

Isabel Huércanos Esparza

Cuidado-Invisible desde la
perspectiva de las personas con
patología oncológica. Desarrollo y
validación del instrumento de
medida PCIE-H (PINC-H)

Director/es

Germán Bes, Concepción
Jiménez Navascués, María Lourdes

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>

© Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606

Tesis Doctoral

CUIDADO-INVISIBLE DESDE LA PERSPECTIVA DE
LAS PERSONAS CON PATOLOGÍA ONCOLÓGICA.
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO
DE MEDIDA PCIE-H (PINC-H)

Autor

Isabel Huércanos Esparza

Director/es

Germán Bes, Concepción
Jiménez Navascués, María Lourdes

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud y del Deporte

2023

Tesis Doctoral

Cuidado-Invisible desde la perspectiva de las personas con patología oncológica. Desarrollo y validación del instrumento de medida PCIE-H (PINC-H)

Autora

Isabel Huércanos Esparza

Directoras

Concepción Germán Bes
Lourdes Jiménez Navascués

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Fisiatría y Enfermería

2022

AGRADECIMIENTOS

A mis directoras de tesis, la Dra. Concha Germán Bes y la Dra. Lourdes Jiménez Navascués, por sus conocimientos y reflexiones estimulantes. Gracias por su paciencia, por demostrarme su disponibilidad en todo momento y por creer en que esta tesis merecía salir adelante.

A mis Maestras Elena, Salomé, Begoña y Mertxe, conocerles supuso un punto de inflexión en mi vida, pues hicieron que mi visión de la Enfermería, e incluso de mí misma, cambiara para siempre y les estaré eternamente agradecida por ello.

A todas las compañeras y amigas enfermeras, tanto del ámbito hospitalario como universitario, que he conocido a lo largo de estos años y que han estado ahí dándome soporte e inspirándome.

A la supervisora y enfermeras de Hospital de Día del Hospital Clínico Lozano Blesa que me han facilitado el acceso a los participantes de esta investigación y han colaborado conmigo desinteresadamente siempre que han podido.

A los enfermos y sus familiares que me recibieron con interés y quisieron compartir sus experiencias. Sin su generosidad esta tesis no hubiera sido posible.

A mi familia y amigos, por su cariño, escucha, ánimos y, por supuesto, por su infinita comprensión siempre que he tenido que decir "no puedo, me toca tesis".

A Carlos, mi compañero de viaje, por creer en mí, por demostrarme siempre su apoyo incondicional, por sus consejos serenos y sensatos, por quererme tanto y tan bien.

Índice de contenidos

Abreviaturas, siglas y acrónimos.....	XXI
PREÁMBULO.....	XXIV
PRIMERA PARTE.....	XXIV
PREFACIO.....	XXIV
SEGUNDA PARTE	35
INTRODUCCIÓN.....	35
1. MARCO DE REFERENCIA	37
1.1. MARCO TEÓRICO.....	37
1.1.1. Bases teóricas del cuidado	37
1.1.2. El cuidado invisible	44
1.1.3. Causas de la invisibilidad de las enfermeras y de los cuidados que proporcionan.....	47
1.1.4. El Cuidado Invisible en peligro	53
1.1.5. La experiencia del paciente con la atención sanitaria.....	60
1.2. HERRAMIENTAS DE MEDIDA DEL CUIDADO ENFERMERO	63
1.2.1. Descripción y comparativa de los instrumentos seleccionados	68
2. JUSTIFICACIÓN.....	74
3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	79
3.1. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO.....	79
3.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	80
4. METODOLOGÍA	82
4.1. DISEÑO.....	82
4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO	82
4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	83
4.3.1. Criterios de selección de la muestra	83

4.3.2.	Tamaño muestral	84
4.3.3.	Proceso de detección de candidatos potenciales.....	85
4.4.	VARIABLES	87
4.4.1.	Variables sociodemográficas	87
4.4.2.	Variables clínicas.....	88
4.4.3.	Variables relativas al tipo y frecuencia de los cuidados enfermeros recibidos ..	88
4.4.4.	Variables relativas al grado de satisfacción.....	89
4.4.5.	Variables relativas a la percepción de la imagen y rol de las enfermeras/os en el equipo multidisciplinar.....	90
4.4.6.	Variables de resultado de calidad de vida relacionada con la salud	90
4.5.	INSTRUMENTOS.....	90
4.5.1.	Cuestionario de Percepción del Cuidado Invisible de Enfermería durante la Hospitalización (PCIE-H)	90
4.5.2.	Cuestionario de Calidad de los Cuidados de Enfermería (CUCACE)	91
4.5.3.	Cuestionario EQ-5D-3L	93
4.6.	RECOGIDA DE DATOS	93
4.7.	ANÁLISIS DE DATOS.....	95
4.7.1.	Análisis descriptivo	95
4.7.2.	Análisis de los datos para el estudio psicométrico	95
4.7.3.	Análisis de contenido de las preguntas abiertas	99
4.7.4.	Análisis de las correlaciones entre variables	99
4.8.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	100
5.	RESULTADOS.....	102
5.1.	DESCRIPCIÓN DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LA MUESTRA DE PARTICIPANTES	102
5.1.1.	Perfil de los cuidadores familiares y tiempo de dedicación al cuidado.....	102
5.1.2.	Perfil de los pacientes	107

5.2.	PROCESO DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO PCIE-H.....	116
5.2.1.	Distribución, tasa de respuesta y tiempo de cumplimentación.....	116
5.2.2.	Estudio de propiedades psicométricas	117
5.3.	RESULTADOS DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA	126
5.3.1.	Percepción de los participantes sobre la frecuencia de los Cuidados Invisibles recibidos.....	126
5.3.2.	Respuestas a las preguntas de respuesta dicotómica del PCIE-H: satisfacción, percepción del rol de la enfermera y relación que se establece	131
5.3.3.	Experiencias y percepciones recogidas a través del cuestionario CUCACE ...	135
5.4.	PREGUNTAS ABIERTAS: VIVENCIAS Y SUGERENCIAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN RELATADAS POR LOS PARTICIPANTES	137
5.5.	CORRELACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS CON LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS CON RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA	160
5.5.1.	Satisfacción y percepción según la persona que responde al cuestionario	161
5.5.2.	Satisfacción y percepción en función del sexo	161
5.5.3.	Satisfacción y percepción en función de la edad.....	162
5.5.4.	Satisfacción y percepción en función del nivel de estudios	163
5.5.5.	Satisfacción y percepción en función del lugar de residencia.....	164
5.5.6.	Satisfacción y percepción en función del servicio de ingreso del paciente	165
5.5.7.	Satisfacción y percepción en función de la duración del ingreso.....	167
5.5.8.	Satisfacción y percepción en función del tipo de cáncer.....	167
5.5.9.	Satisfacción y percepción en función de la presencia o ausencia de enfermedades crónicas concomitantes	169
5.5.10.	Satisfacción y percepción en función de la distancia entre la fecha de alta hospitalaria y la cumplimentación del cuestionario	169
5.5.11.	Satisfacción y percepción en función de la calidad de vida.....	171
5.5.12.	Factores diferenciales en la Percepción del Cuidado Invisible (PCIE-H)	179

5.5.13.	Percepción de Cuidados Invisibles y satisfacción	184
5.5.14.	Confianza y seguridad en relación con la satisfacción y el Cuidado Invisible recibido.....	185
6.	DISCUSIÓN.....	187
6.1.	PROCESO DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO PCIE-H.....	188
6.1.1.	Características y tamaño de la muestra.....	188
6.1.2.	Proceso de validación del cuestionario PCIE-H.....	193
6.2.	OPINIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA: PREGUNTAS ABIERTAS Y CERRADAS	203
6.2.1.	Cuidados invisibles más y menos frecuentes	203
6.2.2.	Cuidados más importantes.....	205
6.2.3.	Omisión de cuidados: causas y consecuencias	205
6.2.4.	Satisfacción con el cuidado	209
6.2.5.	Identificar a la persona que les atiende.....	211
6.2.6.	El rol de la enfermera: confianza, seguridad, relevancia dentro del equipo e importancia de los Cuidados Invisibles en el bienestar y la recuperación	213
7.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	215
7.1.	LIMITACIONES	215
7.2.	LINEAS DE INVESTIGACIÓN ACTUALES Y FUTURAS	217
7.2.1.	Acciones sobre las que continuamos trabajando	217
7.2.2.	Propuestas de investigación para el futuro	218
8.	ANOTACIONES finales para el uso de la herramienta.....	220
9.	CONCLUSIONES	221
	BIBLIOGRAFIA	222
	ANEXO 1. Detalles de la revisión bibliográfica y selección de cuestionarios para la medida del cuidado enfermero desde la perspectiva de los pacientes.....	266
	Tabla con las características principales y evolución de los cuestionarios.....	270

ANEXO 2. Consentimiento informado v.1.1. de 15 de noviembre de 2012.....	350
ANEXO 3. Consentimiento informado v.1.2. del 9 de marzo de 2020.....	353
ANEXO 4. Hoja de instrucciones para la cumplimentación del PCIE-H	356
ANEXO 5. Cuestionario de Percepción del Cuidado Invisible de Enfermería durante la Hospitalización (PCIE-H) – Versión para validación	358
ANEXO 6. Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería(CUCACE)-Versión española del NewCastle Satisfaction with Nurses Scale (NSNS)	364
ANEXO 7. Cuestionario de Calidad de Vida: EQ-5D-3L.....	377
ANEXO 8. Dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA).....	381
ANEXO 9. Notificación de cambios al Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA).....	383
ANEXO 10. Acuerdo de confidencialidad y de finalidad de uso en estudios de investigación en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa	390
ANEXO 11. Permiso de uso del cuestionario CUCACE	392
ANEXO 12. Versión validada del Cuestionario para medir la Percepción del Cuidado Invisible de Enfermería durante la Hospitalización (PCIE-H).....	394
ANEXO 13. Apéndice opcional al cuestionario PCIE-H de uso opcional.....	398

Índice de figuras

Figura 1. Esquema de desarrollo y proceso de validación del cuestionario PCIE-H.	XXXI
Figura 2. Proceso de cuidado de Finfgeld-Connett.	42
Figura 3. Triángulo de los Cuidados Enfermeros	45
Figura 4. Representación gráfica del Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles	47
Figura 5. Número de médicos y enfermeras en activo en España por cada 1000 habitantes frente a la media de los países de la OCDE.....	57
Figura 6. Proceso de búsqueda de herramientas de medición del cuidado enfermero desde la perspectiva del paciente en las bases de datos MEDLINE/Pubmed, EMBASE, ENFISPO, Cuiden Plus y Scielo.	67
Figura 7. Número de cuestionarios recuperados de cada base de datos	68
Figura 8. Diagrama de flujo de la selección de participantes.	86
Figura 9. Procedimiento de la recogida de datos.	94
Figura 10. Diagrama de barras. Composición de la muestra de cuidadores según edad.	103
Figura 11. Diagrama de barras. Composición de la muestra de cuidadores según parentesco.	103
Figura 12. Diagrama de barras. Composición de la muestra de cuidadores según nivel de estudios.	104
Figura 13. Diagrama de barras. Tiempo de acompañamiento en el hospital.....	106
Figura 14. Diagrama de barras. Tiempo realizando cuidados domiciliarios.	106
Figura 15. Diagrama de barras. Composición de la muestra de pacientes según edad.	108
Figura 16. Diagrama de barras. Composición de la muestra de pacientes según nivel de estudios.	108
Figura 17. Diagrama de barras. Tipología del cáncer principal de la muestra de pacientes en estudio.....	110
Figura 18. Diagrama de barras. Servicio de ingreso de los pacientes.	110
Figura 19. Diagrama de barras. Tiempo de ingreso de los pacientes	111

Figura 20. Diagrama de barras. Calidad de vida: EQ-5D-3L. Ausencia de problemas.....	114
Figura 21. Diagrama de barras. Calidad de vida: EQ-5D-3L. Presencia de algunos problemas.	114
Figura 22. Diagrama de barras. Calidad de vida: EQ-5D-3L. Presencia de problemas graves – Incapacidad.	115
Figura 23. Histograma. Calidad de vida: EQ-5D-3L. Percepción del Estado de Salud General Hoy.	116
Figura 24. Histograma. Dimensión 'Cuidado de la persona' del PCIE-H.	130
Figura 25. Diagrama Q-Q normal. Dimensión 'Cuidado de la persona' del PCIE-H.	130
Figura 26. Histograma. Dimensión 'Cuidado del entorno y de la familia' del PCIE-H.	130
Figura 27. Diagrama Q-Q normal. Dimensión 'Cuidado del entorno y de la familia' del PCIE- H.	130
Figura 28. Histograma. Dimensión 'Presencia cuidadora', del PCIE-H.	130
Figura 29. Diagrama Q-Q normal. Dimensión 'Presencia cuidadora', el PCIE-H.	130
Figura 30. Histograma. Puntuación total del PCIE-H.	131
Figura 31. Diagrama Q-Q normal. Puntuación total del PCIE-H.	131
Figura 32. Diagrama de barras. Variables de la relación entre paciente y enfermera/o.	131
Figura 33. Diagrama de barras. Satisfacción global de los encuestados con el Servicio de Enfermería, durante el último ingreso.	132
Figura 34. Diagrama de barras. Satisfacción de los pacientes con el servicio dado por las enfermeras, a lo largo de la vida del paciente.	133
Figura 35. Histograma. Dimensión CUCACE: Experiencia con los cuidados recibidos.	136
Figura 36. Diagrama Q-Q normal. Dimensión CUCACE: Experiencia con los cuidados recibidos.	136
Figura 37. Histograma. Dimensión CUCACE: Satisfacción con los cuidados recibidos.	136
Figura 38. Diagrama Q-Q normal. Dimensión CUCACE: Satisfacción con los cuidados recibidos.	136

Figura 39. Esquema de categorías y subcategorías extraídas del análisis de contenido de la pregunta abierta P21 del PCIE-H.	138
Figura 40. Esquema de categorías y subcategorías extraídas del análisis de contenido de la pregunta abierta P38 del PCIE-H.	139
Figura 41. Esquema de categorías y subcategorías extraídas del análisis de contenido de la pregunta abierta P39 del PCIE-H.	144
Figura 42. Esquema de categorías y subcategorías extraídas del análisis de contenido de la pregunta abierta P40 del PCIE-H.	147
Figura 43. Esquema de categorías y subcategorías extraídas del análisis de contenido de la pregunta abierta P41 del PCIE-H.	152
Figura 44. Esquema de categorías y subcategorías extraídas del análisis de contenido de la pregunta abierta P42 del PCIE-H.	155
Figura 45. Diagrama de barras. Tiempo transcurrido entre el ingreso del paciente y el día en que se cumplimentan las preguntas del cuestionario PCIE-H.	170
Figura 46. Diagrama de dispersión. Relación entre P. total en PCIE-H y Satisfacción con el cuidado durante el ingreso.	185

Índice de tablas

Tabla 1. Comparativa de las coincidencias entre los cuestionarios de cuidados omitidos e invisibles.....	55
Tabla 2. Evolución de los recursos humanos sanitarios en España entre 2006 y 2017.....	57
Tabla 3. Recomendación de número de pacientes por enfermera en función del patrón de cuidados requeridos y perfil del paciente.	58
Tabla 4. Servicios con camas de hospitalización del HCU Lozano Blesa	82
Tabla 5. Variables sociodemográficas y valores que toman.	87
Tabla 6. Variables clínicas* y valores que toman.	88
Tabla 7. Variables sobre cuidados enfermeros y valores que toman.....	88
Tabla 8. Variables de satisfacción y los valores que toman.	89
Tabla 9. Variables imagen y rol de las enfermeras y valores que toman.	90
Tabla 10. Variables sobre resultados de salud y valores que toman.	90
Tabla 11. Características sociodemográficas de los cuidadores familiares.	105
Tabla 12. Variables de la dedicación al cuidado de los familiares de pacientes enfermos oncológicos.....	107
Tabla 13. Resumen del perfil sociodemográfico de los pacientes enfermos oncológicos.	109
Tabla 14. Resumen del perfil clínico de los pacientes enfermos oncológicos.	112
Tabla 15. Distribución de la muestra en relación con las variables de calidad de vida (EQ-5D-3L).	113
Tabla 16. Contraste de diferencia entre valores medios. Análisis de ítems iniciales del Cuestionario PCIE-H en función del encuestado.	118
Tabla 17. Valores perdidos para cada uno de los ítems del cuestionario PCIE-H.	119
Tabla 18. Ítems eliminados del cuestionario PCIE-H tras el ACP.....	121
Tabla 19. Análisis Factorial Exploratorio. Validación de constructo del Cuestionario PCIE-H. Método: Componentes Principales con rotación Promax.....	122

Tabla 20. Validación de Criterio: Coeficientes de validez. Relación entre las variables del PCIE-H y las dimensiones de CUCACE (Gold Standard).....	123
Tabla 21. Análisis de ítems: Fiabilidad. Homogeneidad de los ítems de la versión final del Cuestionario PCIE-H.....	124
Tabla 22. Análisis de fiabilidad: Consistencia interna y Estabilidad temporal. Dimensiones y Puntuación total del Cuestionario PCIE-H.....	125
Tabla 23. Análisis de ítems: Descriptiva total. Ítems iniciales del Cuestionario PCIE-H. ...	126
Tabla 24. Ítems con las puntuaciones más elevadas y su valor promedio.....	127
Tabla 25. Ítems con las puntuaciones más bajas y su valor promedio.	127
Tabla 26. Análisis exploratorio y descriptivo de las variables Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H.	129
Tabla 27. Análisis exploratorio y descriptivo. Variables las dimensiones del Cuestionario CUCACE.....	136
Tabla 28. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción, en función de la persona que responde al cuestionario	161
Tabla 29. Análisis comparativo. Satisfacción y Percepción, en función del sexo.	162
Tabla 30. Análisis comparativo. Satisfacción y Percepción, en función de la edad.....	163
Tabla 31. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función del nivel de estudios.	164
Tabla 32. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función del lugar de residencia.	165
Tabla 33. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función del servicio hospitalario de ingreso del paciente.	166
Tabla 34. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función de la duración de la hospitalización.	167
Tabla 35. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función del tipo de cáncer principal.....	168
Tabla 36. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función de la presencia o ausencia de enfermedades crónicas concomitantes.....	169

Tabla 37. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función del tiempo transcurrido entre el alta hospitalaria y el día de cumplimentación del cuestionario.	171
Tabla 38. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función de los problemas de Movilidad (EQ-5D-3L).....	172
Tabla 39. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función de los problemas con el Cuidado Personal (EQ-5D-3L).....	172
Tabla 40. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función de los problemas con la realización de Actividades Cotidianas (EQ-5D-3L).....	173
Tabla 41. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función de los problemas con el Dolor-Malestar (EQ-5D-3L).....	174
Tabla 42. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función de los problemas con la Ansiedad-Depresión (EQ-5D-3L).	175
Tabla 43. Análisis comparativo. Satisfacción y Percepción, en función del Estado de Salud General Hoy (EQ-5D-3L).....	176
Tabla 44. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función de los problemas de Movilidad (EQ-5D-3L).....	177
Tabla 45. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función de los problemas de Cuidado personal (EQ-5D-3L).	177
Tabla 46. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función de los problemas para de Dolor o malestar (EQ-5D-3L).....	177
Tabla 47. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función de los problemas para las Actividades Cotidianas (EQ-5D-3L).....	178
Tabla 48. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función de los problemas para de Ansiedad - Depresión (EQ-5D-3L).....	178
Tabla 49. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del Estado de Salud General Hoy (EQ-5D-3L).	179
Tabla 50. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del sexo del participante.	180
Tabla 51. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función de la edad del participante.	180

Tabla 52. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del Nivel de estudios del participante.....	181
Tabla 53. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del Medio/ambiente de residencia.	181
Tabla 54. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del Servicio de ingreso del paciente.	182
Tabla 55. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del tiempo de la duración del ingreso del paciente.....	182
Tabla 56. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del tipo de cáncer principal.....	183
Tabla 57. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función de la presencia de enfermedades crónicas concomitantes	183
Tabla 58. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del tiempo entre el día ingreso y el día de respuesta al cuestionario.....	184
Tabla 59. Factores subyacentes en PCIE-H e ítems correspondientes a cada uno de ellos....	199
Tabla 60. Descripción de las herramientas de medición del cuidado enfermero desde el punto de vista del paciente.....	270

Abreviaturas, siglas y acrónimos

- ACP: Análisis de Componentes Principales.
- AFE: Análisis Factorial Exploratorio.
- ATS: Ayudante Técnico Sanitario.
- BCG: Bacilo de Calmette-Guérin.
- CabCue: Cabeza-Cuello.
- Care-Q: Caring Assessment Report Evaluation Q-sort.
- CAT: Caring Assessment Tool.
- CBA: Caring Behaviors Assessment.
- CCAT©: Compassionate Care Assessment Tool.
- CCI: Coeficiente de Correlación Intraclase.
- CECOP: Comportamientos de las Enfermeras relacionados con su forma de Comunicación Observada por los Pacientes.
- CI: Cuidado/s Invisible/s.
- CIE: Consejo Internacional de Enfermeras.
- CIn: Consistencia interna.
- CP: Componentes Principales.
- CPS: Caring Professional Scale.
- CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud.
- ECTS: European Credit Transfer and Accumulation System.
- EEES: Espacio Europeo de Educación Superior.
- EEUU: Estados Unidos.
- ET: Estabilidad temporal.
- EVACALEN: Evaluación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- GH: Genito-urinario.
- GNCS-P: Good Nursing Care Scale for Patients.
- GS: Gold Standard.
- HCAHPS: Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems.
- HCI: Holistic Caring Inventory.
- HDD: Hospital de Día.
- Hema: Hematológico.

- Hep-Dig: Hepato-Digestivo.
- HRIS: Humanistic Relationship Importance Scale.
- IARC: International Agency for Research on Cancer.
- ICS: Individualized Care Scale.
- IH: Índice de Homogeneidad.
- LOPSS: La Monica-Oberst Patient Satisfaction.
- M-G: Mamario-Ginecológico.
- MHCSNCI: Methodist Health Care System Nurse Caring Instrument.
- MISSCARE Survey: Missed Nursing Care Survey.
- N: Tamaño muestral.
- NCBS: Nurse Caring Behaviours Scale
- NCIRQ: Nursing Care Interpersonal Relationship Questionnaire
- NNCI-P: The Night Nursing Care Instrument – Patient version
- NSNS: NewCastle Satisfaction with Nursing Scale
- OCDE /OECD: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos/
Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OMICE: Cuestionario Sobre la Omisión de Cuidados Enfermeros.
- OMS/WHO: Organización Mundial de la Salud / World Health Organisation.
- OPPQNCS: Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale.
- PAQS-ACV: Patient's Assessment of Quality Scale-Acute Care Version.
- PBE: Práctica Basada en la Evidencia.
- PCB: Professional Caring Behaviors.
- PCCIE: Percepción de los Cuidados Invisibles de Enfermería.
- PCHE: Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería.
- PCHPE: Percepción del Cuidado Humanizado brindado por el Profesional de
Enfermería.
- PCIE-H: Percepción del Cuidado Invisible de Enfermería durante la Hospitalización.
- PCIE-H-C: Percepción del Cuidado Invisible de Enfermería durante la
Hospitalización-Versión corta.
- PEQ: Patient Experience Questionnaire.
- PH: Piel y huesos.
- PONS: Presence of Nursing Scale.
- PPPNBS: Patient Perceptions of Patient-Empowering Nurse Behaviours Scale.

- PREM: Patient Reported Experiences Measures.
- PROM: Patient Reported Outcomes Measures.
- PSNCI: The Patient Satisfaction with Nursing Care Instrument.
- Pulm: Pulmón.
- QONCS: Quality of Oncology Nursing Care Scale.
- QPP: Quality from the Patient's Perspective.
- SEDISA: Sociedad Española de Directivos de la Salud.
- SEPE: Servicio Público de Empleo Estatal.
- T-B: Tejidos blandos.
- VCo: Validez de contenido.
- VCon: Validez convergente.
- VCr: Validez de criterio.
- VCs: Validez de constructo.
- VL: Validez lógica.
- VPAIS: Valuing Patients as Individuals Scale.
- VPr: Validez predictiva
- WCPS: Watson Caritas Patient Score.

PREÁMBULO

Esta investigación consta de dos partes: una primera parte, el prefacio, en el que se describen las investigaciones previas a la tesis, estrechamente relacionadas con el tema central de la tesis y una segunda parte que es el contenido de la misma.

PRIMERA PARTE

PREFACIO

La presente tesis doctoral ha sido llevada a cabo en el transcurso de una década y no hubiese sido posible sin los trabajos que la precedieron entre 2007 y 2010. El propósito de este prefacio es exponer las razones que han motivado la elección de este tema de estudio, así como las investigaciones previas que han servido de inspiración y andamiaje a la que se presentara en detalle en esta memoria.

Mi primer contacto con la investigación se produjo en 2007. En aquella época yo era una enfermera recién egresada y me encontraba compaginando mis primeros contratos de trabajo en diferentes servicios médicos y quirúrgicos en hospitales públicos, con la realización de un postgrado para la obtención del título de Licenciada Europea en Enfermería, fruto del convenio entre la Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz y la Universidad de Brighton en Reino Unido.

En esos inicios como enfermera novel, recuerdo que me sorprendía y generaba cierto desconcierto ir descubriendo que gran parte de la población desconocía la labor real e integral que las enfermeras/os realizamos en el día a día de un hospital. La mayor parte de las personas eran capaces de identificar algunas de las tareas, pero al pedir ejemplos, en su mayoría tenían que ver con actividades delegadas por parte de los médicos u orientadas a la esfera física de la persona, más que con acciones autónomas y basadas en juicios profesionales propios para atender al paciente y familia en diversas áreas como la emocional, social e incluso la espiritual. Esto de alguna manera suponía un choque entre la idea que yo tenía de lo que era la enfermera y el trabajo que esta debía desempeñar y, la imagen que existe en la sociedad.

En aquel momento los trabajos de José Luis Medina (1999), Elena Fajardo y Concha Germán (2004), Adolf Guirao (Guirao, 2004), Madeleine Leininger (Leininger, 1978) o Marie

Françoise Collière (Colliere, 1986; Collière, 1999, 1998, 1991) orientados a explorar la influencia del modelo biomédico predominante en el sistema sanitario, los roles y relaciones de género establecidas entre médicos y enfermeras y las dificultades de estas últimas para ser un colectivo profesional visible y reconocido, fueron los que me motivaron a iniciar mis primeros trabajos de investigación en esta línea.

Así, en año 2007, durante la formación de postgrado llevé a cabo un estudio cualitativo de tipo etnográfico en un servicio de Cardiología y Neurología de un hospital de agudos de Vitoria-Gasteiz. El propósito fue conocer qué cuidados de aquellos que realiza el personal de enfermería resultan ser más invisibles; es decir, qué aspectos son un valor intangible en el cuidado y tratar de explorar cuáles son los motivos que contribuyen a que esa invisibilidad se perpetúe. Para la consecución de estos objetivos se recogió información mediante observación participante y entrevistas individuales semiestructuradas al personal de enfermería (enfermeras y auxiliares) que trabajaba en el servicio (Huércanos-Esparza, 2010).

En el estudio realizado se identificaron intervenciones de cuidado y roles asumidos por el personal de enfermería que a menudo pasaban desapercibidos o se diluían entre otras tareas más perceptibles, visibles o llamativas. Las herramientas de recogida de datos cualitativas, permitieron identificar que dentro del grupo de los cuidados más invisibilizados se encontraban acciones como: a) las realizadas para formar o educar en salud a los pacientes y familiares; b) ofrecer soporte emocional a través de la comunicación verbal y no verbal; c) incrementar el confort, d) reducir el dolor a través de tratamientos no farmacológicos; d) el diseño de “inventos” para resolver malestares o problemas y, e) hacer de eje conector entre los diferentes trabajadores del hospital, sanitarios o no, para asegurar un cuidado centrado en el paciente. Esta última función enfermera, ha sido referida en algunos estudios europeos como ‘trabajo organizativo’ (Allen, 2015a) o ‘trabajo articular’ (Lydahl, 2017), y clasificado por ambas autoras también como infravalorado e invisible, pero crucial para el bienestar de los pacientes y sus familias. A partir de los resultados de esta investigación se acuñó el concepto Cuidado Invisible (CI) al que se le atribuyó la siguiente definición (Huércanos Esparza, 2010).

“El cuidado invisible es aquel que comprende tanto acciones intencionadas de los profesionales que en un principio no serían “registrables” (dar una tala, acomodar una almohada, cuidar la intimidad y el confort, tacto, proximidad, etc.) como las acciones que serían susceptibles de registrar, por ser consideradas más profesionales que las anteriores, pero que sin embargo, no se reflejan en ningún lugar, con lo que los mismos profesionales las hacen invisibles (como la relación terapéutica, etc.)”.

En publicaciones posteriores la definición ha ido tomando matices diferentes pero mantenido su esencia (Huércanos Esparza, 2013).

“Entendemos el Cuidado Invisible como un conjunto de intervenciones fruto de la observación atenta, la empatía, el conocimiento y la experiencia, que llevan a las enfermeras a la elaboración de juicios profesionales y éticos deliberados, altamente centrados en las necesidades de cada paciente. Dichas intervenciones a menudo no son registradas ni valoradas institucionalmente, sin embargo, ocupan tiempo de trabajo y tienen un impacto positivo en el bienestar, autonomía y seguridad de las personas, que debería ser considerado”. Se trata de acciones como cuidar la intimidad y el confort, mostrar disponibilidad, acompañamiento, presencia cuidadora, entre otras y, también de acciones que son consideradas "más profesionales" que las anteriores, pero que al no dejar constancia de ellas las invisibilizamos, hablamos aquí por ejemplo de actividades de drenaje emocional, educación para la salud o capacitación para el autocuidado.

Esta línea de investigación tuvo continuidad a través de un segundo trabajo, diseñado para explorar el punto de vista de los usuarios del sistema sanitario, con un diseño metodológico cuantitativo. La idea de cambiar de prisma era comprobar si estos aspectos invisibles que habíamos encontrado, que resultaban esenciales para entender el cuidado proporcionado por las enfermeras, lo eran también para las personas receptoras de dicho cuidado. Diversos estudios, en décadas anteriores, identificaban que lo que para las enfermeras son cuidados o comportamientos importantes y prioritarios no siempre coincide con la consideración de los pacientes (von Essen y Sjöden, 1991). Por tanto, resultaba conveniente realizar dicha comprobación y determinar cómo influía en los niveles de satisfacción respecto a la atención recibida. Para ello, se planteó diseñar un instrumento que tratara de medir ese tipo de cuidado en principio menos evidente.

A priori, el intento de captar la esencia de un fenómeno humano tan subjetivo y privado mediante una herramienta cerrada puede parecer paradójico e incluso reduccionista. No obstante, DeVellis (2012) remarca que, la medición supone una actividad fundamental en la ciencia y, que los instrumentos de medida son útiles precisamente cuando deseamos otorgar puntuaciones numéricas a fenómenos que resultan difícilmente medibles de forma directa por no ser observables de una manera sencilla. Además, no podemos olvidar que la toma de decisiones en las instituciones sanitarias muchas veces está mediada más por la racionalidad técnica y operativa y por las consideraciones administrativas y económicas, que por las necesidades de usuarios y trabajadores (Sitzman y Watson, 2019). Por tanto, trasladar a datos, objetivos e indicadores cuantitativos, los aspectos relativos al cuidado y sus atributos, para que los gerentes institucionales puedan tomarlos en cuenta, aunque es complejo, resulta altamente interesante, más aún si la meta es hacer tangible una realidad cotidiana subyacente y que tanto valor aporta al concepto de cuidar.

Con estas ideas en mente, en 2010 a partir de la oportunidad de realizar el Trabajo Fin de Máster (TFM) en la Universidad de Zaragoza dentro del Máster Interuniversitario en Ciencias de la Enfermería (120 créditos ECTS del EEES), inicié esta investigación. El trabajo consistió en el diseño y pilotaje de la primera versión del cuestionario que en aquel momento se denominó Percepción de los Cuidados Invisibles de Enfermería (PCCIE).

La generación de los ítems de la primera versión del instrumento se inició en mayo de 2010, y se basó en una combinación de métodos inductivos, como son los resultados del estudio cualitativo etnográfico (Huércanos-Esparza, 2010); y de métodos deductivos, en este caso una revisión de la literatura que tuvo el objetivo de identificar y analizar algunas escalas y cuestionarios preexistentes vinculados a la temática, como son el Care-Q (Larson, 1981), el cuestionario de Percepción de Comportamientos de Cuidados Humanizados de Enfermería (PCHE) (Rivera Álvarez y Triana, 2007) y el conocido SERVQUAL (Parasuraman et al., 1988). Los resultados de esta revisión bibliográfica pusieron de manifiesto que la promoción del autocuidado, la relación de confianza y seguridad, el apoyo emocional, el tacto, la escucha, el confort, la compasión, el respeto y la presencia cuidadora eran los principales aspectos del trabajo de las enfermeras y corresponden a las intervenciones de lo que denominamos Cuidados Invisibles.

La imagen social de las enfermeras, en el momento que se hizo el estudio, también contribuía a la invisibilización de los profesionales de la enfermería y sus aportaciones a la mejora de la salud y bienestar de la población. Martínez Riera (2008) expresaba que los

periodistas contribuyen a transmitir una idea médico-dependiente, tecnológica y parcial de las enfermeras, pues en las puntuales ocasiones en las que las enfermeras aparecían en las noticias, eran mostradas realizando procedimientos técnicos, perpetuándose así la imagen de una profesión supeditada a la ejecución de instrucciones prácticas para la profesión médica. Por ende, tanto las dimensiones de Cuidado Invisible mencionadas anteriormente como la imagen social fueron consideradas en el diseño de las preguntas que conformaron la primera versión de la herramienta y que posteriormente fue pilotado como TFM.

Se generó un cuestionario que inicialmente contenía 34 ítems cerrados, 5 de respuesta abierta y 6 variables sociodemográficas. Con esta primera aproximación se siguieron los pasos que a continuación se detallan.

1. **Evaluación mediante panel de expertos.** La propuesta fue evaluada por 13 expertas (5 profesoras de enfermería de 2 universidades españolas diferentes, 7 enfermeras asistenciales de 6 hospitales secundarios y terciarios de referencia y 1 enfermera de Centro de Salud). Estas expertas verificaron el significado, la relevancia y la pertinencia de cada uno de los ítems y realizaron comentarios para mejorar la expresión de las preguntas y el contenido del cuestionario en su conjunto (Streiner y Kottner, 2014).
2. **Implementación de sugerencias.** Los siguientes cambios fueron realizados de acuerdo a las sugerencias de las expertas: 1 ítem se eliminó debido a la redundancia, 3 ítems fueron añadidos y varios de ellos reformulados para mejorar la legibilidad. Así mismo, ciertas variables sociodemográficas fueron añadidas para conocer, lugar de residencia, servicio de ingreso, mes del ingreso, diagnóstico principal y si la persona que respondía era el propio paciente o el cuidador familiar y en caso de ser este último el parentesco con el enfermo.
3. **Determinación de la legibilidad por parte de potenciales participantes.** Pedimos la colaboración de 10 ciudadanos usuarios del sistema sanitario para que examinaran nuevamente la legibilidad y comprensión de los ítems que quedaron tras la revisión de las enfermeras expertas. Tras analizarlos se incluyeron sus sugerencias en cuanto al lenguaje utilizado para formular las cuestiones.
4. **Pilotaje.** La herramienta autoadministrada que finalmente contenía 36 ítems cerrados sobre el CI, 6 preguntas abiertas sobre la atención de enfermería, 11 variables sociodemográficas y 1 pregunta sobre satisfacción, fue pilotada en 30 pacientes oncológicos que habían sido ingresados durante al menos 3 días en diferentes servicios

médicos y quirúrgicos en los 12 meses previos. La recogida de datos se realizó en 6 centros de Atención Primaria de Zaragoza, San Sebastián, Madrid, Salamanca, Soria y Cortes de Navarra, esta última como centro rural. Los candidatos fueron invitados a participar en el estudio a través de sus enfermeras comunitarias durante una de sus visitas rutinarias a la consulta.

5. **Revisión de los resultados.** El cuestionario PCCIE mostró un buen nivel de consistencia interna ($\alpha = .946$). Este cuestionario fue concebido inicialmente como unidimensional y, por tanto, el alfa de Cronbach fue calculado para la totalidad de la escala. La estabilidad fue evaluada mediante la prueba test-retest utilizando el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI= .95). Ambos resultados fueron prometedores y reforzaron la idea de mejorar el cuestionario, llevar a cabo una nueva recogida de datos con una muestra más amplia de participantes y, realizar nuevos tests estadísticos, que nos permitiesen obtener una demostración más robusta de la fiabilidad y validez de la herramienta.
6. **Análisis del reporte sobre el reclutamiento y recogida de datos.** Después del pilotaje, se solicitó a las enfermeras comunitarias que participaron en el proceso de reclutamiento y recogida de datos, que hicieran un informe recogiendo los obstáculos vividos durante el proceso de selección de candidatos, información y obtención del consentimiento, entrega y recogida del cuestionario. Así mismo, se les pidió que revisaran con los participantes cualquier dificultad experimentada durante el proceso de auto-cumplimentación del instrumento. A los propios participantes también se les instó a que sugirieran ítems adicionales que incluir en la siguiente versión del cuestionario.
7. **Análisis de las respuestas.** Se estudiaron las preguntas que habían sido dejadas en blanco, se contrastaron con los perfiles de los pacientes y se eliminaron o reformularon aquellas que se consideraron poco relevantes o complejas para ellos. Se eliminó la opción de NS/NC de las posibles respuestas que había sido utilizada para evaluar las preguntas no aplicables y que debían ser descartadas.
8. **Generación de información cualitativa.** De manera adicional, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad individuales, participaron cinco pacientes oncológicos que aportaron su perspectiva sobre las expectativas y experiencias en relación al CI recibido, con el propósito de verificar la relevancia de los ítems, que quedarían finalmente en la versión del cuestionario y que sería sometida posteriormente a un estudio más amplio con motivo de esta tesis. El acceso a estos pacientes a los que

entrevistamos se consiguió a través de las psicólogas y trabajadoras sociales de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Fueron seleccionados mediante muestreo de variación máxima teniendo en cuenta los siguientes criterios para elaborar los perfiles de interés para las entrevistas: edad, sexo, tiempo desde el diagnóstico y grado de independencia para la realización de las actividades de la vida diaria. Se garantizó que ninguno de ellos hubiese participado en el pilotaje y, por tanto, que fuese la primera vez que veían el cuestionario. Para participar en estas entrevistas también debían haber estado ingresados al menos 3 días en los últimos 12 meses.

