



ORIGINAL

Validación transcultural al español del cuestionario *Patient Evaluation of Emotional Care During Hospitalisation*



A. Fernández Trujillo^{a,b,*}, H. Vallverdú Cartié^c, B. Román Maestre^d, M.C. Aris Galego^e
y J.J. Berrade Zubiri^a

^a Unidad de Cuidados Intensivos, Parc Sanitari Sant Joan de Déu Hospital General, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

^b Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^c Servicio de Cirugía, Hospital Universitari de Vic, Vic, Barcelona, España

^d Facultad de Filosofía, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^e Servicio de Urgencias, Parc Sanitari Sant Joan de Déu Hospital General, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 21 de diciembre de 2018; aceptado el 30 de abril de 2019

Disponible en Internet el 22 de julio de 2019

PALABRAS CLAVE

Cuidado;
Calidad asistencial;
Validación;
Cuestionario;
Comunicación

Resumen

Introducción: Es necesario conocer la experiencia emocional del enfermo para que la medicina centrada en el paciente sea una realidad, su mejora tiene impacto positivo en el pronóstico. El objetivo de este trabajo fue la validación transcultural del cuestionario *Patient Evaluation of Emotional Care during Hospitalisation* (PEECH) que evalúa la experiencia emocional del paciente hospitalizado.

Material y método: El PEECH consta de 3 secciones que dan como resultado 4 subescalas: nivel de seguridad, nivel de conocimiento, nivel de valor personal y nivel de conexión. Se llevó a cabo la traducción al español. Un grupo de expertos realizó una revisión de dicha traducción hasta obtener una versión satisfactoria. Tras la retrotraducción se obtuvo la aprobación de la autora del cuestionario. Fue cumplimentado por 132 pacientes hospitalizados para su validación. Se analizó la validez del contenido mediante juicio de expertos y la validación del constructo se realizó mediante un análisis factorial. Para determinar la consistencia interna de las 4 subescalas se calculó el coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados: En el análisis factorial de las 4 subescalas, los pesos de todas las preguntas fueron significativos ($> 0,5$) excepto la P7 (0,416) y la P18 (0,439), aunque cumplieron el nivel mínimo de interpretación de la estructura. De acuerdo con este criterio, se justificaron las 4 subescalas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: argenteaft_3@hotmail.com (A. Fernández Trujillo).

KEYWORDS

Caring;
Quality of healthcare;
Validation;
Questionnaire;
Communication

Conclusión: La versión española del cuestionario PEECH es un instrumento válido y fiable para la evaluación de la percepción del cuidado emocional de los pacientes ingresados. La información obtenida puede contribuir a la atención integral del paciente durante su estancia hospitalaria. © 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Transcultural validation to spanish of the Patient Evaluation of Emotional Care During Hospitalisation Questionnaire

Abstract

Introduction: The emotional experience of patients must be ascertained to ensure patient-centred care during hospitalisation. Improving this experience has a positive impact on patient prognosis. Therefore, in order to provide comprehensive care, therefore, patient emotional care needs must be known. The objective of this study was to produce a transcultural translation and validation of the Patient Evaluation of Emotional Care during Hospitalisation (PEECH) questionnaire.

Material and method: The PEECH consists of three sections resulting in four subscales: level of security, level of knowledge, level of personal value, and level of connection. The questionnaire was translated into Spanish. An expert panel revised the translation until they were satisfied with the outcome. It was then back-translated and submitted to the author for approval. For its validation, 132 hospitalised patients completed the questionnaire. Expert judgement was used to analyse the content validity and factor analysis in order to confirm the construct validity. The Cronbach alpha coefficient was used to measure the internal consistency of the four subscales.

Results: In the confirmatory factor analysis of the four subscales, the weights of all questions were significant (>0.5), with the exception of Q7 (0.416) and Q18 (0.439), which nevertheless met the minimum interpretation level for the structure. In accordance with this criterion, the four subscales were justified.

Conclusion: The Spanish version of the PEECH questionnaire is a valid and reliable tool to evaluate the perception of emotional care in hospitalised patients. The information gathered can contribute to providing comprehensive care for patients in hospital.

