



ORIGINAL

Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico



C. Jover-Sancho^a, M. Romero-García^{b,c,*}, P. Delgado-Hito^{b,c}, L. de la Cueva-Ariza^{b,c}, N. Solà-Solà^a, B. Acosta-Mejuto^a, M.T. Ricart-Basagaña^a, M. Solà-Ribó^a y C.L. Juandó-Prats^d

^a Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^b Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^c Grupo de Investigación Enfermera del Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (GRIN-IDIBELL)

^d Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, and Applied Health Research Centre (AHRC), Keenan Research Centre, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michaels Hospital, Toronto, Canadá

Recibido el 4 de noviembre de 2014; aceptado el 1 de diciembre de 2014

Disponible en Internet el 20 de enero de 2015

PALABRAS CLAVE

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

Resumen

Objetivo: Explorar las convergencias y divergencias entre la percepción de las enfermeras y los pacientes críticos, en relación a los cuidados satisfactorios proporcionados y recibidos.

Métodos: Forma parte de un estudio cualitativo más amplio, según la Teoría Fundamentada. Realizado en 3 Unidades de Cuidados Intensivos con 34 boxes. Muestreo teórico por perfiles con n = 19 pacientes y n = 7 enfermeras tras la saturación de datos. El reclutamiento de pacientes incluidos en los perfiles de edad avanzada y larga estancia se dilató en el tiempo por la baja incidencia de estos. La recogida de datos consistió en: entrevista en profundidad a los pacientes críticos, grupo de discusión de enfermeras expertas en el cuidado al paciente crítico y diario de campo. Análisis temático de Teoría Fundamentada según Strauss y Corbin: codificación abierta, axial y selectiva. Se siguieron los criterios de rigor de Guba y Lincoln, de calidad de Calderón y los de reflexividad ética de Gastaldo y McKeever. Se obtuvo informe favorable del comité de ética del centro y consentimiento informado de los participantes.

Resultados: Emergen 4 categorías coincidentes: las competencias profesionales, los cuidados humanos, técnicos y continuados. La combinación de estos elementos producen sentimientos de seguridad, tranquilidad, sentirse persona permitiendo al paciente una relación cercana y de confianza con la enfermera que realiza cuidados individualizados. No se han encontrado categorías divergentes.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martaromero@ub.edu (M. Romero-García).

Conclusiones: Las percepciones de las enfermeras en relación a los cuidados coinciden con las percepciones de los pacientes críticos tanto en la definición como en las dimensiones sobre el cuidado satisfactorio.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Patient satisfaction;
Nursing critical care;
Perception;
Critical care;
Intensive Care
Qualitative research;
Nursing research;
Life experiences

Perception of uci nurses in relation with satisfactory care: convergences and divergences with the perception of critical patients

Abstract

Objective: Explore convergences and divergences between perception of nurses and of critically ill patients, in relation to the satisfactory care given and received.

Methods: It is part of a larger qualitative study, according to the Grounded Theory. Carried out in 3 intensive care units with 34 boxes. Sampling theoretical profiles with n = 19 patients and n = 7 nurses after data saturation. Recruitment of patients included in the profiles of elderly and long-stay got stretched over some time due to the low incidence of cases. Data collection consisted of: in-depth interview to critically ill patients, group discussion of expert nurses in the critical care patient and field diary. Analysis themed on Grounded Theory according Strauss and Corbin: open coding, axial and selective. Analysis followed criteria of Guba and Lincoln rigor, Calderón quality and Gastaldo and McKeever ethical reflexivity. There was a favorable report from the ethical committee of the Hospital and informed consent of the participants.

Results: Four matching categories were found: professional skills, human, technical and continued care. Combination of these elements creates feelings of security, calmness and feeling like a person, allowing the patient a close and trusting relationship with the nurse who takes individualized care. Not divergent categories were found.

Conclusions: Perceptions of nurses in relation to care match perceptions of critically ill patients in both the definition and dimensions upon satisfactory care.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. and SEEIUC. All rights reserved.

¿Qué se conoce/qué aporta?

En la actualidad existen diversos cuestionarios que miden la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros. Sin embargo estos no recogen toda la experiencia vivida en relación a la satisfacción con los cuidados. Además existe poca evidencia sobre la percepción de las enfermeras sobre los cuidados que proporciona al paciente crítico.

Los resultados de este estudio muestran las percepciones tanto de los pacientes críticos como de las enfermeras de UCI en relación a los cuidados satisfactorios que reciben y proporcionan. Así mismo, ha permitido constatar que no existen diferencias entre las percepciones de los pacientes y las enfermeras.

¿Implicaciones del estudio?

En este sentido, la implicación del estudio para la práctica clínica evidencia la necesidad de incorporar en la práctica enfermera aquellos aspectos de los cuidados dirigidos a aumentar la satisfacción de los mismos, teniendo en cuenta que están relacionados con la visión holística de la persona, los aspectos humanísticos como la comunicación, las actitudes y el trato humano así como, la excelencia técnica o el juicio clínico. Todo ello ayuda a proporcionar a los pacientes seguridad, bienestar y confianza.

Introducción

El indicador fundamental de la calidad asistencial en los servicios sanitarios, es el grado de satisfacción de los consumidores¹. Algunos autores afirman que la satisfacción de los pacientes sobre la atención sanitaria debe ser considerada como uno de los resultados deseados de dicha atención², siendo el principal componente en el mantenimiento y rehabilitación de su salud^{3,4}. 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 calidad⁵. Además, estudios recientes recomiendan que la satisfacción del paciente sobre la atención sanitaria sea 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 amigo^{2,6,7}.

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 contextual¹. 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^{1,8,9}.

Por otra parte, 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^{3,9-12}, siendo el principal componente en el mantenimiento y rehabilitación de su salud^{3,4}. Por ello, la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros se ha convertido en un determinante clave de la calidad de la atención hospitalaria^{6,13}. 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^{3,10,14-17}.

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. 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^{10,17-20}, 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.

De esta manera, se comparte con otros autores que el objetivo principal de la prestación de un servicio sanitario es el paciente, haciéndose 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, a partir de un estudio cualitativo previo se exploró la percepción del usuario en relación a la satisfacción de los cuidados enfermeros en el paciente crítico, permitiendo conocer y evidenciar actitudes y situaciones que de otra forma, serían difícilmente conocidas^{8,19,20}.

Tener la voz de los pacientes en relación a la percepción que tienen sobre los cuidados enfermeros, permitió definir el concepto de satisfacción desde la perspectiva del paciente crítico e identificar las dimensiones del concepto de satisfacción que tienen de los cuidados proporcionados 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 a la experiencia vivida^{19,20}. En este sentido, los pacientes ingresados en UCI definen los cuidados enfermeros como 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^{19,20}.