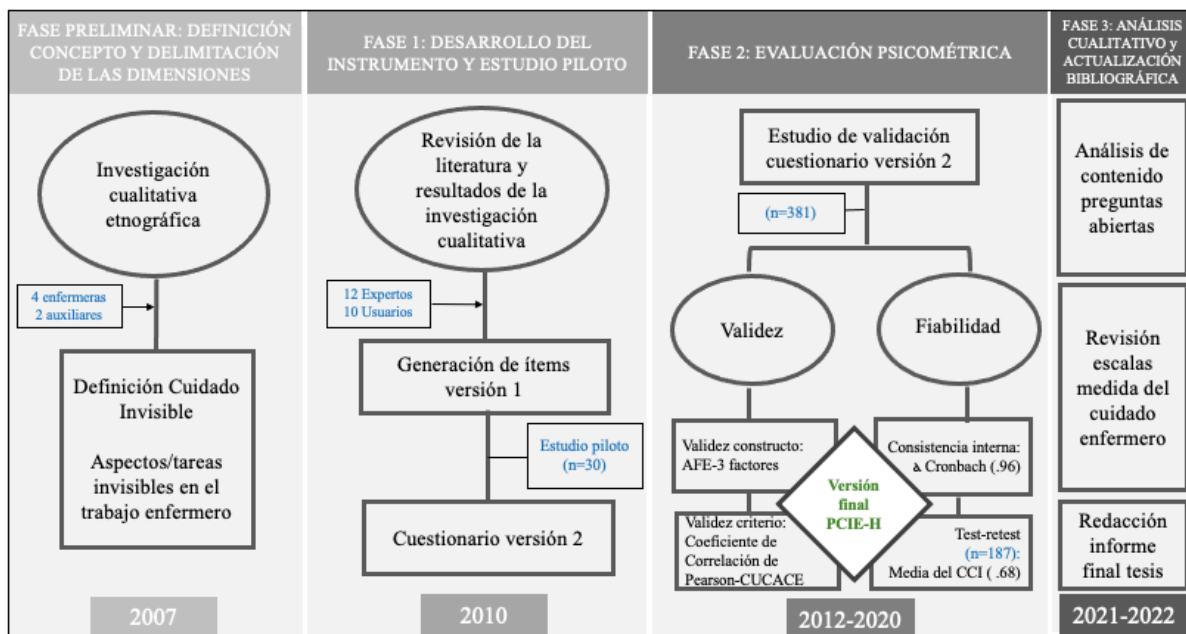
Se tuvo en cuenta que en la cultura española la familia juega un papel fundamental en el acompañamiento y el cuidado informal de los pacientes tanto en el domicilio como en el hospital, por lo que a los participantes en la fase de entrevistas que tenían un nivel moderado a alto de dependencia se les ofreció la posibilidad, siempre que así lo desearan, de que su cuidador familiar principal estuviese presente durante las mismas, con el propósito de enriquecer y complementar la información recogida. Consideramos que esta decisión era adecuada ya que algunos de los ítems incluidos en el cuestionario diseñado estaban relacionados con el cuidado o atención que las enfermeras proporcionaban a los familiares que acompañaban al paciente durante la estancia hospitalaria.

9. **Revisión bibliográfica.** Una vez obtenida toda esta retroalimentación, se llevó a cabo una nueva revisión de la literatura con el propósito de actualizar y ampliar nuestro conocimiento sobre el estado del arte de la temática y con el objetivo de encontrar un instrumento que pudiésemos utilizar como *Gold Standard* (GS) para correlacionar nuestro cuestionario.
10. **Implementación de mejoras.** Con la información recabada en la revisión bibliográfica, la experiencia y resultados del pilotaje del instrumento inicial y el análisis de los discursos de las entrevistas cualitativas, se introdujeron cambios menores en la herramienta (relacionados fundamentalmente con la distribución de las preguntas, el diseño gráfico; se incluyeron 2 nuevas variables sociodemográficas relacionadas con el nivel de estudios y la presencia de comorbilidades); con todo ello se consideró que había suficiente viabilidad y utilidad de los datos para iniciar la fase de validación (Huércanos-Esparza, 2010).

En la figura 1 se representa de manera gráfica y resumida la trayectoria completa que se ha seguido para el diseño y validación del instrumento, incluyendo los estudios previos

sinetizados en este apartado y los que se describirán a lo largo de esta tesis doctoral, que constituyen la fase 2 del proceso.

Figura 1. Esquema de desarrollo y proceso de validación del cuestionario PCIE-H.



Fuente: Figura de elaboración propia.

A lo largo del desarrollo, de esta línea de investigación, se han elaborado diferentes publicaciones y ponencias, que han servido como medio de difusión de resultados parciales de este estudio sobre el CI. Se nombran a continuación ordenadas cronológicamente.

Ponencias en congresos

XV Coloquio Internacional de la Asociación Española de Investigación de Historia de las Mujeres. Mujeres e Historia: Diálogos entre España y América Latina. Bilbao, España. 11-13 de noviembre de 2010.

- Germán Concha, Hueso Fabiola, Huércanos Isabel, Marín Lara. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. Comunicación oral.

X Reunión Internacional Cualitativa en Salud. San Luís de Potosí, México. 20-30 de septiembre de 2011.

- Germán Bes Concha, Hueso Navarro Fabiola, Huércanos Esparza Isabel, Ferrer Arnedo Carmen. Exploración del término “buen trato”, dicho por familiares y usuarios de los servicios de salud”. Modalidad digital. Comunicación oral.

FORANDALUS-2012. VI Reunión Internacional de Investigación en Enfermería y I Reunión del Grupo de Investigación Aurora Mas. El Cuidado: una cuestión de identidad. Zaragoza, España. Zaragoza, España. 23 y 24 de marzo de 2012.

- Anguas Gracia Ana, Martínez Lozano Francisca, Huércanos Esparza, Isabel. El Cuidado Invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. Rev Paraninfo Digital, 2012; 15. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/080o.php> . Comunicación oral.

Citas recibidas en Scopus: 1 y citas adicionales en Google Académico: 4.

VI JORNADA HOSPITAL DE GUADARRAMA. Ética ante la fragilidad de las personas. Madrid, España. 24 de mayo de 2012.

- Huércanos Esparza, Isabel. El valor del cuidado: hacia el reconocimiento del Cuidado Invisible de Enfermería. Conferencia ponente invitada.

FORANDALUS-2014. VII Reunión Internacional de Investigación en Enfermería y II Reunión del Grupo de Investigación Aurora Mas. Cuidados Invisibles y Calidad de Vida. Zaragoza, España. 30 y 31 de mayo de 2014.

- Huércanos Esparza Isabel. Conceptualización del Cuidado Invisible: revisión narrativa. Comunicación oral.
- Huércanos Esparza Isabel, Bello Arriaga Concha, Dolz López Marta, Domenech Omeda Ana, González Aznar Elena, Tejero López Teresa. Cuidados Invisibles de Enfermería Percibidos por Personas con Enfermedad Onco-Hematológica y Cuidadores Familiares en el Hospital Lozano Blesa de Zaragoza. Póster.
- Huércanos Esparza Isabel, Chavez Pilay Jackeline Cecibel, Santaliestra Cía Sonia, Pérez Marco Isabel, Navarro Júlvez Olga Pilar, Torrecillas Felipe Vanesa. Guía Práctica para la elaboración y validación de un cuestionario de cuidados de enfermería. Póster.

XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual Investigación Cualitativa en Salud. Jóvenes y Salud ¿Combatir o compartir los riesgos? Granada, España. 6 y 7 de noviembre, 2014.

- Moderadora del coloquio virtual: La investigación cualitativa como medio para hacer visible el Cuidado Invisible.

6º Jornada Nacional de Enfermería y Fisioterapia “Ciudad de Talavera”. El poder sanador de los cuidados. Talavera de la Reina, España. 10 y 11 de diciembre de 2014.

- Huércanos Esparza Isabel. El cuidado invisible: donde los medicamentos no llegan. Conferencia ponente invitada.

I Congreso Nacional de Investigación en Enfermería Médico-Quirúrgica. Valencia, España. 14 y 15 de abril de 2016.

- El Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. Conferencia ponente invitada.

XI REUNION INTERNACIONAL. Enfermería Basada en la Evidencia. Los cuidados de enfermería ante la adversidad. Bogotá, Colombia, 14-16 septiembre 2016.

- Cuidados invisibles, una práctica cotidiana con repercusión en la EBE. Comunicación oral virtual.

ICN 2017 - International Council of Nurses Congress. Barcelona, España. 27 de mayo al 1 de junio de 2017.

- Huércanos Esparza Isabel, Germán Bes Concha, Jiménez Navascués Lourdes, Orkaizagirre Gómara Aintzane. Estudio sobre la percepción del Cuidado Invisible a pacientes oncológicos del HCU Lozano Blesa de Zaragoza. Póster.

Publicaciones en revistas científicas y libros

1. Huércanos Esparza Isabel. El cuidado invisible: una dimensión de la profesión enfermera. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php> (Fecha último acceso 09/07/2022).

Citas recibidas en Scopus: 8 y citas adicionales en Google Académico: 7.

Galardonado con el III Premio Elena Escanero Gella de Investigación en Ciencias de la Salud, convocado por la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza y la Fundación Index.

2. Germán Bes C., Hueso Navarro F., Huércanos Esparza I. El cuidado en peligro en la sociedad global. Enfermería global. [Internet]. 2011 Jul; 10(23): 221-232. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300016&lng=es (Fecha último acceso 12/10/2022).

Citas recibidas en Scopus: 5 y citas adicionales en Google Académico: 27.

3. Huércanos Esparza, Isabel. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php> (Fecha último acceso 09/07/2022).

Citas recibidas en Scopus: 1 Google Académico: 7.

4. Huércanos-Esparza, Isabel. El cuidado invisible de la enfermera. Aproximación a un caso hospitalario. Archivos de la Memoria 2012; 9 (4). Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/am/article/view/e9415> (Fecha último acceso 16/05/2021).

Citas recibidas en Scopus y Google Académico: 0.

5. Huércanos Esparza, Isabel. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. Index Enferm [Internet]. 2013; 22(1-2). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n1-2/0506.php> (Fecha último acceso 09/07/2022).

Citas recibidas en Google Académico: 32. (Documento no indexado en Scopus).

6. Germán Bes Concha, Hueso Navarro Fabiola, Huércanos Esparza Isabel. La relación entre la globalización y salud y el reto de cuidar. En: Waldow Vera Regina. Cuidado de Enfermería. Reflexiones entre dos orillas. Granada: Cuadernos Index; 2014.

Citas recibidas en Google Académico: 9. (Documento no indexado en Scopus).

7. Germán Bes Concha, Orkaizagirre Gómara Aintzane, Huércanos Esparza Isabel, Hueso Navarro Fabiola. ¿Provocan las enfermeras su propia invisibilidad?: a propósito del caso de María. Index Enferm [Internet]. 2015 Sep; 24(3): 139-143. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000200005&lng=es (Fecha último acceso 09/07/2022).

Citas recibidas en Google Académico: 12. (Documento no indexado en Scopus).

8. Huércanos-Esparza I, Antón-Solanas I, Orkaizagirre-Gómara A, Ramón-Arbués E, Germán-Bes C, Jiménez-Navascués L. Measuring invisible nursing interventions: Development and validation of Perception of Invisible Nursing Care-Hospitalisation questionnaire (PINC-H) in cancer patients. Eur J Oncol Nurs [Internet]. 2021 Feb; 50: 101888. Disponible en: <https://www.sciencedirect->

com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S146238892030168X?via%3Dihub

(Fecha del último acceso 09/07/2022).

Citas recibidas en Scopus: 0 y citas adicionales en Google Académico: 1.

Publicación galardonada en el 41º Certamen de Enfermería y 12º de Fisioterapia San Juan de Dios con el Premio Especial Hospitalidad al mejor artículo publicado en revistas indexadas en el año 2020.

Nota: Las citas de Scopus y Google Académico se han revisado para descartar las autocitas y las duplicidades.

El cuestionario para la medición de los Cuidados Invisibles también ha sido recibido con interés por parte de algunos colegas de profesión que han solicitado permiso para usar y/o validar el instrumento en otros contextos culturales.

Solicitudes Internacionales.

- China.

- Liu Menxue. Enfermera Oncológica en el Wuxi Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province, China. Motivo: Validación transcultural del PCIE-H al chino.

(2 enfermeras chinas solicitaron posteriormente el instrumento con el mismo propósito, pero fueron declinadas para evitar solapamientos y duplicidades).

- Irán.

- Ali Safdari. Profesor de la School of Nursing and Midwifery University of Arak. Motivo: Validación transcultural del PCIE-H a la población iraní.

- México.

- Ivette Guadalupe Osorio Sánchez. Estudiante de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Motivo: Realización de trabajo académico para la obtención del título de Licenciado en Enfermería.

- Perú.

- Mónica Elena Salvador Carbonell. Enfermera licenciada y estudiante de la Universidad Peruana Unión. Motivo: Realización de trabajo académico para la obtención del título de Maestría en Gestión y Administración de Enfermería.

- Turquía.

- Bahar Aksoy. Estudiante de Doctorado en la Universidad Trabzon Karadeniz Technical, Trebisonda, Turquía. Motivo: Validación transcultural del PCIE-H al turco.

(3 enfermeras turcas dos docentes y otra estudiante de postgrado solicitaron posteriormente el instrumento con el mismo propósito y estas se rechazaron por la misma razón que las colegas de China).

Solicitudes Nacionales.

- José Ángel Rubiño. Enfermero del Hospital Universitario Son Espases en Palma de Mallorca. Motivo: Solicitud de uso del cuestionario para recogida de datos.
- Carmen Ferrer Arnedo. Jefa del servicio de Información y Atención al Paciente del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela de Madrid. Motivo: Solicitud de uso para recogida de datos.
- Clara M^a Torres Ortega. Supervisora del Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital Santa Bárbara de Soria. Motivo: Solicitud de uso para recogida de datos.

SEGUNDA PARTE

INTRODUCCIÓN

Una vez expuestos los antecedentes que han estimulado la realización de este trabajo y la base desde la que parte la investigación que se presenta, mostramos el contenido de las diferentes secciones que conforman esta memoria de tesis y que recoge la labor documental, el trabajo de campo y los resultados obtenidos.

En primer lugar, se aborda el ‘Marco de Referencia’, que sirve como guía para la interpretación del trabajo. En él se hace una aproximación al concepto de cuidado del que partimos y su evolución, para posteriormente, descubrir cómo se articulan los modelos de CI que se han propuesto hasta el momento y cuáles son las razones que, según diversos estudiosos, están influyendo en la invisibilidad, tanto de las enfermeras como colectivo profesional como del cuidado que estas realizan. Se advierte así mismo, sobre las circunstancias que están contribuyendo a que el CI se encuentre en peligro de extinción. Se finaliza la sección, con una exhaustiva revisión de los instrumentos que existen para la medida del cuidado enfermero desde el punto de vista del paciente y que promueven la identificación, cuantificación y, por tanto, en cierta forma, la visibilidad de los mismos.

El segundo capítulo recoge la ‘Justificación’ de la realización de este estudio, en el que se expone la aportación particular del instrumento validado al conjunto de herramientas disponibles y la contribución al desarrollo del conocimiento sobre el CI que supone este trabajo. Así mismo, se argumentan la relevancia e implicaciones que tiene para las enfermeras y el sistema sanitario, a través de la explicación de los beneficios que esta tesis puede aportar a la mejora de la calidad de la atención y al planteamiento de políticas de gestión diferentes.

El tercer capítulo refleja las hipótesis de partida y los objetivos generales y específicos que se pretenden alcanzar.

El cuarto capítulo, desgrana la ‘Metodología’ empleada para la conducción de esta investigación, subdividiéndose en 8 apartados: diseño, ámbito de estudio, población y muestra, variables, instrumentos, recogida de datos, análisis de datos y consideraciones éticas.

El quinto capítulo muestra los ‘Resultados’ obtenidos en el estudio, por un lado, los relativos al perfil de participantes y a las propiedades psicométricas del instrumento y, por otro lado, los referentes a la percepción y satisfacción de los usuarios con el CI que recibieron de las enfermeras/os durante la hospitalización; resultados que a su vez se diferencian, entre aquellos que se alcanzan a partir de las respuestas a los cuestionarios cerrados que fueron administrados y, los que los participantes quisieron compartir libremente. Por último, se analiza la influencia de determinadas características personales y clínicas de los participantes en los resultados alcanzados.

En el sexto capítulo se realiza la ‘Discusión’ de nuestros hallazgos con los obtenidos en otras investigaciones relacionadas.

En el séptimo, se abordan las ‘Limitaciones del estudio’ que han sido identificadas en el transcurso de este trabajo y, las ‘Nuevas líneas de investigación’ que merece la pena que sean abordadas en el futuro. Al igual que los aspectos sobre los que continuamos trabajando en la actualidad para la depuración y mejora del cuestionario.

Como secciones finales, en el octavo capítulo el lector podrá encontrar algunas ‘Anotaciones sobre el uso de la herramienta’, se muestra en el noveno la presentación de las ‘Conclusiones’ alcanzadas y, cierran este trabajo, el compendio de ‘Bibliografía’ y los ‘Anexos’ de interés para complementar lo expuesto en la memoria de la tesis.

Para finalizar, conviene clarificar el uso que se hará de los siguientes términos. Por una parte, con el propósito de hacer la lectura más amable y evitar redundancias al hacer alusión a los cuestionarios de medición, tanto el propio como los de otros autores, se usarán como sinónimos del término las palabras “herramienta”, “instrumento”, “test” y “escala”. Por otra parte, dado que el colectivo enfermero está integrado en su mayor parte por mujeres, nos referiremos a todo él con el término en femenino “enfermeras”, tal y como recomienda el Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Igualmente, teniendo en cuenta que el CI es realizado conjuntamente por el equipo compuesto por enfermera/o y técnico de cuidados auxiliares de enfermería, a lo largo de esta tesis el término “enfermera” se usará también para englobar a ambas figuras. Por último, se tratará como una única unidad tanto a los pacientes como a sus cuidadores familiares principales (si los hubiera) cuando nos refiramos a los “enfermos” que han formado parte de esta investigación.

1. MARCO DE REFERENCIA

El presente capítulo se subdivide en dos secciones. La primera es el marco teórico donde se diserta acerca de la evolución del concepto de cuidado y diferentes acepciones que podemos encontrar a este respecto. Así mismo, se expone el concepto de CI y cómo este enraíza con el primero, exponiendo no sólo la definición del término que ya mencionábamos en el ‘Prefacio’ sino los elementos que confieren invisibilidad a la enfermería como profesión y las posibles causas de dicha circunstancia. Se expondrán los resultados de diferentes trabajos que ponen de manifiesto que el cuidado integral y particularmente el invisible está en peligro de extinción y algunas estrategias que pueden contribuir a rescatarlo. Se cierra esta sección indicando el interés de medir la experiencia hospitalaria de los pacientes a través de herramientas que les den voz.

En la segunda parte de este capítulo, se expone la revisión bibliográfica que se ha realizado para obtener una visión global de los instrumentos de medida del cuidado enfermero que existen y que toman en cuenta la perspectiva de los pacientes. Se han seleccionado 39 instrumentos, de los cuales se ha llevado a cabo un seguimiento del proceso de perfeccionamiento que han experimentado desde su diseño hasta la actualidad y de los usos que de ellos se ha hecho.

1.1. MARCO TEÓRICO

1.1.1. Bases teóricas del cuidado

Mucho se ha escrito a lo largo de las últimas décadas sobre la noción de cuidado. A pesar de los intentos de acotar el término, la enfermería históricamente ha adolecido de una falta de consenso sobre la definición de lo que es cuidar, carencia que ha sido resaltada en multitud de publicaciones a nivel mundial (Finfgeld-Connett, 2008). No obstante, en la literatura científica parece que existe una predominancia de discursos que defienden que el eje y fundamento de la práctica enfermera, su razón de ser y lo que la identifica y diferencia de otras disciplinas es el cuidado (Galbany-Estragués y Comas-d’Argemir, 2017; Jacques, 1993; Pajnkihar et al., 2017; Poblete-Troncoso et al., 2012; Poirier y Sossong, 2010; Zamanzadeh et al., 2010).

De entre esos discursos hay algunos que han tenido un impacto especial en el desarrollo de esta tesis como son los de las estadounidenses Madeleine Leininger y Jean Watson, la francesa de origen argelino Marie Françoise Collière y la brasileña Vera Regina Waldow.

Podemos afirmar que fue Madeleine Leininger a finales de la década de los 70 la pionera en estudiar el fenómeno del cuidado con el propósito de clarificar el concepto. El estudio del tema le llevó a diferenciar 3 niveles de cuidado (Leininger, 1978).

- Genérico: *“Son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y desarrollo de la condición humana”.*
- Profesional: *“Aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidos cognitiva y culturalmente que permiten (o ayudan) a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida”.*
- Profesional enfermero: *“Todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas, y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte”.*

Por tanto, Leininger hace la diferenciación de lo que podemos considerar cuidado inherente al ser humano y universal, que sería lo que denomina como ‘cuidado genérico’ y que podemos encontrar en las relaciones paternofiliales pero, que no implica una adquisición de saberes y prácticas especializados, los cuales sí están presentes en el cuidado profesionalizado. Este otro cuidado es más complejo e implica una intención basada en los conocimientos aprendidos de forma reglada y cierta destreza, pero no es un cuidado exclusivo de la enfermera puesto que nutricionistas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, profesores, psicólogos o médicos entre otros profesionales, también pueden en determinadas circunstancias proporcionar cuidados para que la persona atendida desarrolle, como sugiere esta teórica, condiciones de vida saludables. No obstante, para Leininger hay un cuidado reservado a las enfermeras, que se diferencia de los otros cuidados profesionales en el propósito con el que se proporcionan, en este caso, el mantenimiento y desarrollo de “la salud y el bienestar de las personas” a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital (Medina, 1999). En relación con esa diferenciación realizada por Leininger, consideramos que los cuidados del equipo enfermero tienen dos características muy propias: los "cuidados cotidianos y continuados" atendiendo a los malestares o dolencias que persiguen procurar el bienestar; y los “cuidados de vigilancia clínica continuados”, que son los que garantizan la seguridad de la persona enferma. Este es el valor añadido que aportan los profesionales de enfermería en la atención de los enfermos dentro

del equipo asistencial. Los otros miembros realizan actividades “con cuidado” y, en momentos puntuales de la asistencia cuidan.

La otra gran referente norteamericana en la teorización de la noción de cuidado y que debemos nombrar aquí es Jean Watson, a quien se le atribuye el estudio del concepto en el ámbito de la enfermería desde una perspectiva más ética, existencialista y fenomenológica que centrada en el proceso fisiopatológico (Marriner Tomey y Alligood, 2008; Watson, 1979). Para Watson, el cuidado es una responsabilidad ética con la preservación de la humanidad. El cuidado supone un diálogo constante, donde la enfermera y la persona cuidada tienen una experiencia compartida que se da entre dos individuos con particularidades y biografías diferentes, y que no solo pasará a formar parte de la historia vital de ambas personas, sino que influirá en sus respectivos futuros. Por tanto, el cuidado es visto en este caso como un medio de crecimiento recíproco. Watson ya en los años 80 reconoció que ante el ‘riesgo de deshumanización del cuidado del paciente debido a la gran estructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud del mundo, se hace necesario por parte de los profesionales de enfermería, el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación’ (Rivera Álvarez y Triana, 2014).

Las perspectivas de Leininger y Watson se complementan y sientan las bases sobre la que otros han trabajado, pero ponen de manifiesto algo con lo que nos sentimos en completo acuerdo y es que el fenómeno del cuidado trasciende el plano bio-técnico y no se orienta en exclusiva a los desarreglos fisiológicos, sino que requiere de un despliegue de conocimientos y habilidades que permitan atender elementos de las esferas psíquica, social, espiritual y en armonía con la cultura de la persona cuidada. En relación con la necesidad de sustentar las acciones enfermeras en los conocimientos, Mayeroff (1971) coincide y es claro al respecto, ser una persona con deseo de cuidar y con buena intención hacia el otro no es suficiente, el cuidado enfermero es profesional porque requiere entrar en contacto con la persona, conocer sus necesidades y saber cómo responder adecuadamente a ellas. Este es un aspecto que en la definición del Cuidado Invisible que se mostraba en el ‘Prefacio’ se procuró plasmar, con el fin de desvincular el cuidado de la idea de algo que puede ejercerse simplemente con que haya voluntad de hacer bien y ayudar al otro.

La profesora y experta en cuidados de la OMS, Marie Françoise Collière, definió los cuidados de enfermería como actos que no se producen de manera aislada, sino que son el resultado de un proceso de discernimiento de necesidades de tipo físico, emocional, social o económico que son imprescindibles para una persona o grupo (Collière, 1978a). Ella destaca

que todas las profesiones requieren de tecnología para ser ejercidas, entendiendo por tecnología el instrumental y técnicas asociadas a su uso e incluyendo aquí las de la información también. Por tanto, para las enfermeras las tecnologías no son un fin en sí mismas sino un medio para lograr satisfacer las necesidades de los pacientes, mantener la vida y reparar la enfermedad (Collière, 1978b). Una de las reivindicaciones que más ha trascendido de esta autora es la del reconocimiento de la aportación particular y diferenciada que tienen los cuidados enfermeros. Ella apreció que erróneamente se consideraba a los cuidados algo secundario y subsidiario de los tratamientos y que solo estos últimos gozaban de la consideración de tener acción terapéutica cuando en realidad, desde su punto de vista, *“la vida es posible sin tratamientos, pero no sin cuidados”* (Collière, 1982). Puso atención sobre lo imprescindibles que son los cuidados de acompañamiento, entendiéndolos como aquellos que suponen estimulación, sostén, crecimiento, entretenimiento y mantenimiento de la vida humana. No obstante, también alertó a las enfermeras sobre la necesidad de que ellas hiciesen referencia a sus saberes especializados durante la actividad profesional y que plasmasen los juicios clínicos que realizan en su trabajo. A su entender, si solo se reflejan listados de tareas sin una justificación, la función propia de las enfermeras queda diluida y se confirmaría que es una profesión auxiliar de la medicina, donde la enfermera es una mera vigilante, administradora de tratamientos y ejecutora de órdenes y todo lo que se apartase de esto *“gajes del oficio, trabajo invisible, desconocido y no reconocido”* (Collière, 1991).

En esta misma línea, la doctora brasileña Vera Regina Waldow (2008) que es una de las pensadoras más destacadas en el ámbito de la Enfermería en el contexto iberoamericano, elaboró una definición muy completa y que también remarca que el cuidado enfermero requiere de pensamiento y acción.

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

También desde Brasil, Costa et al. (2012) afirman que el cuidado de enfermería se manifiesta de forma objetiva por medio de la realización de técnicas y de manera subjetiva a

través de la sensibilidad, la creatividad y la intuición. Para dar soporte a la persona enferma, concretamente en el marco de la enfermedad oncológica, estas autoras consideran que la enfermera busca estar disponible, ser empática, demostrar seguridad, conocimiento, transparencia y afecto. A través de estrategias como son: el humor, la conversación, la escucha, el cariño, la relación de confianza, el enfermero construye relaciones reales que ayudan a los pacientes a sobrellevar las situaciones difíciles que viven. Según las mismas autoras esta relación interpersonal surge debido a la necesidad del paciente que la busca y a la disponibilidad de la enfermera que la procura.

Además, de las teorizaciones elaboradas por estas autoras, a lo largo de los años se han realizado algunos trabajos de revisión que han pretendido sintetizar las diferentes conceptualizaciones del término existentes en la bibliografía, con el propósito de mejorar la comprensión de lo que el cuidado abarca, o incluso de generar un interesante debate al respecto. Son trabajos que han contribuido a componer si no una definición completa y estandarizada del cuidado, sí al menos una aproximación a los elementos más importantes de este, articulando ideas complementarias y reflejando en sus resultados también cierta evolución de algunos de esos elementos definitorios con el paso del tiempo.

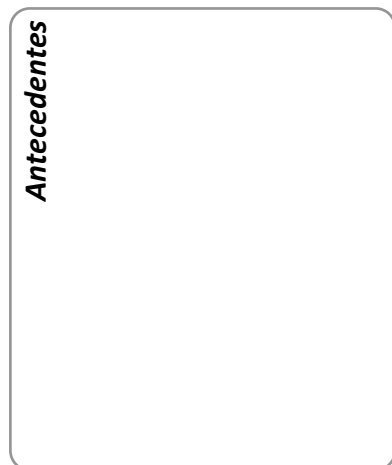
Morse et al. (1990) en su trabajo ‘Conceptos de cuidado y el cuidado como concepto’ examinaron 35 definiciones y observaron que existían 5 perspectivas epistemológicas en ellos: el cuidado como rasgo humano, como ideal o imperativo moral, como sentimiento, como relación interpersonal o como intervención enfermera terapéutica. Esta última es la que más nos interesa por el matiz de acción curativa que comporta. No obstante, dos de las conclusiones más importantes de este trabajo fueron, por un lado, que la falta de conocimiento relacionado con el cuidado hasta ese momento, venía provocado por la escasez de definiciones de los atributos de este y, por otro lado, que las definiciones existentes no tomaban en cuenta la perspectiva de lo que es el cuidado desde el punto de vista del paciente.

Posteriormente, algunos autores como Radwin (2000) o Charalambous, Papadopoulos y Beadsmoore (2009, 2008), trataron de subsanar esta carencia explorando mediante estudios fenomenológicos aquellas necesidades que eran esenciales de cubrir para los pacientes durante la hospitalización y las características que consideraban importantes en una enfermera. Así, sentirse valorados, respetados, cuidados por enfermeras comunicativas y comprensivas, que además sean competentes, les hagan sentir seguros, que incluyan a su familia en el proceso de cuidado y cuiden así mismo de los aspectos espirituales (sean o no religiosos), son los aspectos que contribuyen a que su experiencia con la atención sanitaria sea considerada de calidad

(Charalambous et al., 2009). Se precisa de enfermeras competentes que sepan lo que hacen y tengan conocimientos tanto técnicos y teóricos como experienciales, que a la vez sean accesibles, acompañen, den soporte, sean comprensivas, reconforten emocionalmente y ayuden en determinados momentos o suplan a la persona si es preciso (Charalambous et al., 2008; Radwin, 2000).

Finfgeld-Connett (2008) por su parte, realizó una meta-síntesis en la que revisó 49 documentos publicados entre 1988 y 2007. A partir de ellos, la autora pudo concluir que el cuidado es un proceso interpersonal relacionado con el contexto en el que se produce y, estrechamente vinculado a la expertía en la práctica enfermera, a la sensibilidad interpersonal y a las relaciones cercanas en las que predomina la protección y la confianza. El cuidado se despliega no solo para con el paciente sino también para con la familia. Durante el mismo, se fomenta la manifestación de las preocupaciones existentes en la persona cuidada, a la par que se pone en marcha la escucha, la provisión de información y el ofrecimiento de seguridad y tranquilidad. Todo ello contribuye a asegurar que la persona sienta que se está velando por ella y ayuda a encarar las situaciones complicadas que puedan estar presentes. En la figura 2 puede verse una representación gráfica del proceso de cuidado descrito y los elementos que lo conforman.

Figura 2. *Proceso de cuidado de Finfgeld-Connett.*



Fuente: Traducida de Finfgeld-Connett (2008; p.199).

Recientemente Sebrant y Jong (2021) actualizaron los resultados reportados por Finfgeld-Connett llevando a cabo una nueva metasíntesis con la misma metodología. En esta recogen las publicaciones existentes hasta 2018, si bien es cierto, solo se seleccionaron trabajos publicados en inglés. En este estudio se expone que el cuidado y acciones enfermeras centradas en la

persona pueden darse de manera concreta pero también de forma abstracta o intangible. El significado del cuidado profesional desde el punto de vista de las enfermeras se percibe como un movimiento continuado, en el que se trata de guardar un equilibrio entre ser, querer, poder y hacer, aspectos que se consideran un requisito previo para una buena atención y que se definen de la siguiente manera:

- (1) *Ser* alude a las diferentes formas que tienen las enfermeras de relacionarse con el enfermo e implica que estas deben saber estar presentes y ver a la persona que hay detrás del paciente, pues simplemente estar puede ser en sí mismo un acto espiritual; pero también saber cuándo retirarse y dar un respiro e intimidad.
- (2) *Querer* abarca los deseos de las enfermeras de auto-reflexionar para desarrollarse como profesionales que den un cuidado de calidad, aunque ello implique sumergirse en encuentros a veces emocionalmente complejos, pues estos son necesarios para el desarrollo de la autoconciencia y de aprendizajes vitales.
- (3) *Poder o ser capaz* incluye la percepción de las enfermeras de que para lograr cualificación hay que llevar a cabo una transición de la teoría a la práctica, ya que, los conocimientos sobre el cuidado y la enfermería que se adquieren en las universidades son superficiales. Como verdaderamente se construye la enfermera competente es viendo al paciente como una fuente de conocimiento, como un experto y portavoz de su propio cuerpo, salud, enfermedad y ser, así como, contando con la supervisión y apoyo de colegas experimentados que guíen y mentoricen a las enfermeras en sus inicios. El desempeño de una buena atención pasa por promover la salud, aliviar el sufrimiento innecesario y apoyar la seguridad del paciente siguiendo la legislación y normativas establecidas. En el ejercicio de la profesión, las normas sociales y culturales, tanto de la enfermera como del paciente y la familia, juegan un papel crucial para la provisión de un cuidado de calidad.
- (4) *Hacer* implica generar una relación interpersonal, en la que se ponga a la persona enferma en el centro de la atención tanto para los aspectos técnicos, como para la capacitación para el autocuidado, en ambos aspectos el respeto y orientación a la individualidad de la persona, la visión holística y el empoderamiento son fundamentales.

1.1.2. El cuidado invisible

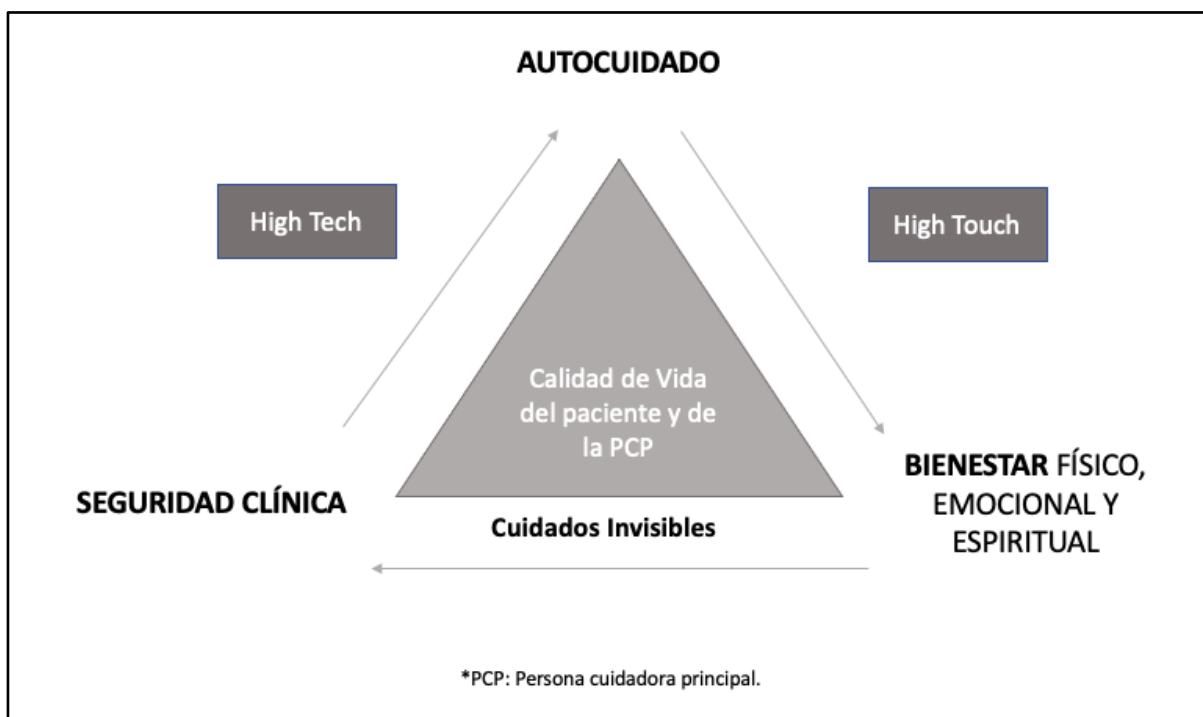
Como hemos visto en el apartado anterior, definir lo que constituye o no el trabajo enfermero puede ser complejo. No obstante, a pesar de expresarse de manera diferente en muchos de los trabajos revisados subyace una idea de cuidado compuesta por dos elementos, los aspectos técnicos e instrumentales y los aspectos humanísticos o también llamados expresivos (Watson, 1979; Zamanzadeh et al., 2010). La primera hace referencia a aquellos cuidados enfermeros que requieren del manejo de tecnología de última generación y el despliegue de destreza práctica, serían cuidados ‘High Tech’, que suelen gozar de un mayor reconocimiento tanto profesional como social. La segunda engloba los cuidados que podríamos identificar como ‘High Touch’, y alude al abanico de cuidados individualizados de tipo relacional. El equilibrio entre ambas dimensiones, instrumental y relacional, es lo que favorece el bienestar y contribuye a acelerar la recuperación de la persona (Liaschenko, 2002; Maben, 2008) y son, a su vez, elementos indispensables para que la atención que se presta sea ética y de calidad; sin embargo, no son dimensiones que tengan una visibilidad y reconocimiento a nivel político, institucional, interprofesional y social equivalentes (Germán-Bes et al., 2015).

Para comprender de manera más profunda el papel de los CI como dimensión de la práctica enfermera, presentaremos a continuación los dos marcos teóricos propuestos por el Grupo de Investigación en Cuidados AMAS: el Triángulo de los Cuidados y el Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles.

Ambos marcos conceptuales se asientan en la filosofía del Paradigma de la Transformación descrito por K rouac (1996) en el que la persona es concebida como un ser único en interacci3n continua y recíproca con el mundo del que forma parte. Los referentes te3ricos de los que se nutren las dos propuestas provienen de diversos ámbitos como la Enfermería (Benner, 2001; Collière, 1982; Leininger, 1978; Nightingale, 1990; Orem, 1991; Peplau, 1988; Piulachs Molés, 2012; Waldow, 2008; Watson, 1979), la Filosofía (Boff, 2012; Heidegger, 2009; Lévinas, 1991; Mayeroff, 1971), la Ecología (Boff, 2002), el Feminismo (Fajardo Trasobares y Germán Bes, 2004; Fraser, 2011, 2008; Germán B s, 2004) y la Neurociencia (Damasio, 2018).

La Dra. Concha Germán Bes casi desde la configuraci3n del grupo AMAS en 2012, ha trabajado en la elaboraci3n de una representaci3n gráfica que refleje los elementos fundamentales sobre los que se sustenta el cuidado enfermero de una manera sencilla y visual (figura 3).

Figura 3. *Triángulo de los Cuidados Enfermeros.*



Fuente: Germán Bes (2021).