© 2019 FECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Humanizar significa hacer humano, familiar y afable a alguien o algo¹. Cada vez se escribe más sobre la necesidad de humanizar la medicina^{2,3}. En la complejidad técnica parece haberse perdido uno de los objetivos de la medicina tradicional: el cuidado compasivo. Con esta preocupación surgió hace unos años el concepto de medicina centrada en el paciente, en contraposición a la medicina centrada en el proveedor o en la enfermedad^{4,5}. Rodríguez Rodríguez⁶ la define como «aquella que se dirige a la consecución de las mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, a sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva».

Es difícil poner al paciente en el centro del cuidado durante su ingreso en el hospital. La estructura de este, la gestión del tiempo o el cumplimiento de protocolos se interponen, a veces, en el reconocimiento de las necesidades emocionales, espirituales o psicológicas del paciente. Para que la medicina se centre verdaderamente en el paciente, es importante explorar estas y otras necesidades, ya que tenerlas en cuenta produce un efecto terapéutico⁷. La percepción positiva sobre los cuidados recibidos debería ser uno

de los factores de la calidad asistencial de un hospital^{8,9}. Las emociones del paciente son importantes. Una experiencia positiva puede mejorar su opinión del hospital, la comprensión de su enfermedad y aumentar su implicación en el proceso asistencial. El cuidado emocional proporciona un bienestar psicológico cuando los profesionales no lo relegan a un plano secundario frente al cuidado de las necesidades físicas del paciente.

En los últimos años, la preocupación por la calidad asistencial ha llevado a desarrollar diferentes instrumentos para la detección de necesidades múltiples en pacientes hospitalizados. En el presente trabajo se ha elegido realizar la validación del cuestionario *Patient Evaluation of Emotional Care during Hospitalisation* (PEECH) desarrollado por Williams y Kristjanson, y publicado en 2008¹⁰ para tratar de manera específica la relación del paciente con sus cuidadores durante la estancia hospitalaria. Consta de 35 preguntas. En la primera sección hay 18 preguntas sobre el personal asistencial. La segunda consta de 4 preguntas sobre cómo se ha sentido el paciente. En la última, 13 preguntas sobre características personales del paciente. Explora elementos relacionales entre este y los profesionales sanitarios que lo atienden, dando como resultado datos cuantificables sobre su experiencia emocional durante la hospitalización. Esto

abre la posibilidad de encontrar puntos de mejora en el cuidado del paciente. Aunque hay muchos enfoques para medir la satisfacción de los enfermos o sus familias, el cuestionario PEECH es considerado por Edwards y Walker¹¹ como uno de los más relevantes en este campo. Dada su utilidad para una atención integral de los pacientes hospitalizados y detectar necesidades de mejora, se decidió realizar su traducción y validación transcultural para utilizarlo en nuestro medio.

Material y método

Descripción del instrumento

Las 18 preguntas de la primera sección sobre el personal asistencial se responden de manera cuantitativa con las opciones «todos», «la mayoría», «algunos» o «ninguno». Las 4 de la segunda se responden con las opciones «siempre», «mayoritariamente», «a veces» o «nunca». Las 13 preguntas sobre características personales se responden como «sí» o «no», con un espacio a rellenar o elegir una de las opciones que se indican.

Las 3 secciones descritas del cuestionario se agrupan en 4 subescalas¹² (Anexo):

- Nivel de seguridad: la vulnerabilidad debido a la enfermedad y a la dependencia de otros tiene una influencia negativa en la experiencia emocional del paciente. Los pacientes se sienten seguros si perciben que el personal es competente, establecen una relación con ellos y están disponibles.
- Nivel de conocimiento: saber qué está pasando y cuáles son los pasos a seguir en su proceso asistencial mejora la experiencia de los pacientes.
- Nivel de valor personal: los pacientes se sienten más valorados si existe un proceso de comunicación adecuada, verbal y no verbal, con el personal sanitario.
- Nivel de conexión: cuando hay una continuidad asistencial o se establecen relaciones personales con el personal, los pacientes se sienten más conectados con ellos mejorando su experiencia.