En el ámbito de cuidados a los pacientes críticos, las enfermeras de la UCI son responsables de aplicar el tratamiento específico, prevenir la aparición de problemas, y proporcionar un cuidado integral y humano, dando respuesta con prontitud a los problemas, tanto de riesgo como reales, así como las necesidades no satisfechas de los pacientes; necesidades que no son solo físicas sino que también están ligadas a sus vivencias, valores, creencias y cultura²¹. Por consiguiente, el cuidado requiere para todos los pacientes y sobre todo para el paciente crítico que la enfermera sea científica, reflexiva a nivel de los procedimientos

terapéuticos, desde la perspectiva empírica y experimental, y a la vez relacional por excelencia en la visión humanista, en todos los procedimientos que se llevan a cabo²².

Ante la vulnerabilidad e indefensión del paciente crítico, no se puede obviar como dice Watson²³ que el cuidado para las enfermeras es su razón moral, no es un procedimiento o una acción, es un proceso intersubjetivo, en permanente conexión, de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente. Supone la máxima consideración hacia la otra persona en el cuidado que da, respetando los significados y el sentido que el paciente asigna a su vivencia. Desde esta perspectiva fenoménica y ética, el cuidado está centrado en la persona e implica un compromiso moral, casi imperativo, con el valor y dignidad de la persona cuidada. Se trata de considerar al paciente en su totalidad, como un ser humano con nombre que sufre una enfermedad y que necesita ayuda. Implica una relación de comunicación, respeto y colaboración^{24,25}.

En este contexto de complejidad, la práctica enfermera se conforma a partir de una compleja constelación de conocimientos y competencias que interconecta aspectos intelectuales, físicos, emocionales, éticos, técnicos, clínicos y médicos y que las enfermeras en su práctica cotidiana integran y articulan toda una complejidad de dimensiones y actividades, teniendo un papel determinante en todas ellas²⁶.

Cuidar quiere decir tener la capacidad de mover recursos del «saber», «saber hacer», «saber ser y estar» tanto a nivel conceptual, de conocimientos, de técnicas, de habilidades, destreza, relación interpersonal, valores y de actitudes^{27,28}. Implica tener en cuenta los componentes culturales, personales, la familia y de relación con el entorno. Actualmente con mayor fuerza no podemos hablar de cuidados personalizados, si no tenemos en cuenta el mundo de valores de cada persona para poder ayudarles en la toma de decisiones, según sus valores estéticos y culturales²⁹.

En esta línea se destaca de la bibliografía, la relación directa existente entre el empoderamiento de la enfermera con la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros en relación a la técnica, capacidad interpersonal, capacidad de transmitir la información y de crecimiento profesional²⁵. Sin embargo, determinados autores expresan divergencias entre las expectativas y experiencias de los pacientes y familiares y las de las enfermeras expresadas a través de sus intervenciones produjeron conflictos interpersonales, desconfianza, e insatisfacción con los cuidados recibidos³⁰.

Para poder describir en su totalidad un fenómeno es preciso tener en cuenta la percepción de los actores implicados. En este sentido, escuchar las experiencias de los pacientes y de las enfermeras aportará nuevos datos a una misma realidad^{10,18,31} permitiendo mejorar la calidad de los cuidados enfermeros. Por lo tanto, una vez obtenida la definición y las dimensiones exploradas del concepto de satisfacción con los cuidados enfermeros desde el punto de vista del paciente^{19,20}, el siguiente paso planteado es conocer si las enfermeras que cuidan a pacientes críticos tienen la misma percepción en relación a los cuidados enfermeros satisfactorios^{7,8,32}.

Esta investigación tiene como objetivo general explorar las convergencias y divergencias entre la percepción de las enfermeras y los pacientes críticos, en relación a los

cuidados satisfactorios proporcionados y recibidos en una UCI polivalente de un hospital de nivel III.

Material y métodos

Diseño del estudio

El diseño de esta investigación es cualitativo y forma parte de un estudio más amplio. Se utilizó el método de la Teoría Fundamentada según la perspectiva de Strauss y Corbin³³ que permitió dar la oportunidad a los pacientes y enfermeras 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, explicar y predecir también acontecimientos en relación a la satisfacción de los pacientes con los cuidados enfermeros proporcionados, hecho que permite explorar y conocer convergencias y divergencias entre la percepción de los pacientes y de las enfermeras, para posteriormente disponer de guías más útiles para la práctica asistencial.

La perspectiva paradigmática que guió este estudio fue constructivista. Es propio de este paradigma reconocer la existencia de diferentes realidades específicas, en este caso relacionadas con la satisfacción con los cuidados enfermeros, comprendiendo el fenómeno desde el pragmatismo y a través de la interpretación de los diversos puntos de vista de los implicados³⁴.

Ámbito de estudio

El estudio se realizó en un hospital universitario de tercer nivel en el periodo de tiempo comprendido entre enero del 2011 a diciembre de 2013. El contexto específico fueron tres Unidades de Cuidados Intensivos polivalentes que también incluyen pacientes de cirugía cardíaca y coronarias, con un total de 34 boxes individuales y con un ratio enfermera/paciente de 1:2.

Participantes y muestreo

Los pacientes que formaron parte del estudio fueron todos aquellos ingresados en cualquiera de las tres UCI a partir de enero de 2011 y que tenían las siguientes características: a) pacientes mayores de 18 años; b) haber estado ingresado como mínimo 48 horas en la UCI^{1,32}; c) capaces de testimoniar su experiencia valorado a través del instrumento CAM-ICU (*The Confusion Assessment Method for the ICU*)³⁵; d) *Glasgow Coma Score* de 15; e) más de 48 horas 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 dos idiomas oficiales.

El muestreo fue teórico de tipo variación máxima (acumulativo y secuencial), hasta alcanzar la saturación teórica de los datos. 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

influyó en la percepción del paciente sobre su estancia en la UCI y se redujeron los perfiles de 9 a 7.

De la población de 90 enfermeras que conforman la plantilla fija de la UCI se realizó un muestreo teórico en base a las siguientes características: a) enfermeras expertas en el cuidado del paciente crítico con un mínimo de 10 años de experiencia en UCI, y b) dar el consentimiento informado. Participando, finalmente 7 enfermeras.

El reclutamiento de los pacientes implicó la valoración diaria del CAM-ICU, Glasgow Score y nivel de orientación. Aquellos pacientes que no presentaron alteraciones cognitivas, ni delirio y estuvieron orientados durante 48 horas se les pidió verbalmente el consentimiento para participar. Una vez dados de alta de la UCI se confirmó su consentimiento tras la explicación del estudio acordándose el día, hora y lugar de la entrevista.