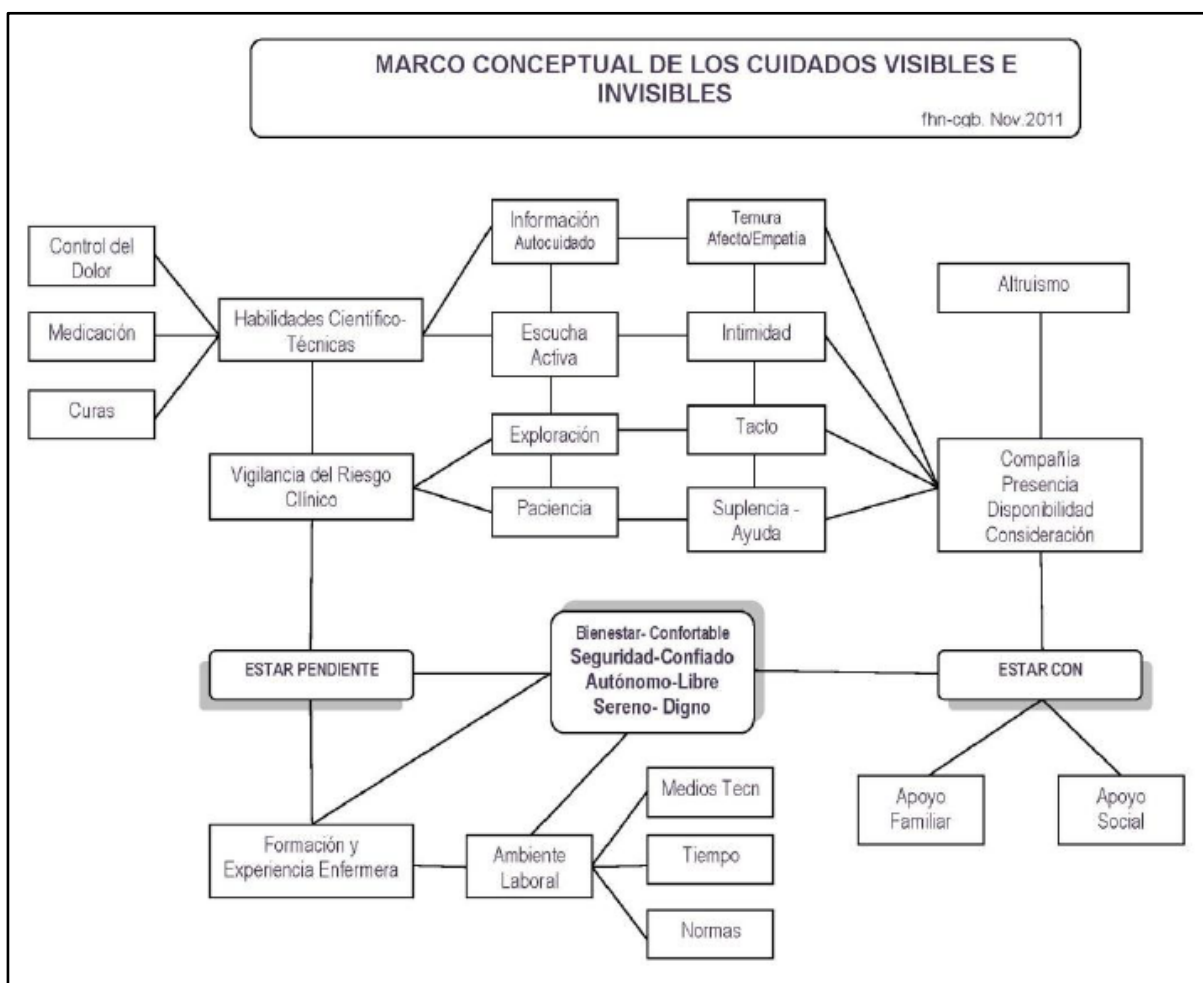
Este diagrama representa el trabajo de la enfermera, la cual en el momento inicial del encuentro con el paciente va a establecer como prioridad la *seguridad clínica* de este. Para ello, la enfermera vigila la aparición de signos en el enfermo que indiquen, ya sea una evolución positiva como negativa de su estado de salud, al mismo tiempo que le acompaña en su proceso mediante la comunicación y el abordaje emocional, pues todas son acciones que ayudarán al paciente a sentirse seguro con la persona que le atiende. Una vez la seguridad está garantizada, la enfermera pondrá su atención en el logro de autonomía y empoderamiento de la persona mediante la capacitación de esta para el *autocuidado*, con la finalidad de que pueda alcanzar el *bienestar* lo antes posible (Germán Bes, 2020).

La persona que enferma se encuentra en una situación de vulnerabilidad en la que suelen estar presentes emociones como el temor, miedo o pánico, que desencadenan respuestas químicas y neurológicas que afectan al sistema inmunitario (Damasio, 2018) y que son a su vez, tres diagnósticos enfermeros muy apropiados en momentos de inestabilidad en la evolución clínica (Germán Bes, 2021). Por ello, todas las acciones que la enfermera pone en marcha para procurar el *bienestar* del paciente y paliar y neutralizar estas emociones negativas cobran especial relevancia en la mejora o recuperación de la salud. Hablamos de acciones que buscan disminuir el dolor, procurar ambientes confortables o hacer partícipes del cuidado y acompañamiento a la red de apoyo de la persona entre otras.

Este modelo teórico fue evolucionando y se amplió por Fabiola Hueso y Concha German en 2014 a través la representación del Marco Conceptual de los Cuidado Visibles e Invisibles (figura 4). En él, vemos que el cuidado enfermero se sustenta en dos pilares ‘Estar con’ y ‘Estar pendiente de’ la persona. Aunque inicialmente fue desarrollado a partir de la observación, recogida de datos y experiencia en el ámbito de la enfermería comunitaria, en diversos aspectos es extrapolable a la enfermería hospitalaria (Hueso Navarro, 2014).

El eje, ‘Estar pendiente’, tiene que ver con las acciones que pone en marcha la enfermera para vigilar riesgos y anticiparse a lo que puede suceder, y que se operativizan a través del uso de las habilidades científico-técnicas de la enfermera y serán acciones influenciadas por la formación, experiencia y medios de los que disponga en su entorno laboral. El otro eje, ‘Estar con’, supone por parte de la enfermera reconocer al otro en su vulnerabilidad y demostrarle que es un ser humano que importa. En esta dimensión se refleja la labor realizada por la enfermera a lo largo del proceso de cuidado para demostrar disponibilidad, presencia, apoyo, acompañamiento y afecto. ‘Estar con’ implica también hacer sentir a la persona cuidada que no está solo en su circunstancia de salud o enfermedad. La confluencia de actitudes y acciones de la enfermera para ‘Estar pendiente’ y ‘Estar con’ es la que consigue que el usuario, ya sea la persona enferma o el cuidador, alcance bienestar, seguridad, autonomía y serenidad, pues se siente confortable, confiado, libre y con dignidad (Hueso Navarro, 2014).

Figura 4. Representación gráfica del Marco Conceptual de los Cuidados Visibles e Invisibles.



Fuente: Tesis doctoral de Hueso Navarro, 2014.

1.1.3. Causas de la invisibilidad de las enfermeras y de los cuidados que proporcionan

A pesar de que la evolución de la disciplina enfermera ha sido diferente en cada lugar del mundo debido a los diversos contextos sociopolíticos, económicos e históricos que la han rodeado, en las últimas décadas, podemos encontrar menciones a la invisibilidad de las enfermeras y del cuidado en múltiples trabajos nacionales e internacionales. En ellos se exponen y debaten las razones que han llevado a que la invisibilidad haya acompañado a la enfermería a lo largo del tiempo y que pueden ser agrupadas en 3 circunstancias muy relacionadas con este fenómeno: las circunstancias históricas y sociales, las profesionales y disciplinares y las estructurales.

A) *Circunstancias históricas y sociales*

La historia de la enfermería se divide cronológicamente en 4 etapas: doméstica, vocacional, técnica y profesional. Hasta que no se ha alcanzado la última con la plena

incorporación de la Enfermería a la Universidad en 1977, no ha empezado a producirse un cambio en la imagen y el reconocimiento de las enfermeras a nivel social y profesional¹.

Con el inicio de la etapa profesional, las enfermeras pudieron incorporarse como profesoras no solo de práctica clínica sino también de teoría y, asumieron la formación de sus propios estudiantes en lugar de que esta dependiese exclusivamente de los médicos; comenzaron a poder desempeñar labores gestoras de organización y dirección de diversos servicios e iniciaron investigaciones dirigidas a ampliar el conocimiento de la disciplina (Germán Bes, 2013; Martínez Martín y Chamorro Rebollo, 2017). Sin embargo, hasta entonces diferentes antecedentes culturales, históricos y religiosos habían repercutido en la imagen y visibilidad de las enfermeras y podemos decir que a pesar de la evolución de la sociedad y del sistema sanitario, algunos aspectos esenciales de cada una de las etapas por las que ha transitado la profesión dejaron una huella que aún hoy es perceptible.

Tradicionalmente, el estereotipo más extendido de la mujer en España ha sido el de alguien cuyo carácter es “paciente, detallista y emocional” y que se dedica a atender y cuidar a los demás, para lo cual es valorable la habilidad manual pero no tanto la creatividad (Cano-Caballero, 2004). En nuestra sociedad, las enfermeras hospitalarias históricamente han desempeñado un rol que se asemejaba mucho al de la mujer en el ámbito doméstico, llegando a considerarse una extensión profesionalizada del papel de las amas de casa y perpetuando así en las enfermeras ese estereotipo (Arroyo Rodríguez et al., 2011; Germán Bés, 2004). El cuidado ha sido considerado durante mucho tiempo en nuestro contexto como una cualidad natural intrínseca a las mujeres por su capacidad de gestar y su dedicación tradicional a la crianza (Germán Bés, 2004; Ibarra Mendoza, 2012; Quintanilla Martínez y Fernández Cano, 2010). Para ejercerlo, no se requería especial formación ni conocimientos pues era algo considerado más bien vocacional y que estaba al servicio de las órdenes del médico (Rebolledo-Malpica, 2019). Por tanto, los saberes y prácticas particulares de las enfermeras han alcanzado menos valor, visibilidad o consideración por el hecho de ser un colectivo mayoritariamente

¹ España tiene la particularidad de que con la Ley Moyano las titulaciones de Enfermera (creada en 1915), Practicante y Matrona (existentes desde 1957) fueron incluidas en la Universidad, bajo la dirección de la Facultades de Medicina, y a su vez dichos estudios convivieron con los de Ayudante Técnico Sanitario (ATS), establecidos en 1954. Estos últimos no fueron integrados a la carrera universitaria hasta 1977. Es entonces cuando se estableció el título de Diplomado Universitario en Enfermería que pasó a ser la denominación común para todas las figuras mencionadas, diferenciándose únicamente la titulación Obstétrico-Ginecológica (matrona) como una especialización posterior de la enfermería.

femenino dentro de un modelo patriarcal de sociedad (Cano-Caballero, 2004; Hernández Yáñez, 2010; Medina, 1999) cuyo trabajo se asume que descansa en los atributos y talentos propios de las mujeres (Allen, 2015).

Añadido a esto, el hecho de que en nuestro país las organizaciones eclesióstas asumiesen durante siglos el cuidado de los enfermos, hizo que se afianzase en el imaginario social que el cuidado requería una filosofía de entrega, abnegación, sumisión o altruismo, entre otras. Esos valores y conductas se asumieron como el modelo idóneo a seguir por las enfermeras por encima del pensamiento crítico, el cuestionamiento, la proactividad o la indagación (Gasch Gallén et al., 2012).

Así mismo, algunas autoras refieren que la convivencia en la práctica clínica de titulaciones con funciones y formación diferenciadas por sexo, practicantes (hombres) y enfermeras y matronas (mujeres), también contribuyó a que la desigualdad de género se perpetuase más allá de su unificación bajo la titulación de ATS que se produjo en 1953 (Chamizo Vega, 2004; García García y Gozalbes Cravioto, 2013) y con ello la invisibilidad.

En las instituciones hospitalarias actuales, aún se percibe en las relaciones interprofesionales entre médicos-enfermeras reminiscencias de las estructuras de poder y jerarquía generadas por estas circunstancias (Medina, 1999), de manera que las decisiones en torno a cómo proceder con el paciente se toman basándose fundamentalmente en criterios médicos relativos a la patología y tratamiento, con lo que la visión predominante aún es biologicista y fragmentada en lugar de multidimensional y holística como la que se propone desde la disciplina enfermera (Busquets Surribas et al., 2018; Poblete Troncoso y Valenzuela Suazo, 2007). La consecuencia de la hegemonía de esta visión mecanicista de la atención sanitaria para la enfermería, es en palabras de Báez-Hernández et al. (2009) un cuidado lineal y monótono, poco individualizado y dominado casi exclusivamente por la racionalidad técnica y la protocolización. Esto lleva a que otros elementos del cuidado más relacionados con lo humanístico sean poco visibles y queden infravalorados (Fajardo Trasobares y Germán Bes, 2004). En relación con esto, Sonia Herrera (2022) expone que en la sociedad de la postmodernidad en la que nos encontramos, también parece que existe cierta negación o falta de interés hacia los conocimientos sobre el cuidado, entre otras cosas por aspectos como su tradición oral o su vinculación a las mujeres en el seno de los hogares, que chocan con los valores predominantes en la actualidad y que contribuyen a su invisibilidad y descrédito.

Hoy en día, la lucha para la liberación de la mujer de ciertos estereotipos y roles que han sido dañinos, hace que los espacios domésticos tiendan a ser vistos como opresivos, por lo que algunas corrientes tienden a desvincular ese entorno del ideal de mujer actual, así como, los saberes propios tradicionales que se han transmitido en él. Por otra parte, estos saberes, se encuentran discriminados porque se sustentan en conocimientos que se han adquirido gracias a la experiencia y la colaboración entre madres, hijas, vecinas, que compartían consejos, remedios o técnicas; conocimientos que han ido transmitiéndose mediante fuentes orales y no a través de los mecanismos institucionalizados que consideran el conocimiento científico como el único válido (Herrera Justicia, 2022).

B) Circunstancias profesionales y disciplinarias

Algunos autores remarcan que la causa de que la disciplina enfermera siga siendo invisible en muchos aspectos, es la falta de definición del rol enfermero (Ibarra Mendoza, 2012). Otros en cambio consideran que la búsqueda insistente de un marco propio de conocimientos para fundamentar la identidad enfermera es lo que está permitiendo avanzar a la profesión hacia una mayor independencia de otras ciencias (Vásquez Triossi, 2006). Y otros por su parte, consideran que ese afán por acotar las funciones enfermeras en una disciplina que en realidad tiene un trabajo extraordinariamente diverso, ha sido lo que ha contribuido a su invisibilidad, pues ha encapsulado toda esa variedad de habilidades y acciones que asume (Allen, 2015).

El cuidado que proporciona el personal de enfermería implica trabajar con personas en situación de exposición de su intimidad, en situaciones de fragilidad no solo emocional sino también física, hace que sea un trabajo sobre el que resulta difícil hablar y que por tanto hace que su visibilidad sea compleja (Allen, 2015; Wolf et al., 2022). Por otra parte, Fajardo y Germán (2004) destacan que los usuarios tienden a valorar aquellas tareas enfermeras que se considera que requieren conocimientos más expertos o elevados como tareas más propias de los médicos o psicólogos. Así mismo, algunas autoras destacan que el criterio de las enfermeras es considerado apropiado y legítimo cuando se relaciona con el conocimiento científico y fisiológico de la enfermedad o de los tratamientos, pero no cuando se centra en exponer el sufrimiento del paciente a diferentes niveles (Busquets Surribas et al., 2018). En consecuencia, muchas enfermeras al percibir que ese tipo de información no es tomada en cuenta en el abordaje del paciente, dejan de trasladarla al equipo multidisciplinar y optan por el silencio inactivo (Van Dyne et al., 2003). Esto a su vez lleva a las enfermeras a experimentar sufrimiento moral, falta de autoestima y desinterés por participar, tanto en decisiones importantes acerca de los

enfermos, como en aquellas relacionadas con el entorno de trabajo (Barlem et al., 2013; DeMarco et al., 2005).

Otro de los elementos que motivan la escasa visibilidad de la profesión, es la imagen que se proyecta de ella en los medios de comunicación de masas (o *media*), donde se muestra una realidad limitada y sesgada (Alonso Castillo et al., 2009; Martínez Riera, 2008). Hasta la expansión de la pandemia causada por el coronavirus SARS-COV-2, podríamos decir que, tanto en España como en otras partes del mundo, la enfermería había recibido poca atención por parte de los *media*. En nuestro país, se empezaron a mostrar cuidados enfermeros a pie de cama, que incluían atención afectiva y acompañamiento, acciones en las que las enfermeras actuaban de nexo entre el enfermo y sus familiares o de sustitutas parciales de estos y otros profesionales; así mismo, empezaron a darse a conocer iniciativas creativas que estas ponían en marcha como por ejemplo, el programa “Abrazando Corazones” (IIS Aragón, 2020). Todas estas intervenciones de la enfermera contrastaban con la imagen más frecuente que los *media* habían transmitido hasta entonces, la de la enfermera realizando procedimientos técnicos como administración de tratamientos o extracciones sanguíneas, por nombrar los más recurrentes. También se contó con enfermeras en algunas entrevistas, tertulias y debates, donde pudieron explicar a la ciudadanía la labor que estaban desarrollando. No obstante, aunque la pandemia haya podido traer algún cambio en la imagen social, a valorar con el tiempo, en un estudio realizado en 2018 con una muestra randomizada de más de 500 publicaciones de periódicos, revistas y prensa sanitaria, los resultados mostraron que solo se usaban declaraciones de enfermeras en un 2% de las noticias y la mayoría de ellas solo aludían a aspectos concretos de su profesión, pero no a otros que indicasen que son profesionales que pueden ser referentes en salud o en políticas sanitarias además de en cuidados. Además, en las noticias analizadas, se mencionaba a las enfermeras o a la enfermería únicamente en el 13% de los casos y solamente se les identificaba en un 4% de las imágenes que acompañaban los artículos (Mason et al., 2018). Las autoras de este estudio compararon sus resultados con los de otro similar realizado en 1997 (Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 1997) y concluyeron que, aunque el grado de formación y especialización de las enfermeras se había incrementado en los últimos 20 años, no había supuesto un aumento significativo de su presencia en la prensa, por lo que no se había avanzado en la visibilidad que el público tenía de ellas y de la experiencia clínica, conocimientos y perspectiva única sobre la salud, enfermedad y atención sanitaria que las enfermeras pueden aportar. Errasti-Ibarrondo (2012) por su parte, advierte de que el público tiene una elevada consideración de la enfermería, pero una escasa idea de lo que las enfermeras

hacen realmente más allá de lo que sería “poner inyecciones, curar heridas o ayudar al médico”. La imagen social de las enfermeras se ha visto cargada también de estereotipos poco edificantes que han supuesto una barrera para ser valorada como una profesión capacitada al mismo nivel que otras. Aún hoy, en ocasiones, la enfermería es considerada como una profesión auxiliar a las órdenes de la medicina y de menor relevancia que esta para la sociedad (Baggio y Erdmann, 2010; Fajardo Trasobares y Germán Bes, 2004). Se sigue manteniendo la idea de la enfermera como femenina y cuidadosa pero no necesariamente como una proveedora de cuidados autónoma (ten Hoeve et al., 2014).

A esta problemática de la imagen social de las enfermeras se une el hecho de que también existe una escasez de historia escrita que ahonde en los movimientos profesionales, sociales, políticos y culturales en los que han estado inmersas las enfermeras, lo cual ha contribuido a la falta de visibilidad del colectivo y de sus figuras relevantes (Durán Escribano, 2008).

Así mismo, encontramos publicaciones que advierten de como una parte importante de la invisibilidad de las enfermeras, viene de la ausencia de personas que asuman el liderazgo a todos los niveles, desde los grupos de trabajo interdisciplinares hasta las esferas donde se debaten las políticas de gestión del sistema sanitario (Boyle, 2010; Hernández Yáñez, 2019). Aunque el problema en este caso, no tiene tanto que ver con la falta de autoconfianza sino con el desgaste y la desmotivación que presenta el colectivo enfermero a raíz de las condiciones laborales deficitarias y la falta de reconocimiento que se han prolongado durante mucho tiempo (Hernández Yáñez, 2019; Lunardi et al., 2006). En este último punto ahondaremos en el siguiente apartado, ‘El cuidado invisible en peligro’.

C) Circunstancias estructurales

La ausencia de registro o un registro inefectivo o incompleto de las tareas y funciones desempeñadas por las enfermeras en el cuidado, es un motivo importante de invisibilidad (Silvano Arranz et al., 2012; Teixidor i Freixa, 2002). En los resultados de un estudio realizado por Galbany y Comas (2017) en un hospital de la provincia de Barcelona, se observó que en ocasiones esto se debe a que el propio software del que las enfermeras disponen para registrar su actividad, tiene un formato en el que no se contemplan muchas de las acciones que realizan. En esa misma investigación, una de las enfermeras aportó durante una entrevista en profundidad un testimonio que clarifica a la perfección la sensación en la que se ven inmersas, expresando que el trabajo es el mismo de antes, pero con la obligación añadida de tener que registrar los planes de cuidados detalladamente. Esto les lleva, por un lado, a trabajar contrarreloj y, por otro, a tener la sensación de que el tiempo que invierten en escuchar y conversar con el paciente

y la familia, es tiempo que están restando de lo que actualmente se considera su verdadero trabajo, el registro y la burocracia. A esto es importante añadir lo paradójico que resulta, teniendo en cuenta que el diálogo es absolutamente imprescindible en cada una de las etapas de un plan de cuidados para que este pueda ser verdaderamente individualizado y consiga los objetivos para los que ha sido diseñado.

En otras ocasiones esas deficiencias en el registro, no dependen del sistema informático que se use, sino que tienen que ver más bien con que el trabajo enfermero tiene una dificultad añadida para plasmar adecuadamente su labor por esa la complejidad de expresar con palabras las implicaciones de un acto tan íntimo como es el cuidar. Al registrar, las enfermeras tratan además de mantener la ética, la legalidad, adecuar sus anotaciones a lo que institucionalmente se cuantifica y demanda y, por tanto, los registros acaban siendo en muchas ocasiones tan asépticos que apenas reflejan lo que realmente sucede en el acto de cuidado (Heartfield, 1996) o adquieren un enfoque excesivamente médico-técnico (Björvell et al., 2003), pudiéndose así neutralizar la realidad psicosocial y emotiva de las experiencias. Esto tiene un peligro y es que se discuta cuál es la actividad y aportación propia de las enfermeras en la atención a los pacientes.

Por último, cabe mencionar que a veces resulta imposible para los pacientes y familiares diferenciar a las enfermeras de otros profesionales sanitarios o estudiantes en prácticas. Aunque algunas enfermeras consideran que disponer de elementos identificativos, presentarse o explicar cuál va a ser su función son detalles poco determinantes, otras consideran que puede ser una semilla para el cambio de la imagen social que se tiene de ellas y para la difusión de sus aportaciones a la atención sanitaria de las personas (Baggio y Erdmann, 2010).

1.1.4. El Cuidado Invisible en peligro

Este estudio pretende poner el foco sobre una dimensión del trabajo enfermero que no está siendo valorada en toda su amplitud y relevancia, el Cuidado Invisible. Se pretende llamar la atención del peligro que se corre si no se tiene conciencia de ellos y no se reconocen, ya que puede conllevar que no se asignen los recursos adecuados para que las enfermeras desarrollen esta dimensión del cuidado.

Existen una serie de barreras laborales que terminan limitando el tiempo que las enfermeras pueden destinar a la atención de las necesidades de los pacientes, situación que les obliga a priorizar unos cuidados sobre otros. De esta manera, los cuidados que no son exigidos por la institución, el médico o consultados frecuentemente por ellos, aquellos que más tiempo

de trabajo consumen, los menos urgentes o los que no son considerados imprescindibles para garantizar la seguridad inmediata del paciente, son los que con más asiduidad dejan de realizarse o se realizan de forma incompleta (Kalisch, 2006).

Este fenómeno fue descrito por primera vez en 2006 por Beatrice Kalisch a partir de un estudio cualitativo en el que se recogieron datos mediante grupos focales con auxiliares y enfermeras que trabajaban en servicios médico-quirúrgicos. El propósito fue explorar que cuidados dejaban sin hacer de manera habitual y las razones por las que estos no se llevaban a cabo. Los hallazgos mostraron que las principales causas de omisión son: (1) ratios inadecuados de pacientes por enfermera (5-6:1 en turnos de día y 6-7:1 en turnos de noche), (2) bajas no cubiertas, (3) las demandas de trabajo inesperadas, (4) uso inadecuado de los recursos, (5) inefectiva delegación de tareas de las enfermeras a las auxiliares, (6) falta de apoyo a las enfermeras noveles y (7) falta de equipamiento y material cuando se precisa. Esta autora muestra algunos testimonios que indican que cuando las enfermeras se ven en la necesidad de omitir ciertos cuidados y, este hábito se prolonga en el tiempo sin consecuencias directas e inmediatas graves, acaba convirtiéndose en costumbre y se afianza su desaparición de las rutinas diarias (Kalisch, 2006).

Posteriormente, esta misma autora conceptualizó el término ‘Missed Nursing Care’, o cuidado omitido como se ha traducido al español, como aquel cuidado que es requerido por el paciente pero que o bien se retrasa o se realiza de manera parcial o que no se llega a dar (Kalisch et al., 2009b). Con el objetivo de calcular los cuidados omitidos y los motivos que originaban esta omisión diseñó el cuestionario MISSCARE Survey (Kalisch et al., 2009a). El instrumento se subdivide en 3 secciones: (1) variables sociodemográficas y características laborales de la enfermera, (2) la parte A que recoge 24 acciones de cuidado, para las que la enfermera debe marcar con qué frecuencia ella o el equipo enfermero las han omitido y (3) la parte B en la que se pregunta a la enfermera sobre 17 posibles razones por las que se han producido dichas omisiones.

Desde la propuesta de ese instrumento de medida, diversas investigaciones lo han utilizado para explorar aspectos como la relevancia del trabajo en equipo para evitar la pérdida de cuidados o el impacto que un adecuado ambiente laboral y dotación de personal tienen en la calidad del servicio y la seguridad de los pacientes (Carthon et al., 2015; Kalisch, 2011, 2009; Kalisch et al., 2013, 2012, 2007; Kalisch y Lee, 2012a; Smith et al., 2018). Otros trabajos han contrastado las características relativas a la formación y experiencia de las enfermeras y auxiliares con la omisión de cuidados (Kalisch et al., 2011) o han correlacionado la satisfacción

de las enfermeras en su puesto de trabajo con el volumen de cuidados omitidos, reportando que a mayor descontento de las enfermeras más cuidados se omiten en su trabajo diario (Plevová et al., 2021). En un estudio realizado en hospitales islandeses se concluyó que el perfil de servicios donde más cuidados quedan sin hacer son las unidades de especialidades médicas y quirúrgicas de los hospitales universitarios, donde de manera simultánea se atiende a pacientes y se forma a estudiantes en prácticas. Así mismo, en cuanto al perfil profesional, las enfermeras reportaban más cuidados omitidos que las auxiliares y, en conjunto las menores de 34 años más que aquellas que tenían mayor edad. En este estudio además, se confirmó que cuanto mayor es la sensación que las enfermeras tienen del déficit en las plantillas mayor es el número de cuidados no realizados (Bragadóttir et al., 2017).

Al comparar los cuidados omitidos descritos por Kalisch (2006), en su estudio cualitativo inicial y que posteriormente plasmó en la ‘MISSCARE Survey’ (2009a), con los CI identificados por nuestra parte, vemos que existen importantes coincidencias a pesar de que cuando se diseñó el PCIE-H todavía no conocíamos los estudios sobre los cuidados omitidos. En la tabla 1 se reflejan aquellas cuestiones del OMICE (versión española del MISSCARE) que tienen correspondencia directa con cuestiones planteadas en el PCIE-H.

Tabla 1. Comparativa de las coincidencias entre los cuestionarios de cuidados omitidos e invisibles.

Cuidados Omitidos recogidos en OMICE	Cuidados Invisibles recogidos en PCIE-H
Dar educación sanitaria y proporcionar al paciente información sobre su enfermedad, pruebas y estudios diagnósticos (Parte A – Ítem 9).	<p><i>¿Se mostró dispuesta a aclararle las dudas que le surgieron durante el ingreso? (P7)</i></p> <p><i>¿Le enseñó algunas pautas (cómo tomar la medicación, dieta, ejercicio, etc.) para prevenir la recaída de la enfermedad o para llevar un manejo de la enfermedad adecuado en su domicilio? (P23)</i></p>
Apoyar emocionalmente al paciente (Parte A-Ítem 11).	<p><i>¿Le dio ánimos cuando los necesitó? (P9)</i></p> <p><i>¿Ha sentido que la enfermera en algún momento ha tratado de ponerse en su lugar para comprender la situación por la que usted estaba pasando? (P11)</i></p>
Apoyar emocionalmente a los familiares (Parte A-Ítem 15).	<p><i>¿Tuvo en cuenta a su familia y su situación durante el ingreso, cuidando también de ellos de alguna manera? (P28)</i></p>

Planificación y coordinación con familiares y/u otros niveles asistenciales del alta del paciente (Parte A- ítem 15).	<i>¿Procuró que su familia participara en su cuidado, enseñándoles lo necesario de cara al alta? (P27)</i>
Evaluación de pacientes en cada turno (Parte A- ítem 17).	<i>¿Acudía a comprobar cómo estaba usted, aunque no la hubiera llamado? (P3)</i>
Reevaluación según el estado de los pacientes (Parte A- ítem 18).	<i>¿Se preocupaba la enfermera por cómo se encontraba incluso cuando la situación más grave ya había pasado? (P1)</i>
Responder a la llamada de los pacientes o timbres en los primeros 5 minutos desde su activación (Parte A- ítem 21).	<i>¿Le atendió con rapidez cuando la llamó? (P4)</i>
Administrar medicación prescrita a demanda del paciente (según precise) en los primeros 15 minutos desde que la solicita (Parte A- ítem 22).	<i>¿Estuvo atenta para administrarle la medicación cuando tuvo dolor? (P18)</i>
Evaluar el efecto o la efectividad de los medicamentos administrados (Parte A- ítem 23).	<i>¿Realizó otro tipo de acciones para disminuir el dolor, la fiebre, la inflamación, vómitos, (...) cuando la medicación no era efectiva o no era posible proporcionarle más medicación? (P21)</i>
Cuidados relacionados con el patrón de sueño/descanso (respeto de horarios) (Parte A- ítem 27*).	<i>¿Procuró que el entorno de la habitación fuera confortable, para facilitarle comodidad y descanso? (P19)</i>

*Nota: La versión adaptada del cuestionario MISSCARE para España presenta 28 ítems en lugar de los 24 que tiene el cuestionario original.

Fuente: Tabla de elaboración propia.

La investigación en relación con los cuidados omitidos es aún muy incipiente en España, Óscar Rey (2017) en su tesis doctoral validó al castellano la escala MISSCARE bajo el acrónimo OMICE. En su estudio se contó con una muestra de 455 enfermeras y auxiliares de 9 hospitales de Canarias y Madrid, tanto públicos como concertados, y en los resultados indican que el 33% de enfermeras y 41% de auxiliares reconocían omitir cuidados en su trabajo. Al ser preguntadas por las razones causantes de dicha omisión, de entre las 19 posibilidades que se les dio, destacaron principalmente: (1) la dotación inadecuada de enfermeros y de auxiliares, (2) la excesiva carga de labores administrativas y (3) los problemas de funcionamiento y lentitud de los programas informáticos, valorándolas como muy relevantes en dichas omisiones. Cabe destacar que las dos últimas razones no existen en el cuestionario en inglés, sino que se añadieron en la versión española teniendo en cuenta nuestro contexto sanitario.

Esta sobrecarga de las enfermeras por escasez de personal o por estimaciones de ratios

poco realistas, es un problema que lleva prolongándose en nuestro sistema de salud desde hace mucho tiempo. Inicialmente, vino causado por la crisis económica mundial de 2008 y sus consecuencias, lo cual conllevó una importante destrucción de empleo tanto en el año 2010 como en el año 2015 tal y como puede apreciarse en la siguiente tabla (2).

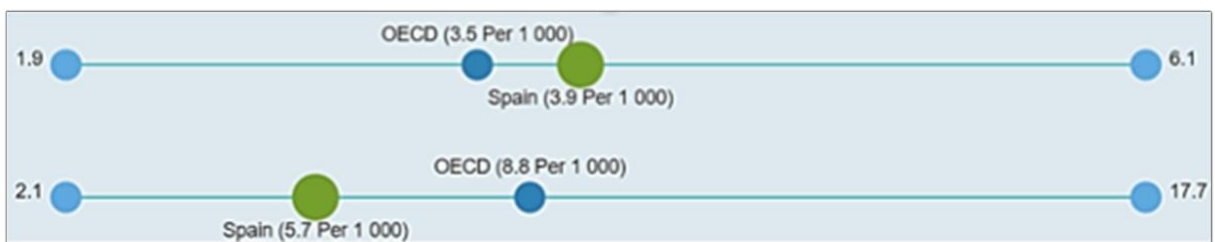
Tabla 2. Evolución de los recursos humanos sanitarios en España entre 2006 y 2017.

Evolución del RRHH Sanitarios en España 2006-2017				
Año	Enfermeras/os		Médicos	
2017	267.266	↑	180.633	↓
2016	256.333	↑	188.595	↑
2015	245.533	↓	178.600	↑
2014	256.395	↑	176.665	↓
2013	256.361	↑	177.665	↓
2012	245.300	↑	178.833	↓
2011	243.967	↑	179.267	↑
2010	239.867	↓	175.033	↓
2009	255.445	↑	219.031	↑
2008	250.020	↑	213.977	↑
2007	242.990	↑	208.098	↑
2006	237.050		203.091	

Fuente: Instituto Español de Investigación Enfermera. Informe de RRHH en Enfermería: diciembre 2020. Citado de la Organización Mundial de la Salud. Global Health Workforce Statistics.

Sin embargo, lejos de subsanarse, esta dotación insuficiente de enfermeras ha ido empeorando progresivamente en comparación con la media de los 37 países que conformaban la OCDE en 2019. En 2015, España tenía un 31% menos de enfermeras por cada 1000 habitantes que la media y en 4 años la diferencia se ha incrementado, llegando a un 35% menos de enfermeras (5.7 frente a 8.8). En la figura 5, podemos observar una representación gráfica de esa diferencia. En la línea superior se refleja la comparativa entre la media de médicos por cada 1000 habitantes en España y en los países integrantes de la OCDE y en la línea inferior podemos observar que la media de enfermeras en España tiene una posición claramente desfavorecida con respecto a la media global.

Figura 5. Número de médicos y enfermeras en activo en España por cada 1000 habitantes frente a la media de los países de la OCDE.



Fuente: Instituto Español de Investigación Enfermera. Informe de RRHH en Enfermería: diciembre 2020. Citado de OECD (2019).

Si observamos el volumen de pacientes que cada enfermera tiene en los servicios de hospitalización, vemos que según los datos del estudio publicado por Cruz Lendínez et al. (2019), de lunes a viernes, en los turnos de mañana cada enfermera española de media asume el cuidado de 9 pacientes, 13 en turnos de tarde y 18 en los de noche. En el caso de fines de semana y festivos, la media se ve incrementada a 14 pacientes por las mañanas, 16 por las tardes y 19 por las noches. Estas cifras sorprendentemente no cumplen con los estándares recomendados por el propio Ministerio de Sanidad que ya publicó en 2009 en su ‘Manual para las Unidades de Enfermería en Hospitalización Polivalente de Agudos’ las siguientes recomendaciones en cuanto a dotación enfermera (tabla 3).

Tabla 3. Recomendación de número de pacientes por enfermera en función del patrón de cuidados requeridos y perfil del paciente.

Perfil del paciente	Patrón de cuidados	Tiempo de cuidados + organización	Estándares de equipo (1 DUE + 1 auxiliar de enfermería) por cada
> 80 años	Cuidados técnicos 51%	5,29 horas * paciente * día	6-8 pacientes en turno de día
Necesita ayuda completa para las actividades de la vida cotidiana (AVC)	Cuidados básicos 42%		12-13 pacientes en turno de noche
Proceso agudo y comorbilidad	Comunicación 7%		Festivos igual
< 74 años	Cuidados técnicos 65%	3,91 horas * paciente * día	8-10 pacientes en turno de día
Necesita ayuda completa para, al menos, dos actividades de la vida cotidiana (AVC)	Cuidados básicos 24%		14-15 pacientes en turnos de noche
Proceso agudo, médico o quirúrgico, con comorbilidad Por ejemplo: paciente oncológico, hematológico o infeccioso	Comunicación 11%		Festivos igual
< 74 años	Cuidados técnicos 60%	2,8 horas * paciente * día	10-12 pacientes en turno de día
Necesita ayuda completa para, al menos, dos actividades de la vida cotidiana (AVC)	Cuidados básicos 20%		15-16 pacientes en turno de noche

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. Extraído de Ferrus L. (Dir). Recomanacions per la dotació d’infermeres a les unitats d’hospitalització. Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya, 2007.

Al comparar los ratios españoles con otros países, vemos que en la investigación realizada por Aiken et al. (2012) para demostrar los efectos de la dotación enfermera en la seguridad de los pacientes y en su satisfacción y percepción de la calidad de la atención hospitalaria, España se encontraba en penúltima posición entre los 13 países estudiados (12 europeos y Estados Unidos), con un ratio medio de 12.6 pacientes por enfermera en los 33 hospitales participantes. Es llamativo en relación con esto que Estados Unidos y Reino Unido que han sido los países pioneros en estudiar la omisión de cuidados, provocada por las condiciones de trabajo deficientes y la sobrecarga, dispongan de ratios mucho mejores que los nuestros.

En la actualidad, nos encontramos en un momento en el que la escasez de enfermeras a nivel mundial es un tema que preocupa a las organizaciones sanitarias. En el informe publicado conjuntamente por la OMS, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la campaña Nursing Now acerca de la ‘Situación de la Enfermería en el Mundo 2020’, se alerta de que el número de profesionales en estos momentos no es suficiente para cubrir las necesidades existentes en la población y poder dar una cobertura universal. Por ello, estos organismos están apremiando a los gobiernos a buscar soluciones para subsanar la escasez de personal, ya que se calcula que para el año 2030, “el número total de graduados en enfermería tendría que incrementarse de media en un 8% anual, y tendría que mejorarse la capacidad para emplear y fidelizar a esos graduados”(Organización Mundial de la Salud, 2020), una asignatura pendiente en España desde hace tiempo. Hace unos años, el gobierno español fomentaba la migración de sus enfermeras a otros sistemas sanitarios, como el británico o el portugués, a través de convenios con esos países. En muchas ocasiones, las enfermeras iniciaban esos movimientos migratorios decepcionadas con las malas condiciones laborales en España y ante la oferta de un puesto de mayor duración y más atractivo en términos de desarrollo profesional (Orkaizagirre Gómara, 2016). No obstante, la precariedad laboral a la que están sometidas sigue siendo manifiesta en la actualidad, según datos del SEPE, entre los años 2018 y 2019 los contratos temporales suponían el 92.1% en su punto más bajo y un 97.39% en su punto más alto en diciembre del 2019. La tendencia sigue siendo el mantenimiento de contratos inestables, cortos y con predominio de jornadas parciales sobre las jornadas completas (Instituto Español de Investigación Enfermera, 2020). Por tanto, pocos años después de las campañas de incentivación de la migración y tras haber atravesado una pandemia que no ha hecho más que agravar la tensión existente en este colectivo debida a las condiciones de trabajo, el riesgo parece que ha pasado de estar en la migración del talento enfermero, al abandono de la profesión. Casi la mitad de las 19.200 enfermeras encuestadas a principios del año 2022 por el

Consejo General de Enfermería (2022) ha barajado la posibilidad de abandonarla (46.5%) y 3 de cada 10 enfermeras (28.4%) no volverían a estudiar la carrera si tuviese la posibilidad de dar marcha atrás.