Traducción y adaptación transcultural

Se obtuvo la autorización de la autora del cuestionario para realizar el estudio. Se utilizó el método de retrotraducción¹³ siguiendo el siguiente proceso:

- Etapa 1: dos traductores bilingües, uno de ellos profesional sanitario, llevaron a cabo la traducción del inglés al español de manera independiente.
- Etapa 2: traductores e investigadores modificaron aquellas frases que resultaban confusas según una traducción literal y se obtuvo una versión única.
- Etapa 3: para garantizar la validez del conceptual y la adaptación transcultural se valoró el contenido y la comprensión para los pacientes por medio de *debriefing* de los investigadores con profesionales sanitarios expertos del ámbito hospitalario (35 médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería) hasta obtener una versión de consenso en la que todos los participantes estuvieron de acuerdo.

- Etapa 4: la versión obtenida fue retrotraducida al inglés.
- Etapa 5: los investigadores y traductores compararon el documento inicial con el resultante para obstruir problemas de interpretación y la versión obtenida fue revisada y aprobada por la autora.

Procedimiento

Se entregó el cuestionario de manera aleatoria a pacientes ingresados en el Parc Sanitari Sant Joan de Déu Hospital General que cumplían criterios de inclusión: mayores de 18 años ingresados durante más de 24 h, competentes para la realización del cuestionario y sin barrera idiomática.

Entre el 1 de junio y 31 de octubre de 2016 ingresaron 5.851 pacientes en el hospital.

A los pacientes con alguna dificultad para leer el cuestionario, el reclutador o algún miembro de la familia del paciente les ayudaba con la cumplimentación, tal como se hizo en la validación del cuestionario original. Después de descartar pacientes con estancia menor de un día, ingresados en cuidados paliativos, hospitalización domiciliaria y pacientes fallecidos, quedaron 3.196. Las plantas de hospitalización donde se recogieron los cuestionarios fueron medicina interna, neumología, cardiología, digestivo, cirugía, traumatología y ginecología.

Durante la mañana se detectaban pacientes cuya alta a domicilio estuviese prevista para las siguientes 48 h. Esta detección se realizaba a través del servicio de admisiones del hospital o preguntando al personal de planta por pacientes que cumplieran los criterios descritos. El reclutamiento se realizaba en días aleatorios según la disponibilidad del reclutador sin que hubiese un patrón fijado hasta la obtención de una muestra suficiente para el estudio estadístico. Se preguntaba al personal de planta por la posibilidad de solicitar el consentimiento informado. Se entregaba un sobre al paciente con el documento de consentimiento informado y el cuestionario, la devolución era voluntaria en buzón de donde los investigadores lo recogían. De entre los pacientes ingresados durante el periodo mencionado se obtuvieron 132 cuestionarios correctamente cumplimentados.

Validación

Para la validación se calculó un tamaño muestral > 100 . Se reprodujeron, dentro de lo posible, las condiciones de la validación del cuestionario original. Se pasó el cuestionario a pacientes de servicios similares a los de la validación original. Hubo además un reclutador que entregaba el cuestionario a los pacientes y, en ocasiones, les ayudaba con su cumplimentación.

Se analizó la validez del contenido del cuestionario mediante un juicio de expertos durante el proceso de traducción y adaptación transcultural explicado en el apartado anterior. Para la validación del constructo se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC), con intención de confirmar el modelo obtenido por la autora en su versión original. Previamente se calculó la medida de adecuación muestral KMO y se realizó el test de Bartlett para confirmar la necesidad de realizar el análisis factorial.

La fiabilidad del cuestionario se realizó mediante el análisis de la consistencia interna. Para ello se calculó el

coeficiente alfa de Cronbach. Dicho índice debía ser como mínimo de 0,70 para considerar la fiabilidad como satisfactoria. También se calculó el índice de homogeneidad que apunta que hay eliminar preguntas con valor inferior a 0,20¹⁴.

Las puntuaciones medias se clasificaron en 2 categorías: bajas (puntuaciones medias inferiores a 2) y altas (puntuaciones medias de 2 o más), considerando las primeras como necesidad potencial de atención emocional. El porcentaje de respuestas de cada una se tabuló para cada subescala (seguridad, conocimiento, valor personal y conexión). Se llevaron a cabo pruebas de Chi-cuadrado para explorar la importancia de las características del paciente en el grupo de las puntuaciones más bajas (peor nivel de la subescala) y la identificación de patrones de perfil de pacientes en particular.