Para reclutar a las enfermeras se realizaron reuniones en todos los turnos de trabajo explicando el objetivo del estudio, posteriormente se dejó en cada unidad una hoja informativa del estudio y una parrilla donde las enfermeras interesadas apuntaron su edad, años de experiencia en UCI y turno de trabajo. Tras la selección de las candidatas se les solicitó el consentimiento escrito acordándose el día, la hora y el lugar para la realización de la entrevista grupal.

Técnicas de obtención de información

Los datos se obtuvieron mediante entrevistas en profundidad para los pacientes y grupo focal para las enfermeras. Como instrumento de apoyo se utilizó el diario de campo de las investigadoras.

Las entrevistas en profundidad se realizaron siguiendo las recomendaciones de Vallés³⁶ tanto a nivel del procedimiento a seguir como de los aspectos a tener en cuenta en la relación entrevistador-participante. Fueron llevadas a cabo por dos enfermeras del equipo investigador que no habían sido responsables del paciente durante su ingreso, en calidad de entrevistadora y observadora. El guión utilizado se muestra en la [tabla 1](#).

Posteriormente se realizó un grupo focal con enfermeras expertas en el paciente crítico siguiendo las recomendaciones de Callejo³⁷. Con el objetivo de asegurar la productividad discursiva se realizó la selección de enfermeras en base a criterios de homogeneidad (enfermeras de la plantilla fija de UCI con más de 10 años de experiencia en el cuidado del paciente crítico) y de heterogeneidad (turno de trabajo: mañana, tarde y noche)^{37,38}.

La moderación del grupo fue realizada por una enfermera con experiencia en el desarrollo de esta técnica de obtención de datos acompañada de un observador, ambas personas no formaban parte del equipo profesional de la UCI. El guión utilizado, constaba de unas preguntas generales, abiertas y no dirigidas con la finalidad de favorecer la expresión de su perspectiva en relación a los cuidados enfermeros satisfactorios que proporcionaban a los pacientes críticos durante su estancia. Las preguntas iniciales fueron: «¿Qué quiere decir estar satisfecho con los cuidados que dan las enfermeras? Explicar ejemplos de un cuidado enfermero satisfactorio para el paciente dado por las enfermeras en la UCI y otro que no lo sea; ¿Cómo creéis que debería ser un cuidado enfermero para que vosotras pudierais decir que el paciente

Tabla 1 Guión de la entrevista a los participantes del estudio

Saludo	¡Hola! ¿Qué tal? Le agradezco personalmente y también de parte de todas las enfermeras de UCI su valiosa colaboración. . .
Presentación	¿Se encuentra Vd. capacitado, dispuesto para llevar a cabo la entrevista? Póngase lo más cómodo posible, sentado, en la cama. . . ¿Desea tomar algo? Un poco de agua. . .(si puede, y procede) Como ya le dijimos en la UCI, el interés que tenemos las enfermeras que realizamos este estudio es mejorar la calidad de nuestro trabajo para cuidarles mejor, y para ello necesitamos conocer en primera persona, a través de los que Vd. quiera decirnos, la satisfacción con los cuidados enfermeros que Vd. recibió durante su estancia en UCI. Es por este motivo que su opinión es muy importante para nosotras
Encuadre	Como ve es una entrevista personal, pensamos que puede ser de, aproximadamente, una hora y media de duración, de todas formas utilizaremos el tiempo en el que Vd. se sienta cómodo/a, si se cansa terminaremos en el momento que me lo pida. Para que no se me escape ningún detalle grabaré la conversación, tal y como le había comentado con anterioridad, y una compañera si a Vd. no le parece mal me ayudará y estará en silencio siempre, realizando algunas anotaciones que nos serán de gran utilidad, para el análisis de la conversación que después tendremos que hacer
Pregunta de arranque	Si se siente preparado podríamos empezar. En primer lugar, me podría explicar. . ., con sus propias palabras, ¿qué significa para Vd. estar satisfecho con los cuidados enfermeros que ha recibido mientras estaba ingresado en la UCI? Póngame un ejemplo de un cuidado de la enfermera, recibido en la UCI, del que esté satisfecho y otro del que no lo esté. ¿Cómo cree que debería ser un cuidado dado por la enfermera para que Vd. pueda decir que está satisfecho con él?
Guía de temas y subtemas	Factores/dimensiones de la satisfacción ¿Qué factores o elementos han influido para que se sienta satisfecho o no con los cuidados enfermeros que ha recibido en la UCI? Expectativas ¿Cómo esperaba que hubieran sido los cuidados enfermeros que recibió en la UCI? ¿Que cambiaría de los cuidados enfermeros que recibió en la UCI? Sentimientos ¿Cómo se ha sentido mientras las enfermeras lo cuidaban en la UCI?

está satisfecho con él?»). Durante la entrevista se introdujeron otras preguntas relacionadas con el discurso de las enfermeras.

Tanto las entrevistas como el grupo focal se realizaron en un ambiente tranquilo y confortable fuera de la UCI^{33,39-41}. Se utilizó grabadora digital para proporcionar y certificar la fiabilidad de la transcripción de los datos.

Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó siguiendo el método de análisis temático según la Teoría Fundamentada³³. El microanálisis nos permitió realizar un examen minucioso de los datos y una interpretación de los mismos^{33,42}. Se utilizó el método de comparación constante y la codificación abierta, axial y selectiva. La codificación abierta permitió segmentar las transcripciones (entrevistas, grupo focal y diarios de campo) en códigos, subcategorías, categorías y memos. Posteriormente, la codificación axial consistió en

relacionar las categorías a sus subcategorías y conectar las categorías en cuanto a sus dimensiones y propiedades. El proceso durante esta etapa fue: a) conformar las propiedades de una categoría y sus dimensiones; b) identificar las condiciones, acciones/interacciones y consecuencias relacionadas con el fenómeno «satisfacción con los cuidados enfermeros»; c) asociar una categoría con sus subcategorías a partir de oraciones que muestran las relaciones existentes de unas con otras; d) buscar claves en los datos que indiquen cómo se pueden relacionar las principales categorías entre sí. Finalmente, la codificación selectiva permitió la integración de los conceptos entorno a una categoría central (satisfacción) y completar las categorías que necesitaron más refinamiento y desarrollo (conceptualización), reflejando la profundidad y complejidad del pensamiento y obteniendo las fundamentaciones y la estructura inicial para construir una teoría.

El programa informático utilizado para el análisis de los datos fue el Nvivo10³⁶.