La despersonalización, la falta de motivación y el agotamiento físico y emocional, son indicadores de *burnout* generado entre otras razones por la exposición a condiciones laborales desfavorables, como la sobrecarga de trabajo, la realización de horas extra, los conflictos y tensiones laborales, los roles poco definidos o la falta de autonomía. Estos elementos se suman a otro que es inherente al trabajo enfermero “el contacto personal continuado con el paciente en situaciones de sufrimiento” (Laschinger y Leiter, 2006). Todos ellos contribuyen a identificar a las enfermeras como un colectivo especialmente vulnerable ante el desarrollo de *burnout*. No obstante, por la repercusión negativa que este síndrome tiene en el desempeño del trabajo de forma eficaz y en la retención de las enfermeras (Mudallal et al., 2017) es un fenómeno que sigue siendo estudiado intensamente. Recientemente Manzano-García y Ayala (2017) realizaron una investigación utilizando método e-Delphi en la que participaron 40 expertos europeos. En ella se exploró la asociación entre el desarrollo de *burnout* en las enfermeras y diversos factores desencadenantes, que los expertos consideraban, que no habían sido suficientemente investigados hasta el momento. El principal elemento reconocido como menos estudiado pero relevante en el desarrollo de *burnout* es la ‘falta de reconocimiento de parte de las tareas que realizan las enfermeras (cuidado invisible)’, seguido de otros como la ‘falta de elogio o felicitación por el trabajo bien hecho’, los ‘estereotipos de género’ y la ‘excesiva burocracia’. Los resultados de este estudio tienen especial relevancia, puesto que amplían el conocimiento existente hasta el momento sobre un tema sobre el que no se tiene aún suficiente evidencia científica. Estos confirman el uso del término ‘cuidado invisible’ a nivel europeo como término asociado a una parte de la labor de enfermería que queda oculta y a su vez, remarca cómo el reconocimiento al trabajo es un aspecto primordial para poder disponer de enfermeras comprometidas con el cuidado, con la institución y con el sistema sanitario.

1.1.5. La experiencia del paciente con la atención sanitaria

En los últimos años ha cobrado fuerza el movimiento de ‘Atención Centrada en el paciente’ o ‘Atención Centrada en la Persona’ (ACPe) o como se le conoce internacionalmente ‘patient/person-centred care’ (Håkansson Eklund et al., 2019). Este movimiento surgió hace más de 50 años a partir de las limitaciones observadas en el modelo biomédico que predominaba hasta entonces y se extendió a todas las profesiones sanitarias (Mead y Bower, 2000). El primer sistema de salud en apostar por un cambio en las políticas de organización y provisión de

atención sanitaria fue el norte-americano, que preocupado por algunos cambios en la sociedad que estaban influyendo en la calidad de sus servicios, inició una reforma con 6 objetivos claros: (1) mejorar la seguridad de los pacientes, (2) la efectividad de los servicios, (3) su eficiencia, (4) la equidad entre ciudadanos, (5) los tiempos de espera/puntualidad y (6) la centralidad del paciente en la atención (Institute of Medicine, 2001).

La necesidad de un cambio en las políticas sanitarias en este sentido, no fue advertida solamente en EEUU puesto que los elementos que lo motivaron fueron fenómenos presentes en todas las sociedades occidentales: (1) la creciente complejidad de la ciencia y la tecnología, (2) el aumento de las enfermedades crónicas, (3) un sistema de provisión de la atención con carencias en la organización y (4) las limitaciones para explotar los recursos tecnológicos en el ámbito de la información. Por ello, varios de esos objetivos han sido adoptados progresivamente en los sistemas de salud europeos, impulsados en parte por las reivindicaciones que la OMS y otras instituciones, como el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, han hecho acerca de la necesidad de promover la centralidad y participación activa de los enfermos en su propio cuidado (Nolte et al., 2020; World Health Organization (WHO), 1997, 2007).

En países como Reino Unido, Holanda, Suecia, Alemania o Francia, existe un mayor desarrollo de este modelo de trabajo que en España. No obstante, también en nuestro país hay reivindicaciones para dirigirse hacia una concepción de la atención sanitaria menos biologicista y medicalizada, en la que se favorezca una práctica profesional que considere las perspectivas de salud-enfermedad y los conocimientos que tienen los usuarios; una práctica en la que se estimule el poder de decisión y la capacidad cuidadora de las personas y se acepten como sujetos pensantes, críticos y reflexivos, con competencia para co-crear junto con los profesionales sanitarios estrategias para enfrentar el proceso de enfermedad (Bermejo-García et al., 2018). La aplicación de este modelo no solo empoderaría a los pacientes, sino que permitiría revitalizar los saberes y habilidades del cuidado con utilidad terapéutica que se han transmitido en las familias de manera oral (Herrera Justicia, 2019).

Por tanto, cabe pensar que esta forma de entender la atención a las personas desde las instituciones sanitarias irá previsiblemente adquiriendo mayor protagonismo, por un lado, debido a los cambios sociales de las últimas décadas, que implican un mayor acceso a la información sanitaria, una posición más crítica de las personas con respecto a la atención que reciben y un deseo creciente de participar en la toma de decisiones sobre su salud y enfermedad (Coulter y Oldham, 2016). Por otro lado, porque precisamente ese modelo de atención en el que se aboga por empoderar al paciente resulta muy útil para lograr la calidad de los servicios de

salud (Jardien-Baboo et al., 2021), algo que el Ministerio de Sanidad español tiene entre sus prioridades y que como hemos visto anteriormente, urge para evitar un deterioro mayor, al menos en el cuidado enfermero. Concretamente, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2022a), es el programa de trabajo que marca las directrices de actuación ante los desafíos que el Sistema de Salud español tiene que afrontar. Este Plan de Calidad, recoge desde 2006 como una de sus 6 áreas de acción el fomento de la Excelencia Clínica, según se indica asegurando una atención “más personalizada, más centrada en las necesidades particulares del paciente y usuario”.

La Sociedad Española de Directivos de la Salud, con motivo del *Foro de Actualización en Gestión Sanitaria: ‘El reto de mejorar la experiencia de nuestros pacientes’*, remarca como una clave imprescindible para el logro de la excelencia, la implementación de lo que se conoce como ‘Experiencia del paciente’ (SEDISA, 2019). Esta reivindicación viene justificada porque en los últimos años se ha visto que una atención técnica, clínicamente segura y basada en la evidencia científica, no garantiza que las necesidades de los pacientes se vean cubiertas, ni que estos queden satisfechos con la atención que reciben y, por tanto, tampoco garantiza que valoren y reconozcan la calidad del servicio.

En aquellos países occidentales en los que ya se están implementando políticas desde esta perspectiva, las líneas de trabajo se centran en dos propósitos (Kingsley y Patel, 2017; Stover et al., 2021):

(1) Incluir la opinión de los usuarios del sistema sanitario en la definición de lo que se considerarían resultados de salud en los diferentes procesos de atención. En la literatura anglosajona a esta batería de acciones se las conoce como ‘Patient Reported Outcomes Measures’(PROM).

(2) Contar con mediciones de la experiencia de los usuarios durante su contacto con el sistema sanitario, para disponer de datos que sirvan a las instituciones para mejorar el servicio que prestan. En este caso el término inglés que hace alusión a este grupo de estrategias es ‘Patient Reported Experience Measures’ (PREM).

En el ámbito hospitalario, en el grupo de las PROM, se incluyen indicadores de resultados desde la perspectiva del paciente, el estado de salud, sintomatología, grado de disfunción o discapacidad, visitas a urgencias o calidad de vida relacionada con la salud entre otros, estableciéndose comparaciones a lo largo de la estancia para conocer la evolución que experimentan. Las PREM en cambio, son indicadores de la calidad de la atención, la midan o

no directamente mediante parámetros como la satisfacción. Estas herramientas de medida prestan más atención al impacto del proceso sobre la persona que a los resultados de salud alcanzados (Kingsley y Patel, 2017).

En este trabajo proponemos la medición del Cuidado Invisible desde el punto de vista del usuario, utilizando cuestiones cerradas, sencillas de responder, y elaboradas tras entrevistar a pacientes, además de, cuestiones abiertas que permiten a los participantes de esta investigación proporcionar detalles de su experiencia personal que podrían no estar contempladas a priori en el test.

1.2. HERRAMIENTAS DE MEDIDA DEL CUIDADO ENFERMERO

Las enfermeras, desde siempre, se han preocupado de delimitar, explicar y difundir aquellos conocimientos y aportaciones particulares que realizan a la salud de las personas y al funcionamiento de los servicios sanitarios; así como, en determinar cómo las condiciones ambientales y de trabajo influyen en la cantidad y modos en que se dispensan los cuidados. No obstante, en las últimas décadas, ha cobrado especial importancia que la contribución de la labor enfermera al bienestar de las personas y a la salud pública, sea demostrada a través de evidencias científicas, pues el criterio dominante hoy en día para la toma de decisiones sobre la distribución de recursos se basa en resultados ponderables (Lee et al., 2006; Watson, 2009; Wolf y Townsend, 2017).

Jean Watson, es una de las autoras más sensibilizadas con la necesidad de encontrar formas de medir el cuidado, que puedan dejar constancia de su relevancia, y de la necesidad de protegerlo y que puedan ser a su vez utilizadas por los gestores sanitarios como indicadores cuantitativos. A partir de la elaboración de su teoría del Cuidado Humanizado, esta autora ha seguido investigando, intensamente, en algunas cuestiones en torno al cuidado ¿cómo se define y qué compone el cuidado? ¿cómo lo reconocemos cuando lo vemos? ¿qué características tienen aquellas personas que cuidan? o ¿qué efecto tiene dicho cuidado en las personas que lo reciben? Para tratar de dar respuesta a estas preguntas, en 2001 publicó uno de sus libros más citados, titulado *‘Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science’*, que no se encuentra traducido al español en ninguna de sus 3 ediciones (Sitzman y Watson, 2019; Watson, 2009, 2001). No obstante, es un manual de referencia si queremos tener una idea de los avances que se han producido en la profesión en el ámbito del diseño de herramientas cuantitativas de medida del cuidado. En él ha hecho una recopilación de instrumentos, no tanto con el propósito

de seleccionar aquellos con mayor rigor desde un punto de psicométrico, sino, con intención de ser una fuente de información sobre cuestionarios de interés para capturar las diferentes esencias del cuidado (Watson, 2009).

El trabajo de recopilación de Watson ayuda a conocer el estado del arte de manera más completa, pues aporta información sobre el proceso de desarrollo de algunas herramientas de medida del cuidado a las que no podríamos acceder de otra manera, bien por estar recogidas en tesis doctorales no disponibles en ningún repositorio o por haber sido difundidas solamente en conferencias.

Esta autora inició el estudio en 1990, mediante la búsqueda a través de la base de datos CINAHL, de todos los instrumentos empíricos de medición del cuidado que se hubiesen publicado en literatura enfermera hasta el año 2000. Una vez localizados, varios estudiantes de doctorado se encargaron de recabar toda la información posible sobre los mismos, en relación a los fundamentos teóricos que los sustentan, estructura, pruebas de validación realizadas, investigaciones en las que han sido utilizados, etc.; los resultados de esa selección de instrumentos fue reflejada en la primera versión del libro (Watson, 2001). Para la segunda edición, Watson junto con la ayuda de Kathryn Lynch, hicieron seguimiento de los avances y cambios realizados en las herramientas seleccionadas para esa primera edición, contactando con los autores para invitarles a actualizar la información y resultados con respecto a estudios en los que fueron utilizadas, modificaciones, actualizaciones o validaciones en otros colectivos o contextos, que se hubiesen podido hacer desde la primera versión del libro. Además, realizaron nuevamente una búsqueda en CINAHL para identificar las herramientas que hubiesen sido diseñadas entre 2001 y 2008. Como resultado de este trabajo se publicó la 2ª edición del manual (Watson, 2009). Esta sistemática se siguió igualmente para la última edición publicada en 2019, añadiendo, así, las novedades acontecidas entre 2009 y 2018 (Sitzman y Watson, 2019).

La selección de cuestionarios que se presenta en los libros de Watson, incluye herramientas exclusivamente diseñadas en inglés y que se aproximan a conocer diferentes aspectos de las enfermeras y su trabajo, como son: atributos, comportamientos, actitudes, percepciones y/o la satisfacción con el cuidado que realizan. A la hora de elegir, la autora no hace distinción en cuanto a la población diana para la que se ha diseñado el instrumento, por lo que recopila herramientas orientadas indistintamente a conocer el punto de vista de familiares, pacientes, enfermeras o estudiantes de enfermería.

Con el propósito de tener una visión actualizada y más global de las herramientas disponibles en la actualidad, hemos considerado apropiado completar la revisión tan exhaustiva realizada por Watson, explorando otros cuestionarios que ella no escogió para su manuscrito, nuevos instrumentos que han visto la luz desde el 01/01/2016 hasta el 22/03/2022, diseñados en inglés, en español o incluso en otros idiomas siempre que hubiera publicaciones que describiesen el proceso de diseño y validación de la herramienta en alguna de estas dos lenguas. En nuestro caso, la búsqueda bibliográfica se ha centrado en las bases de datos Medline (Pubmed; base de datos de referencia en publicaciones en ciencias del comportamiento, la vida, la salud y la biomedicina), EMBASE, Cuiden Plus, Scielo y ENFISPO. Se han seguido para tal fin las directrices establecidas por Kable et al. (2012) para la documentación de los componentes clave en un trabajo de revisión.

A continuación, se describe de manera resumida el proceso que se ha seguido para la búsqueda y elección de instrumentos de medida, así como el análisis de los aspectos más significativos de los resultados obtenidos (ver el anexo 1 para información más detallada).

La búsqueda se ha llevado a cabo utilizando diferentes combinaciones de palabras clave y descriptores con operadores booleanos y filtros que nos permitiesen localizar los estudios de interés. Las palabras clave y sinónimos empleados para tal fin han sido los siguientes.

- Instrumento, cuestionario, herramienta (instrument, questionnaire, tool).
- Cuidado, cuidados de enfermería (care, caring, nursing care).
- Satisfacción del paciente (patient satisfaction)
- Proceso de validación, estudio de validación, validación de instrumento, fiabilidad, validez (validation study, psychometric properties, reliability, validity).
- Enfermera, enfermería (nurse, nursing, nurs*)
- Paciente, Adulto (inpatient, patient, adult, young adult, middle aged, aged, very elderly).

Los filtros aplicados para la búsqueda de herramientas en inglés en las bases de datos MEDLINE/Pubmed y EMBASE, han incluido el rango de fechas en el que hemos focalizado la búsqueda (01/01/2016-22/03/2022) y el tipo de estudio. En cambio, dado que las herramientas diseñadas en español escasean y que además Watson no recoge ninguna en su manual, para la búsqueda de los instrumentos en esta lengua, se decidió no aplicar estos filtros y hacer una combinación de términos clave mucho menos restrictiva para evitar cualquier tipo de pérdida en los resultados devueltos por cualquiera de las bases de datos.

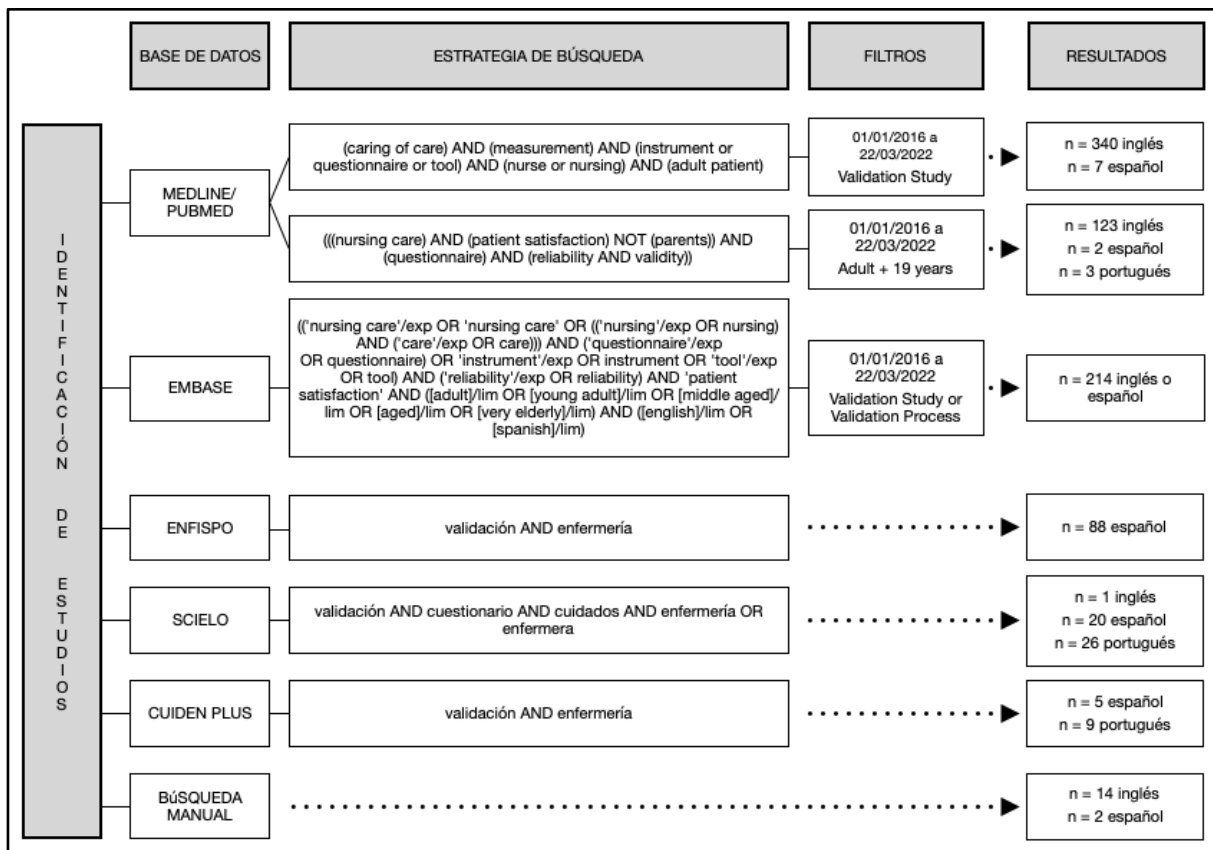
Para seleccionar o descartar las publicaciones se revisaron título y resumen. Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta fueron: (1) que hubiesen sido diseñados para conocer la opinión del paciente adulto sobre su experiencia hospitalaria (> de 18 años) y (2) que el foco del instrumento estuviese puesto en valorar específicamente a las enfermeras, aspectos de su competencia y/o de la labor que desempeñan o que contuviesen al menos un tercio o más del total de preguntas centradas en estas cuestiones. Fueron excluidos aquellos que (1) evaluaban el trabajo de matronas y estudiantes de enfermería, (2) se referían a hospitalizaciones en Centros Sociosanitarios, (3) los que examinaban experiencias con la Tele-enfermería, (4) se centraban en procedimientos técnicos concretos o (5) buscaran validar materiales didácticos relacionados con los cuidados enfermeros. Además, se excluyeron aquellos artículos que (6) no estaban redactados en español, inglés o portugués.

Las herramientas para valorar la validez de los artículos como PRISMA (Page et al., 2021), NICE (National Institute for Clinical Excellence, 2012) o COSMIN (Mokkink et al., 2010) que verifican la calidad de los estudios de revisión sistemática o de las propiedades de medida de los instrumentos, son recomendables cuando se quiere proporcionar al lector información para ayudarlo en la elección de un cuestionario en las situaciones en las que existen varias opciones para medir un mismo constructo. En este caso, al no buscar herramientas centradas en un aspecto específico de la enfermería y su trabajo y, puesto que el propósito de la revisión es completar y actualizar el mapa nacional e internacional de instrumentos existentes, no hemos juzgado la calidad de los procesos de diseño y validación que los autores han reportado en los estudios seleccionados para su valoración, más aún, cuando estos no se recogen en una única publicación, sino que en muchos de los casos se han invertido años en depurarlos y mejorar sus propiedades de medición. Por tanto, la búsqueda bibliográfica descrita, se ha utilizado fundamentalmente para localizar las diferentes herramientas de medición del cuidado que podían ser de interés. Una vez seleccionado un cuestionario por cumplir los criterios establecidos, se realizaba una segunda búsqueda bibliográfica en las mismas bases de datos, para indagar entre otras cuestiones acerca de en qué estudios había sido utilizada, idiomas a los que había sido traducida, y otras versiones específicas que se habían planteado para distintos grupos de población a partir de la herramienta original; esto nos permitió contextualizar cada una de ellas desde sus inicios y conocer el progreso que habían experimentado. Así mismo, con la intención de valorar su posible inclusión en esta revisión, en el listado de referencias de las publicaciones encontradas en las bases de datos, se buscaron manualmente aquellos estudios que mencionaban otras herramientas similares y que no habían

sido localizados en la búsqueda. En la tabla expuesta en el anexo 1 (tabla 60) se muestran de manera ampliada los datos de mayor interés acerca del diseño, validación, usos y evolución de cada cuestionario. Las referencias bibliográficas utilizadas para documentar ese progreso se encuentran listadas en el apartado de ‘Bibliografía’.

En la figura 6, se muestra de forma esquematizada la combinación de términos tanto de lenguaje libre como controlado y filtros que se han aplicado en las diferentes bases de datos, así como, el número de resultados obtenidos en cada una de ellas.

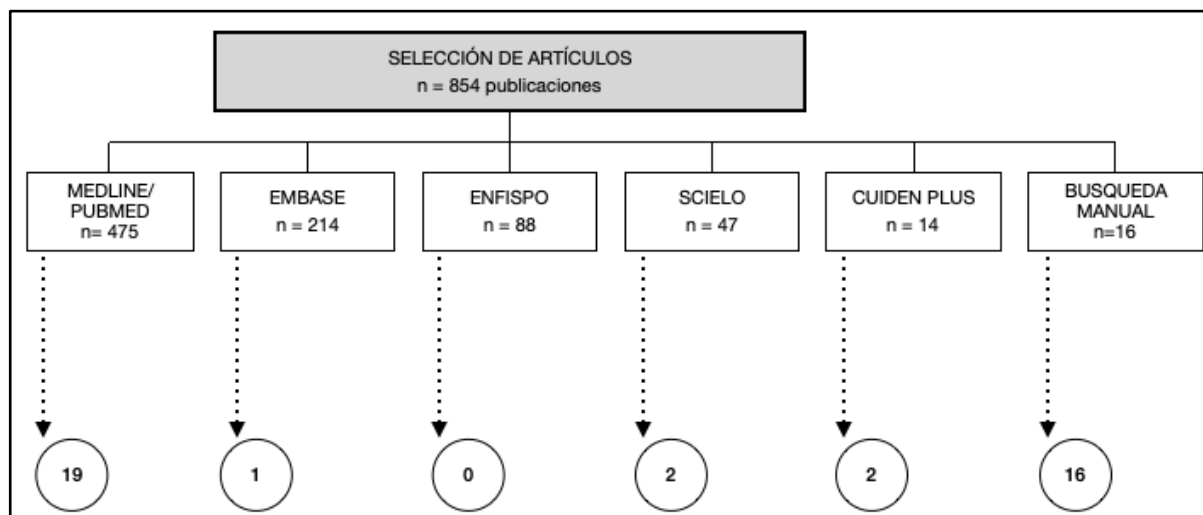
Figura 6. Proceso de búsqueda de herramientas de medición del cuidado enfermero desde la perspectiva del paciente en las bases de datos MEDLINE/Pubmed, EMBASE, ENFISPO, Cuiden Plus y Scielo.



Fuente: Figura de elaboración propia.

El número de instrumentos incluidos de cada base de datos en esta revisión tras descartar duplicidades y trabajos que no cumplieran alguno de los criterios de selección puede consultarse en la figura 7.

Figura 7. Número de cuestionarios recuperados de cada base de datos.



Fuente: Figura de elaboración propia.

1.2.1. Descripción y comparativa de los instrumentos seleccionados

1.2.1.1. Procedencia

La selección final de cuestionarios ha estado conformada por 40 instrumentos procedentes de diversos países de América y Europa; concretamente, en el primer continente encontramos cuestionarios diseñados en EEUU (20), Canadá (2), Colombia (2), Brasil (1), Chile (1) y México (1), y en el segundo en Reino Unido (2), Finlandia (2), Suecia (2), España (3), Noruega (1), Italia (1), Grecia (1) y Chipre (1).

1.2.1.2. Nomenclatura y cronología

Todos los cuestionarios que han sido estudiados a partir de esta revisión bibliográfica pueden encontrarse a continuación clasificados por categorías. Dentro de cada una, a su vez, se encuentran ordenados de más antiguo a más reciente de acuerdo con la fecha de creación que a nuestro entender tiene cada instrumento, es decir, la fecha de la primera publicación que hemos encontrado en la que se describe su diseño.

En cuanto a los cuestionarios existentes en lengua inglesa para evaluar el cuidado enfermero desde el punto de vista de los pacientes, cabe destacar, por un lado, aquellos que ya habían sido incluidos por Watson en su obra de referencia y que nuevamente han aparecido en la búsqueda bibliográfica:

- (1) Caring Behaviors Inventory - CBI (Wolf, 1981)
- (2) Caring Assessment Report Evaluation Q-sort – Care-Q (Larson, 1984)

- (3) Caring Behaviors Assessment – CBA (Cronin y Harrison, 1988)
- (4) Holistic Caring Inventory – HCI (Latham, 1988)
- (5) Professional Caring Behaviors – PCB (Horner, 1989)
- (6) Caring Assessment Tool – CAT (Duffy, 1992)
- (7) Caring Professional Scale – CPS (Swanson, 2000)
- (8) Methodist Health Care System Nurse Caring Instrument – MHCSNCI (Sheperd, Rude y Sherwood, 2000)
- (9) Relational Caring Questionnaires (Patient Form) – RCQ-PF (Ray y Turkel, 2001)

Por otro lado, encontramos 9 cuestionarios más, diseñados en lengua inglesa, que no habían sido analizados por Jean Watson, pero sí se centran en conocer la percepción de los pacientes con respecto al cuidado enfermero en el contexto hospitalario y su satisfacción con él y por ello han sido seleccionados en este estudio.

- (10) Patient Satisfaction Index – PSI (Hinshaw y Atwood, 1982)
- (11) LaMonica-Oberst Patient Satisfaction Scale – LOPSS (LaMonica, Oberst, Madea, Wolf, 1986)
- (12) Supportive Nursing Behavior Checklist – SNBC (Gardner y Wheeler, 1987)
- (13) NewCastle Satisfaction with Nursing Scales – NSNS (Thomas, McColl, Priest, Bond y Boys, 1996)
- (14) Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire – PSNCQQ (Laschinger, McGillis, Pedersen y Almost, 2005)
- (15) Patient’s Assessment of Quality Scale-Acute Care Version – PACS-ACV (Lynn, McMillen, Sidani, 2007)
- (16) Compassionate Care Assessment Tool – CCAT (Burnell y Agan, 2013)
- (17) Watson Caritas Patient Score – WCPS (Brewer y Watson, 2015)
- (18) Humanistic Relationship Importance Scale - HRIS (Boscart, Pringle, Peter, Wynn y McGilton, 2016)

Adicionalmente, se han encontrado 4 herramientas que no han sido diseñadas para evaluar el cuidado enfermero en conjunto, sino aspectos concretos de este, como son la confianza en la relación con la enfermera, la comunicación, la presencia de la enfermera o el empoderamiento del paciente por parte de esta:

- (19) Trust in Nurses Scale – TNS (Radwin y Cabral, 2010)
- (20) Presence of Nursing Scale - PONS (Kostovich, 2012)

- (21) Comportamientos de las Enfermeras relacionados con su forma de Comunicación Observada por los Pacientes – CECOP (Müggenburg et al., 2013)
- (22) Patient Perceptions of Patient-Empowering Nurse Behaviours Scale – PPPNBS (Jerofke y Weiss, 2016)

En cuanto a los cuestionarios que han sido elaborados en otros países de habla no inglesa y cuyo propósito era disponer de un instrumento específicamente adaptado a su cultura y sistema sanitario en particular, encontramos 8.

- (23) Good Nursing Care Scale for Patients – GNCS-P (Finlandia; Leino-Kilpi, 1993)
- (24) Patient Satisfaction with Nursing Care Instrument – PSNCI (Grecia; Merkouris Yfantopoulos, Lanara, Imonidou, 1999)
- (25) Individualized Care Scale – ICS (Finlandia; Suhonen, Leino-Kilpi y Välimäki, 2000)
- (26) The Night Nursing Care Instrument - NNCI (Suecia; Johansson, Oléni y Fridlund, 2005)
- (27) Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería - PCHE (Colombia; Rivera Álvarez y Triana, 2007)
- (28) Percepción del Cuidado Humanizado brindado por el Profesional de Enfermería – PCHPE (Chile; Hermosilla, Mendoza y Contreras, 2016).
- (29) Nurse Caring Behaviours Scale - NCBS (Italia; Piredda, Ghezzi, Fenizia, Marchetti, Petitti, De Marinis y Sili, 2017)
- (30) Nursing Care Interpersonal Relationship Questionnaire – NCIRQ (Brasil; Pereira, Magalhães y De Andrade, 2018)

Por otra parte, se han seleccionado 5 instrumentos diseñados y validados para medir la calidad del cuidado enfermero percibido por dos colectivos de pacientes específicos, los enfermos oncológicos y críticos. Uno de ellos es norteamericano, otro colombiano, otro realizado en colaboración entre Chipre y Grecia y dos más españoles. En esta sección cabe señalar que entre los resultados de la búsqueda bibliográfica realizada en Cuiden PLUS se encontraba el cuestionario piloto para la medición del Cuidado Invisible (PCCIE) que se describe en el ‘Prefacio’ de esta tesis.

- (31) Oncology Patients’ Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale – OPPQNCS (Radwin, Alster y Rubin, 2003)

- (32) Cuestionario para medir la Calidad con los Cuidados de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos Cardiológicos (España; Sierra, Muñoz, Peiró, Valls, López, Famoso, Almela y Garrigós, 2009)
- (33) Percepción de los Cuidados Invisibles de Enfermería – PCCIE (España; Huércanos Esparza, 2010)
- (34) Evaluación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos – EVACALEN (Colombia; Ramírez, Perdomo y Galán, 2013)
- (35) Quality of Oncology Nursing Care Scale – QONCS (Chipre y Grecia; Charalambous y Adamakidou, 2014)
- (36) Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale – NICSS (España; Romero García, 2016)

Por último, hemos agrupado aquellos cuestionarios que tienen la particularidad de haber sido creados para conocer la opinión del paciente con los diferentes colectivos profesionales responsables de su atención y con su experiencia hospitalaria general. En ellos, hay cuestiones sobre las enfermeras, pero no están pensados para medir esa labor en exclusiva por lo que los mencionaremos aquí para conocerlos, pero no serán empleados en la discusión de los resultados por estar orientados a objetivos diferentes. Con estas características encontramos 4, 2 de los cuales están diseñados en países anglosajones.

- (37) Valuing Patients as Individuals Scale – VPAIS (Reino Unido; Coyle y Williams, 2001)
- (38) Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems - HCAHPS (Estados Unidos; Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) y Department of Health and Human Services, 2006)

Y otros 2 fueron en planteados por autores nórdicos en lengua no inglesa.

- (39) Quality from the Patient's Perspective – QPP (Suecia; Wilde y Larsson, 2002)
- (40) Patient Experience Questionnaire – PEQ (Noruega; Pettersen, Veentra, Guldvog y Kolstad, 2004)

Como se puede observar por las fechas de creación de los instrumentos que se señalan junto a sus autores, el desarrollo de escalas de medición del cuidado por parte de las enfermeras tuvo su origen en EEUU en la década de 1980. En cambio, aunque en Europa esta línea de trabajo se inició de forma más tardía, la mayor producción de herramientas de las que se dispone entre 1990 y 1999 tuvo lugar en este continente. Ya en los 2000 se incorporan a esta tendencia de investigación España y Latinoamérica, siendo Colombia el país pionero en el diseño de instrumentos. Si observamos la progresión que existe en algo más de 40 años de evolución de

este campo de estudio en nuestra profesión, esta parece ser ascendente con un sumatorio de 8, 6, 12 y 14 herramientas en cada una de las décadas respectivamente. En relación con las adaptaciones transculturales de herramientas validadas, Turquía se encuentran a la cabeza con 5 instrumentos, seguidas de España, Italia y Suecia con 4.

1.2.1.3. Fundamentos teóricos y fases preliminares

Varias de las herramientas presentadas se cimentan en modelos y teorías clásicos de la Medicina como el ‘Modelo de Calidad Asistencial’ de Avedis Donabedian o de la Sociología como el ‘Modelo del Cuidado Holístico’ de Jan Howard. Los que beben de fuentes de la Enfermería se basan en el ‘Modelo de las 14 Necesidades Básicas’ de Virginia Henderson, la ‘Teoría de la Enfermería Humanística’ de Josephine Paterson y Loretta Zderad, la ‘Teoría del Logro de Metas’ de Imogene King, la ‘Teoría de los Cuidados’ de Kristen M. Swanson o la ‘Teoría del Cuidado Humanizado’ que se hace operativa a través de los 10 factores de cuidado o caritativos de Jean Watson que es la teoría que más herramientas ha inspirado, concretamente 6. En otros 2 trabajos adicionalmente, se hizo uso de modelos teóricos menos conocidos que los anteriores como es el ‘Modelo de Empoderamiento Enfermera/Paciente’ de Heather K.S. Laschinger, Stephanie Gilbert, Lesley M. Smith y Kate Leslie y el ‘Modelo de Presencia’ de DL Gardner (1992).

En cuanto a las fases que han precedido al diseño de los ítems, la mayoría de los autores han seguido una o varias estrategias para tener un conocimiento más profundo del constructo que se pretende medir y sus principales características, antes de elaborar las preguntas que formarán parte de sus cuestionarios. Las más frecuentes han sido: (1) la revisión de la literatura existente en torno a la temática, (2) la realización de estudios cualitativos preliminares o (3) la consideración de las cuestiones incluidas en otras herramientas ya validadas como inspiración a la hora de formular nuevos ítems. De los cuestionarios seleccionados 4 no documentan ningún tipo de procedimiento previo o fundamento teórico que sustente su diseño.

Por último, merece la pena subrayar que en 4 de los instrumentos que fueron precedidos por un estudio cualitativo, los resultados de esa investigación no solo sirvieron para el diseño de la herramienta sino que derivaron a su vez en el planteamiento de modelos conceptuales sobre el cuidado de enfermería, como son, el Modelo del ‘Buen Cuidado Enfermero’ de Helena Leino-Kilpi, la ‘Teoría de la Complejidad del Cuidado Relacional’ de Marylin A. Ray y Marian C. Turkel, la ‘Teoría sobre la Atención de Enfermería Oncológica de Alta Calidad’ de Laurel

Radwin y la ‘Teoría del Cuidado Centrado en el Paciente’ de esta misma autora junto a Howard J. Cabral.

1.2.1.4. Propósito del cuestionario

Al fijarnos en el objeto de medición que tienen las diferentes herramientas, encontramos la siguiente distribución.

- Grado de satisfacción con la atención.
 - PSI, LOPSS, GNCS-P, NSNS (sección 2), PSNCI, PSNCQQ, Cuestionario para medir la Calidad con los Cuidados de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos Cardiológicos, NICSS.

Además de los mencionados en el punto anterior que tienen la medición de la satisfacción como objetivo principal, muchos incluyen alguna pregunta puntual que cuestiona a los pacientes sobre este otro aspecto como sucede en nuestro cuestionario.

- Frecuencia de recepción de cuidados enfermeros o grado de acuerdo con afirmaciones sobre la actitud o acción de la enfermera².
 - CBI, PCB, CAT, GNCS-P, NSNS (experiencias), MHCSNCI, OPPQNCS, NNCI-P, ICS, PACS-ACV, PCHE, TNS, PONS, CECOP, QONCS, WCPS, PCHPE, PPPNBS, WCBS, NCIRQ, HCAHPS, CPS, QPP (escala 1).
- Importancia otorgada a los cuidados enfermeros.
 - Care-Q, CBA, RCQ-PF, CCAT, HRIS-24, QPP (escala 2).
- Grado de calidad percibido.
 - EVACALEN.
- Grado de apoyo percibido.
 - SNBC.
- Compendio (grado de satisfacción, frecuencia, opinión).
 - PEQ, PCCIE.

² El modo de denominarlos cambia en función de los cuestionarios: cuidados humanizados, acciones enfermeras, comportamientos de cuidado, componentes del cuidado, cuidado compasivo, etc. o aspectos específicos del cuidado como presencia o confianza entre otros).

2. JUSTIFICACIÓN

Los aspectos físico-técnicos como las pruebas diagnósticas y los tratamientos tienen una elevada importancia para los usuarios del sistema sanitario. No obstante, según Berhane y Enquesslassie (2016), existe suficiente evidencia de que el apoyo, el acompañamiento o la información son elementos de la atención mejor valorados por estos, y por tanto, continúa siendo conveniente diseñar herramientas que contribuyan a incrementar la información y conocimiento acerca de este tipo de intervenciones enfermeras.

A la luz de los resultados de la revisión de herramientas presentada en el capítulo anterior, podemos concluir que no se ha encontrado ninguna que haya sido específicamente diseñada para medir la dimensión del cuidado enfermero identificado como invisible. Así mismo, los instrumentos desarrollados para el contexto sanitario español están enfocados a grupos poblacionales muy concretos como son los pacientes críticos, con un proceso de enfermedad y atención diferente al de la mayoría de las personas hospitalizadas. Esto nos lleva a concluir que el cuestionario de Percepción del Cuidado Invisible de Enfermería durante la Hospitalización (PCIE-H) es de interés para complementar el conocimiento que se tiene, hasta el momento, de las intervenciones enfermeras invisibles, además de ser un instrumento novedoso que se sumaría a la batería ya existente de herramientas orientadas a medir la experiencia de atención sanitaria de los pacientes y la contribución de las enfermeras.

Al considerar las diferentes poblaciones en las que este cuestionario podía ser testado, se barajaron fundamentalmente dos opciones, las personas con patología cardiovascular y las que tenían patología oncológica, por ser las enfermedades que mayor prevalencia y mortalidad tienen. Finalmente, por cuestiones de carácter práctico que serán explicadas en el capítulo de ‘Metodología’, se decidió centrar la recogida de datos exclusivamente en la segunda opción, los enfermos diagnosticados de cáncer.

El impacto de la enfermedad oncológica en términos de incidencia, prevalencia y mortalidad hace que sea considerada una de las patologías más trascendentales en la actualidad a nivel epidemiológico, tanto a nivel global como nacional. Según los datos aportados por la International Agency for Research on Cancer (IARC), el cáncer es la primera o segunda causa de muerte antes de los 70 años en 112 de los 183 países del mundo y la tercera o cuarta en otros 23 países más. En 2020, a pesar del probable infradiagnóstico que ha existido debido a la pandemia de COVID-19, se estima que se diagnosticaron 19.3 millones de nuevos casos de

cáncer a nivel global (WHO, 2020). En España, según las cifras de la Sociedad Española de Oncología Médica (2022), se calcula que la incidencia alcanzará los 280.100 casos a finales de 2022 y, al igual que en el resto del mundo, esta se verá incrementada progresivamente, llegando a los 341.000 nuevos diagnósticos en 2040. En cuanto a la distribución por sexos y edad para el año 2022, se prevé que el 57.14 % de los diagnósticos se den en hombres y el 42.86 % en mujeres y que más de la mitad (59.3%) de todos ellos se produzcan en personas con 65 años o más. Si se sigue la tendencia observada, los cánceres más frecuentemente diagnosticados para ambos sexos en nuestro país en el año 2022 serán los de colon y recto (15.5% de los nuevos diagnósticos), mama (12.4%), pulmón (11%), próstata (11%) y vejiga urinaria (7.8%). No obstante, si nos fijamos específicamente en un sexo u otro, vemos que este ranking se modifica ligeramente, pues en las mujeres casi el 30% de los tumores se dan en mama y el 13.8% en el colon o recto y, en cambio, el 19.3% de los casos de hombres diagnosticados de cáncer serán de próstata y el 16.8% de colon o recto. En cuanto a la mortalidad por enfermedades no transmisibles, esta patología es la causante del 26% de los fallecimientos de nuestro país, solo por detrás de las enfermedades cardiovasculares que provocan el 28% (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Además del malestar físico que tanto la enfermedad como los tratamientos y sus posibles efectos adversos acarrearán, el cáncer debido a su complejidad, a la duración del proceso y a la posibilidad de un desenlace fatal, genera malestar emocional a más del 50% de los enfermos, y más de un tercio acaban desarrollando trastornos psicopatológicos de algún tipo (Castillo Toledo et al., 2017). Es una enfermedad en la que podemos encontrar niveles atípicos de estrés, preocupación y miedo en las personas que la padecen (Berry et al., 2015) y en sus allegados. A esto debemos añadir la afectación que provoca en otras áreas como las relaciones sociales y familiares, el ocio, el trabajo o el desafío espiritual que también supone esta enfermedad (Castillo Toledo et al., 2017; Tamburini et al., 2003). Por tanto, para las personas afectadas por ella, el apoyo, el establecimiento de relaciones significativas con el personal sanitario, la empatía o la información sobre el proceso, tienen una relevancia especial (Muntlin Athlin et al., 2018).