Resultados

Características de los pacientes

Durante el periodo de estudio se recogieron 132 cuestionarios correctamente cumplimentados de pacientes ingresados.

De los participantes, 66 (50,4%) fueron mujeres y 65 (49,6%) varones. El 94,7% vivía en el área metropolitana. El 3,8% en un centro de larga estancia y el 0,8% en el domicilio de un familiar.

Un 9,9% de los pacientes tenían dificultades para comunicarse, un 30,8% por dificultades en el lenguaje, 53,8 por déficit auditivo y 15,4% por déficit visual. Un 79,4% tenían enfermedades o limitaciones funcionales. El 32,8% necesitaba ayuda para las actividades de la vida diaria.

El 50% de los pacientes encuestados ingresaron por la aparición de una enfermedad nueva o lesión reciente. El 32% habían ingresado en las 24 h previas a la encuesta y un 56,8% estuvieron más de 3 días en el hospital. Un 7,6% había estado más de 30 días hospitalizados durante el último año. El 4,7% estuvo en una habitación individual por aislamiento. En un 12,9% se produjo alguna complicación durante el ingreso. Un 10% de los pacientes no tenía familia/amigos disponibles para ayudarles durante su estancia en el hospital. Este fue el primer ingreso para el 18,3% de los pacientes.

Análisis de validez

El grupo de expertos que realizó la traducción y la adaptación transcultural del cuestionario PEECH validó, a la vez, el contenido de este. El índice de validez quedó justificado por el consenso previo de los revisores.

Se realizó un AFC del cuestionario con 2 objetivos: comprobar si las preguntas estaban bien agrupadas en las 4 subescalas definidas a partir de la versión original, y saber si estas subescalas eran suficientes para explicar los resultados que proporcionan las 22 preguntas que contiene. Previamente se calculó la medida de adecuación muestral KMO, obteniendo un valor de 0,887 ($> 0,5$), y el valor de significación del test de Barlett fue menor de 0,001. De esta manera quedó confirmada la realización del análisis factorial.

Para la realización del AFC se definieron 4 factores de extracción, correspondientes a las 4 subescalas del cuestionario. En la segunda columna de la [tabla 1](#) se observa que los 3 primeros factores tienen autovalores mayores que uno, y explican un 69% de la varianza total de los datos originales. Según estos resultados, se deberían extraer solo 3 factores (con autovalores > 1), uno menos de los definidos

Tabla 1 Varianza total explicada por los autovalores iniciales

Factor	Autovalor	Porcentaje de la varianza	Porcentaje acumulado
1	9,17694	0,5203	0,5203
2	1,78267	0,1011	0,6214
3	1,18616	0,0673	0,6887
4	0,85091	0,0482	0,7369
5	0,73486	0,0417	0,7786
6	0,59815	0,0339	0,8125
7	0,58070	0,0329	0,8454
8	0,50250	0,0285	0,8739
9	0,41318	0,0234	0,8973
10	0,34450	0,0195	0,9169
11	0,30908	0,0175	0,9344
12	0,26640	0,0151	0,9495
13	0,20439	0,0116	0,9611
14	0,17478	0,0099	0,9710
15	0,16203	0,0092	0,9802
16	0,14589	0,0083	0,9884
17	0,09149	0,0052	0,9936
18	0,05258	0,0030	0,9966
19	0,04223	0,0024	0,9990
20	0,01159	0,0007	0,9997
21	0,00628	0,0004	1,0000
22	-0,00038	-0,0000	1,0000

inicialmente. Por ello se analizó la fiabilidad del cuestionario por si este sugería la eliminación de alguna pregunta y/o de algún factor.

Análisis de fiabilidad

El índice de fiabilidad del cuestionario completo obtenido mediante el estadístico alfa de Cronbach fue de 0,920, que se consideró satisfactorio. Este valor aumentó poco, hasta 0,924, si se eliminaba la pregunta P7 (Personal 24 h) (tabla 2), pero como esta pregunta presentaba un índice de homogeneidad mayor de 0,2 (0,269), no fue necesario volver a realizar un análisis de fiabilidad sin esta pregunta, y no se eliminó del cuestionario aun estando al límite. Se consideró que tenía una buena consistencia interna y, por lo tanto, una fiabilidad satisfactoria.