Criterios de rigor

Se siguieron los criterios de fiabilidad y autenticidad de Guba y Lincoln⁴³, los criterios de calidad y rigor de Calderón⁴⁶ y los de la reflexión ética de Gastaldo y McKeever⁴⁴ que implica la reflexividad, en cuanto a conciencia autocrítica de los investigadores de manera continuada durante todo el proceso. De este modo, se aumenta la calidad, la validez, la honestidad, la transparencia, el crecimiento personal y la autoactualización. Se realizó triangulación de investigadores para el análisis, de datos y de técnicas; y verificación de las transcripciones por los participantes implicados en cada una de ellas para que validaran el contenido.

Aspectos éticos

Este proyecto contó con la autorización de la Directora de Enfermería del Hospital y del comité de ética e investigación clínica de la institución, siguiendo las recomendaciones de Eisner (1998). La confidencialidad y el anonimato de los participantes se mantuvieron mediante la asignación de un código con números y letras³². Todos los participantes firmaron el consentimiento informado previa información del estudio.

Limitaciones del estudio

El reclutamiento de pacientes se dilató en el tiempo a causa de la baja incidencia de los perfiles de edad avanzada y larga estancia en UCI. Por otro lado, la mayor parte de los pacientes con este perfil no fueron capaces de afrontar una entrevista en profundidad al alta. Asimismo, la mayor parte de las enfermeras que estaban interesadas en participar en el estudio no cumplían las características definidas para ser incluidas en el mismo, resultando, finalmente, la configuración de un solo grupo focal.

Resultados

Los participantes en el estudio fueron 26 (19 pacientes y 7 enfermeras). De los 19 pacientes, 6 eran mujeres y 13 hombres, con una edad media 51,42 años (mín. 24-máx. 77) con una estancia media en UCI de 13,58 días (mín. 3-máx. 65).

De las 7 enfermeras participantes, 6 fueron mujeres. La edad media fue de 44,14 años [mín 36- máx 52] y una media de 19,57 años de experiencia [mín 11- máx 31]. En cuanto a los turnos de trabajo, 2 de las enfermeras trabajaban de mañana, 3 de tarde y 2 en el turno de noche. El 100% de las enfermeras habían cursado un posgrado en el paciente crítico.

Los resultados que han emergido en el discurso de las enfermeras en relación a su manera de entender y proporcionar el cuidado enfermero al paciente crítico ha coincidido con los resultados que emergieron de los pacientes entrevistados. Tanto en relación a la definición del concepto de satisfacción de los cuidados, como en referencia a las dimensiones que conforman el cuidado satisfactorio y las consecuencias de estos cuidados.

Concordancias y divergencias con el concepto de los cuidados satisfactorios proporcionados a los pacientes críticos, desde el punto de vista de los pacientes y de las enfermeras

El análisis y la relación entre los códigos, las subcategorías y categorías del análisis del discurso de las enfermeras subrayan de manera recurrente que tienen que tener los conocimientos y las actitudes científicas y humanas para atender a la persona en su totalidad, dispensar de forma continuada los cuidados que van dirigidos a proporcionar seguridad, bienestar y confianza. En este sentido, coinciden con la definición de los pacientes ingresados en UCI que consideraban que los cuidados enfermeros eran satisfactorios cuando estos se caracterizan por la combinación humanística y científica, se dispensaban de forma continuada e iban 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 la definición del concepto de satisfacción: las dimensiones del concepto y las consecuencias de los cuidados satisfactorios.

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

Las dimensiones que han emergido del discurso de las enfermeras engloban también cómo en el caso de los pacientes, aspectos relacionados con el cuidado holístico de la persona, las formas de comunicación, la continuidad de los cuidados y los comportamientos profesionales de las enfermeras

- *La visión holística de la persona.* Las enfermeras coinciden con los pacientes manifestando que el cuidar quiere decir que se han contemplado todos los aspectos biológicos o físicos, psicoemocionales y espirituales de la persona. Consideraron que los cuidados físicos que dan son satisfactorios para los pacientes sin especificar tanto los cuidados como lo hicieron los pacientes en sus discursos (higiene e hidratación, movilización, control del dolor, curas, administración de medicación, valoración sueño), sino que quedan incluidos cuando expresan que el paciente requiere una sustitución total. En esta suplencia engloban todos los cuidados físicos que dan en relación al tratamiento que llevan, como son los cuidados proporcionados para prevenir la aparición de problemas o la situación de total dependencia, sobre todo en los primeros días de estancia en la UCI.

En primer lugar, las enfermeras describieron los cuidados físicos de la siguiente manera: E5 «(...) es sustituir todo», E4: «(...) todo, todo, y prevenir claro, todos los riesgos que tiene el paciente de UCI», E2: «(...) y aparte necesitas cuidarlos físicamente, ... haces una suplencia total, ¿no?, y ves que, (...)», E4: «(...) exacto y haces un poco de trabajo para el futuro también, que eso, ese soporte, más que nada los sustituimos a ellos». Al igual que los pacientes las enfermeras expresan que los cuidados físicos relacionados con la higiene e hidratación, el bienestar y el agradecimiento que le produce al paciente, y la enfermera E5 lo manifestaba de la siguiente manera: «(...) hacer un masaje y es que te lo agradecen en el alma» y el paciente P038 lo relataba como: «Sus manos actuaban de forma milagrosa en mis espaldas

(...)»; también en relación a la movilización, eran descritos así por la enfermera, E2: «(...) normalmente son pacientes que movemos, quitamos, ponemos» y por el paciente P005 como: «(...) 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».

En segundo lugar, las enfermeras como los pacientes coincidieron en considerar como satisfactorios los cuidados psicoemocionales y espirituales que recogen aspectos como: dar apoyo y ánimo, estar presente y cercana, el tacto y la escucha, el cariño y la empatía. Destacamos del discurso de las enfermeras la necesidad que tiene el paciente de cariño, apoyo, y el ánimo para seguir luchando delante de la enfermedad., expresadas en estas palabras: E7: «(...) déjame la mano, ¿Por qué no estás una rato conmigo con la mano cogida? Digo: ¿por qué?, porque me encuentro solo (...); E1:«(...) es protección psicológica, es como ser tu ángel de la guarda, se sienten protegidos, estás aquí, ya no me va a pasar nada». Vemos que los pacientes manifestaron el apoyo y el ánimo de la siguiente manera:«(...) 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). Las enfermeras expresan también la empatía de la siguiente manera: E5:«(...) y luego pienso que la empatía, también es fundamental, de ponerte un poquito en el lugar», E4: «(...) sí (...)» y el P010 afirma del cuidado que dan las enfermeras: «(...) dejar la rutina un poco de lado pensando en lo que tenéis delante y ponerlos un poco en el puesto de la otra persona que está enferma».