Con los datos analizados podemos deducir que las personas que sufren esta patología van a requerir cuidado integral / holístico y que para ellas, la construcción de una buena relación con las enfermeras basada en la confianza y en la bondad, entendida esta como *“la acción decidida y voluntaria, emprendida con sensibilidad, (para abordar) las necesidades o deseos de otra persona y dirigida activamente hacia el fomento de su bienestar”*, es especialmente

relevante por los múltiples efectos positivos que produce (Berry et al., 2017; Charalambous et al., 2016a). Además, algunos investigadores han determinado que es preciso desarrollar herramientas que permitan a las personas con cáncer expresar sus preferencias y opiniones sobre el cuidado, de manera que los resultados ayuden a mejorar los estándares de la atención enfermera (Maguire et al. 2013). Aunque consideramos que esta necesidad de dar voz a los usuarios es extensible también a los pacientes con patología no oncológica, estas razones junto con las cifras que muestran la magnitud del problema en nuestra sociedad, son algunos de los motivos que nos han impulsado a iniciar la validación de nuestra escala en dicha población.

El colectivo de pacientes oncológicos es especialmente vulnerable, por ello consideramos que debería ser prioritario ayudar a mejorar la calidad del cuidado que se les proporciona a ellos y a sus familias y consideramos que en este sentido el PCIE-H tiene potencial de aportar información que contribuya a plantear diferentes mejoras del servicio que se les presta.

Así mismo, tal y como se ha referido en el ‘Marco Teórico’, nos encontramos en una época de cambios en los sistemas sanitarios, se está produciendo un viraje hacia prácticas en las que el paciente sea el protagonista de su proceso de enfermedad y agente activo en la toma de decisiones sobre cómo manejarla. Como consecuencia de esto, se está produciendo también un interés creciente hacia la medición de vivencias subjetivas de los usuarios, con el fin de empoderarlos, por un lado, y de complementar los criterios objetivos que se utilizaban hasta ahora como indicadores de calidad por otro (Brewer y Watson, 2015). En este sentido, el cuestionario PCIE-H permite recoger no solo datos objetivos sino también subjetivos, pues presenta cuestiones cerradas con un formato de respuesta específico, que permite la comparabilidad de resultados cuantitativos de los participantes (Urden, 2002) con relación a la frecuencia y relevancia del CI recibido y la satisfacción que este genera. Y, además, incluye preguntas abiertas que son un medio para que los pacientes puedan hablar de su sentir escogiendo sus propias palabras, lo cual nos ayuda a tener un entendimiento más completo de su experiencia personal. Plantear preguntas abiertas invita a los usuarios a profundizar en sus vivencias, aspecto especialmente relevante, pues algunos estudios muestran que los cuestionarios de satisfacción cerrados pueden proporcionar una imagen limitada y demasiado optimista de la opinión real de los pacientes. Se ha observado que cuando se les da la posibilidad de expresarse acerca de lo vivido durante la estancia hospitalaria, los pacientes reportan problemas y hacen comentarios negativos sobre la misma, aunque puntúen su satisfacción como ‘alta’ o incluso ‘excelente’ (Grøndahl et al., 2011; Jenkinson et al., 2002; Merkouris et al., 2004).

También Urden (2002), defiende que la monitorización de la satisfacción junto con la descripción de los enfermos sobre las experiencias de cuidado que han tenido, son un componente imprescindible para mejorar la calidad del sistema sanitario. Remarca, además, que esta es un derecho de los usuarios y, por tanto, un imperativo para los gerentes y administradores de los servicios de salud. Ellos son quienes, en última instancia, deben supervisar y velar por que las condiciones del sistema sanitario favorezcan la consecución de tal derecho (Ferrer Piquer y Camaño Puig, 2017).

Dado que una sola herramienta no puede capturar todas las facetas del cuidado que son relevantes para lograr la calidad asistencial (Beattie et al., 2015), consideramos que el PCIE-H puede ser un instrumento que complemente otros indicadores que los administradores hospitalarios usan para establecer sus líneas de acción. Nuestro instrumento les permitirá, por un lado, conocer qué intervenciones enfermeras invisibles se procuran y cuáles no se realizan, y por otro, el impacto que estas tienen en la satisfacción de quienes los reciben y en su sentimiento de seguridad y confianza. Esta información puede contribuir como hemos mencionado con anterioridad, a que los gestores identifiquen áreas del cuidado enfermero susceptibles de mejora, y a que puedan valorar si se requiere la planificación de nuevas estrategias formativas u organizativas. Los resultados obtenidos a través del PCIE-H pueden ser valiosos para encontrar formas de dar espacios y tiempos para el CI, valorar la organización de los equipos de trabajo y la adecuación de las plantillas de enfermeras o detectar necesidades de formación, así como, para promover y afianzar aquellos CI que estén dándose de manera óptima.

De igual modo, esta herramienta puede resultar de interés para los propios profesionales de enfermería. Desde hace varios años las enfermeras están reivindicando la necesidad de más estudios de investigación que se centren en examinar la frecuencia de los cuidados y acciones de su competencia, el impacto de las condiciones clínicas en la provisión de estos cuidados y los efectos que tienen en los resultados de los pacientes y en la práctica profesional. Son varios los autores que aluden a que los hallazgos al respecto van a contribuir a hacer visible el cuidado y su relevancia y a que puedan ser tenidos en cuenta en un sistema sanitario mediado por los balances económicos (Lee et al., 2006; Watson, 2009). El cuestionario PCIE-H nos permite precisamente identificar y cuantificar una parte de la labor que las enfermeras muchas veces realizan en la sombra, obteniendo así una “fotografía” del trabajo intangible desempeñado.

En conclusión, la validación del cuestionario PCIE-H supone una aportación al conocimiento científico existente hasta el momento. Así mismo, el presente estudio es, por un

lado, un medio para ampliar la información que se tiene acerca de las necesidades de cuidado del enfermo oncológico, del entorno hospitalario y del desarrollo competencial de las enfermeras que contribuirá a mejorar la calidad asistencial y, por otro lado, una forma de identificar el valor añadido que genera el cuidado denominado invisible. El logro de ese conocimiento y reconocimiento del trabajo realizado por las enfermeras, creemos que tendrá un ‘efecto dominó’ positivo para el sistema sanitario, pues contribuye a que los empleados se sientan más valorados a nivel personal, previsiblemente más satisfechos con su trabajo y más comprometidos con la organización que las contrata (García Moyano, 2017), y según estudios previos, ayuda a promover prácticas más seguras y cuidados de mayor calidad (Lee et al., 2013).

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Hipótesis principal

El instrumento testado en esta investigación (PCIE-H) presenta características psicométricas óptimas para medir la percepción de los pacientes oncológicos sobre el Cuidado Invisible que los profesionales de enfermería proveen en los hospitales.

Hipótesis secundarias

1. Los Cuidados Invisibles son una dimensión del cuidado profesional de las enfermeras asistenciales de atención especializada y su presencia es visible y valorada positivamente por el enfermo y su familia.
2. Los enfermos oncológicos que han recibido Cuidados Invisibles con mayor frecuencia durante su hospitalización expresan un mayor grado de satisfacción con la atención del equipo enfermero.
3. El incremento de la confianza y seguridad de los enfermos oncológicos en las enfermeras que les atienden en la estancia hospitalaria mejora los niveles de satisfacción.
4. Los Cuidados Invisibles proporcionados por las enfermeras son mediadores en el nivel de bienestar de los enfermos.
5. Las características sociodemográficas y clínicas de los usuarios pueden influir en su grado de satisfacción con el cuidado enfermero.
6. Las características sociodemográficas y clínicas no condicionan de forma significativa la percepción de los Cuidados Invisibles proporcionados por las enfermeras.
7. La calidad de vida de los pacientes modifica el nivel de satisfacción con el cuidado y la percepción expresada con relación a los Cuidados Invisibles.

3.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General A

Validar el cuestionario PCIE-H para medir la percepción que tienen los enfermos con patología oncológica o sus cuidadores familiares principales acerca de los Cuidados Invisibles proporcionados por las enfermeras.

Objetivos Específicos

- a.1. Describir el perfil sociodemográfico y clínico de la muestra de estudio conformada por personas con patología oncológica o cuidadores familiares principales de estos.
- a.2. Estudiar las condiciones de aplicación del instrumento PCIE-H que han sido planteadas en este estudio.
- a.3. Analizar la validez de constructo y de criterio de las preguntas incluidas en el cuestionario como medidas para comprobar la validez del test.
- a.4. Analizar la consistencia interna y la estabilidad temporal del cuestionario como elementos para valorar su fiabilidad.

Objetivo General B

Analizar la percepción del enfermo oncológico sobre los Cuidados Invisibles proporcionados durante su estancia hospitalaria y su relación con el nivel de satisfacción de la atención recibida.

Objetivos Específicos

- b.1. Especificar la frecuencia y relevancia de los cuidados enfermeros invisibles recibidos y medidos a través del cuestionario PCIE-H.
- b.2. Determinar el grado de satisfacción de los participantes con respecto al cuidado proporcionado por las enfermeras.
- b.3. Identificar la percepción que los participantes tienen del papel de la enfermera dentro del equipo sanitario y, su confianza y seguridad hacia los profesionales de enfermería.
- b.4. Determinar la satisfacción con la resolución del problema de salud y la atención médica.

- b.5. Analizar la experiencia con los cuidados enfermeros que los pacientes han tenido durante su hospitalización.
- b.6. Evaluar la correlación de las variables sociodemográficas, clínicas, de calidad de vida relacionada con la salud, de satisfacción, de percepción del rol e imagen de la enfermera y la percepción de los Cuidados Invisibles recibidos.

4. METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO

Se ha realizado un estudio cuantitativo psicométrico, de tipo descriptivo correlacional y transversal para evaluar el cuestionario de Percepción del Cuidado Invisible de Enfermería durante la Hospitalización (PCIE-H). Adicionalmente, para complementar la información se propusieron preguntas abiertas cuyas respuestas fueron estudiadas mediante análisis de contenido cualitativo.

4.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El mapa sanitario de la Comunidad Autónoma de Aragón está dividido en 8 sectores que engloban centros tanto de atención primaria, especializada, sociosanitaria y de salud mental. Los sectores incluidos en la provincia de Zaragoza son los sectores 1 a 3.

Esta investigación se llevó a cabo en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, centro de referencia de atención hospitalaria especializada general del sector 3 y que recibe, también, usuarios derivados de Soria y Logroño. Se trata de un hospital de 807 camas que atiende a 274.733 habitantes (Gutiérrez Samper, 2017). Dispone de 20 servicios de atención a personas adultas con patologías médicas y quirúrgicas (Ministerio de Sanidad, 2021) (tabla 4).

Tabla 4. Servicios con camas de hospitalización del HCU Lozano Blesa.

Servicios médicos		Servicios quirúrgicos
Cardiología	Neurología	Cirugía vascular
Dermatología	Oncología y cuidados paliativos	Cirugía de trauma
Digestivo	Otorrinolaringología/oftalmología	Cirugía general
Enfermedades Infecciosas	Psiquiatría	Neurocirugía
Ginecología	Traumatología	
Hematología	Unidad de aislamiento	
Medicina Interna /Endocrinología	Unidad de Cuidados Intensivos	
Neumología	Urología	

Fuente: Tabla de elaboración propia

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio fueron hombres y mujeres diagnosticados de enfermedad oncológica (tumores sólidos y de la sangre) que hubiesen sido ingresados en cualquiera de los servicios con camas de hospitalización mencionados en la tabla 5.

La captación de los participantes fue realizada en el Hospital de Día Onco-Hematológico por ser una unidad en la que reciben tratamiento de manera ambulatoria la gran mayoría de pacientes que forman parte de la población diana del estudio. Decidimos que era la unidad más apropiada para minimizar los posibles sesgos y pérdidas ya que, por un lado, el reclutamiento a través de este servicio, aseguraba que los participantes hubiesen sido ya dados de alta de la unidad de hospitalización antes de cumplimentar los cuestionarios que se solicitan. Por otro, al ser un servicio al que los enfermos acuden de manera periódica, nos permitía tener una mayor facilidad para hacer la entrega y recogida de los mismos.

4.3.1. Criterios de selección de la muestra

Para poder formar parte de la muestra de estudio, los participantes debían cumplir los siguientes criterios de inclusión.

1. Ser mayor de edad (≥ 18 años).
2. Haber estado ingresado dentro de los 12 meses previos a la cumplimentación de los cuestionarios y que el ingreso se hubiese prolongado durante 72 horas o más.
3. Haber sido dado de alta en el momento de la participación en el estudio.
4. Ser capaz de comunicarse en español.

Aquellas personas que cumplieron alguno de los siguientes criterios de exclusión fueron descartadas del estudio.

1. Tener una esperanza de vida estimada menor de 3 meses.
2. Tener un deterioro físico, cognitivo o emocional importante que le incapacite para cumplir con la recogida de datos elegida y no disponer de un cuidador familiar principal que lo pudiese suplir en esta tarea.
3. Estar diagnosticado de alguna patología mental grave y/o crónica.
4. Rechazar la firma del consentimiento informado del estudio.

Para la selección de participantes que se realizó en el año 2020 se incorporó un criterio de exclusión adicional:

5. Haber estado hospitalizado en una fecha posterior al 11 de marzo de 2020, momento en el que fue declarada oficialmente la pandemia por COVID-19 (Adhanom, 2020).

En algunos casos, los pacientes consultaron la posibilidad de que su acompañante les ayudase a completar los cuestionarios. En ocasiones por una mera cuestión práctica y de comodidad y, en otras, porque los pacientes se encontraban acusando los efectos secundarios de la medicación o de la propia enfermedad. Estas circunstancias no les incapacitaban para la cumplimentación del cuestionario, pero sí les hacía esta más costosa. Se tuvo en cuenta dicha solicitud y se ofreció la posibilidad a los cuidadores familiares principales de ser ellos quienes completasen los cuestionarios si se daba alguna de las dos situaciones que se describen a continuación.

a) Si el enfermo era capaz de comunicarse, pero no de leer y escribir en español de forma fluida por sí mismo y el familiar se limitaba a cumplimentarlo leyéndole las preguntas y las opciones de respuesta y escribiendo por él.

b) Si el enfermo era incapaz de contestar por fatiga severa o disconfort, el familiar podía suplir al paciente en la cumplimentación, siempre que le hubiese acompañado un mínimo de 8 horas al día durante la hospitalización.

En este segundo supuesto, dado que la opinión registrada era la de los propios cuidadores familiares, estos tuvieron que firmar previamente el apartado correspondiente del consentimiento informado (anexo 2 y 3, página 2).

4.3.2. Tamaño muestral

El tamaño muestral se estimó teniendo en cuenta las recomendaciones de la literatura tradicional, que indican que la cifra deseable de participantes para la validación de cuestionarios de más de 20 preguntas debe ser de 5 a 10 sujetos por ítem; y de la literatura actual que indica que la muestra debería estar formada por al menos 200 sujetos (Hair et al., 2006; Lloret-Segura et al., 2014; Streiner y Norman, 2008; Velicer y Fava, 1998). En nuestro caso optamos por garantizar el máximo, 10 participantes por ítem en previsión de que habría ítems sin responder y dichos sujetos no serían tenidos en cuenta para el análisis psicométrico. Así, la muestra final a la que se aspiraba era de 360 individuos mediante selección no probabilística y consecutiva.

La razón por la que la inclusión de participantes fue gradual es que, dado que debían haber tenido un ingreso de una duración mínima determinada, fue necesario parar el reclutamiento temporalmente en algunos periodos para permitir la renovación de potenciales candidatos que cumpliesen con todos los criterios de selección.

4.3.3. Proceso de detección de candidatos potenciales

Para la detección de los casos susceptibles de participar en el estudio, se solicitó permiso por escrito a la Dirección de Enfermería del hospital. Una vez obtenido este, se contactó con la supervisora del servicio Hospital de Día Onco-Hematológico para explicarle el propósito y métodos del estudio. Ella nos facilitó el acceso al listado de citas de la unidad que nos permitiría conocer qué pacientes recibían tratamiento en ella.

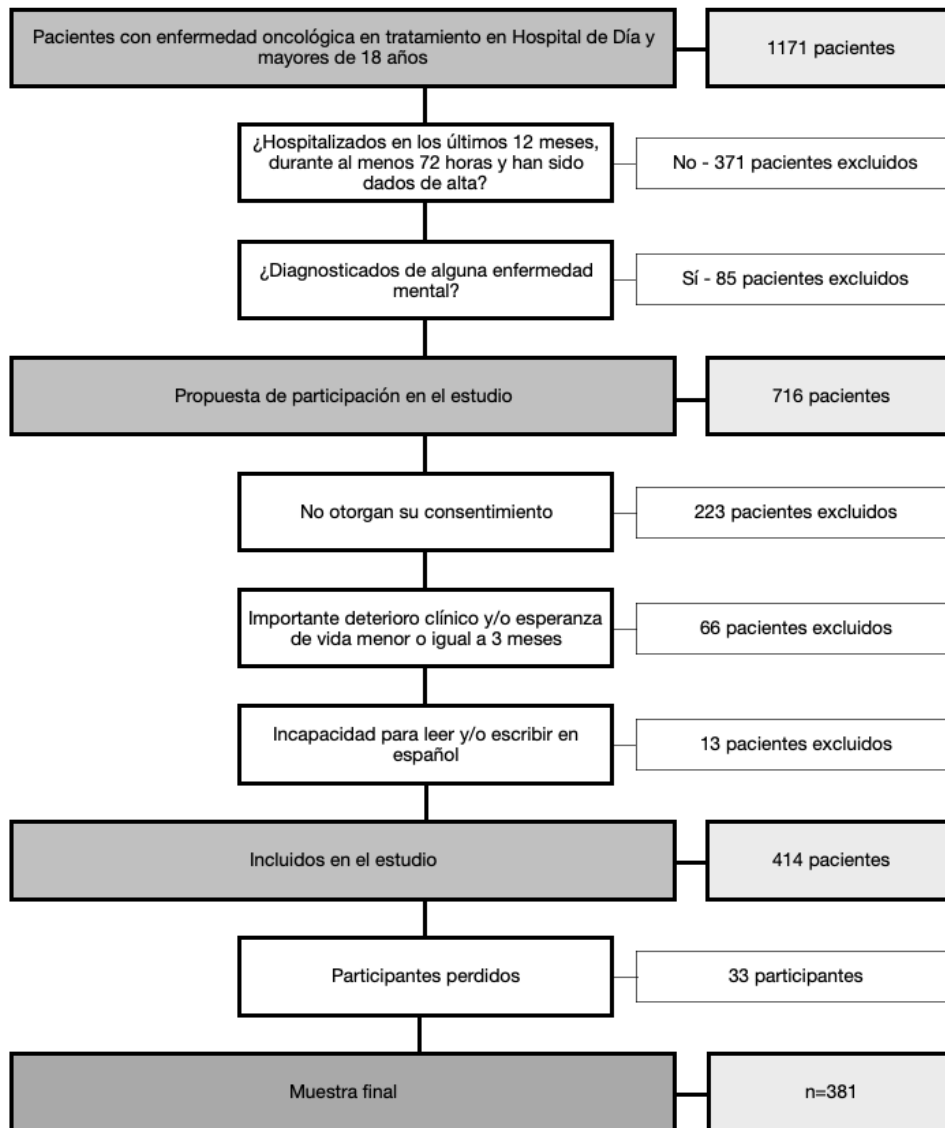
El propósito de disponer de esta información era comprobar a través de los informes de la historia clínica, quienes de estos enfermos cumplían con los criterios de inclusión 1, 2 y 3 y con el criterio de exclusión 3. Con este cribado se preseleccionaba a aquellos que eran participantes potenciales y que acudirían al día siguiente al servicio a recibir tratamiento, es a estos a los que se les propondría la participación en el estudio. El mismo día del tratamiento se corroboraba con el propio paciente el cumplimiento o no del resto de criterios de selección. En caso de que se cumpliesen todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión del estudio, se recogía el consentimiento informado firmado y se le ofrecía la posibilidad de responder a los cuestionarios bien en el propio Hospital de Día o bien en el domicilio.

El acceso a dichos registros se realizó diariamente durante el periodo de reclutamiento de participantes que tuvo lugar desde diciembre de 2012 hasta marzo de 2017 y volvió a repetirse entre mayo y junio de 2020, cuando se comprobó que era necesaria una ampliación de la muestra para poder disponer de un número consistente de participantes que hubiesen respondido a todos los ítems.

Se consideraron 1171 enfermos oncológicos. Aquellos que cumplían todos criterios de inclusión y ninguno de exclusión fueron invitados a participar en el estudio y 414 firmaron el consentimiento informado. Sin embargo, 33 de ellos no devolvieron los cuestionarios cumplimentados por lo que la muestra final del estudio estuvo compuesta por 381 sujetos.

En la figura 8 se refleja el diagrama de flujo que se siguió para la obtención de la muestra final del estudio.

Figura 8. Diagrama de flujo de la selección de participantes.



Fuente: Figura de elaboración propia.

4.4. VARIABLES

Las variables medidas en este estudio se presentan divididas en 6 bloques diferentes que se presentan a continuación (tablas 5 a 10).

4.4.1. Variables sociodemográficas

Tabla 5. Variables sociodemográficas y valores que toman.

Nombre de la variable	Valores de codificación de la variable
Persona que contesta al cuestionario	Paciente; Cuidador/a familiar principal
Nivel de estudios de la persona que responde al cuestionario	Sin estudios; Primarios; Secundarios; Universitarios
Relativas a la persona enferma	Valores de codificación de la variable
Edad	De 18 a 30; 31-40; 41 a 50; 51 a 60; 61 a 70; 71 a 80; más de 80
Sexo	Mujer/Hombre
Lugar de residencia	Rural/Urbano
Relativas al familiar si es quien contesta	Valores de codificación de la variable
Edad	De 18 a 30; 31-40; 41 a 50; 51 a 60; 61 a 70; 71 a 80; más de 80
Parentesco	Esposa/o; Hija/o; Hermana/o; Otros
Sexo	Mujer/Hombre
Tiempo de acompañamiento al enfermo en el hospital.	De 8 a 11 horas; de 12 a 15 horas; de 16 a 19 horas; de 20 a 24 horas al día.
Cuidado en el domicilio	Si/No
Tiempo como cuidador	Menos de 6 meses; de 6 a 12 meses; de 13 a 24 meses; de 25 a 48 meses; más de 48 meses
Motivo por el que sustituye al paciente en la cumplimentación	Decisión del paciente; Paciente no se encuentra en condiciones de responder; Paciente necesita ayuda para leer y escribir

Fuente: Tabla de elaboración propia.

4.4.2. Variables clínicas

Tabla 6. Variables clínicas^{3*} y valores que toman.

Nombre de la variable	Valores de codificación de la variable
Tipo de cáncer	Pulmón; tracto digestivo; ginecológico; cabeza/cuello; renal; hígado; mama; páncreas; vejiga; tejidos blandos; peritoneal; linfoma; piel; Ewing; próstata; glioma; genital masculino
Servicio de ingreso	Oncología; Ginecología; Neumología; Cirugía; Unidad de Aislamiento; Neurocirugía; Medicina Interna; Otorrinolaringología; Angiología/Cirugía Vascular; Urología; Enfermedades Infecciosas; Cirugía Torácica; Cardiología; Hematología; Digestivo; Dermatología
Tiempo transcurrido desde alta a la cumplimentación del cuestionario	En los 3 meses posteriores al ingreso; de 4 a 6 meses tras alta; de 7 a 9 meses tras alta; de 10 a 12 meses tras alta
Duración hospitalización	De 4 a 7 días; de 8 a 14; de 15 a 21; de 22 a 28; de 29 a 60 de 61 a 90 días
Presencia de enfermedades crónicas concomitantes	Sí/No

Fuente: Tabla de elaboración propia.

4.4.3. Variables relativas al tipo y frecuencia de los cuidados enfermeros recibidos

Tabla 7. Variables sobre cuidados enfermeros y valores que toman.

Cuest.	Nombre de la variable	Valores de codificación de la variable
PCIE-H	Preguntas 1 a 31	Escala Likert de 5 puntos (Nunca; casi nunca; a veces; casi siempre; siempre)
CUCACE	Sección 1 (preguntas 1 a 26)	Escala Likert de 7 puntos (Completamente en desacuerdo; muy en desacuerdo; Un poco en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, un poco de acuerdo, muy de acuerdo, completamente de acuerdo)

Fuente: Tabla de elaboración propia.

³ *Estos datos se tomaron del cuestionario cumplimentado por los enfermos y en caso de que alguno de ellos no se hubiese documentado se tomó de la Historia Clínica previo consentimiento

4.4.4. Variables relativas al grado de satisfacción

Tabla 8. Variables de satisfacción y los valores que toman.

Cuest.	Nombre de la variable	Valores de codificación de la variable
PCIE-H	Satisfacción con la atención recibida por parte de las enfermeras/os a lo largo de su vida	Escala de 0 a 10
	Satisfacción con el cuidado invisible de las enfermeras/os durante el ingreso	Sí; No y escala de 0 a 10 (en la P33) Escala Likert de 5 puntos (nada satisfecho; poco satisfecho; satisfecho; bastante satisfecho; muy satisfecho) (en la P43)
	Satisfacción con la resolución del problema de salud que motivó el ingreso	Sí/No
	Satisfacción con la médica/o que le ha atendido en el ingreso	Sí/No
CUCACE	Sección 2 (preguntas 1 a 19)	Escala Likert de 5 puntos (nada satisfecho; poco satisfecho; bastante satisfecho; muy satisfecho; completamente satisfecho)
CUCACE	Valoración de la atención recibida por las enfermeras de esta unidad (pregunta 5; sección 3)	Escala Likert de 1 a 7 (muy mala; mala; poca; regular; buena; muy buena; excelente)
CUCACE	Valoración de la estancia en esta unidad (pregunta 6; sección 3)	Escala Likert de 1 a 7 (muy mala; mala; poca; regular; buena; muy buena; excelente)
CUCACE	Mejora de la atención de las enfermeras en algún aspecto (pregunta 7; sección 3)	Sí/ No

Fuente: Tabla de elaboración propia.

4.4.5. Variables relativas a la percepción de la imagen y rol de las enfermeras/os en el equipo multidisciplinar

Tabla 9. Variables imagen y rol de las enfermeras y valores que toman.

Nombre de la variable	Valores de codificación de la variable
Presentación de la enfermera por su nombre (P32)	Sí/No
Importancia de la enfermera/o en el equipo sanitario (P34)	Si/No
Confianza y seguridad en las enfermeras/os que le atendieron en el ingreso (P35)	Sí/No
Relevancia de los cuidados invisibles para el bienestar y la recuperación (P44)	Escala Likert de 5 puntos (nada importantes; poco importantes; son importantes; bastante importantes; muy importantes)

Fuente: Tabla de elaboración propia.

4.4.6. Variables de resultado de calidad de vida relacionada con la salud

Tabla 10. Variables sobre resultados de salud y valores que toman.

Cuest.	Nombre de la variable	Valores de codificación de la variable
EQ-5D	Preguntas 1 a 5	Ausencia del problema, presencia de algunos problemas o problema serio o incapacidad
EQ-5D	Percepción del estado de salud HOY	Escala de gradación numérica de 0 a 100

Fuente: Tabla de elaboración propia.

4.5. INSTRUMENTOS

En el presente apartado se describirán las herramientas cuantitativas empleadas en este estudio para medir las variables nombradas anteriormente.

4.5.1. Cuestionario de Percepción del Cuidado Invisible de Enfermería durante la Hospitalización (PCIE-H)

La versión final del cuestionario PCIE-H que se utilizó en este estudio para realizar la validación del instrumento está compuesta por 3 secciones. La 1ª sección recoge datos sociodemográficos de los participantes y sus cuidadores familiares (en caso de que hayan reemplazado al enfermo en su cumplimentación) y de satisfacción con la atención enfermera a

lo largo de la vida. La 2ª sección contiene 31 preguntas cuyas opciones de respuesta se escogen de una escala Likert de 5 puntos que va desde 1=Nunca hasta 5=Siempre. Solo en una de ellas (P21), se habilitó un espacio para que, quienes hubieran tenido ese tipo de experiencia de cuidado, pudieran proporcionar ejemplos de los cuidados alternativos que las enfermeras habían podido aplicar en un momento dado. La 3ª sección incluye 6 preguntas con respuesta dicotómica (Sí/No). De ellas 3 están relacionadas con la satisfacción actual del paciente con el cuidado enfermero recibido, la atención médica y con la manera en la que se resolvió el problema de salud que motivó su ingreso. Otras 3 valoran la importancia de la enfermera en el equipo, la presentación de las enfermeras en la primera interacción y la confianza y seguridad que el paciente ha percibido. A esta sección se añadieron dos preguntas adicionales, P43 y P44, que fueron incluidas en las últimas fases de la recogida de datos pues se estimó que eran relevantes para proporcionar una visión más directa de la percepción de la persona enferma con respecto al CI, concretamente de su satisfacción específica con estos y la importancia que consideran que tienen para su bienestar y/o recuperación.

La puntuación obtenida por cada participante se calcula calificando de 1 a 5 las respuestas de la escala Likert y en aquellas dicotómicas, se asigna 1 punto a las respuestas afirmativas y 0 a las negativas. Por tanto, la puntuación total del instrumento podía ir desde 31 que sería el mínimo posible hasta 161 puntos como máximo.

Como complemento a esta escala, se incluye una sección final con 5 cuestiones abiertas en las que se solicita una exposición más profunda de la percepción del participante acerca de la atención recibida por parte del equipo enfermero en relación con: (1) los aspectos que han considerado más importantes, (2) los aspectos que han sido vividos como los peores en la hospitalización, (3) el cumplimiento de las expectativas que se tenían hacia el colectivo enfermero, (4) el impacto que ha podido tener alguno de estos profesionales en la experiencia de ingreso y (5) los motivos y las sugerencias que los usuarios puedan tener para mejorar la atención que se les proporciona. Estas son las preguntas P38 a P42.

4.5.2. Cuestionario de Calidad de los Cuidados de Enfermería (CUCACE)

Se ha utilizado la versión validada al castellano del cuestionario Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS) (Thomas et al., 1996) como *Gold Standard* para analizar la validez de criterio. Se trata de un test autoadministrado compuesto de 3 secciones.

- 1) La primera sección incluye 26 afirmaciones sobre experiencias que los pacientes han podido tener con el cuidado enfermero recibido durante la hospitalización. De

ellas 11 están formuladas en sentido negativo y 15 en sentido positivo. Las posibles respuestas en este apartado se engloban en una escala Likert de 7 puntos, siendo 1=Completamente en desacuerdo y 7=Completamente de acuerdo.

- 2) La segunda sección consta de 19 ítems formulados en sentido positivo que interrogan sobre la satisfacción con el cuidado de enfermería. En este caso las opciones de respuesta engloban 5 posibilidades que van desde 1=Nada satisfecho hasta 5=Completamente satisfecho.
- 3) La última sección incluye 7 ítems, 4 de ellos relacionados con variables de tipo social y demográfico. Los otros 3 relativos a la percepción general de la atención recibida, a la relacionada específicamente con las enfermeras y a si esta última se considera o no mejorable.

Al final de cada una de las 3 secciones, se dispone de un espacio amplio para que los participantes puedan hacer sus comentarios u observaciones a las preguntas de manera libre o ampliar información sobre cuestiones que no estén recogidas en la escala.

Este cuestionario se tomó como medida de referencia con la que comparar el PCIE-H, dado que el *Gold Standard* que se elija, debe ser una herramienta ampliamente aceptada y haber demostrado ser el mejor instrumento a nuestro alcance para la medición del fenómeno que nos ocupa (Luján-Tangarife y Cardona-Arias, 2015). El NSNS es el cuestionario original del que se ha obtenido el CUCACE y ha sido utilizado desde su creación en múltiples estudios de diferentes países y grupos de pacientes (ver tabla 60 en el anexo 1). Además, sus preguntas presentan una importante similitud con varios de los aspectos formulados en nuestra herramienta. Las cuestiones recogen buena parte de los cuidados que nosotras denominamos invisibles (confianza, empatía, interés, presencia, etc.) y centran la atención en conocer la relación interpersonal que se establece entre el paciente y la enfermera, el clima de la organización y la satisfacción con la experiencia de cuidado vivida. Así mismo, la fiabilidad que los autores indican que tiene la herramienta en español es alta presentando un alfa de Cronbach de 0.85 en la primera sección y 0.97 en la segunda (Alonso et al., 2005).

Para el análisis de los datos, el cuestionario se recodificó tal como indican los autores en el manual de uso del instrumento que nos facilitaron, y se calcularon las puntuaciones totales de las secciones 1 (experiencia con los cuidados), 2 (satisfacción) y de las preguntas 5 (valoración de la atención recibida) y 6 (valoración de la estancia) de la sección 3, para posteriormente correlacionarlas con las del PCIE-H.

4.5.3. Cuestionario EQ-5D-3L

A pesar de que se cumplieren todos los criterios de selección, se pensó que existía la posibilidad de que la calidad de vida percibida condicionase las respuestas otorgadas por los sujetos, por esa razón se consideró medir dichas variables a través del EQ-5D-3L. Este instrumento ha sido validado por el grupo multidisciplinar EuroQol (Cabasés, 2015), se trata igualmente de un cuestionario autoadministrado e incluye dos secciones. En la primera, encontramos 5 dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud denominadas movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada una de ellas tiene 3 posibles niveles de respuesta: ausencia del problema, presencia de algunos problemas o problema serio o incapacidad. En la segunda sección, se pide a la persona que responde que puntúe de 0 a 100, en una Escala Visual Analógica, cual considera que es su estado de salud en el día en que se cumplimenta el cuestionario. Como referencia se le indica que 0 sería el peor estado de salud que imagine y una puntuación de 100 correspondería al mejor estado de salud imaginable.

Se optó por esta herramienta para comodidad de los participantes debido a su sencillez y rápida cumplimentación (2-3 minutos) (Herdman et al., 2001). Además, ha demostrado tener una validez y fiabilidad adecuadas y ser sensible a los cambios de los individuos en el tiempo por lo que se consideró una herramienta óptima para detectar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (Badia et al., 1998).

La puntuación global del test en este caso se calculó siguiendo el manual disponible en la página web del grupo EuroQol (EuroQol Research Foundation, 2018).

4.6. RECOGIDA DE DATOS

Los datos se recogieron en diferentes periodos de tiempo entre los años 2012 y 2017 y mayo y junio de 2020.

El dossier con el paquete de herramientas que se entregó a aquellos usuarios que aceptaron participar en este estudio estaba compuesto de los siguientes documentos.

- Consentimiento informado (anexos 2 y 3)
- Hoja de instrucciones para la cumplimentación de las herramientas (anexo 4)
- Cuestionario PCIE-H (anexo 5)
- Cuestionario CUCACE (anexo 6)

- Cuestionario EQ-5D-3L (anexo 7)

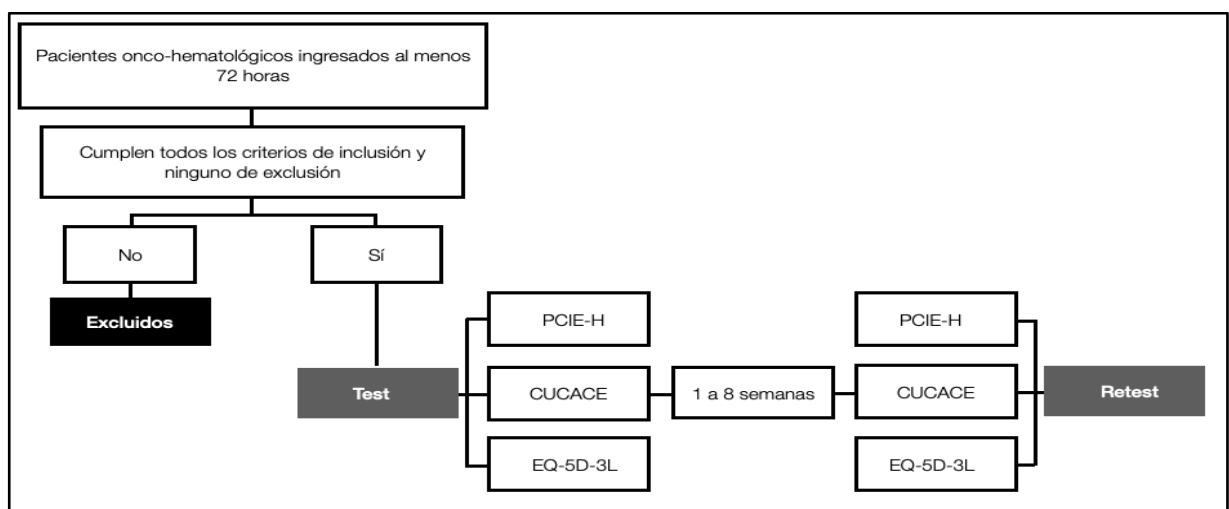
La entrega se realizaba durante su estancia en HDD por la investigadora principal o por alguna de las enfermeras, entrenadas en el estudio, que trabajaban en dicha unidad. Se explicaban los objetivos de la investigación y se clarificaba cualquier duda que los participantes pudieran tener. Se les daba la opción de completar los cuestionarios allí mismo mientras recibían el tratamiento o llevárselos a casa y traerlos en su próxima visita. La entrega del dossier se realizó siempre evitando el primer ciclo de tratamiento del paciente, por ser un momento de mucha información y una situación nueva y estresante en numerosas ocasiones.

En los casos en los que los participantes decidían contestar a las herramientas en el domicilio, pero olvidaban devolverlas en su siguiente visita, se les realizaba un máximo de dos recordatorios cuando acudían a sus siguientes citas en el Hospital de Día. Si no eran entregados tras esos dos recordatorios y no se indicaba por parte del sujeto ningún motivo que impidiese la cumplimentación, se entendía que no se deseaba participar y se consideraba a dicho sujeto como pérdida. Esto sucedió en el estudio con 33 sujetos.

Una vez los cuestionarios eran cumplimentados, el enfermo o el acompañante los depositaba en una urna preparada para tal fin que se encontraba en la consulta de enfermería.

El subgrupo de 187 participantes que realizó el retest como parte del análisis de fiabilidad cumplimentó los cuestionarios PCIE-H y EQ-5D-3L en una segunda ocasión. El procedimiento de entrega, cumplimentación y devolución fue el mismo que en la primera.