Con estos resultados de la fiabilidad, volviendo al análisis de la validez del cuestionario que indicaba que solo se deberían extraer 3 factores, se decidió considerar también el cuarto factor, que contiene la pregunta P7. Aumentó así hasta el 74% la varianza total de los datos originales explicada por estos 4 factores. El análisis factorial confirmó que las preguntas estaban bien agrupadas en las 4 subescalas definidas (tabla 3), ya que todas ellas necesitaron unos pesos significativos ($> 0,5$)¹⁵, por lo que también quedaron justificadas las 4 subescalas. Se consideró de esta manera, que el cuestionario presentaba una buena validez de constructo.

Perfil de paciente

Las puntuaciones medias se clasificaron en < 2 o ≥ 2 . El porcentaje de pacientes con puntuaciones más bajas (pacientes

Tabla 2 Valores de los índices de homogeneidad de cada pregunta y del índice de fiabilidad del cuestionario al eliminar cada pregunta

Pregunta	Índice de homogeneidad	Alfa de Cronbach al eliminar la pregunta
P1	0,605	0,916
P2	0,522	0,918
P3	0,608	0,916
P4	0,453	0,919
P5	0,531	0,917
P6	0,534	0,917
P7	0,269	0,924
P8	0,566	0,917
P9	0,552	0,916
P10	0,535	0,917
P11	0,599	0,916
P12	0,647	0,916
P13	0,698	0,914
P14	0,614	0,916
P15	0,771	0,912
P16	0,756	0,913
P17	0,734	0,913
P18	0,464	0,919
P19	0,571	0,916
P20	0,681	0,914
P21	0,608	0,915
P22	0,689	0,914

Tabla 3 Pesos de las preguntas dentro de la subescala obtenidos a partir del análisis factorial confirmatorio

	Nivel de seguridad	Nivel de conocimiento	Nivel de valor personal	Nivel de conexión
P1 Ayuda de enfermería	0,6307			
P2 Contacto con enfermería	0,5575			
P3 Tareas de confianza del personal al cuidar	0,6590			
P4 Conocer al personal				0,6999
P5 Conocerme como persona				0,6336
P6 Respuesta del personal a las solicitudes	0,6095			
P7 Personal 24 h				0,5014
P8 Enfermería explica lo que se espera		0,5733		
P9 Los médicos explican los que se espera		0,5785		
P10 Contacto visual del personal			0,5649	
P11 Distancia del personal al comunicarse			0,6734	
P12 Tono de voz del personal al comunicarse			0,7224	
P13 Personal atento y amable			0,7783	
P14 Personal alentador			0,6667	
P15 Personal escucha			0,8302	
P16 Expectativas del personal			0,8022	
P17 Expresión facial del personal			0,7973	
P18 Conversación del personal			0,4385	
P19 Seguro durante el ingreso	0,6340			
P20 Soporte necesario del personal	0,7636			
P21 Informado durante el ingreso		0,6586		
P22 Valorado en general			0,7658	

Tabla 4 Frecuencia y porcentaje de pacientes dentro de cada subescala agrupados en 2 categorías (puntuaciones bajas y altas)

Puntuaciones medias	n	%
Nivel de seguridad		
Puntuaciones más bajas ≤ 2	21	16,5
Puntuaciones más altas > 2 o $= 3$	106	83,5
Total n = 127		
Nivel de conocimiento		
Puntuaciones más bajas ≤ 2	44	34,9
Puntuaciones más altas > 2 o $= 3$	82	65,1
Total n = 126		
Nivel de valor personal		
Puntuaciones más bajas ≤ 2	22	17,7
Puntuaciones más altas > 2 o $= 3$	102	82,3
Total n = 124		
Nivel de conexión		
Puntuaciones más bajas ≤ 2	107	83,6
Puntuaciones más altas > 2 o $= 3$	21	16,4
Total n = 128		

potencialmente necesitados de atención adicional) para cada subescala fue del 16,5% nivel de seguridad, 34,9% nivel de conocimiento, 17,7% nivel de valor personal y 83,6% nivel de conexión (tabla 4):