Otros aspectos satisfactorios en relación a los cuidados psicoemocionales y espirituales son el cariño expresado por las enfermeras como: E1: «(...) ¿no? porque no es mímico solo, era, cariño», y que los pacientes relataban así: «(...) y el cariño que poníais en todo (...) y lo expresáis con cariño, yo lo pude notar y sentir ese cariño» (P030)

- *Las formas de comunicación.* Los pacientes y las enfermeras consideran que los cuidados enfermeros satisfactorios se producen cuando la enfermera establece una comunicación verbal y no verbal con los pacientes. En relación a la comunicación verbal, los pacientes se sienten satisfechos cuando la enfermera se presenta o se despide y le ofrece explicaciones. El paciente 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». Coincidiendo de nuevo con el discurso de las enfermeras: E7: «(...) hay una cosa que no se me escapa nunca, cuando entro me voy a presentar», E2: «(...) hay que presentarse (...), E6: «(...) sí». En cuanto a dar explicaciones las enfermeras explicaban: E5: «(...) yo entro en la habitación, le digo, mire esta mañana tenemos que hacer, esto, esto y esto, a demanda», E2: «(...) sí, hablarle decirle, sí, ahora te bañamos y tal (...) siempre tener

el espacio de decirlo». Y el paciente P017: «(...) cuando entran y te dicen -ahora te haremos esto y después lo otro y lo otro- entonces lo hacen y lo agradeces mucho». Además, las enfermeras, también se presentan y establecen comunicación verbal con los pacientes que no pueden saber si captan sus cuidados, pero entienden que tienen que establecer siempre comunicación con ellos. Las enfermeras decían: E2: «(...) yo a la gente de Glasgow tres, les hablo, y la gente me dice: ¿Tú estás loca?», no nuestros compañeros, eh, otra gente, otra enfermera asiente, E1: «(...) pues yo les hablo, hola soy yo que te estoy tocando y ahora vamos a hacer esto».

En relación a la comunicación no verbal, describen las enfermeras que el paciente capta nuestra actitud hacia la persona, lo expresan de la siguiente manera: E4: «(...) sí, lo que pasa que en general, yo pienso que el paciente sí que percibe eh?» E7:« (...) hombre claro». Y describen como prioritarios en concordancia con los pacientes, los abrazos, las caricias, la sonrisa, la mirada y los gestos de la enfermera hacia ellos, las enfermeras lo describen al hablar del toque terapéutico: E2:« (...) y el toque terapéutico, cuando no puedes hablar con el paciente... es una manera de transmitir... y tenemos el paciente sedado, analgesiado, lo estamos bañando y estamos hablando». Y los pacientes lo expresaron de la siguiente manera: P005 «Te gusta que te den una caricia, un abrazo, aunque tú no estés, te das cuenta» y el paciente 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 comportamientos profesionales relacionados con el cuidado satisfactorio que conciben los pacientes son la combinación de 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, estos aspectos también fueron descritos por las enfermeras afirmando ser capaces de leer en la expresión del paciente aquello que sienten y necesitan con estas palabras: E3: «(...) o sea no es lo que veo, es lo que es, y entonces yo entro en un box, es lo que dice ella, le ves la cara, ves el contexto y ya sabes lo que pasa ya sabes lo que tiene el paciente(...)», y coinciden de nuevo con lo que los pacientes entendían como la capacidad de adelantarse a captar sus necesidades. El paciente P034 lo describía: «(...) os adelantáis, os avanzáis un poco analizando la situación». De la misma manera el trabajo en equipo es expresado por la enfermera E5 como «(...) en la UCI el equipo es primordial» y corroboran otras: «(...) Sí, sí, fundamental, fundamental» y por el paciente P012 como: «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, lo que yo me llevo en mi cabeza».

- *Cuidados continuos.* Las enfermeras coincidían con la percepción de los pacientes en relación a los cuidados recibidos como satisfactorios cuando estos se dispensaban de forma continuada las 24 horas del día. El relato del paciente P020 expresaba: «(...) pues el enfermo

está tratado, vaya que la gente está encima de él constantemente»; el de las enfermeras reconoce que el trabajo es continuado, ven que donde no llega la enfermera de un turno, llegará la siguiente con la misma intensidad y responsabilidad hacia la persona cuidada. De esta manera la E5 relataba: «(...) yo eso lo creo que es muy importante, porque tenemos que sacarnos de la cabeza que no somos ni superwoman ni superhombre si no he visto un rojito que hay aquí, pues quizá lo vea mi compañera de después, y no pasa nada (...)».

En definitiva, los participantes y la enfermeras, 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 expresar estos cuidados como satisfactorios.

Las consecuencias de los cuidados enfermeros satisfactorios

Las consecuencias de los cuidados que dan las enfermeras a los pacientes considerados como cuidados satisfactorios se representan a partir de sus experiencias en la interrelación establecida con los pacientes y que compartieron en el grupo focal. En primer lugar, la visión holística de la persona quedaba patente en sus palabras «trabajamos con personas», que los cuidados proporcionados producían sensaciones de bienestar, así como de seguridad tanto física como psicoemocional, delante de la situación de dependencia de los pacientes por la gravedad de la enfermedad. Además se daban cuenta de que los pacientes captaban perfectamente su actitud profesional y que las actuaciones que llevan a cabo a todos los niveles de la persona les dan seguridad, apoyo, confianza y genera lazos de unión que ayuda a seguir adelante a los pacientes durante el proceso de gravedad de su enfermedad.

En primer lugar, la sensación de bienestar que producían los cuidados de las enfermeras, lo relataban tanto las enfermeras de esta manera: E1: «(...) necesita sentirse confiado, la persona, el paciente de intensivo necesita tener confianza en la persona que tiene delante, ... de tal manera que el paciente normalmente se relaja; otra participante lo describía como vínculo, unión. Asimismo, describen como protección psicológica y espiritual que da al paciente con las siguientes palabras: E1: «(...) como ser tu ángel de la guarda, se sienten protegidos, estás aquí, ya no me va a pasar nada. Coincidiendo de nuevo con palabras del paciente: P012:» «(...) Eee fueron sus hechos. O sea yo estaba sometido a una atención, y en sus manos, en sus cuidados, ¿sabes?». La situación de dependencia es descrita por la enfermera E7 como: «(...) en este enfermo lo que decía antes la dependencia total, (...) que es la línea esta de crear dependencia a los enfermos porque hay veces que, claro, como están muy malitos, tú les has hecho unas cosas y les tienes que dejar libres, que ellos vayan independizándose». Y el participante P029 manifestaba: «(...) era como ser pequeñito, estar enfermo y mamá en casa».