Figura 9. Procedimiento de la recogida de datos.



Fuente: Figura de elaboración propia.

4.7. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis estadístico se ha empleado la aplicación informática IBM-SPSS-25. El nivel de significación fijado es el habitual 5% (significativo si $p < .05$) excepto en el test Kolmogorov-Smirnoff (KS) de bondad de ajuste donde se consideran significativos solo los desvíos graves, es decir al 1% ($p < .01$).

4.7.1. Análisis descriptivo

Para la descripción de las variables sociodemográficas y clínicas de los participantes se analizaron medidas de centralidad (como la media y mediana) y medidas de variabilidad (como la desviación típica, mínimo y máximo) cuando se trataba de variables de tipo cuantitativo. En cambio, las variables cualitativas se describieron a través de datos de frecuencia y porcentajes.

4.7.2. Análisis de los datos para el estudio psicométrico

La validación del instrumento diseñado se realiza sobre los 31 ítems que componen la sección principal del cuestionario (sección 2) en la que se recogen las cuestiones sobre los potenciales Cuidados Invisibles que el equipo enfermero ha podido o no proporcionar.

Previo a la realización de las pruebas estadísticas correspondientes para analizar la validez y fiabilidad del PCIE-H, se procedió a la comparación de resultados entre los encuestados (enfermos y familiares). El propósito de este análisis fue conocer si existían diferencias significativas en la percepción del CI entre unos y otros por las que hubiese que realizar análisis separados de las respuestas, o si podíamos tratar a ambos perfiles de participantes como un único grupo.

Dada la falta de ajuste a la normalidad estadística de estas variables, se ha recurrido a la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. No obstante, el elevado N sería motivo para que sus resultados fuesen similares a los obtenidos con el clásico T de Student.

4.7.2.1. Análisis de la validez

El propósito de analizar la validez de un instrumento es conocer si tiene la capacidad de medir aquello para lo que ha sido diseñado (García de Yébenes Prous et al., 2009). Por tanto, para conocer si nuestro instrumento es válido debemos analizar 4 facetas o aspectos diferentes: la validez lógica, la de contenido, la de constructo y la de criterio. Streiner y Kottner (2014) remarcan que no se analizan diferentes formas de validez, sino que se usan diferentes métodos para iluminar aspectos diversos de la validez.

- *Validez lógica y validez de contenido*

Ambas valoraciones se comprobaron en la fase de pilotaje descrita en el ‘Prefacio’ y tienen como propósito conocer si a juicio de los expertos en el campo de estudio, los ítems que componen el cuestionario, por un lado, están formulados de forma que sean aceptables, lógicos y comprensibles para los sujetos que participen en la investigación y, por otro lado, si estos contemplan todas las dimensiones del concepto que se desea medir (García de Yébenes Prous et al., 2009) y lo hacen de manera relevante y representativa (García Pérez, 2003).

- *Validez de constructo*

Así mismo, hemos analizado la validez de constructo (o también llamada de concepto) de nuestro instrumento, la cual pretende evaluar el grado en el que el cuestionario contempla el constructo teórico del que se ha desprendido la herramienta (García Pérez, 2003).

El análisis de constructo se realizó mediante el método multivariante de Análisis Factorial que consiste en “*agrupar las respuestas en función de los factores subyacentes [...] analizando las interrelaciones existentes entre las variables*” (García de Yébenes Prous et al., 2009). En nuestro estudio el Análisis Factorial ha sido Exploratorio (AFE) que, a diferencia del Confirmatorio, se utiliza cuando no existe un marco teórico claro y definido previamente a partir del cual se hayan elaborado las preguntas del test (Lloret-Segura et al., 2014). Consiste, por tanto, en realizar un análisis inductivo para delimitar el número de factores que supuestamente subyacen en los ítems o indicadores de la herramienta para posteriormente buscar patrones de relación y nombrar y definir dichos patrones que conforman el constructo. De acuerdo con Pérez-Gil et al. (2000) este método “*trabaja desde las mediciones empíricas de los indicadores hacia la definición del constructo*”.

El proceso de AFE tiene tres fases: la verificación de las condiciones de utilización, la extracción de factores y la rotación de los mismos para llegar a la solución final.

Por tanto, en primer lugar, se verificaron las condiciones de utilización de los datos. Los cuestionarios que tenían algún valor perdido o respuesta en blanco no se tuvieron en cuenta para la validación de constructo. No se planteó como posible la imputación matemática de datos a las respuestas perdidas, dado que el elevado número de pérdidas podía llevarnos a la imposibilidad de realizar inferencias en los resultados o que estas fueran erróneas (Schafer y Graham, 2002). Aun así, se dispuso de una muestra para el AFE mayor de 200 sujetos tal como se recomienda (Lloret-Segura et al., 2014).

En segundo lugar, se realizó la prueba de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para confirmar si las variables están relacionadas entre sí. Los valores superiores a 0.8 en este test indican una excelente adecuación de los datos para realizar el análisis factorial (López Aguado y Gutiérrez Provecho, 2019) y para los cuestionarios de nuevo diseño los valores de 0.7 son aceptables (Gil-Pascual, 2008).

En tercer lugar, se realizó el Test de Esfericidad de Bartlett para comprobar que la matriz de datos no sea la matriz identidad y por tanto garantizar que existen suficientes intercorrelaciones entre los ítems como para que sea posible la extracción de factores (Gil-Pascual, 2008). En este caso, resultados altos en el estadístico, en conjunto con valores bajos de significación, es lo que se busca para considerar que los datos son adecuados y se aconseja el análisis factorial (López Aguado y Gutiérrez Provecho, 2019). Para extraer los factores se han probado diferentes métodos aceptados en la literatura como son los análisis de Componentes Principales, Máxima Verosimilitud, Mínimos Cuadrados y Ejes Principales. Los resultados de todos ellos han sido bastante similares entre sí, por lo que se mostrarán los resultados del método de Componentes Principales (CP) que es el más extendido y aceptado. Este no solo nos permite conocer el número de factores en los que se agrupan los ítems de la escala sino cómo representan esos ítems los diferentes factores y, por tanto, eliminar aquellas preguntas que no aporten variabilidad a la medición de las características evaluadas. Los ítems con cargas factoriales menores de 0.45 se suprimirán (Hair et al., 2006) y se toma como referencia el criterio mínimo de un 5% de varianza por componente como proponen Suhonen et al. (2005).

Por último, para la interpretación final de los factores, se aplicaron distintos procedimientos de rotación. Concretamente, un método ortogonal (Varimax) y otro oblicuo (Promax) bajo los supuestos de independencia y de relación de factores respectivamente (López Aguado y Gutiérrez Provecho, 2019).

- *Validez de criterio*

El último de los aspectos que hemos explorado en esta fase ha sido la validez de criterio, la cual nos exige enfrentar el cuestionario PCIE-H contra un *Gold Standard* o criterio externo cuya relevancia, fiabilidad y validez haya sido previamente certificada (García de Yébenes Prous et al., 2009; Terwee et al., 2007). En nuestro caso, como hemos mencionado se ha empleado el cuestionario CUCACE para este fin.

Dada la naturaleza cuantitativa de las 4 variables que produce nuestro cuestionario PCIE-H (los 3 factores extraídos en el ACP y la puntuación global) y de las 2 variables de las dimensiones del cuestionario que tomamos como criterio de validación o GS, se procederá a: (1) generar los diagramas de dispersión correspondientes a cada par de variables a relacionar, con el objetivo de verificar que de haber relación entre las variables, esta es de tipo lineal, descartando así otras formas de posible relación; y (2) estimar la correlación entre las variables con el coeficiente de Spearman, ante las asimetrías de las dimensiones del PCIE-H. Estos coeficientes de correlación se corresponden con lo que en este contexto se denomina Coeficiente de validez de criterio.

Como punto de referencia utilizaremos el propuesto por Hinkle et al. (2003) que indica que la correlación entre las dos herramientas es moderadamente positiva si el valor de la prueba está entre 0.5 y 0.7 y altamente positiva si el resultado se encuentra entre 0.71 y 0.9.

4.7.2.2. Análisis de la fiabilidad

Para la estimación de la fiabilidad es importante el análisis de la consistencia interna de la herramienta y su estabilidad temporal. La primera, implica saber si los ítems que miden los mismos atributos son homogéneos entre sí (Argimón Pallás y Jiménez Villa, 2013). La segunda busca conocer si existe fiabilidad test-retest, es decir, conocer si al administrar un mismo cuestionario a la muestra de estudio en dos momentos diferentes los resultados que se obtienen son similares o incluso idénticos (Terwee et al., 2007).

Por un lado, para el análisis de la consistencia interna se analizó el alfa de Cronbach, cuyo resultado es considerado excelente cuando es superior a 0.8 (Tavakol y Dennick, 2011). Por otro lado, para garantizar un análisis confiable de la estabilidad temporal, consideramos relevante que todos los pacientes que fueran hospitalizados entre la cumplimentación del test y el retest fuesen descartados para este análisis. Esta decisión se basó en que una nueva hospitalización podía interferir en la percepción que la persona tenía del ingreso previo por el cual se le estaba consultando y, por tanto, afectar a la estabilidad de las características medidas por el cuestionario (Waltz et al., 2017). Por este motivo, la estabilidad temporal del cuestionario PCIE-H fue analizada en una submuestra de 187 participantes, los cuales cumplimentaron el paquete de herramientas en dos ocasiones diferentes. El periodo de tiempo entre una y otra cumplimentación fue de 1 semana como mínimo y 8 semanas como máximo para evitar así el sesgo de aprendizaje de las respuestas y el cambio en la situación clínica del enfermo (Terwee et al., 2007). El análisis estadístico que se aplicó fue el Coeficiente de Correlación Intraclass

(CCI) que es el más apropiado para determinar la concordancia entre dos diferentes mediciones de una misma variable (DeVellis, 2012). De acuerdo con el criterio sugerido por Nunnally y Bernstein (1994) un resultado mayor de 0.7 indica en este caso una buena estabilidad temporal.

4.7.3. Análisis de contenido de las preguntas abiertas

Las respuestas dadas a las preguntas abiertas tanto del cuestionario PCIE-H como del CUCACE fueron analizadas de forma cualitativa mediante la técnica de análisis de contenido y de creación de unidades de estadística textual (Rincón Gómez, 2014) usando como herramienta de soporte NVIVO 12.

4.7.4. Análisis de las correlaciones entre variables

Para estos cruces se han empleado, por una parte, el Test de diferencia de medias en las variables cuantitativas (escalas 0-10) que dependiendo del número de grupos a contrastar han sido el Test U de Mann-Whitney o el Test H de Kruskal-Wallis, puesto que estas variables, como se comprobó no se distribuyen conforme a una campana normal de Gauss. Y por otra parte, el Test Chi-cuadrado para las variables categóricas que, a pesar de que es una prueba estadística para determinar la existencia/ausencia de relación entre variables categóricas, de la existencia de la misma se puede inferir a su vez la existencia de diferencias significativas en la variable de respuesta entre las categorías del factor; esto se realiza a partir de los valores de los residuos estandarizados corregidos que son valores similares a las Z de la normal (se considera indicativo de significación cuando estos residuos son ≥ 2).

Todos estos análisis se completaron con la estimación del tamaño del efecto, expresado como R^2 por su mayor comodidad interpretativa y su mayor generabilidad. Para los contrastes de las variables cuantitativas R^2 se ha estimado con la ecuación de Rosenthal y para los contrastes de las variables categóricas, se ha estimado desde el cuadrado de la V de Cramer. Aunque su interpretación depende en parte de la ciencia donde se utiliza, se suele considerar que el 3% sería el límite desde el que se debe de tener en cuenta un tamaño del efecto como algo ya con cierto peso; en tanto que por debajo del 1% los efectos son casi nulos.

Adicionalmente, el test de correlación de Pearson fue realizado para explorar la relación existente entre la calidad de vida percibida por los pacientes mediante el cuestionario EQ-5D-3L y las puntuaciones que otorgaban al CI enfermero en el PCIE-H. Esto se realizó con el propósito de conocer si una peor calidad de vida percibida acarrearía peores puntuaciones en el PCIE-H.

4.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Inicialmente, el proyecto de investigación fue presentado junto a la documentación requerida al Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA), el dictamen favorable emitido por el mismo puede consultarse en el anexo 8.

Debido a las dificultades en el reclutamiento de participantes el plan de trabajo inicialmente previsto tuvo que ser modificado y con este algunos aspectos del diseño y objetivos del estudio. Todas las modificaciones sustanciales que se realizaron con respecto al proyecto inicial presentado al CEICA fueron notificadas de acuerdo con la normativa vigente y se detallan en el anexo 9. Además, los cambios pertinentes asociados a la modificación de la normativa sobre la protección de datos de carácter personal fueron reflejados en el consentimiento informado v.1.2. que fue utilizado en el periodo de reclutamiento y recogida de datos realizado en 2020 (anexo 3).

Así mismo, se solicitó el permiso de la Dirección del Hospital Lozano Blesa antes de iniciar el contacto con la supervisora del servicio de Hospital de Día Onco-Hematológico donde se realizaría la recogida de datos. Este permiso de realización de la investigación fue concedido a través de la firma entre la Dirección del Hospital y la doctoranda de un ‘Acuerdo de Confidencialidad y de Finalidad de Uso en Estudios de Investigación’ que permitía consultar la información necesaria para la selección de participantes y recogida de datos en la historia clínica. El documento firmado puede consultarse en el anexo 10.

A los candidatos que cumplían los criterios de elegibilidad, se les propuso la participación en la investigación proporcionándoles la información relativa a los objetivos de esta y a sus procedimientos, así como a los derechos que tenían como participantes y al permiso con respecto a la utilización de los resultados. A continuación, se les hacía entrega por escrito del documento de consentimiento informado, se les daba tiempo para que leyesen con detenimiento la información, consultasen las dudas surgidas y lo firmasen en caso de aceptar participar. Una copia era entregada al participante y la otra se guardó para los archivos del estudio. Durante este proceso, se hizo especial hincapié en que los datos aportados eran anónimos y la información confidencial, así como, en la posibilidad de revocación del consentimiento sin que esto supusiese ningún tipo de repercusión en la atención sanitaria recibida ni en ningún otro aspecto.

Los datos recogidos han sido almacenados de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y posteriormente siguiendo las indicaciones del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

La información recogida se almacenará por la doctoranda durante 1 año cumpliendo así con las indicaciones del CEICA para los estudios observacionales.

El permiso para la utilización del cuestionario CUCACE como GS del estudio, fue concedido por parte de los autores inicialmente de manera verbal y posteriormente por escrito (anexo 11).

5. RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados ordenados en base a los objetivos de la investigación.

5.1. DESCRIPCIÓN DEL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LA MUESTRA DE PARTICIPANTES

Se incluyeron un total de 381 participantes en esta investigación, de los cuales 333 (87.4%) eran pacientes y 48 (12.6%) cuidadores principales, que ayudaron o sustituyeron a su familiar enfermo en la cumplimentación del cuestionario, según se especifica en los criterios de inclusión.

El tamaño total de nuestra muestra (n=381) es estadísticamente representativo con un margen de error máximo de $\pm 4.97\%$, estimado bajo las condiciones habituales del nivel de confianza del 95% y del supuesto de máxima variabilidad ($p=q=50\%$) en una población de N grande desconocido (>20000).

A continuación, se procede a describir a la muestra de participantes en función de sus características. Dicha descripción se refleja de manera separada para cuidadores en primer lugar y para pacientes posteriormente.

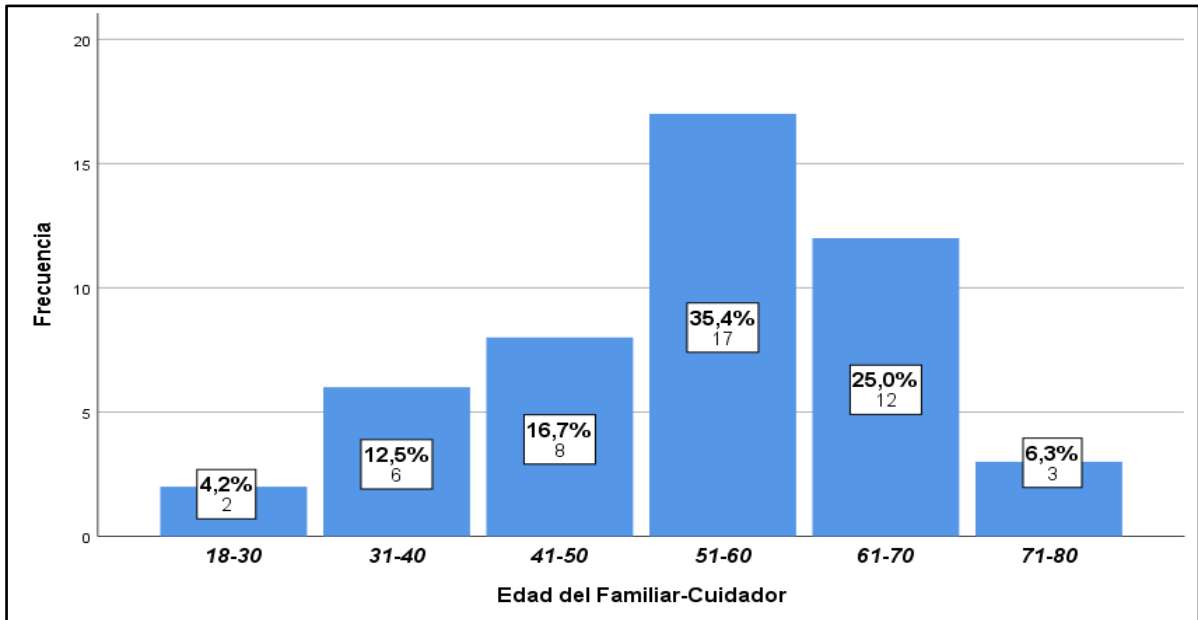
5.1.1. Perfil de los cuidadores familiares y tiempo de dedicación al cuidado

El motivo principal por el que el cuidador familiar sustituía al enfermo en la cumplimentación de los cuestionarios fue por ‘decisión del propio paciente que ha considerado delegar esta tarea’ (33 de 48, el 68.8%). Los restantes, casi se distribuyen por igual entre: ‘el paciente no está en condiciones de responder’ que ha supuesto un 14.6% (7 sujetos) y ‘el paciente necesita ayuda para leer/escribir’ en un 16.7% (8 sujetos) de los casos.

La gran mayoría de los familiares que ejercen de cuidadores son mujeres, un 79.2% (n=38), frente al 20,8% (n=10) de hombres. Dato que, a pesar de lo reducido de este subgrupo dentro de la muestra, supone una diferencia altamente significativa con $p < .001$ (valor $\text{Chi}^2=16.33$; p-valor exacto=.00006). Más de la mitad de los cuidadores se concentra en edades entre los 51 y los 70 años (60.4%) y particularmente entre los 51 y los 60 años (35.4%). El resto

está distribuido en otros rangos de edad (figura 10), pudiéndose destacar la escasa presencia de cuidadores jóvenes con menos de 30 años (solo 2 casos; 4.2%).

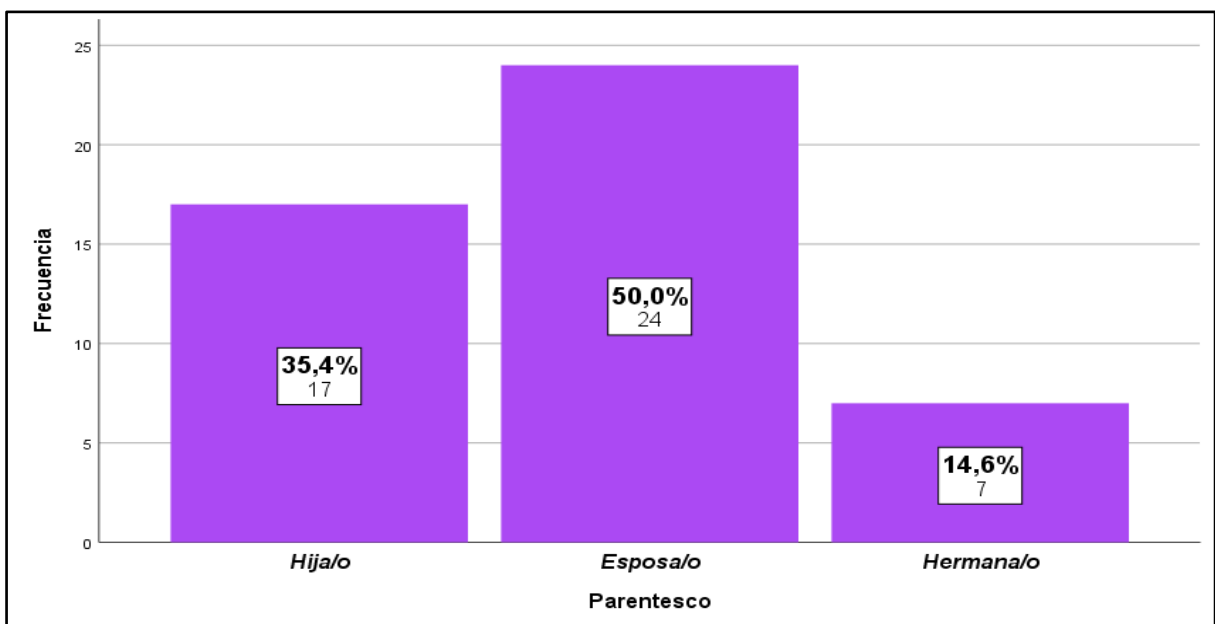
Figura 10. Diagrama de barras. Composición de la muestra de cuidadores según edad.



Fuente: Figura de elaboración propia. N=48.

En cuanto al parentesco (figura 11), la mitad del grupo de cuidadores son cónyuges del enfermo (50%, 24 participantes). El resto son hijas/os (35.4%) y hermanas/os (14.6%).

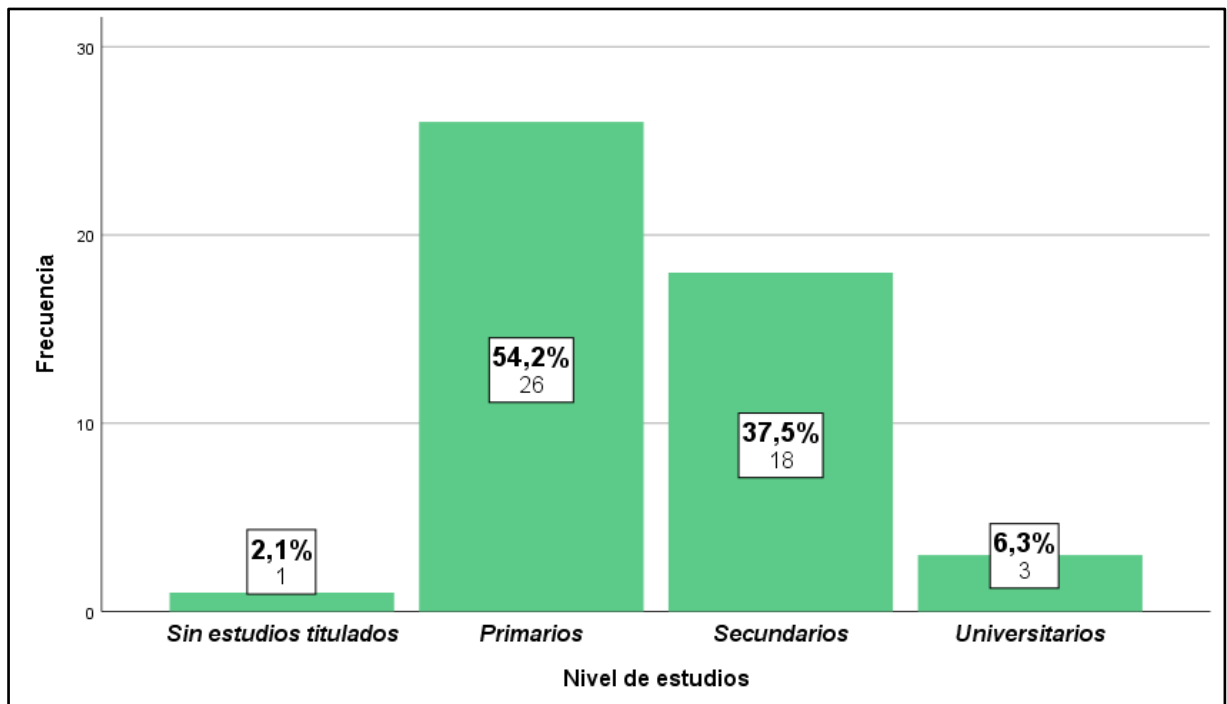
Figura 11. Diagrama de barras. Composición de la muestra de cuidadores según parentesco.



Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25. N=48.

Con respecto a la procedencia, era ligeramente superior el número de enfermos, que han delegado en el cuidador para responder, que proceden del medio rural (52.1%) frente a los que provienen del medio urbano (47.9%). En cuanto a los estudios cursados por los cuidadores que han respondido al PCIE-H, vemos que la mayoría tienen estudios primarios (54.2%), el 37.5% dispone de estudios secundarios o de formación profesional que también fueron registrados con ese término y, el 6.3% tienen estudios superiores universitarios; el 2.1% que no dispone de ninguna titulación (figura 12).

Figura 12. Diagrama de barras. Composición de la muestra de cuidadores según nivel de estudios.



Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25. N=48.

La tabla 11 resume el perfil sociodemográfico del cuidador.

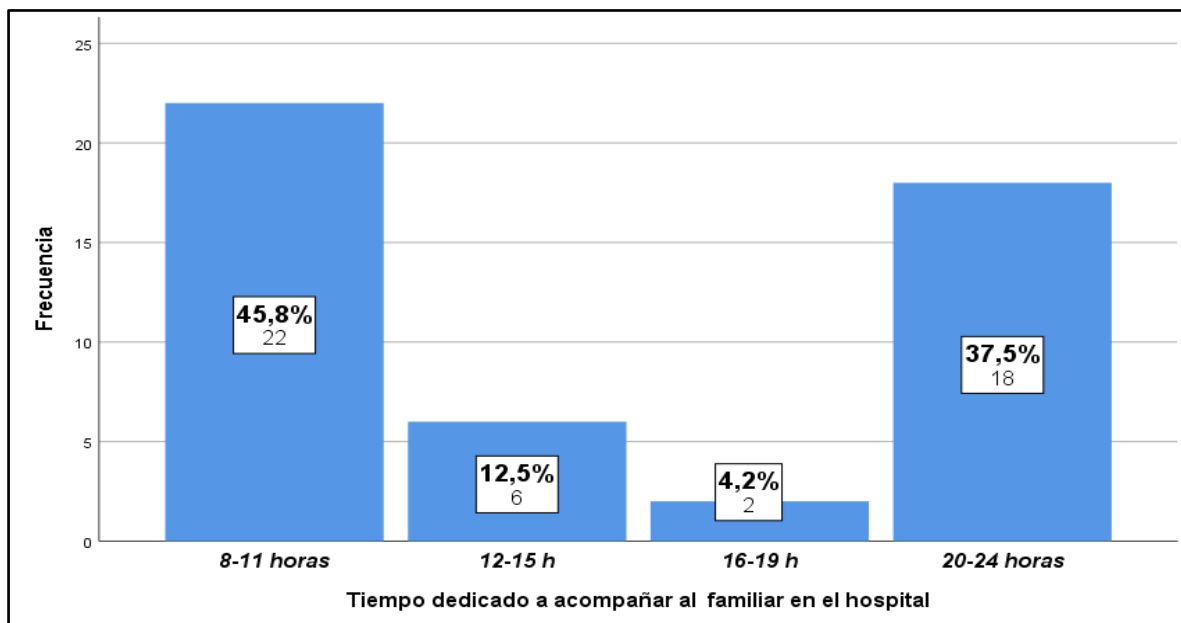
Tabla 11. Características sociodemográficas de los cuidadores familiares.

<i>Variables cuidadores</i>	<i>Categoría</i>	<i>Núm. de casos</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>	<i>Mujer</i>	38	79.2
	<i>Hombre</i>	10	20.8
<i>Edad</i>	<i>18-30 años</i>	2	4.2
	<i>31-40</i>	6	15.5
	<i>41-50</i>	8	16.7
	<i>51-60</i>	17	35.4
	<i>61-70</i>	12	25.0
	<i>71-80</i>	3	6.3
<i>Parentesco</i>	<i>Esposa/o</i>	24	50.0
	<i>Hija/o</i>	17	35.4
	<i>Hermana/o</i>	7	14.6
<i>Medio</i>	<i>Urbano</i>	23	47.9
	<i>Rural</i>	25	52.1
<i>Estudios</i>	<i>Sin estudios</i>	1	2.1
	<i>Primarios</i>	26	54.2
	<i>Secundarios</i>	18	37.5
	<i>Universitarios</i>	3	6.3

Fuente: Tabla de elaboración propia. N=48.

Preguntados los cuidadores por el tiempo que pasaron en el hospital acompañando a su familiar enfermo, se observa (figura 13) que las repuestas en su mayoría se han concentrado en los 2 extremos propuestos. Por un lado, un 45.8% de los cuidadores afirmaron que estuvo entre 8 y 11 horas al día y por otro, un 37.5% ha respondido que ejercieron de acompañantes del paciente entre 20 y 24 horas del día.

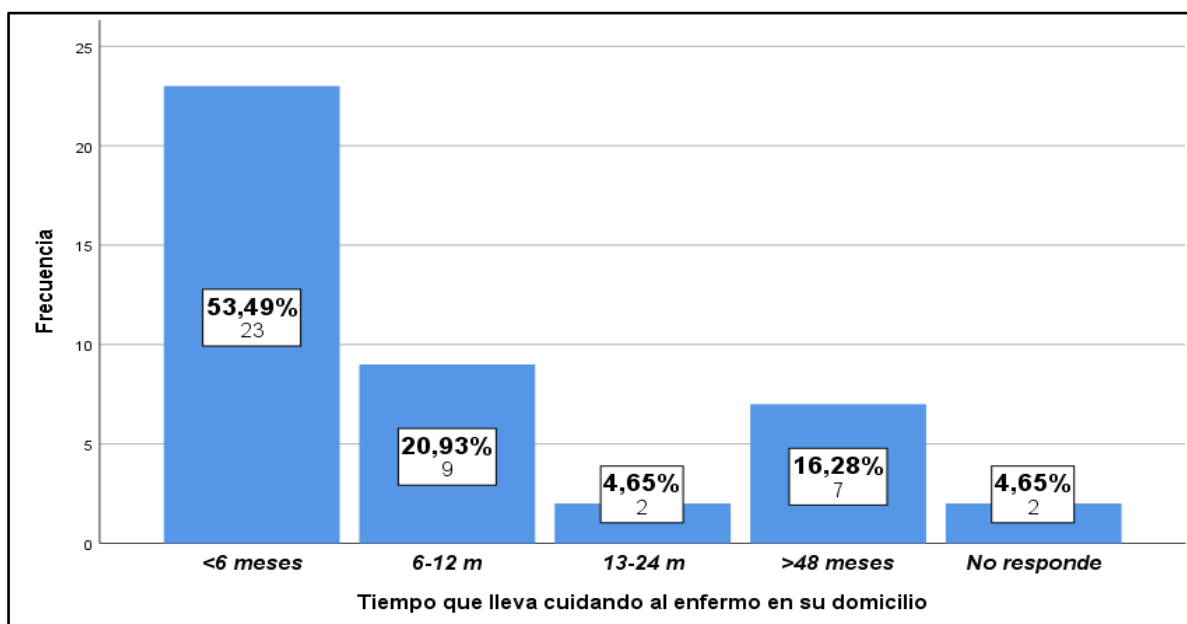
Figura 13. Diagrama de barras. Tiempo de acompañamiento en el hospital.



Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25. N=48.

Además, un 89.6% (43 de los 48 cuidadores) también se encargaban de cuidar del enfermo en el domicilio; y más de la mitad de este subgrupo (el 53.5%; 23 cuidadores de 43) afirman que llevan menos de 6 meses asumiendo estos cuidados domiciliarios. En la figura 14, destaca que un 20.9% (9) llevan entre 6 y 12 meses cuidando al enfermo y el 16.3% (7) lo hace desde hace más de 48 meses.

Figura 14. Diagrama de barras. Tiempo realizando cuidados domiciliarios.



Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25. N=43.

La tabla 12 resume el tiempo de cuidado domiciliario y hospitalario de la muestra de cuidadores familiares acompañados de sus respectivos IC (95%).

Tabla 12. Variables de la dedicación al cuidado de los familiares de pacientes enfermos oncológicos.

<i>Variables cuidadores</i>	<i>Categoría</i>	Núm. de casos	%	I.C. 95%	
				Lim. Inf.	Lim. Sup.
<i>Tiempo cuidado en el hospital</i>	<i>8-11 h/día</i>	22	45.8	31.4 %	60.8 %
	<i>12-15</i>	6	12.5	4.7 %	25.2 %
	<i>16-19</i>	2	4.2	0.5%	14.2 %
	<i>20-24</i>	18	37.5	24.0 %	52.6 %
<i>Cuidado en el domicilio</i>	<i>Sí</i>	43	89.6	77.3 %	96.5 %
<i>Tiempo cuidando en casa</i>	<i><6 meses</i>	23	53.5	37.7 %	68.8 %
	<i>6-12</i>	9	20.9	10.0 %	36.0 %
	<i>13-24</i>	2	4.7	0.6 %	15.8 %
	<i>>48</i>	7	16.3	6.8 %	30.7 %
	<i>No responde</i>	2	4.7	0.6 %	15.8 %

Fuente: Tabla de elaboración propia. N=48.

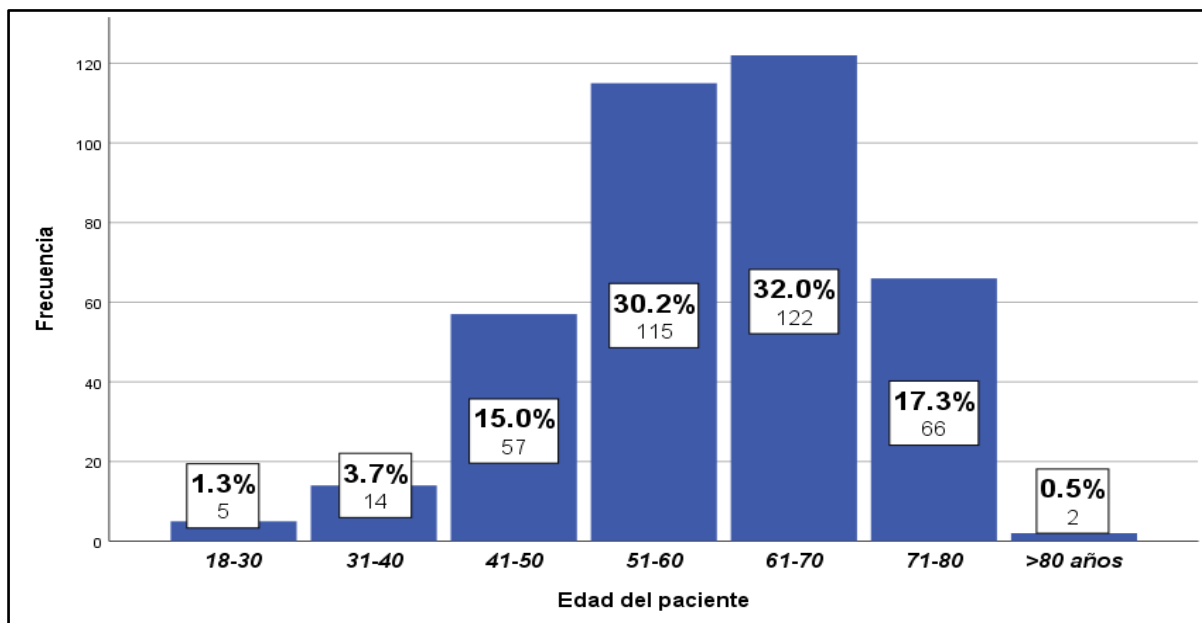
5.1.2. Perfil de los pacientes

A continuación, se describen las características de los pacientes participantes, incluidos aquellos que no respondieron a los cuestionarios ellos mismos sino sus cuidadores.

5.1.2.1. Perfil sociodemográfico

El sexo de los enfermos oncológicos de nuestra serie de estudio está bastante equilibrado entre hombres y mujeres: 53% (202) hombres y 47% (179) mujeres; por lo que no existe diferencia estadísticamente significativa, $p > .05$, entre ellos en esta muestra de pacientes (valor $\chi^2=1.39$: p-valor exacto=.260). Las bandas de edades más frecuentes son las de: 61-70 años (32.0%) y 51-60 años (30.2%), por tanto, el 62.2% de la muestra de enfermos está entre los 51 y los 70 años. Entre el resto las edades más frecuentes son la anterior (de 41 a 50 años) y la posterior a las citadas (> de 80 años) (figura 15).

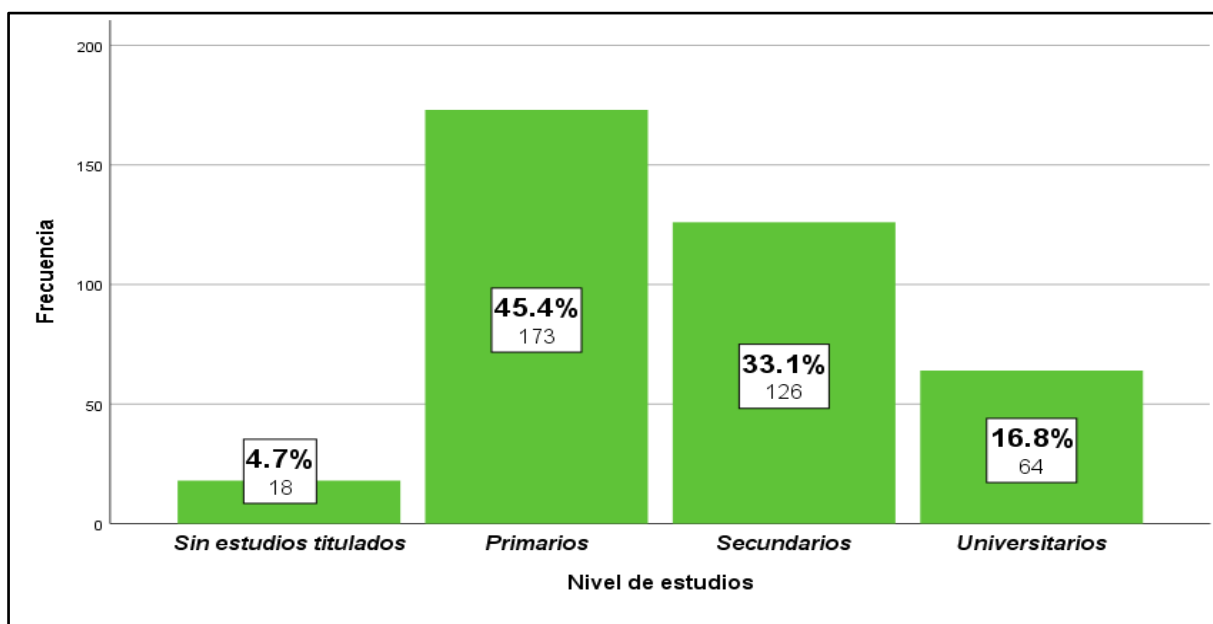
Figura 15. Diagrama de barras. Composición de la muestra de pacientes según edad.



Fuente: Figura de elaboración propia. N=381.

