;63:141-4.
75. De Bauvet A, Sauvaige M. Penser autrement la pratique infirmière. Pour une créativité éthique. Bruselas: De Boeck Université; 2005.
76. Dallaire C, Dallaire M. Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. En: Dallaire C, editor. *Le savoir infirmier. Au coeur de la discipline et de la profession*. Québec: Gaëtan Morin Éditeurs; 2008. p. 265-312.