En segundo lugar, algunas de las consecuencias derivadas de las formas de comunicación de la enfermera con el paciente fueron que necesitaban sentirse confiados;

producía tranquilidad, sentirse mejor y el trato humano recibido. Algunas enfermeras lo relataron de la siguiente manera: E1: «(...) necesita sentirse confiado... se relaja», E3: «(...) trabajamos con personas» E4: «(...): yo pienso que el paciente sí que percibe». Coincidiendo nuevamente con el relato de los pacientes: P024: «(...) pero veías que, que te veían como un ser humano que estabas allí, que estás allí, y que necesitas contacto humano de alguna manera...».

En tercer lugar, la combinación de los comportamientos profesionales les produce sentirse relajado y seguro, además de la percepción de estar cuidados por una enfermera eficiente (conocimientos y habilidades) que cuida de manera integral. Las enfermeras describieron estos aspectos de la siguiente manera: E1: «(...) necesita esta persona, normalmente tienen que tener bastante experiencia y estar bien preparada, de tal manera que el paciente normalmente se relaja, en eso sí que se nota mucha diferencia. (...) espera de ti que seas un buen profesional, por supuesto (...)». También constatamos la convergencia con los pacientes, cuando relatan: «Te hacen sentir seguro. De que están por ti, de que están trabajando en ello, de que están (...)» (P006) y el 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 todo el análisis del discurso de las enfermeras coincide con el de los pacientes críticos en relación a la satisfacción con los cuidados enfermeros, sin constatar ninguna divergencia.

Discusión

La conceptualización de la definición de la satisfacción en relación a los cuidados enfermeros recibidos, tal como hemos expresado, emerge de la voz de los pacientes en relación a las experiencias vividas durante su estancia en UCI, y está en total convergencia con la voz de las enfermeras expertas que trabajan en la misma UCI y que durante su relato en el grupo focal, ponen de manifiesto que los cuidados que dan se caracterizan por la combinación humanística y científica, que se dispensan de forma continuada y que van dirigidos a proporcionar a los pacientes seguridad, bienestar y confianza.

De estos resultados queremos resaltar en primer lugar que al igual que los pacientes han captado el cuidado integral que dan las enfermeras, por parte de las enfermeras se ha puesto de manifiesto el valor que dan al cuidado integral de los pacientes; expresando los participantes que el cuidado recibido y dado, da respuesta con prontitud a las diferentes necesidades de manera personalizada, unitaria y continua en las distintas dimensiones de la persona, tanto a nivel físico, psicológico, espiritual como social^{24,45}.

Claramente se ha identificado la necesidad de evidenciar el compromiso con los valores personales y profesionales en el desempeño del rol enfermero formando parte de la ética del cuidar⁴⁶⁻⁴⁹, que garantiza la inclusión de los valores humanistas en la práctica diaria como rasgo característico de los cuidados proporcionados en el desempeño del rol enfermero que implica conocimiento, habilidades y una actitud e intención hacia el compromiso con el paciente y sus familias (competencias) asumiendo la responsabilidad

profesional respecto al cuidado y las respuestas humanas⁴⁷, dirigido hacia la curación, presencia, fomentar el cuidado y la conexión, afrontar la muerte y el sufrimiento y aprender la habilidad de involucrarse sin implicación personal^{47,48} y la transmisión del cuidado humanizado y tecnológico

En segundo lugar, debemos destacar también de los resultados, la combinación del cuidar científico y humanístico, considerada por los participantes (pacientes y enfermeras) como un elemento condicionante de la satisfacción en relación a los cuidados enfermeros. Las enfermeras ponen énfasis en «el cómo cuidan», que conecta con Watson²³ cuando dice que el cuidado supone la máxima consideración hacia la otra persona respetando los significados y el sentido que asigna a la vivencia del proceso de la persona enferma. Esta combinación entre lo técnico y lo humano ya ha sido descrita como necesaria en la atención al paciente^{3,31,50-52}, en contraposición a estudios que afirman que los pacientes dan más importancia a las habilidades interpersonales que a las técnicas³²; a estudios que dicen que la calidad de los cuidados se valoran de forma diferente por parte de los profesionales y los pacientes: así como que las enfermeras infravaloran aspectos que los pacientes consideran altamente positivos, entre ellos el ambiente físico, los aspectos psicológicos de los cuidados y la profesionalidad de las enfermeras^{53,54}; y que los consumidores (pacientes) del cuidado y los proveedores (enfermeras) tienen diferentes estándares y criterios en la evaluación de la calidad del servicio⁵⁵. Nuestros resultados, se acercan más a los autores que están convencidos de que las unidades de intensivos, precisan de profesionales con un perfil totalmente humano y reflexivo, para ser capaces de ver a la persona, entre las diferentes máquinas y procedimientos a realizar y por tanto proporcionar seguridad física, psicológica y espiritual a través de los cuidados enfermeros. Cuidado que implica tener una actitud receptiva, establecer conexión en la relación que se establece y ser sensible ante el paciente⁵⁶.

Los cuidados físicos satisfactorios en los pacientes están centrados en cuidados relacionados con la higiene, la movilización, el manejo del dolor, las curas, la medicación y la valoración del sueño. Esto está en consonancia con la percepción de satisfacción que captan las enfermeras expertas en relación a los cuidados que dan, según las necesidades que tienen los pacientes y que son cuidados de suplencia total en su fase de dependencia. Captan que el paciente espera de ellas que sean profesionales; que tengan las competencias necesarias para cuidar de manera segura; que puedan prevenir la aparición de problemas, a la vez que sean capaces de realizar el cuidado individualizado que permita a estos pacientes sentirse personas y no un objeto⁵⁷.

Estos resultados enraízan con la experiencia de las enfermeras de intensivos que participaron en el grupo focal y que como describió en sus estudios Patricia Benner⁵⁸ en los cinco niveles en el proceso de adquisición de habilidades, adaptando el modelo de Dreyfus; es en el quinto nivel de competencia de la enfermera experta, el que describe a la enfermera que tiene un dominio intuitivo, que se anticipa, y que se implica; que también tiene un dominio clínico basado en los recursos y una visión general del paciente orientado a prevenir los problemas. Es la enfermera con capacidad para conocer al paciente desde la vertiente de la respuesta que tiene tanto a nivel físico, como de persona. Experiencia que le permite tener interés en conocer las

preocupaciones, intereses y necesidades reales del paciente y su familia⁵⁸.

Sabemos que en el ámbito de la ciencia enfermera, el desarrollo de los conocimientos pertinentes a la disciplina y a la profesión no solo provienen del desarrollo de la investigación y de la educación, sino que también provienen de los conocimientos encajados en la *expertise* como clave de la progresión de la práctica enfermera y del desarrollo de la ciencia enfermera y por ello su reflexión nos conduce a conocer el saber práctico y nos permite desarrollar y mejorar en la práctica diaria²⁵.