Sobre el ámbito de procedencia, se ha observado una ligera mayoría de los pacientes urbanos frente a los que viven en el medio rural (56.4% vs 43.6%). En cuanto al nivel de estudios se aprecia que casi la mitad de esta serie de pacientes, tienen nivel primario (45.4%) o inferior (4.7%). Por tanto, el resto (figura 16) se reparten entre personas con estudios secundarios (33.1%) o universitarios (16.8%).

Figura 16. Diagrama de barras. Composición de la muestra de pacientes según nivel de estudios.



Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25. N=381.

La tabla 13 resume este perfil sociodemográfico de los pacientes donde se detallan los resultados y el IC, que en este caso tienen buena precisión debido al N total (N=381).

Tabla 13. Resumen del perfil sociodemográfico de los pacientes enfermos oncológicos.

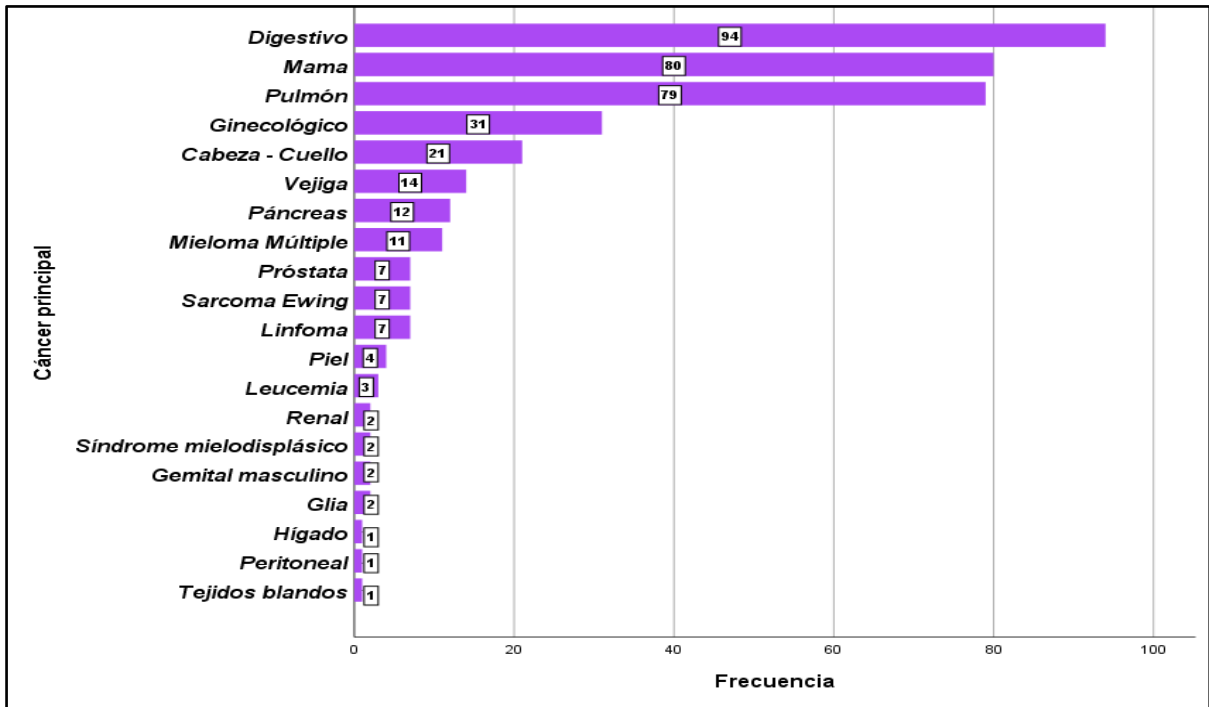
<i>Variables pacientes</i>	<i>Categoría</i>	Núm. de casos	%	I.C. 95%	
				Lim. Inf.	Lim. Sup.
<i>Sexo</i>	<i>Hombre</i>	202	53.0	47.9 %	58.1 %
	<i>Mujer</i>	179	47.0	43.2 %	54.2 %
<i>Edad</i>	<i>18-30 años</i>	5	1.3	0.4 %	3.0 %
	<i>31-40</i>	14	3.7	2.0 %	6.1 %
	<i>41-50</i>	57	15.0	11.5 %	18.9 %
	<i>51-60</i>	115	30.2	25.6 %	35.1 %
	<i>61-70</i>	122	32.0	27.4 %	37.0 %
	<i>71-80</i>	66	17.3	13.7 %	21.5 %
	<i>>80 años</i>	2	0.5	0.1 %	1.9 %
<i>Medio</i>	<i>Urbano</i>	215	56.4	51.3 %	61.5 %
	<i>Rural</i>	166	43.6	38.5 %	48.7 %
<i>Estudios</i>	<i>Sin estudios</i>	18	4.7	2.8 %	7.4 %
	<i>Primarios</i>	173	45.4	40.3 %	50.6 %
	<i>Secundarios</i>	126	33.1	28.4 %	38.0 %
	<i>Universitarios</i>	64	16.8	13.1 %	20.9 %

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.1.2.2. Perfil clínico

El listado de cánceres de los pacientes de la muestra es amplio y recoge 20 tipos diferentes. Los tres más frecuentes y de forma muy destacada, son: el digestivo (24.7%), el de mama (21%) y el de pulmón (20.7%). El siguiente, que es un cáncer de tipo ginecológico, ya se aleja bastante en la presencia con la que se da en nuestra muestra (8.1%); al que le sigue la enfermedad en cabeza-cuello (5.5%). Los restantes tipos aparecen en un máximo de un 3.7% (14 casos) y hasta un mínimo de un 0.3% (solo 1 caso) como se puede ver en la figura 17.

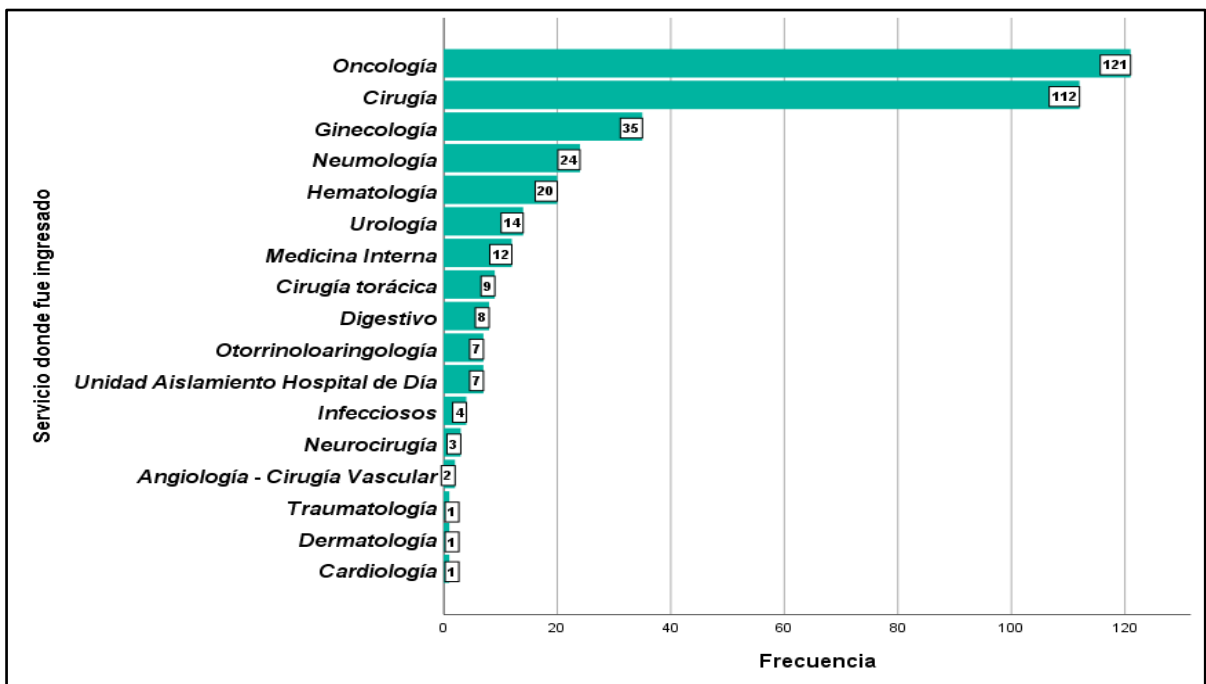
Figura 17. Diagrama de barras. Tipología del cáncer principal de la muestra de pacientes en estudio.



Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25. N=381.

En función del tipo de cáncer, el servicio de ingreso de los pacientes es muy variado (figura 18): Oncología (31.8%; 121 personas) y Cirugía (29.4%; 112) son los más frecuentes. Lejos aparecen: Ginecología (9.2%; 35), Neumología (6.3%; 24) y Hematología (5.2%; 20).

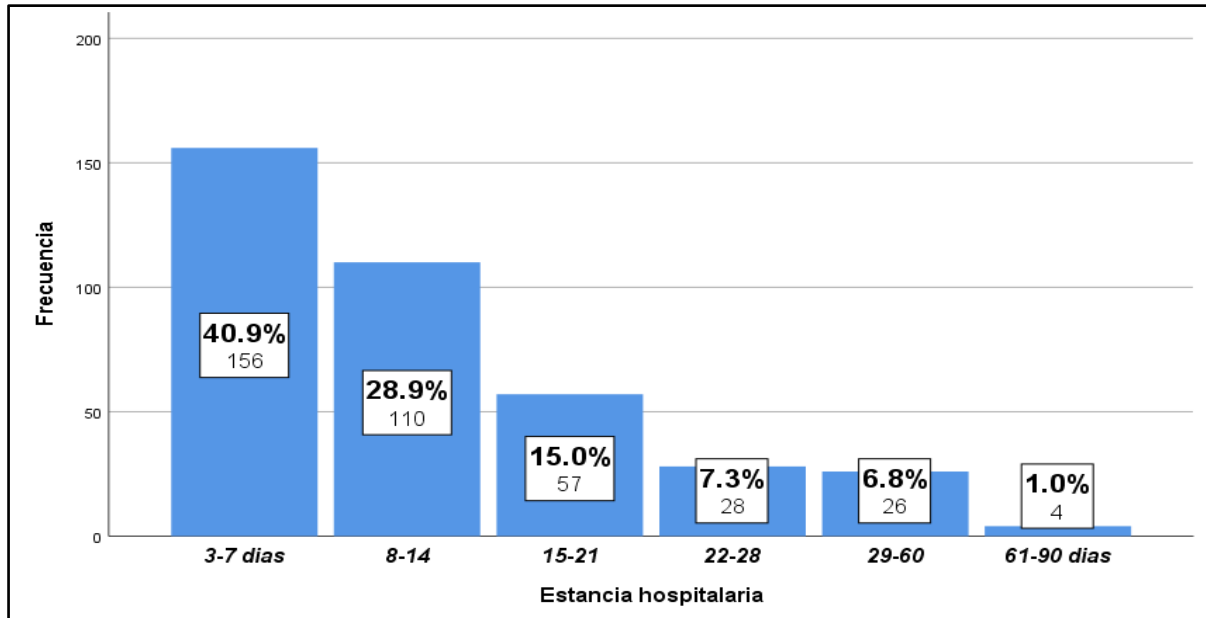
Figura 18. Diagrama de barras. Servicio de ingreso de los pacientes.



Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25. N=381.

Respecto al tiempo de estancia hospitalaria (figura 19) lo más habitual fue que estuviesen ingresados de 3 a 7 días (40.9%) seguido del intervalo de entre 8 y 14 días (28.9%); de manera que un 69.8% de la muestra de pacientes pasó como máximo 2 semanas ingresado.

Figura 19. Diagrama de barras. Tiempo de ingreso de los pacientes.



Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25. N=381.

Por otra parte, algo más de la mitad de la muestra (53.0%; n=202 casos) tienen otras enfermedades crónicas concomitantes.

La tabla 14 resume, junto a los IC, el perfil clínico de estos pacientes.

Tabla 14. Resumen del perfil clínico de los pacientes enfermos oncológicos.

Variables pacientes	Categoría	Núm. de casos	%	I.C. 95%	
				Lim. Inf.	Lim. Sup.
Cáncer principal	<i>Digestivo</i>	94	24.7	20.4 %	29.3 %
	<i>Mama</i>	80	21.0	17.0 %	25.4 %
	<i>Pulmón</i>	79	20.7	16.8 %	25.2 %
	<i>Ginecológico</i>	31	8.1	6.0 %	11.4 %
	<i>Cabeza-Cuello</i>	21	5.5	3.4 %	8.3 %
	<i>Vejiga</i>	14	3.7	2.0 %	6.1 %
	<i>Páncreas</i>	12	3.1	1.6 %	5.4 %
	<i>Mieloma Múltiple</i>	11	2.9	1.4 %	5.1 %
	<i>Linfoma</i>	7	1.8	0.7 %	3.7 %
	<i>Sarcoma Edwing</i>	7	1.8	0.7 %	3.7 %
	<i>Próstata</i>	7	1.8	0.7 %	3.7 %
	<i>Piel</i>	4	1.0	0.3 %	2.7 %
	<i>Leucemia</i>	3	0.8	0.2 %	2.3 %
	<i>Genital masculino</i>	2	0.5	0.1 %	1.9 %
	<i>Síndrome mielodisplásico</i>	2	0.5	0.1 %	1.9 %
	<i>Renal</i>	2	0.5	0.1 %	1.9 %
	<i>Glia</i>	2	0.5	0.1 %	1.9 %
	<i>Hígado</i>	1	0.3	0.0 %	1.5 %
<i>Tejidos blandos</i>	1	0.3	0.0 %	1.5 %	
<i>Peritoneal</i>	1	0.3	0.0 %	1.5 %	
Servicio de ingreso	<i>Oncología</i>	121	31.8	27.1 %	36.7 %
	<i>Cirugía</i>	112	29.4	24.9 %	34.2 %
	<i>Ginecología</i>	35	9.2	6.5 %	12.5 %
	<i>Neumología</i>	24	6.3	4.1 %	9.2 %
	<i>Hematología</i>	20	5.2	3.2 %	8.0 %
	<i>Urología</i>	14	3.7	2.0 %	6.1 %
	<i>Medicina Interna</i>	12	3.1	1.6 %	5.4 %
	<i>Cirugía torácica</i>	9	2.4	1.1 %	4.4 %
	<i>Digestivo</i>	8	2.1	0.9 %	4.1 %
	<i>Otorrinolaringología</i>	7	1.8	0.7 %	3.7 %
	<i>Unidad aislamiento</i>	7	1.8	0.7 %	3.7 %
	<i>Infeciosos</i>	4	1.0	0.3 %	2.7 %
	<i>Neurocirugía</i>	3	0.8	0.2 %	2.3 %
	<i>Angiología – Cirugía vascular</i>	2	0.5	0.1 %	1.9 %
	<i>Cardiología</i>	1	0.3	0.0 %	1.5 %
	<i>Dermatología</i>	1	0.3	0.0 %	1.5 %
<i>Traumatología</i>	1	0.3	0.0 %	1.5 %	
Tiempo de estancia hospitalaria	<i>3-7 días</i>	156	40.9	36.0 %	46.1 %
	<i>8-14</i>	110	28.9	24.4 %	33.7 %
	<i>15-21</i>	57	15.0	11.5 %	18.9 %
	<i>22-28</i>	28	7.3	4.9 %	10.5 %
	<i>29-60</i>	26	6.8	4.5 %	9.8 %
	<i>61-90 días</i>	4	1.0	0.3 %	2.7 %
Enfermedades crónicas concomitantes	(Sí)	202	53.0	47.9 %	58.1 %

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.1.2.3. Calidad de vida percibida relacionada con la salud

En las 5 primeras preguntas del instrumento, cabe recordar que las respuestas representan 3 grados ordinales en calidad de vida: 1=Ausencia de problemas, 2=Presencia de algunos problemas y 3=Problemas serios/graves o incapacidad (figuras 20 a 23). La tabla 15 contiene la distribución de la muestra completa para las 5 primeras variables del cuestionario EQ-5D-3L, donde se destacan los siguientes resultados.

- (1) La ausencia de problemas es muy mayoritaria en: ‘Cuidado Personal’ (87.5%) y ‘Movilidad’ (72.4%) y es mayoría, aunque en este caso no tan grande, en ‘Ansiedad-Depresión’ (59.6%).
- (2) La presencia de problemas, aunque en grado leve, es mayoritaria en relación con el ‘Dolor-Malestar’ (65.9%)
- (3) La muestra está equilibrada en la variable realización de ‘Actividades Cotidianas’, entre el 47.5% con ausencia de problemas y el 47.8% con algunos problemas leves.
- (4) Los problemas de tipo grave aparecen poco, pero donde más lo hacen es en: realización de ‘Actividades Cotidianas’ (4.7%) y en ‘Dolor-Malestar’ (3.8%), a las que sigue la ‘Ansiedad-Depresión’ (2.2%). En las otras dos variables aparecen solamente en un 0.6% (que son 2 pacientes).

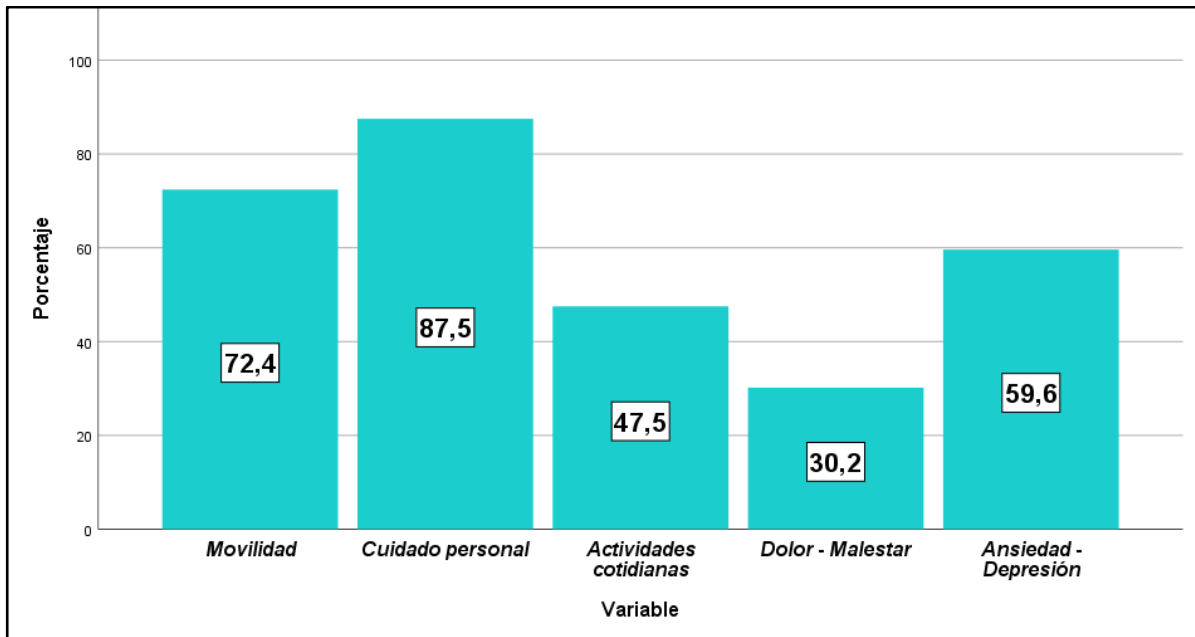
Tabla 15. Distribución de la muestra en relación con las variables de calidad de vida (EQ-5D-3L).

Variables EQ-5D-3L	N válido	Grado de Calidad de Vida		
		(1) Ausencia de prob.	(2) Algunos prob. leves	(3) Prob. graves
<i>Movilidad</i>	362	72.4 % (67.5 – 76.9)	27.1 % (22.6 – 32.0)	0.6 % (0.1 – 2.0)
<i>Cuidado Personal</i>	361	87.5 % (83.7 – 90.8)	11.9 % (8.8 – 15.7)	0.6 % (0.1 – 2.0)
<i>Actividades Cotidianas</i>	364	47.5 % (42.3 – 52.8)	47.8 % (42.6 – 53.1)	4.7 % (2.7 – 7.4)
<i>Dolor-Malestar</i>	364	30.2 % (25.5 – 35.2)	65.9 % (60.8 – 70.8)	3.8 % (2.1 – 6.4)
<i>Ansiedad-Depresión</i>	361	59.6 % (54.3 – 64.7)	38.2 % (33.2 – 43.4)	2.2 % (1.0 – 4.3)

Nota: Porcentaje con IC al 95% de respuesta por variables y grado de calidad de vida.

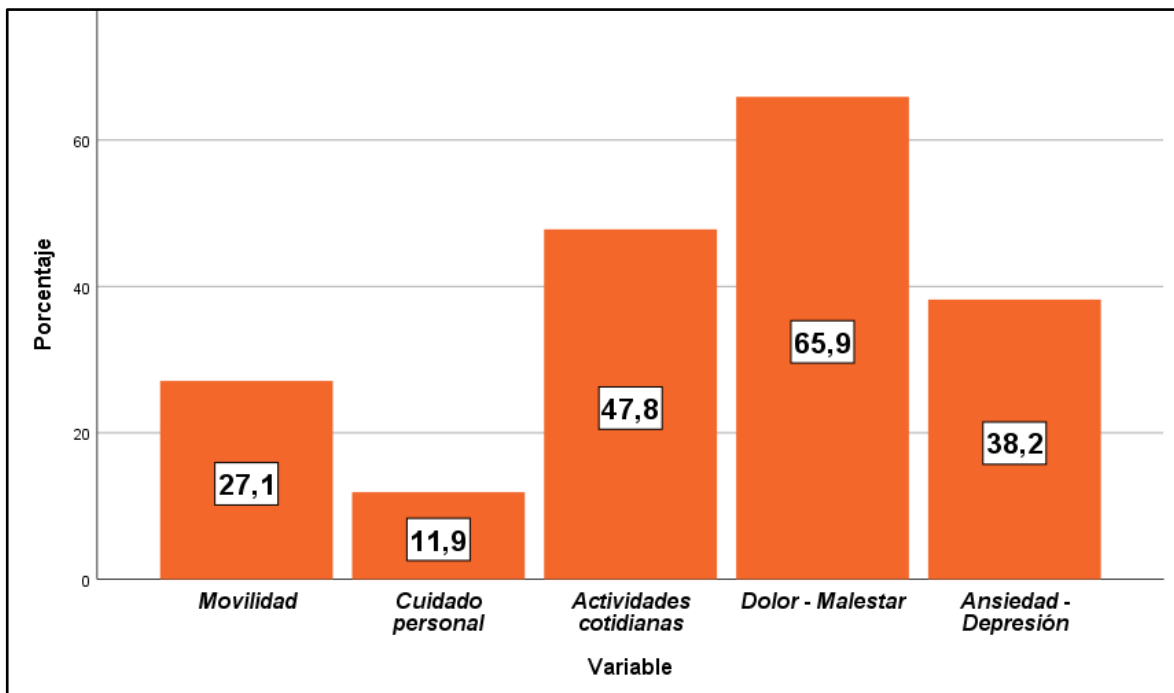
Fuente: Tabla de elaboración propia.

Figura 20. Diagrama de barras. Calidad de vida: EQ-5D-3L. Ausencia de problemas.



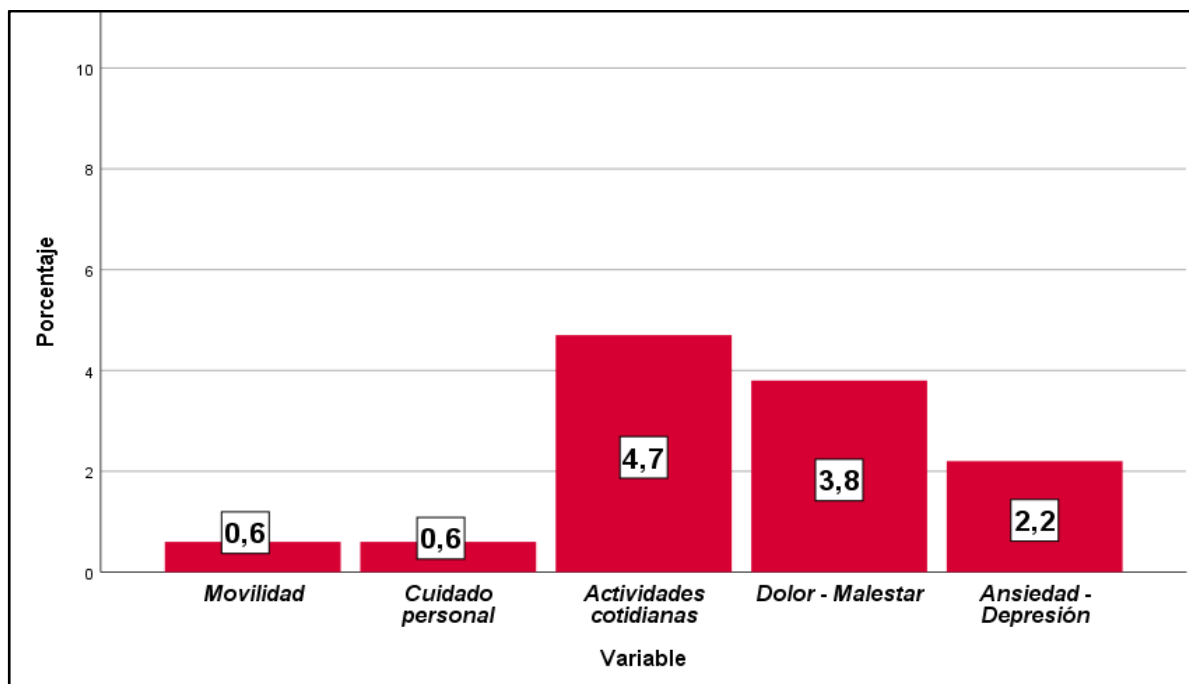
Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25.

Figura 21. Diagrama de barras. Calidad de vida: EQ-5D-3L. Presencia de algunos problemas.



Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25.

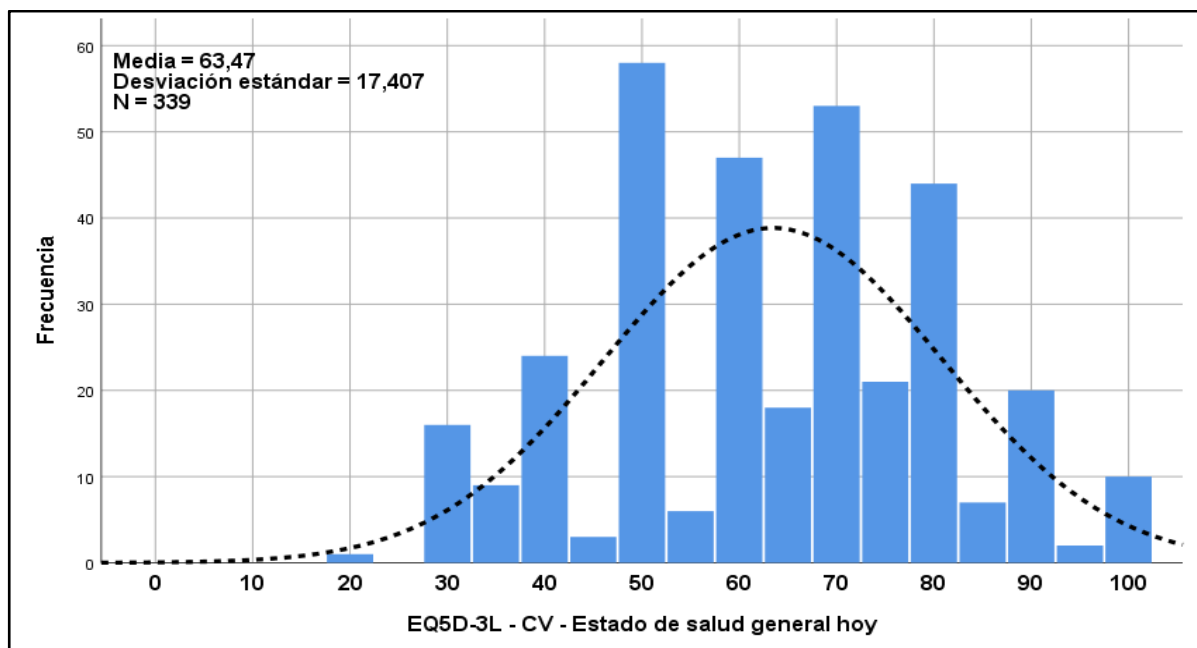
Figura 22. Diagrama de barras. Calidad de vida: EQ-5D-3L. Presencia de problemas graves – Incapacidad.



Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25.

El Cuestionario EQ-5D-3L, se completa con una valoración mediante escala 0-100, de la ‘Percepción del Estado de Salud General Hoy’, es decir en el momento en el que el paciente está respondiendo. En este caso disponemos de un N válido de 339 participantes (figura 23). De estos 333 corresponden a pacientes que respondieron por sí mismos y 6 que fueron ayudados por sus familiares a rellenar la escala. Las puntuaciones varían dentro del rango 20-100 con mediana en 65 puntos. El valor medio es de 63.5 (IC al 95%: 61.6 – 65.3) con desviación estándar de 17.4 puntos. Es decir, algo más de un aprobado, siendo precisamente el punto central de la escala (50) el de mayor frecuencia de respuesta (16.5%; 56 casos), seguido de la puntuación 60 (13.6%; 46 pacientes). El valor máximo (100) lo han dado 7 pacientes (2.1%).

Figura 23. Histograma. Calidad de vida: EQ-5D-3L. Percepción del Estado de Salud General Hoy.



Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25. N=339.

En total, un 15.9% (54 pacientes) han dado valores que serían un suspenso indicativo de una mala percepción del Estado de Salud Hoy (<50 puntos); un 38.1% entre 50 y 69 (aceptable), un 36.6% entre 70 y 89 (buena percepción) y el restante 9.4% entre 90 y 100 puntos (muy buena).

5.2. PROCESO DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO PCIE-H

5.2.1. Distribución, tasa de respuesta y tiempo de cumplimentación

5.2.1.1. Distribución

El reclutamiento de los participantes tuvo lugar en el servicio de Hospital de Día a partir de los registros de pacientes en tratamiento activo en el mismo. Como ya comentamos anteriormente se ha considerado el escenario más apropiado para contactar con la población diana y garantizar el cumplimiento del criterio de inclusión 3, que indica que los participantes debían haber sido dados de alta al domicilio en el momento de la participación en el estudio. De esta forma se ha asegurado que los pacientes ya no tenían vinculación con el personal de enfermería al que debían evaluar.

5.2.1.2. Tasa de respuesta

De los 1171 pacientes revisados para su potencial inclusión, 716 cumplían los requisitos para poder hacerles la propuesta de participación en el estudio, pero finalmente solo 637 cumplían todos los criterios para poder participar. De estos, un 35% declinó la invitación (n=223) y se obtuvo el consentimiento de 414 sujetos, de los cuales devolvieron los cuestionarios cumplimentados 381 (91.3%) que conformaron la muestra final. Por tanto, por cada cuestionario cumplimentado se tuvieron que realizar 1.67 contactos.

5.2.1.3. Tiempo de cumplimentación

Cada participante invirtió entre 12 y 30 minutos en cumplimentar el instrumento PCIE-H, en dependencia de las respuestas otorgadas a las preguntas abiertas, pudiendo darse o no y ser más o menos extensas.

5.2.2. Estudio de propiedades psicométricas

Antes de iniciar los análisis estadísticos para conocer las propiedades psicométricas del cuestionario, se realizó con la matriz de los datos la prueba no paramétrica de Mann-Whitney (tabla 16) para comprobar la posibilidad de tratar en conjunto las respuestas de los pacientes y de los cuidadores familiares. Los resultados obtenidos muestran claramente que las diferencias entre los valores medios son pequeñas o muy pequeñas, en todos los ítems. Por ello, es completamente razonable que no alcancen significación estadística ($p > .05$) y que se correspondan con tamaño del efecto prácticamente nulos. En definitiva, concluimos que tenemos sólidas evidencias estadísticas para poder aceptar que no hay diferencia alguna entre que responda al ítem de este cuestionario, el enfermo o el cuidador familiar principal designado por él, recordemos que al menos había atendido al paciente durante 8 horas al día durante la hospitalización.

Los datos apuntan a que se puede emplear a la totalidad de la muestra en el proceso de validación del PCIE-H.

Tabla 16. Contraste de diferencia entre valores medios. Análisis de ítems iniciales del Cuestionario PCIE-H en función del encuestado.

Nº ítem	Muestra total	Encuestado		Test de MW		Tamaño del efecto: R ²
		Paciente	Familiar	Valor Z _U	P valor	
1	4.12	4.13	4.08	0.00 ^{NS}	.785	.000
2	3.78	3.79	3.69	0.12 ^{NS}	.828	.001
3	3.62	3.61	3.67	1.12 ^{NS}	.636	.000
4	4.42	4.43	4.41	0.25 ^{NS}	.764	.000
5	4.54	4.56	4.39	0.25 ^{NS}	.125	.007
6	4.78	4.78	4.75	0.25 ^{NS}	.683	.000
7	4.36	4.37	4.30	0.25 ^{NS}	.854	.001
8	4.31	4.31	4.29	0.25 ^{NS}	.759	.000
9	4.32	4.32	4.34	0.25 ^{NS}	.544	.000
10	3.46	3.45	3.52	0.25 ^{NS}	.588	.000
11	3.42	3.42	3.37	0.25 ^{NS}	.942	.000
12	4.48	4.50	4.37	0.25 ^{NS}	.425	.003
13	3.91	3.93	3.83	0.25 ^{NS}	.805	.001
14	2.87	2.87	2.88	0.25 ^{NS}	.996	.000
15	3.93	3.95	3.80	0.25 ^{NS}	.522	.002
16	4.47	4.49	4.39	0.25 ^{NS}	.525	.002
17	3.58	3.58	3.59	0.25 ^{NS}	.825	.000
18	4.62	4.62	4.61	0.25 ^{NS}	.961	.000
19	4.06	4.05	4.13	0.25 ^{NS}	.514	.001
20	3.23	3.23	3.26	0.25 ^{NS}	.734	.000
21	3.27	3.22	3.61	0.25 ^{NS}	.180	.007
22	4.61	4.61	4.62	0.25 ^{NS}	.918	.000
23	3.77	3.73	4.05	0.25 ^{NS}	.260	.005
24	3.90	3.87	4.10	0.25 ^{NS}	.307	.003
25	4.50	4.51	4.46	0.12 ^{NS}	.676	.001
26	3.42	3.39	3.63	0.12 ^{NS}	.270	.003
27	3.71	3.67	3.91	0.12 ^{NS}	.253	.003
28	3.48	3.45	3.67	0.12 ^{NS}	.300	.002
29	4.38	4.41	4.21	0.12 ^{NS}	.570	.005
30	4.22	4.20	4.31	0.12 ^{NS}	.822	.001
31	4.65	4.65	4.65	0.71 ^{NS}	.883	.000

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.2.2.1. Validez del cuestionario PCIE-H

Tal y como comentábamos en el apartado de ‘Metodología’, la validez de un cuestionario se explora desde 4 perspectivas. Dos de ellas ya fueron analizadas en el estudio piloto realizado en 2010 (validez lógica y validez de contenido) y en la presente investigación se ha puesto el foco en la validación de constructo y de criterio para acabar de determinar la validez del instrumento que hemos diseñado.

- *Validez de constructo*

Los resultados de los análisis para comprobar la conveniencia del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) muestran que, partiendo del banco completo de 31 ítems, el N válido para realizar esta prueba fue de 211 debido a las respuestas en blanco antes comentadas. En la tabla 17, se muestran los valores perdidos para cada cuestión del PCIE-H. Estos datos se extrajeron para valorar la posibilidad de eliminar aquellos que tuviesen un porcentaje de pérdidas superior al 15%, circunstancia que solo se presentaba en el ítem 21 (28.6%). Revisando su contenido, se decidió no eliminarlo, ya que, contempla actividades relevantes del equipo enfermero y el resultado del análisis CP no indicó que fuera una pregunta que se recomiende eliminar.

Tabla 17. *Valores perdidos para cada uno de los ítems del cuestionario PCIE-H.*

<i>Nº ítem PCIE-H</i>	<i>Nº respuestas</i>	<i>% de valores perdidos (nº)</i>
1	372	2.36%
2	371	2.62%
3	376	1.31%
4	375	1.57%
5	378	3.41%
6	375	5.51%
7	368	3.41%
8	360	5.51%
9	368	3.41%
10	351	7.87%
11	357	6.29%
12	376	1.31%
13	359	5.77%
14	358	6.03%
15	358	6.03%
16	378	0.78%
17	367	3.67%
18	366	3.93%
19	369	3.14%
20	357	6.29%
21	272	28.6%
22	358	6.03%
23	341	10.4%
24	326	14.4%
25	369	3.14%
26	344	9.71%
27	341	10.4%
28	374	1.83%
29	347	8.92%
30	330	13.3%
31	376	1.31%

Fuente: Tabla de elaboración propia.

De acuerdo con la recomendación citada, disponer de una N de 211 sujetos que han respondido a la totalidad de los ítems, supone disponer de un tamaño muestral adecuado para proceder a los análisis de validez del constructo.

Inicialmente, se examinó la adecuación muestral mediante el coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), cuyo valor fue de .95 y, por tanto, podemos concluir al ser muy próximo a 1, que es recomendable realizar el análisis factorial. Así mismo, para comprobar que la matriz se puede factorizar se realizó el Test de Esfericidad de Bartlett que es altamente significativo con $p < .00001$ (valor $\text{Chi}^2 = 5238.07$; 465 gl; $p\text{-valor} = .0000000000$).

Tras obtener ambos resultados podemos concluir que se cumplen de forma adecuada y muy satisfactoria las condiciones necesarias que garantizan la correcta utilización del AFE con este conjunto de datos.

Comprobada esta cuestión se realizó la extracción de factores mediante Análisis de Componentes Principales cuyos resultados han sido los siguientes:

- Se ha encontrado la existencia de 3 factores que agrupan a los 31 ítems del banco inicial.
- Estos factores explican el 63% de la variabilidad total observada, repartiéndose de forma bastante equilibrada entre ellos (24.0%, 21.6% y 17.4% respectivamente).
- Se observó que no todos los ítems tienen una carga factorial que les valide adecuadamente como pertenecientes a un determinado factor.

Se procedió por tanto a depurar este resultado dando pasos adelante y atrás, eliminando y recuperando ítems, en busca de una solución que maximizase la pertenencia de cada ítem a un solo factor, con la menor pérdida posible del total de varianza que explica el conjunto completo o, si es posible, lograr una mejora en la misma. Para ello se procedió a realizar el proceso de rotación de factores, con un método ortogonal (Varimax) y otro oblicuo (Promax) bajo los supuestos de independencia y de relación de factores respectivamente.

Todo este proceso culminó en una solución final a la que se llega con el método de extracción de Componentes Principales ya citado y bajo rotación Promax, en ella se verificó la existencia de relación entre los factores encontrados. A continuación, destacamos de forma sintética los resultados que posteriormente aparecen también presentados en la tabla 19.

- (1) Se mantienen 26 de los 31 ítems iniciales. Los ítems que fueron eliminados de la versión inicial de la escala a partir del resultado del ACP fueron el 4, 7, 8, 17 y 19. En la siguiente tabla (18) se muestran los enunciados de las preguntas en cuestión.

Tabla 18. Ítems eliminados del cuestionario PCIE-H tras el ACP.

Nº	Pregunta
4	¿Le atendió con rapidez cuando la llamó?
7	¿Se mostró dispuesta a aclararle las dudas que le surgieron durante su ingreso?
8	¿Intentó tranquilizarle dándole la información que usted necesitaba en un momento dado?
17	¿Le ofreció una taza de té o café, zumo, una revista, etc. o le preguntó si necesitaba algo?
19	¿Procuró que el entorno de la habitación fuera confortable, para facilitarle comodidad y descanso?