- Nivel de seguridad: los pacientes con dificultad para comunicarse, los que necesitaron ayuda en sus actividades diarias y aquellos con ingresos anteriores, tenían puntuaciones más bajas ($p=0,025$, $p=0,043$ y $p=0,041$, respectivamente).
- Nivel de conocimiento: se encontraron diferencias significativas entre varones (65,1%) y mujeres (40,2%) con un menor conocimiento los varones ($p=0,008$). También hubo una relación para el lugar de ingreso. Una proporción mayor de pacientes ingresados en la planta de medicina (45,8%) y cirugía (47,4%) tenía bajos niveles de conocimiento en comparación con los pacientes ingresados en traumatología (21,7%) y ginecología (22,2%) ($p=0,044$). Los pacientes con una enfermedad crónica agudizada (57,1%) también mostraban bajos niveles de conocimiento en comparación con aquellos ingresados con una enfermedad aguda o de reciente diagnóstico (30,5%) ($p=0,019$). Los pacientes con otros ingresos también obtuvieron puntuaciones más bajas en el nivel de conocimiento respecto a quienes ingresaban por primera vez ($p=0,015$).
- Nivel de valor personal: solo obtuvieron puntuaciones menores aquellos pacientes con dificultades para comunicarse en comparación con aquellos sin dificultades, con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,005$).
- Nivel de conexión: presentaron puntuaciones menores aquellos pacientes que ingresaron por primera vez en el hospital en comparación con aquellos que lo habían hecho con anterioridad ($p=0,006$).

Discusión

Este estudio muestra que la versión en español del PEECH es útil para detectar las necesidades emocionales en los

pacientes hospitalizados, al igual que la versión original australiana y la versión inglesa^{10,12,16}. Las necesidades emocionales quedan frecuentemente relegadas por parte de los profesionales sanitarios por diferentes motivos. Existen otros cuestionarios que exploran la percepción sobre la información y la participación en la toma de decisiones, que son factores que influyen en la experiencia emocional durante la hospitalización, como el *Pickering Patient Experience Questionnaire-15* (PPE-15)¹⁷, y cuyos resultados pueden complementarse con el PEECH¹⁶. Otros cuestionarios como el *Holistic Comfort Questionnaire* exploran el bienestar, un concepto holístico que engloba la satisfacción de necesidades físicas, psicológicas o espirituales, aunque los trabajos publicados se centran más en pacientes crónicos que en los exclusivamente hospitalizados.

El método utilizado para la traducción y validación transcultural fue similar al utilizado en otros estudios del mismo ámbito. Se eligió por la disponibilidad de traductores y personal cualificado para su validación^{18,19}. Tal como refiere Acquadro et al.²⁰ en su revisión sobre métodos de traducción y validación de cuestionarios referentes a la salud, no hay evidencia científica de que haya uno mejor que otro. En nuestro caso se escogió el método de retrotraducción y supervisión de la autora de la versión original del cuestionario.

En la versión original diseñada por Williams y Kristjanson¹⁰ el cuestionario tenía 4 subescalas: «nivel de seguridad», «nivel de conocimiento» y «valor personal». En la fase de análisis factorial surgió una cuarta subescala, la de «nivel de conexión». Provenía de preguntas asignadas originalmente a la subescala «nivel de seguridad» que exploraban la relación entre el *staff* y los pacientes. A *posteriori*, Williams et al.¹² pasaron el cuestionario, esta vez teniendo en cuenta las 4 subescalas desde el principio, a un mayor número de pacientes, con objeto de confirmar su validez. En dicho trabajo confirmó la capacidad del cuestionario para medir la reciprocidad en la relación del paciente con el personal del hospital. Este ítem resulta de especial interés a la hora de detectar cómo se percibe el cuidado, ya que refleja el valor del paciente como persona y no solo como enfermo. Permite una mejor relación, valorando su opinión, y permite una mayor participación en su proceso asistencial^{21,22}. Robert et al. realizaron una validación interna del mismo cuestionario en hospitales de Reino Unido, y su análisis confirmó la presencia de la cuarta subescala. El análisis factorial en la versión en castellano del PEECH confirma la presencia de la subescala «nivel de conexión».