En la atención al paciente crítico queda patente que precisa de enfermeras humanas y reflexivas, 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, o sea como una persona con toda su subjetividad^{24,28,29}.

En nuestros resultados queda reflejado que los cuidados percibidos por los pacientes y proporcionados por las enfermeras, son aquellos que por medio de la eficiencia y dominio de la técnica, juicio clínico, la rapidez, la precisión, la actitud, y trabajo en equipo, aportan seguridad física, psicológica y espiritual. Cuidados que se corresponden a la competencia profesional de la enfermera de críticos, que sabe y maneja con una gran soltura y naturalidad la técnica junto con una adecuada interrelación, que envuelve toda la complejidad de la persona y del tratamiento que necesita durante el proceso de su enfermedad^{28,45,59}. Las palabras de los participantes (enfermeras y pacientes) reflejan que es a través de la actitud que envuelve los cuidados cuando los pacientes 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 y que les ayuda a sentirse seguros.

Los resultados obtenidos, se corresponden con los estudios de opinión y de satisfacción, en las dimensiones emergentes vinculadas con la relación interpersonal, competencia profesional, accesibilidad, disponibilidad, tiempo dedicado al paciente, eficacia, continuidad, entorno físico y la información dada⁹. También hay correspondencia en nuestros resultados en relación a los cuidados satisfactorios, el respeto al ser humano, las habilidades técnicas, la comunicación efectiva, el toque terapéutico y la empatía⁶⁰, así como en la capacidad de la enfermera en proporcionar atención individualizada, trato amable, anticiparse y cubrir las necesidades, preocuparse por el paciente, demostrar habilidad, interés, disponibilidad y accesibilidad⁶¹ y la competencia¹². Los pacientes describen sensaciones de seguridad, tranquilidad y confianza hacia los profesionales^{31,50,51,61-63}, así como de estar continuamente vigilado, controlado⁶⁴ y las enfermeras captan que el paciente se siente seguro.

Destacar de los resultados del grupo focal, que las enfermeras se comunican siempre con los pacientes estén conscientes o no, la enfermera realiza las acciones con la intención de proporcionar cuidados relacionados con los aspectos del interior de la persona (necesidades espirituales) aunque no tenga una respuesta inmediata o no la

pueda contrastar siempre con el paciente. Los resultados de otros estudios describen los aspectos psicoespirituales como la segunda prioridad para los pacientes ingresados en hospitales⁶⁵. Estos aspectos se corresponden a la descripción de *caring*, que forma parte del saber, ya que incorpora en la acción de cuidar un sentido e intencionalidad humanitaria²⁴ que está directamente enraizada 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^{24,48,66}.

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 paciente será capaz de encajar la información recibida y seguir adelante en su proceso de recuperación. Hemos de seguir avanzando con el poder que tiene la comunicación verbal y no verbal en la relación clínica que establecemos. Comunicación tan necesaria en la dimensión del cuidado de enfermería e imprescindible para llevar a cabo el cuidado integral y humanizado²⁹.

Podemos decir que al encontrarse el enfermo crítico en una situación de vulnerabilidad y dependencia con sentimiento de indefensión, es imprescindible que la atención de la enfermera tenga incorporado en su sistema de valores los asociados al respeto profundo por la vida humana⁹ y al reconocimiento de la propia persona, para poder incidir en el derecho de la autodeterminación.

Sabemos que la intervención enfermera debe sustentarse en reconocer que el paciente es una persona que tiene la capacidad para enfrentarse a sus propias necesidades, y por ello le ayudará a mantener en lo posible la autonomía, el autorrespeto y la autodeterminación durante todo el proceso, siendo necesario para ello, llevar a cabo una relación significativa²¹. Claramente la calidad de la interacción humana que se establece entre la enfermera y el paciente es determinante para la evolución de la enfermedad y la satisfacción de los cuidados, podemos decir que sin duda es un factor relevante e imprescindible para que el paciente se siga sintiendo persona durante todo el proceso de su enfermedad^{24,29,48}.

Conclusiones

Tener la voz de los pacientes críticos y las enfermeras expertas en relación a la percepción que tienen sobre los cuidados proporcionados y recibidos, nos ha permitido definir el concepto de satisfacción desde la perspectiva del paciente crítico y la enfermera e identificar las dimensiones del concepto de satisfacción que tienen de los cuidados y que para los participantes son importantes y relevantes en el proceso de su enfermedad grave y del cuidar, a partir de la expresión de sus sentimientos en relación a la experiencia vivida tanto por parte del paciente como de la enfermera experta.

Los pacientes ingresados en UCI y las enfermeras expertas en cuidados críticos consideran que los cuidados enfermeros son satisfactorios cuando estos se caracterizan por la combinación humanística y científica, se dispensan de forma integral, 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 a los cuidados integrales proporcionados, durante el proceso de su enfermedad en el cual los pacientes experimentan momentos de incertidumbre, desánimo, fragilidad y, el paciente capta al igual que la enfermera que los cuidados dan respuesta no solo a la parte física y psicológica, si no que trasciende a la cobertura de la necesidad espiritual.

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

Conocer qué piensan los pacientes y la convergencia de las enfermeras expertas 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 Enfermeros y Enfermeras 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 Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Economía y Competitividad) y cofinanciado por el Fondo Europeo de Desarrollo Nacional cuyo lema es «Una manera de hacer Europa», 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.



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 pacientes y enfermeras por la gran riqueza que ha sido para todas nosotras, escuchar sus percepciones en relación a los cuidados que han recibido y dado en la UCI,

su emoción ha sido la nuestra y su gratitud también es la nuestra.