En el trabajo de validación transcultural del PEECH de Robert et al. se realizó, además, una comparación con los resultados del cuestionario *Pickering Patient Experience Questionnaire* (PPE-13)^{16,23}. En su análisis encontraron notables diferencias respecto al cuestionario original añadiendo cuatro nuevos factores; *feeling informed*, *treated as an individual*, *personal interactions* y *feeling value*. Esto lo atribuyeron a 3 motivos: diferencias en aspectos relacionales debido al entorno cultural; los estudios australianos tenían un número menor de pacientes reclutados y que procedían de un mayor número de especialidades. En nuestro estudio, en cambio, se confirmaron las subescalas de Williams sin otros factores. Esto pudo deberse a la similitud

en el número de sujetos y que se reclutaron pacientes ingresados a cargo de diferentes especialidades. Además, estaban hospitalizados en el momento de la realización del cuestionario, a diferencia del estudio de Robert et al. en el que el reclutamiento se realizaba enviando los cuestionarios una vez que los pacientes habían sido dados de alta.

En cuanto al tamaño muestral, la validación inicial del cuestionario se realizó con 132 pacientes, al igual que en este estudio. Aunque hubo un estudio posterior para evaluar la experiencia del cuidado emocional en el hospital que incluía un mayor número de pacientes, que confirmó la utilidad del PEECH. Para el estudio realizado en Reino Unido se reclutaron 423 pacientes. En el presente trabajo, el objetivo principal fue validar la traducción, para lo que se calculó una *N* mayor de 100. Se optó por reclutar un número aproximado al de la validación del estudio original, ya que se intentaron reproducir las condiciones dentro de lo posible.

Los resultados obtenidos fueron similares a los presentados por Williams et al. y se obtuvieron datos parecidos en cuanto a las necesidades emocionales en los pacientes. Aunque Robert et al. argumentaron que la diferencia en sus resultados con Williams podía deberse a verdaderas diferencias de cuidado, quizás también se debieran a que el objetivo de su estudio incluía comparar el cuestionario con otro, y fue realizado en un hospital público. Los estudios de Williams et al. se realizaron, uno en un hospital privado y otro en uno público. Esto no afectaría nuestro estudio al ser un hospital público.

Una de las limitaciones de nuestro estudio es que no se contabilizaron los pacientes que rechazaron colaborar, ni se pudo estudiar sus características. Es una limitación habitual en los estudios que incluyen cuestionarios¹¹. Por otra parte, la procedencia elevada de cuestionarios de pacientes de ginecología, probablemente se explique por una mejor disposición de estas pacientes a colaborar ya que su proceso no suele ser patológico. A pesar de que esto no influye en la validación del cuestionario, sí hace que los resultados puedan no ser extrapolables a todos los pacientes.

Aunque es necesario profundizar en el estudio, el cuestionario ofrece la oportunidad de detectar necesidades de cuidado en determinados grupos de pacientes, por lo que resulta una herramienta útil para realizar mejoras y humanizar las asistencias hospitalaria.

A la vista de los resultados, la versión española del cuestionario PEECH parece un instrumento válido y fiable para la evaluación de la percepción del cuidado emocional de los pacientes ingresados en el hospital, por lo que se recomienda su uso en futuros estudios y la práctica clínica en la población española de pacientes ingresados en los hospitales: la calidad asistencial se podría mejorar mucho a partir de los datos que el cuestionario ofrece.

Financiación

Este trabajo es parte de la investigación realizada con financiación de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, mediante la concesión de una beca por el proyecto «Ética del cuidado aplicada en la unidad de cuidados intensivos».

Conflicto de intereses

No ha existido ningún conflicto de intereses en la realización del presente trabajo.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.jhqr.2019.04.006](https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.04.006).