Bibliografía

1. Turris SA. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *J Adv Nurs*. 2005;50:293–8.
2. Pujiula J, Suñer R, Puigdemont M, Grau A, Bertraán C, Hortal G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de calidad asistencial. *Enferm Clin*. 2006;16:19–26.
3. Cabrero J, Richart M, Reig A. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. *Enferm Clin*. 1995;5:14–22.
4. González-Valentín MA, Padín S, de Ramón E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enferm Clin*. 2005;15:147–55.
5. 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.
6. Jafar A, Muayyad M. Patients' satisfaction with nursing care in Jordan. *International J Health Care Quality Assurance*. 2003;16:279–85.
7. Sørlie 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.
8. López-Palenzuela A. La satisfacción de los usuarios: un determinante de la calidad asistencial. *Metas de Enfermería*. 2005;8:53–6.
9. 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.
10. Megivern K, Halm MA, Jones G. Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *J Nurs Care Qual*. 1992;6:9–24.
11. Schmidt LA. Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *J Adv Nurs*. 2003;44:393–9.
12. 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.
13. Wagner D, Bear M. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *J Adv Nurs*. 2008;9:692–701.
14. Redmond GM, Sorrell JM. Studying patients satisfaction: Patient voices of quality. *Outcomes Manag Nurs Pract*. 1999;3:67–72.
15. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quart*. 1966.
16. Risser NL. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*. 1975;24:45–52.
17. 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.
18. 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*. 2011 [consultada 17 Mar 2011] Disponible en: <http://www.uelbosque.edu.co/?q=es/facultades/adm/revista>.
19. Romero M, de la Cueva L, Jover C, Delgado P, Acosta B, Sola M, et al. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*. 2013;24:51–62.
20. De la Cueva L, Romero M, Delgado P, Acosta B, Jover C, Ricart MT, et al. Development of an instrument to measure the degree of critical patient's satisfaction with nursing care: research protocol. *JAN*. 2014;70:201–10.
21. Jover C, Sola N. Programa de calidad en enfermería en intensivos. Evolución y experiencia. *Calidad asistencial*. 1996;11:80–90.
22. Arredondo C, Siles J. Tecnología y humanización de los cuidados. Una mirada desde la teoría de las relaciones interpersonales. *Index Enferm*. 2009;18. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
23. Watson J. Assessing and measuring caring in nursing and health sciences. 2.ª ed. New York: Springer; 2009.
24. Watson J. Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nurs Admin Q*. 2006;30:48–55.
25. Delgado P. Le processus de production de savoirs dans la pratique infirmière au moyen de la réflexivité. Tesis doctoral Monreal Faculté des sciences infirmières. 2010.
26. Miró M. Los modelos conceptuales, una estrategia de poder con implicaciones profesionales. *Enfermería Clínica*. 2010;20:360–5.
27. Ruè J, Martínez M. Les titulacions UAB en l'Espai Europeu d'Educació Superior. Bellaterra:IDES, Servei de publicacions de la UAB;2005.
28. Jover C. Máster Enfermería Intensiva de la Escuela Universitaria de Enfermería de HSCSP de la UAB. Barcelona. 2009.
29. Gracia D. Procedimientos de decisión clínica. Madrid: Triacastela; 2007.
30. Kools S, Tong EM, Hughes R, Jayne R, Scheibly K. Hospital Experiences of Young Adults With Congenital Heart Disease: Divergence in Expectations and Dissonance in Care. *Am J Crit Care March*. 2002;11:115–25.
31. 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.
32. 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.
33. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 2002.
34. Guba EG, Lincoln YS. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. En: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *The sage handbook of qualitative research*. 3.ª ed. London: SAGE Publications; 2011. p. 97–128.
35. 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 reassessment of confusion in the intensive care unit for the diagnosis of delirium: cultural adaptation and validation for the spanish version). *Medicina Intensiva*. 2010;34:4–13.
36. Cisneros C. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C, editores. *Análisis cualitativo asistido por computadora*. México: Ibero América Universidad de Guadalajara; 2002.
37. Callejo J. El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación. 1.ª ed. Barcelona: Editorial Ariel S.A; 2001.
38. Valles MS. Técnicas de observación y participación. *Técnicas cualitativas de investigación social*. 1.ª ed. Madrid: Síntesis SA; 2000. p. 141–75.
39. Fontana A, Frey JH. Interviewing. The art of science. En: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Collecting and interpreting qualitative materials*. London: Sage; 1998. p. 47–78.
40. Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. 3.ª ed. London: SAGE; 2005.
41. Vallés MS. Entrevistas cualitativas. Cuadernos metodológicos nº 32. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2009.
42. Andrés J, García-Nieto A, Pérez AM. Evolución de la teoría fundamentada como técnica de análisis cualitativo. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS); 2007.

43. Guba E, Lincoln Y. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. Chap. 6. En: Denzin N, Lincoln Y, editores. Sage handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage; 2000. p. 163–88.
44. Gastaldo D, McKeever. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C, editores. Investigación cualitativa ¿intrínsecamente ética? México: México: Ibero América Universidad de Guadalajara; 2002.
45. Henderson A. Power and knowledge in nursing practice: The contribution of Foucault. *JAN*. 1994;20:935–9.
46. Gasull M, Delgado JC, Toro R, Ferrer C. Reflexiones desde la ética del cuidar. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2007/2009.
47. Pepin J, Kérouac S, Ducharme F. La pensée infirmière. 3.e ed. Montréal: Chermelière Éducation; 2010.
48. Feito L. Ética del cuidar en: la ética del cuidado en la enfermería. Madrid: Universidad pontificia Comillas; 2009.
49. Guilligan C, En: Gasull M, Delgado JC, Toro R, Ferrer C. En: Buisán P, coordinación. Reflexiones desde la ética del cuidar. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; 2007-2009.
50. Fernández N. Necesidades de las personas ingresadas en UCI. *Metas Enferm*. 2006;9:19–26.
51. Bellido Vallejo JC. El paso por una unidad de cuidados intensivos y el regreso a la vida. *Arch Memoria*. 2006 3.
52. Alarcón Morales S. Como un tren que te arrolla. Relato de un transplantado. *Arch Memoria*. 2006 3, 1.
53. Lynn MR, McMillen BJ. Do nurses know what patients think is important in nursing care? *J Nurs Qual*. 1999;13:65–74.
54. Wichowski HC, Kubsh SM, Ladwig J, Torres C. Patients' and nurses' perceptions of quality nursing activities. *Br J Nurs*. 2003;12:1122–9.
55. Mi L, Young-He Y. A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2007;44:545–55.
56. Noddings N. *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. University of California Press: Berkeley; 1984.
57. Medina JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería. Barcelona: Publicaciones y ediciones de la Universidad de Barcelona; 2005.
58. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: CA: Addison-Wesley Publishing; 1984.
59. 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. *NureInvestig [revista on-line]* Mar 2004. [consultado 10 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS.ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original3.pdf>
60. Raftopoulos V. A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *Icus Nurs Web J*. 2005;22:1–15.
61. Attree M. Patients 'and relatives' experiences and perspectives of «Good» and «not so Good» quality care. *J Adv Nurs*. 2001;33:456–66.
62. Solano MC, González J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos Index Enferm (Gran). 2005; invierno XIV 14(51):29-33. [consultado 18 Abr 2011]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000300006>
63. 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)*. 2005:15–21, primer cuatrimestre Año XII V34.
64. 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.
65. Nussbaum GB. Spirituality in critical care. Patient comfort and satisfaction. *Crit Care Nurs Q*. 2003;26:214–20.
66. Davis A. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y que 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>.