Bibliografía

1. Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.^a ed.) [consultado 30 Abr 2019] Disponible en <http://dle.rae.es/?id=KnbmIsL>.
2. Alonso-Ovies Á, Heras la Calle G. ICU: A branch of hell? *Intensive Care Med*. 2016;42:591–2.
3. Fernández-Trujillo A, Vallverdú-Cartié H, Román-Maestre B. Care ethics. A new bioethical approach to humanize the ICU. *Med Intensiva*. 2016;40:511–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2016.07.001>.
4. Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001 [consultado 27 Feb 2019] Disponible en: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>.
5. Llorca Díaz J, Gómez Marcos V, Domínguez Artiga MJ, Talledo NM, Lanza Gómez JM, Ruiz Ruiz A, et al. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Med Intensiva*. 2016;41:78–85.
6. Rodríguez Rodríguez P. Intervenciones en discapacidad envejecimiento y dependencia. *Autonomía personal*. 2010;1:42–55 [consultado 27 Feb 2019] Disponible en: <http://www.autonomiapersonal.imsero.es/InterPresent1/groups/revistas/documents/binario/afondo.05.pdf>.
7. Williams AM, Irurita VF. Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: The patient's perspective. *J Clin Nurs*. 2004;13:806–15 [consultado 30 Abr 2019] Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=jlh&AN=106565970&site=ehost-live&scope=site>.
8. Izquierdo-García E, Fernández-Ferreiro Á, Campo-Angora M, Ferrari-Piquero JM, Herreros De Tejada A. Satisfacción percibida por los pacientes y por el personal auxiliar de farmacia del área de atención a pacientes externos como método de mejora de la calidad. *Rev Calid Asist*. 2011;26(3):161–7.
9. Bustamante S, Alviarez V, Pérez MG, Lugli Z, Feldman L, Vivas E. La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. *Rev Calid Asist*. 2009;22:133–40.
10. Williams AM, Kristjanson LJ. Emotional care experienced by hospitalised patients: Development and testing of a measurement instrument. *J Clin Nurs*. 2009;18:1069–77.
11. Edwards K, Walker K, Duff J. Instruments to measure the inpatient hospital experience: A literature review. *Patient Exp J*. 2015;2:77–85 [consultado 30 Abr 2019] Disponible en: <http://pxjournal.org/journal/vol2/iss2/11%0Ahttp://files/1367/11.html>.
12. Williams AM, Pienaar C, Toye C, Joske D, Lester L. Further psychometric testing of an instrument to measure emotional care in hospital. *J Clin Nurs*. 2011;20:3472–82.
13. Tamayo-Velázquez MI, Sánchez Rodríguez C, Suess A, Molina-Ruiz A, Simón-Lorda P, Barrio-Cantalejo IM, et al. Adaptación

- transcultural y validación del Picker Patient Experience Questionnaire-15 para su uso en población española. *Rev Calid Asist.* 2009;24:192–206.
14. Sperber AD. Translation and Validation of Study Instruments for Cross-Cultural Research. *Gastroenterology.* 2004;126:124–8.
 15. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis.* 7th edition; 2006. p. 11 [consultado 30 Abr 2019] Disponible en: <http://www.pearsoned.co.uk%0A>.
 16. Robert G, Maben J, Murrells T, Adams M, Morrow E. Measuring relational aspects of hospital care in England with the “Patient Evaluation of Emotional Care during Hospitalisation” (PEECH) survey questionnaire. *BMJ Open.* 2013;3:e002211.
 17. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: Development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care.* 2002;14:353–8.
 18. Peña-Sánchez JN, Delgado A, Lucena-Muñoz JJ, Morales-Asencio JM. Adaptación y validación al Español del cuestionario 4Corner-SAT para la medida de la satisfacción profesional del personal médico de atención especializada. *Rev Esp Salud Publica.* 2013;87:181–9.
 19. Urrutia CG, Santander IE, Ormazábal FR. Traducción al español y validación del cuestionario de creencias en salud bucal para cuidadores (DCBS-SP). *Rev Esp Salud Publica.* 2010;84:407–14.
 20. Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value Heal.* 2008;11:509–21 [consultado 30 Abr 2019] Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00292.x>.
 21. Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S, et al. Engaging patients to improve quality of care: A systematic review. *Implement Sci.* 2018;13:98.
 22. van Dongen JJJ, de Wit M, Smeets HWH, Stoffers E, van Bokhoven MA, Daniëls R. “They Are Talking About Me, but Not with Me”: A Focus Group Study to Explore the Patient Perspective on Interprofessional Team Meetings in Primary Care. *Patient.* 2017;10:429–38.
 23. Tamayo-Velázquez MI, Sánchez Rodríguez C, Suess A, Molina-Ruiz A, Simón-Lorda P, Barrio-Cantalejo IM, et al. Adaptación transcultural y validación del Picker Patient Experience Questionnaire-15 para su uso en población española. *Rev Calid Asist.* 2009;24:192–206.