Fuente: Tabla de elaboración propia.

- (2) Los 3 factores definidos por estos 26 ítems explican en total un 64.1% de la varianza observada, mejorando en un 1.1% el resultado inicial.
- (3) Todos los factores tienen similar importancia en esta solución final, explicando respectivamente: un 22.7%, un 22.5% y un 18.9%; estando formados por: 9, 9 y 8 ítems.
- (4) Las correlaciones entre los factores están en el rango entre: .553 y .654 (muy elevadas).

Podemos por tanto decir que los resultados estadísticos obtenidos son una prueba sólida y evidente de la validación de constructo del instrumento.

Una vez comprobado el contenido de los ítems de esta solución factorial finalmente alcanzada, podemos concluir que la estructura definitiva del cuestionario PCIE-H tras la validación realizada es la siguiente (téngase en cuenta que los números de pregunta que aquí constan corresponden a la nueva asignación una vez eliminados los 5 ítems):

- (1) El factor 1 mide la dimensión teórica que hemos dado en llamar “*Cuidado de la persona*” y está formada por los ítems nº: 1, 4, 5, 6, 8, 16, 17, 19 y 22 (de la nueva numeración asignada).
- (2) El factor 2 mide la dimensión identificada como “*Cuidado del entorno y la familia*”, estando compuesta por los ítems nº: 2, 3, 14, 20, 21, 23, 24, 25, y 26.
- (3) Y el factor 3 mide la dimensión denominada “*Presencia cuidadora*” a través de los ítems nº: 7, 9, 10, 11, 12, 13, 15 y 18.

Tras la eliminación de los 5 ítems comentados, la numeración de los 26 restantes ha sido modificada. Se ha valorado de nuevo la distribución de las preguntas, para facilitar la cumplimentación a los pacientes y se ha optado por una estructura que respete el orden cronológico en el que se han podido dar los CI durante la estancia hospitalaria. Así, (a) primero

se disponen las preguntas relacionadas con generalidades del ingreso, a continuación, (b) las relacionadas con la comunicación, para seguir con (c) las relativas al bienestar y la seguridad y finalizando con (d) las que tienen que ver con la preparación para el autocuidado y el alta hospitalaria. Se han realizado pequeños cambios en la formulación de las preguntas sin alterar su contenido para poder incluir las 26 cuestiones en solo 2 páginas.

Tabla 19. *Análisis Factorial Exploratorio. Validación de constructo del Cuestionario PCIE-H. Método: Componentes Principales con rotación Promax.*

Nº ítem	Descriptivos		Comunalidad	Cargas Factoriales >.400			NUEVO nº del ítem (versión final)
	Media	D.E.		Factor 1	Factor 2	Factor 3	
6	4.81	0.54	.599	.851			4
31	4.60	0.77	.651	.769			1
25	4.42	0.74	.580	.719			8
12	4.43	0.90	.629	.694			5
5	4.48	0.75	.662	.686			6
18	4.57	0.79	.606	.665			22
16	4.41	0.82	.647	.597			16
22	4.54	0.87	.493	.530			17
29	4.31	1.04	.590	.504			19
27	3.73	1.44	.691		.815		25
23	3.78	1.45	.700		.754		26
26	3.44	1.29	.460		.736		24
24	3.81	1.34	.598		.683		20
28	3.46	1.41	.615		.650		3
21	3.30	1.61	.487		.646		23
20	3.22	1.37	.727		.619		2
30	4.15	1.25	.601		.607		21
10	3.45	1.38	.697		.544		14
2	3.75	1.09	.747			.852	12
3	3.55	1.06	.674			.775	9
13	3.86	1.11	.751			.706	10
1	4.09	0.94	.795			.690	13
15	3.87	1.14	.701			.687	11
14	2.91	1.37	.635			.661	18
11	3.38	1.30	.729			.530	7
9	4.25	1.04	.698			.513	15
KMO=0.95		% Varianza total explicada		22.7 %	22.6 %	18.9 %	
Bartlett: p<.0000		% Acumulado de Varianza		22.7 %	45.3 %	64.1 %	
Correlación entre los factores			F1	--	.553	.617	
			F2	.553	--	.654	
			F3	.617	.654	--	

Fuente: Tabla de elaboración propia.

- *Validez de criterio*

Complementariamente, se abordó la validez de criterio del PCIE-H, correlacionando sus variables con las del cuestionario CUCACE que se tomó como GS de referencia.

Este instrumento genera variables de 2 dimensiones, más otras 3 variables que se corresponden con ítems únicos independientes y que serían las preguntas 5, 6 y 7 de la sección 3 del cuestionario. Se procedió a crear las variables de las dos dimensiones: (1) *Experiencia con los cuidados de enfermería* (sección 1) y (2) *Satisfacción con los cuidados de enfermería* (sección 2). Para ello, siguiendo las instrucciones de sus creadores, se recodificaron los ítems indicados y se aplicaron las ecuaciones de cálculo correspondientes a cada variable.

La estadística descriptiva de este instrumento se hizo teniendo en cuenta las variables mencionadas y sus resultados que indican que estas se comportan siguiendo la normalidad y los resultados se mostrarán en el apartado 5.3.3.

La tabla 20 contiene los coeficientes de correlación entre el PCIE-H y el CUCACE que son: (a) altamente significativos con $p < .001$; (b) tienen valores entre .63 y .71, indicativos de que las dimensiones del PCIE-H están moderadamente relacionadas con las dimensiones del CUCACE y (c) de sentido directo de manera que quienes puntúan más alto en cualquiera de las variables de PCIE-H, tienden a puntuar también más alto en cualquiera de las dimensiones del CUCACE (y viceversa).

En conclusión, estos resultados prueban de forma consistente la validez de criterio de nuestro PCIE-H con respecto al GS elegido.

Tabla 20. Validación de Criterio: Coeficientes de validez. Relación entre las variables del PCIE-H y las dimensiones de CUCACE (Gold Standard).

<i>Variables</i>	Valor de R de Spearman (P-sig)	
	<i>CUCACE: Experiencia con los cuidados</i>	<i>CUCACE: Satisfacción con los cuidados</i>
<i>PCIE-H: Cuidado de la persona</i>	.663 (p<.001)	.630 (p<.001)
<i>PCIE-H: Cuidado del entorno y la familia</i>	.655 (p<.001)	.635 (p<.001)
<i>PCIE-H: Presencia cuidadora</i>	.709 (p>.001)	.667 (p>.001)
<i>PCIE-H: Puntuación global</i>	.714 (p>.001)	.709 (p>.001)

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.2.2.2. Fiabilidad del cuestionario PCIE-H

El análisis de la fiabilidad del PCIE-H se enfocó desde dos perspectivas clásicas: consistencia interna de los ítems y estabilidad temporal. Se ha estimado la fiabilidad tanto para la escala completa, como para cada una de sus tres dimensiones.

- Consistencia interna

En primer lugar, cabe destacar que el coeficiente de fiabilidad obtenido para el conjunto completo de los 26 ítems es muy elevado, alfa de Cronbach = .96 (IC al 95%: .95 - .97); por lo que concluimos que la consistencia interna es muy alta. Además, en la tabla 21 se informa de que este valor del coeficiente sigue siendo muy estable en el caso de que se estime eliminando cada uno de los ítems. En la misma tabla se puede comprobar que el índice de homogeneidad (IH) ítem – resto del test, es muy alta también (entre: .519 y .796) lo que nos permite afirmar que todos los ítems que han quedado tras el AFE son necesarios para esta versión final.

Tabla 21. Análisis de ítems: Fiabilidad. Homogeneidad de los ítems de la versión final del Cuestionario PCIE-H.

<i>Nº Ítem (versión final)</i>	<i>Índice de Homogeneidad (ítem-resto)</i>	<i>Alfa Cronbach sin el elemento</i>
1	.532	.958
4	.625	.957
7	.613	.957
10	.668	.957
13	.651	.957
16	.652	.957
19	.703	.957
22	.519	.958
25	.671	.957
2	.717	.956
5	.748	.956
8	.533	.958
11	.694	.957
14	.720	.956
17	.599	.958
20	.777	.956
23	.642	.957
26	.750	.956
3	.709	.956
6	.712	.956
9	.796	.956
12	.764	.956
15	.765	.956
18	.674	.957
21	.787	.955
24	.792	.956

Fuente: Tabla de elaboración propia. N=211.

Los valores de los coeficientes de fiabilidad de cada una de las dimensiones (tabla 22) son también muy elevados, redondeando al 2º decimal: .89, .90 y .92 respectivamente. En función de todos estos resultados podemos concluir que la fiabilidad desde el punto de vista de la consistencia interna es muy alta, tanto en el cuestionario completo como en cada una de sus dimensiones.

- Estabilidad temporal

Para comprobar la estabilidad temporal se ha recurrido al Coeficiente de Correlación Intraclase, tanto para cada uno de los ítems como en las dimensiones y la escala completa.

Los resultados que hemos obtenido revelan coeficientes de correlación en los ítems, dentro del rango: .532 a .811, altamente significativos todos ellos ($p < .001$) y con un valor medio de .680. Por su parte al correlacionar las dimensiones y el cuestionario completo, entre la 1ª y 2ª aplicación se han obtenido los valores: .84 para la dimensión *Cuidado de la persona*, .82 para la dimensión *Cuidado del entorno y de la familia*, .86 para la dimensión *Presencia cuidadora* y finalmente .89 para la puntuación total en el cuestionario PCIE-H. Por tanto, se concluye que también la fiabilidad contemplada como estabilidad temporal del cuestionario es muy elevada, tanto en todo su conjunto como en cada una de sus partes.

La tabla 22 resume el estudio completo de la fiabilidad del PCIE-H desde los dos abordajes realizados.

Tabla 22. Análisis de fiabilidad: Consistencia interna y Estabilidad temporal. Dimensiones y Puntuación total del Cuestionario PCIE-H.

<i>Dimensiones</i>	Nº de ítems	Alfa de Cronbach	IC al 95%	Test - retest	p-valor
<i>F1 – Cuidado de la persona</i>	9	.888	.869 / .905	.842	<.0001
<i>F2 – Cuidado del entorno y de la familia</i>	9	.899	.878 / .918	.823	<.0001
<i>F3 – Presencia cuidadora</i>	8	.922	.908 / .934	.865	<.0001
<i>P.T. Cuestionario completo</i>	26	.958	.950 / .966	.888	<.0001

Fuente: Tabla de elaboración propia. N=187.

5.3. RESULTADOS DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA

En respuesta al objetivo general B, a continuación, se mostrarán los resultados relativos a la opinión de los pacientes con enfermedad oncológica sobre las intervenciones del equipo enfermero y la atención recibida por parte de este que se han tomado mediante las preguntas cerradas y abiertas del PCIE-H y del CUCACE.

5.3.1. Percepción de los participantes sobre la frecuencia de los Cuidados Invisibles recibidos

La tabla 23 contiene esta primera descriptiva realizada sobre el total de los casos.

Tabla 23. Análisis de ítems: Descriptiva total. Ítems iniciales del Cuestionario PCIE-H.

Nº ÍTEM	N válido	% de respuesta de cada opción					Centralidad		Variabilidad		Test KS: P-sig
		1	2	3	4	5	Media	Mediana	Des. Estnd.	Amp. Int.	
1	372	2.4	3.2	15.3	37.6	41.4	4.12	4.00	0.95	1.00	.000
2	371	4.3	5.9	26.7	34.0	29.1	3.78	4.00	1.07	2.00	.000
3	376	5.9	4.3	35.6	30.3	23.9	3.62	4.00	1.07	1.00	.000
4	375	1.1	0.0	11.2	30.9	58.6	4.42	5.00	0.77	1.00	.000
5	378	0.3	0.8	8.7	25.1	65.1	4.54	5.00	0.71	1.00	.000
6	375	1.1	1.1	1.9	10.9	85.1	4.78	5.00	0.63	0.00	.000
7	368	3.0	1.9	11.1	23.9	60.1	4.36	5.00	0.96	1.00	.000
8	360	3.6	1.9	12.2	24.2	58.1	4.31	5.00	1.01	1.00	.000
9	368	3.3	2.2	12.8	22.6	59.2	4.32	5.00	1.00	1.00	.000
10	351	14.5	10.0	21.7	22.8	31.1	3.46	4.00	1.40	2.00	.000
11	357	12.3	8.4	30.3	23.2	25.8	3.42	3.00	1.29	2.00	.000
12	376	2.4	0.8	6.6	26.3	63.8	4.48	5.00	0.85	1.00	.000
13	359	5.3	4.5	21.2	31.8	27.3	3.91	4.00	1.11	2.00	.000
14	358	24.9	12.3	31.3	13.7	17.9	2.87	3.00	1.40	2.25	.000
15	358	5.0	3.9	24.3	26.3	40.5	3.93	4.00	1.12	2.00	.000
16	378	1.6	0.8	7.7	28.6	61.4	4.47	5.00	0.80	1.00	.000
17	367	17.2	5.7	17.4	21.0	38.7	3.58	4.00	1.47	2.00	.000
18	366	1.4	1.1	4.9	19.7	73.0	4.62	5.00	0.75	1.00	.000
19	369	5.7	4.9	15.2	26.6	47.7	4.06	4.00	1.16	2.00	.000
20	357	17.6	9.8	28.0	21.0	23.5	3.23	3.00	1.38	2.00	.000
21	270	24.8	10.7	12.2	16.7	35.6	3.27	4.00	1.62	3.25	.000
22	358	2.0	1.4	4.5	17.9	74.3	4.61	5.00	0.80	1.00	.000
23	339	14.2	7.1	16.3	17.7	47.5	3.77	4.00	1.46	2.00	.000
24	324	9.0	6.8	16.4	21.0	46.9	3.90	4.00	1.31	2.00	.000
25	369	0.5	0.5	10.0	26.0	63.0	4.50	5.00	0.74	1.00	.000
26	342	14.3	9.4	23.4	25.7	27.2	3.42	4.00	1.36	2.00	.000
27	337	15.7	7.1	12.2	20.8	44.2	3.71	4.00	1.48	2.00	.000
28	343	17.2	7.0	21.0	20.1	34.7	3.48	4.00	1.46	2.00	.000
29	367	2.7	4.1	6.8	25.1	61.3	4.38	5.00	0.97	1.00	.000
30	328	8.2	3.4	7.0	21.3	60.1	4.22	5.00	1.23	1.00	.000
31	376	1.6	0.6	5.9	16.5	75.8	4.65	5.00	0.74	0.00	.000

Fuente: Tabla de elaboración propia.

Entre los resultados incluidos en ella podemos destacar que:

- El número de casos válidos que han respondido a cada ítem (sobre el total de 381) varía entre 324 y 378, con excepción del ítem N.º 21 donde hay 111 respuestas en blanco lo que implica que solo tiene un N válido de 270 casos. Aun así, el número medio de respuestas válidas es de 358 (el 94% sobre el total de participantes).
- Los valores medios superan los 4 puntos en bastantes ítems, lo que indica respuestas mayoritariamente concentradas en el polo del “siempre / casi siempre”. En ellas, los valores más altos corresponden a los ítems reflejados en la tabla 24.

Tabla 24. Ítems con las puntuaciones más elevadas y su valor promedio.

Nº	Ítem	Valor medio
6	<i>¿Le dijo cómo avisar si necesitaba algo o tenía algún problema?</i>	4.78
31	<i>¿Fue amable con usted en su ingreso en el hospital?</i>	4.65
18	<i>¿Estuvo atenta para administrarle la medicación cuando tuvo dolor?</i>	4.62
22	<i>¿Procuró preservar su intimidad durante el aseo y las curas?</i>	4.61

Fuente: Tabla de elaboración propia.

- Por el contrario, aunque en algunos ítems aparece un cierto porcentaje de respuestas en los valores 1 y 2 (“nunca / casi nunca”) solamente un ítem tiene un valor medio inferior a los 3 puntos: el N.º 14 (2.87), en él se plantea la siguiente cuestión: ‘*¿Se sentó cerca de usted para hablar?*’. Los otros ítems que presentan puntuaciones más bajas se muestran en la siguiente tabla 25.

Tabla 25. Ítems con las puntuaciones más bajas y su valor promedio.

Nº	Ítem	Valor medio
14	<i>¿Se sentó cerca de usted para hablar?</i>	2.87
20	<i>¿Le tuvo en cuenta, haciéndole preguntas y escuchándole sobre su proceso, sus gustos, sus costumbres, etc.?</i>	3.23
21	<i>¿Realizó otro tipo de acciones para disminuir el dolor, la fiebre, la inflamación, los vómitos, etc. cuando la medicación no era efectiva o no era posible proporcionarle más medicación?</i>	3.27
11	<i>¿Ha sentido que la enfermera en algún momento ha tratado de ponerse en su lugar para comprender la situación por la que usted estaba pasando?</i>	3.42
26	<i>¿Cree que la enfermera tomó sus propias decisiones para cuidarle mejor?</i>	3.42

Fuente: Tabla de elaboración propia.

- La mayoría de los ítems (20; el 64.5%) tienen valores medios entre 3.5 y 4.5 puntos. La media de los valores medios del conjunto completo de los 31 ítems es de 4.01 puntos.
- En general, la variabilidad de las respuestas es alta. La desviación estándar presenta valores entre 0.63 y 1.48 (media: 1.10). Una variación de en torno a ± 1 punto sobre media 4, en escala sobre 5, representa un 20% - 25% de variabilidad, que es suficiente para justificar también el análisis de validación de estos ítems.
- El Test KS de bondad de ajuste a la normalidad de estas distribuciones de respuesta, nos señala que en todos los ítems existe un desvío altamente significativo ($p < .001$) con respecto al mismo. Ello es debido a las asimetrías que concentran más respuestas en uno u otro extremo del continuo de valores. Esto es algo muy habitual cuando se trata de cuestionarios de opinión / actitudes.

Por otra parte, se ha usado el método del promedio para obtener los resultados para cada una de las 3 dimensiones que subyacen en nuestro cuestionario, así como para la puntuación total del mismo. A estas agrupaciones las consideraremos variables nuevas generadas para este análisis. Se ha utilizado dicho método por la posibilidad que existía al cumplimentar la herramienta de que los participantes omitieran alguna respuesta, como así ha sido. Por tanto, en cada una de las tres dimensiones del PCIE-H, la puntuación equivale a la media aritmética de los ítems que tiene respuesta válida. De esta forma, el rango de valores posibles de estas variables coincide con el rango de respuesta Likert de los ítems: [1 – 5] donde una puntuación más alta implica un mayor grado de presencia de la dimensión evaluada.

Una vez que cada participante ya tiene una puntuación en las tres dimensiones, la puntuación total en el Cuestionario PCIE-H se ha obtenido por el método de acumulación de puntos; es decir que equivale a la suma de las tres puntuaciones parciales de las dimensiones. En consecuencia, el rango posible de valores de esta puntuación total es [3 – 15] con la misma interpretación de las dimensiones: mayor puntuación se corresponde con mejor percepción del cuidado recibido.

Generadas estas 4 variables, se procede a realizar una exploración y descripción de las mismas. La exploración está destinada, principalmente, a determinar el posible ajuste de las variables al modelo de la campana normal de Gauss. Para ello, se han empleado: (a) gráficos Q-Q normal, (b) índices de asimetría y curtosis, y (c) el Test de Kolmogorov-Smirnov de bondad de ajuste a la normalidad, donde solo un desvío muy grave ($p < .01$) nos hará considerar que la variable no se distribuye normalmente. En tanto que para la descripción se han obtenido

los estadísticos habituales: media, mediana, valores mínimo y máximo, desviación estándar y distancia intercuartílica.

La exploración ha revelado, como se aprecia en las figuras de la 27 a la 31, claras asimetrías con desvíos hacia las puntuaciones elevadas, especialmente en la dimensión ‘Cuidado de la persona’. En este mismo sentido, señalan los resultados de los Test KS de bondad de ajuste, que revelan que los desvíos son altamente significativos ($p < .01$), y los coeficientes descriptivos (asimetría y curtosis) de la forma de las variables. Por tanto, debemos de concluir que las variables generadas por nuestra muestra en el Cuestionario PCIE-H no se distribuyen conforme a la normalidad estadística y por tanto se usaron test no paramétricos para la comparación de grupos.

La tabla 26 contiene además de los estadísticos antes citados, los valores de los descriptivos clásicos. Las puntuaciones promedio (media y mediana, bastante similares entre sí) indican posiciones altas del conjunto del grupo en todas las variables: entre 3.6 y 4.6 (sobre 5) en las dimensiones y de 12 puntos (sobre 15) en la puntuación total. A pesar de las asimetrías comentadas, las medianas son similares a sus respectivas medias. Esos valores promedio se acompañan de cierto grado de variabilidad, que es suficiente, como para que las puntuaciones empíricas cubran la casi totalidad de los rangos posibles en cada variable.

Tabla 26. Análisis exploratorio y descriptivo de las variables Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H.

Variable	Exploración: Forma			Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	Media	Mediana		Desviación estándar	Rango intercuart il
<i>Cuidado de la persona</i>	-2.03	5.15	.000**	4.56	4.78	1.67 / 5.00	0.58	0.67
<i>Cuidado del entorno y la familia</i>	-0.62	-0.51	.001**	3.62	3.78	1.00 / 5.00	1.07	1.68
<i>Presencia cuidadora</i>	-0.87	0.50	.006**	3.75	3.88	1.00 / 5.00	0.92	1.25
<i>Puntuación total PCIE-H</i>	-0.97	0.75	.002**	11.93	12.40	3.86 / 15.00	2.35	3.25

** = Desvío grave significativo ($p < .01$) la variable no se ajusta a la normalidad

Fuente: Tabla de elaboración propia.

Figura 24. Histograma. Dimensión 'Cuidado de la persona' del PCIE-H.

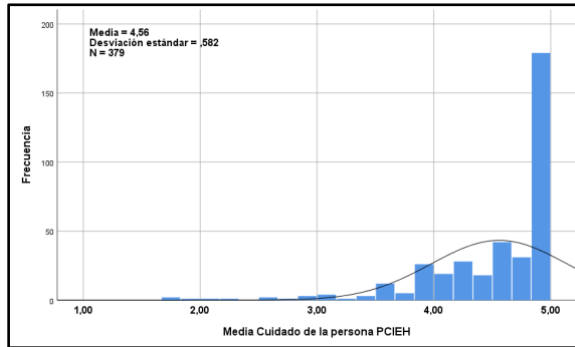
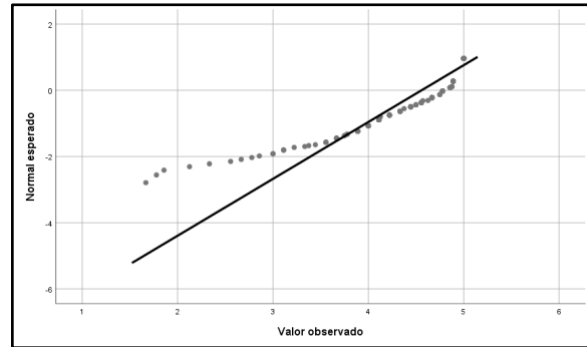


Figura 25. Diagrama Q-Q normal. Dimensión 'Cuidado de la persona' del PCIE-H.



Fuente: Figuras de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25.

Figura 26. Histograma. Dimensión 'Cuidado del entorno y de la familia' del PCIE-H.

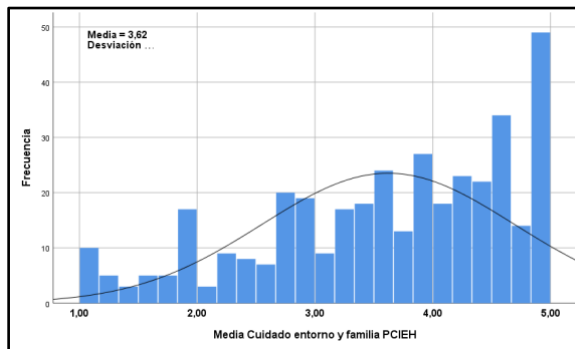
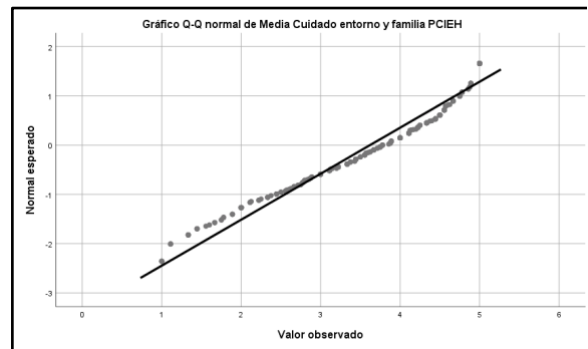


Figura 27. Diagrama Q-Q normal. Dimensión 'Cuidado del entorno y de la familia' del PCIE-H.



Fuente: Figuras de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25.

Figura 28. Histograma. Dimensión 'Presencia cuidadora', del PCIE-H.

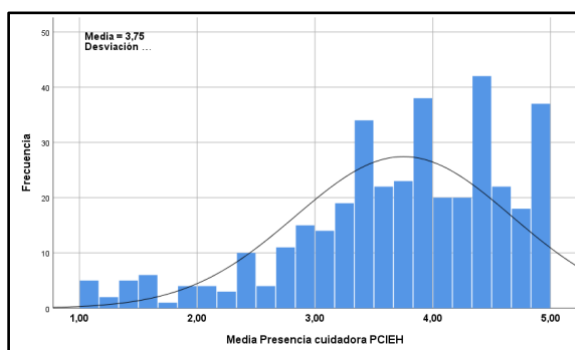
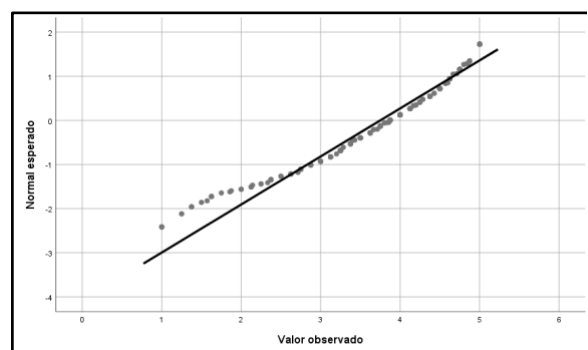


Figura 29. Diagrama Q-Q normal. Dimensión 'Presencia cuidadora', el PCIE-H.



Fuente: Figuras de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25.

Figura 30. Histograma. Puntuación total del PCIE-H.

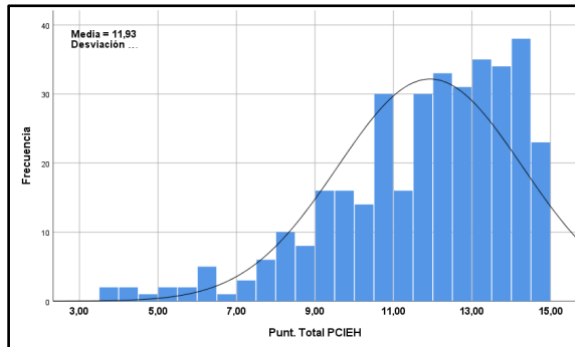
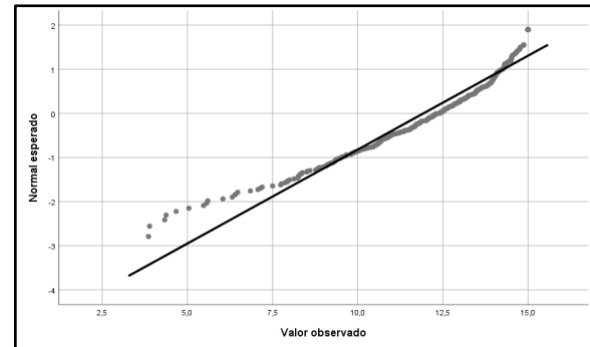


Figura 31. Diagrama Q-Q normal. Puntuación total del PCIE-H.



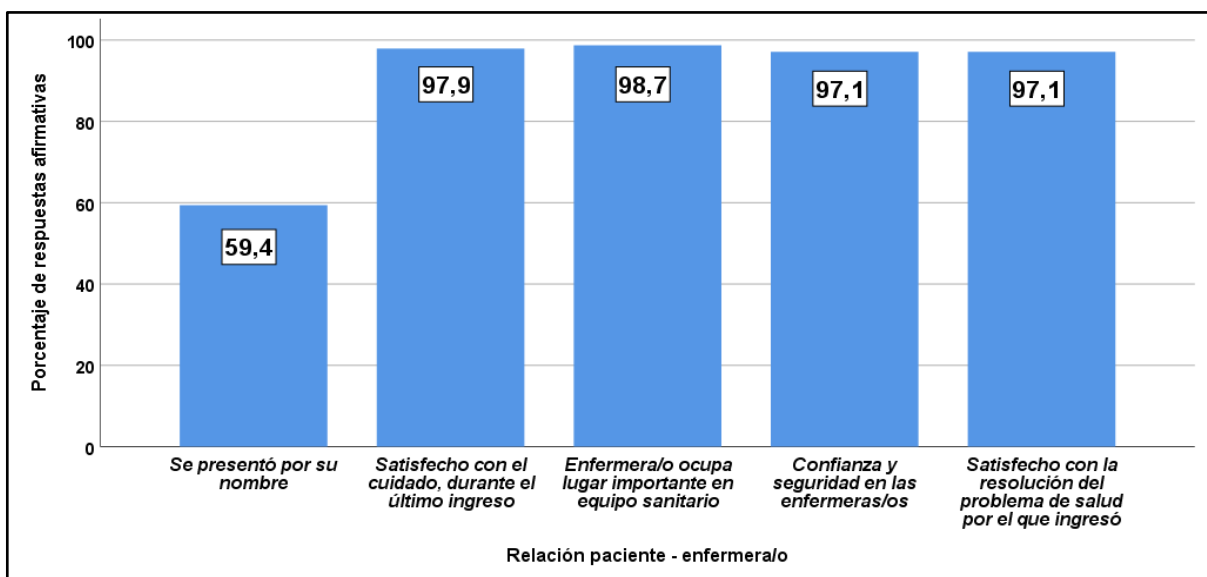
Fuente: Figuras de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25.

Con respecto a los resultados de la P44: ‘Para finalizar, ¿qué importancia cree que tienen los cuidados sobre los que le hemos preguntado en el cuestionario para su bienestar y/o recuperación?’, la cual fue incorporada en las últimas fases de reclutamiento para tener una visión más clara de la relevancia de los CI para los pacientes, se obtuvieron 98 respuestas. Todos los pacientes puntuaron esta pregunta con un 3 (‘Son importantes’), 4 (‘Bastante importantes’) o 5 (‘Muy importantes’). El promedio fue de 4,49 con una frecuencia en cada una de las respuestas de 13/98 (13.26%); 25/98 (25.51%) y 60/98 (61.22%) respectivamente.

5.3.2. Respuestas a las preguntas de respuesta dicotómica del PCIE-H: satisfacción, percepción del rol de la enfermera y relación que se establece

En este apartado se recogen los resultados de las preguntas P32 a P36 (figura 32).

Figura 32. Diagrama de barras. Variables de la relación entre paciente y enfermera/o.



Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25. $372 \leq N \leq 381$.

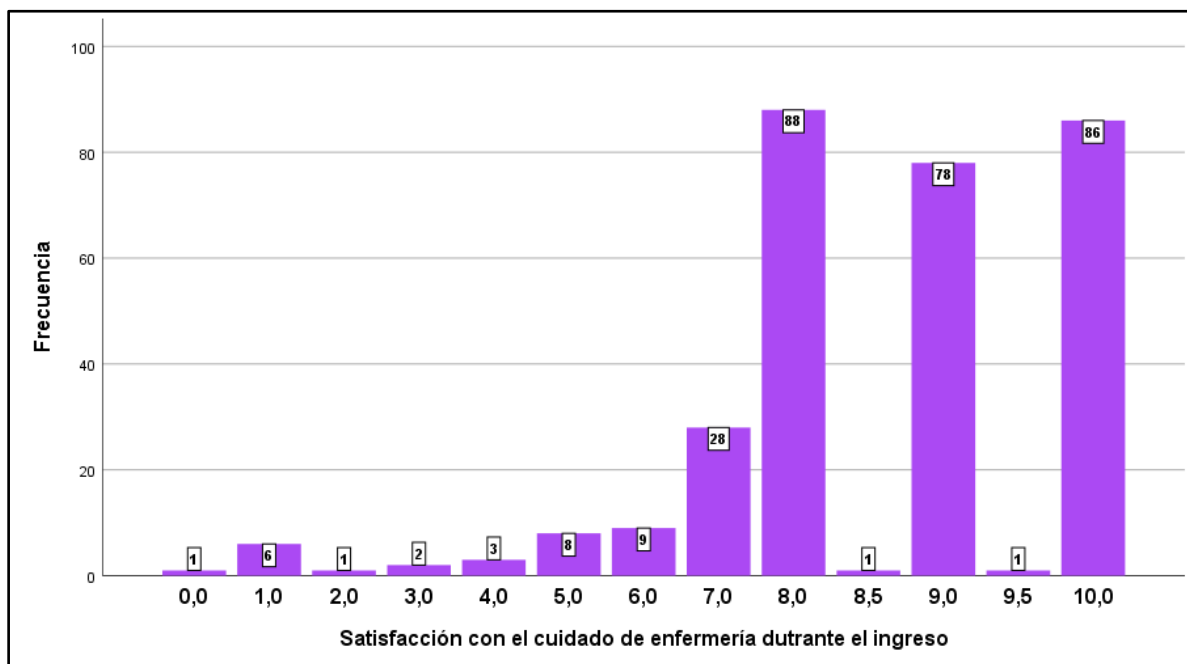
5.3.2.1. Satisfacción con el cuidado enfermero

El cuestionario PCIE-H contiene en el apartado de preguntas con respuesta dicotómica una pregunta acerca de la ‘satisfacción con la atención recibida por parte de las enfermeras durante este último ingreso’. Adicionalmente, se les solicitó en esta cuestión que valorasen de 0 a 10 esa satisfacción.

Tal y como se puede apreciar en la figura 32, 371 participantes de 379 válidos, afirman que están satisfechos con el cuidado proporcionado por las enfermeras/os durante el último ingreso, lo que supone un 97.9 % (IC: 95.9% - 99.1%) del total de la muestra válida.

En cuanto al grado de satisfacción, hubo 312 participantes que dieron una puntuación (figura 33). Las que fueron indicadas con mayor frecuencia fueron: el 8 (28.2%), el 9 (25.0%) y el 10 (27.6%); de manera que considerando también las puntuaciones de medio punto intermedias: un 37.5% ha valorado su satisfacción con un notable y un 52.9% con un sobresaliente. Un 4.2% (13 encuestados) suspenden a la atención recibida, incluyendo 1 caso que la ha valorado con un 0. Finalmente, el restante 5.5% dan un aprobado a la atención recibida durante este último ingreso. La valoración media es de 8.3 puntos (IC al 95%: 8.1 - 8.5; con desviación estándar de ± 1.8 puntos).

Figura 33. Diagrama de barras. Satisfacción global de los encuestados con el Servicio de Enfermería, durante el último ingreso.

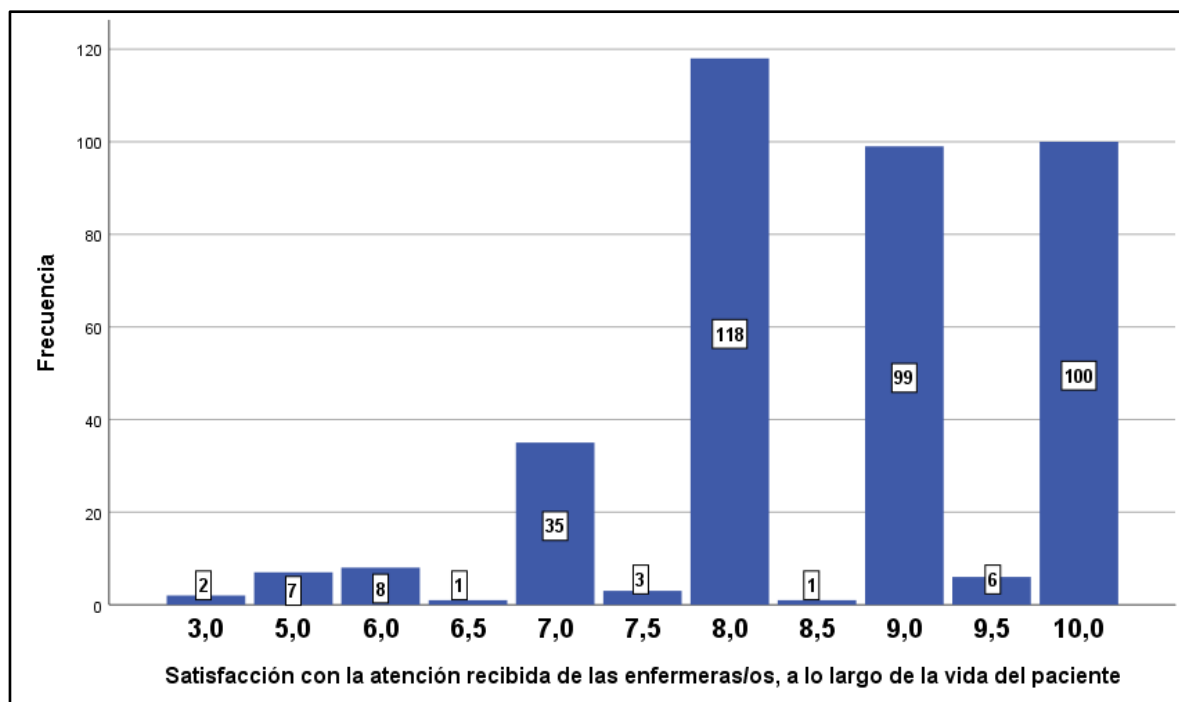


Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25. N=312.

De manera complementaria, para poder establecer una comparativa, en la sección 1 del cuestionario se consultó a los participantes también por su grado de satisfacción con la atención recibida por parte de las enfermeras, pero esta vez ‘a lo largo de su vida’.

En este caso solo un participante dejó en blanco dicha cuestión obteniendo una n de 380 sujetos. En cuanto a los resultados (figura 34) obtenidos, observamos respuestas en puntuaciones entre 3 y 10 puntos con mediana en 9 puntos. Los valores más respondidos fueron de nuevo: el 8 (31.1%), el 9 (26.1%) y el 10 (26.3%). Incluyendo a las puntuaciones intermedias (de medio punto) otorgadas: un 41.4% ha valorado su satisfacción como de notable y un cabe destacar que un 54.0% consideran su satisfacción sobresaliente. Solamente 2 pacientes (0.5%) suspenden a la atención recibida por las enfermeras durante su trayectoria vital; en tanto que el restante 4.2% la aprueban. La valoración media es de 8.6 puntos (IC al 95%: 8.5 - 8.7; con desviación estándar de ± 1.2 puntos). Sólo hubo una respuesta perdida en esta pregunta.

Figura 34. Diagrama de barras. Satisfacción de los pacientes con el servicio dado por las enfermeras, a lo largo de la vida del paciente.



Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25. N=380.

En definitiva, a modo de resumen de las preguntas relativas a la satisfacción de los participantes, se deduce que una inmensa mayoría de ellos están satisfechos o muy satisfechos con la atención que han recibido de parte de enfermeras/os, tanto en el momento actual durante el último ingreso como a lo largo de su vida.

Ahora bien, comparando este resultado de satisfacción actual (media 8.3; mediana 9.0; rango: 3-10; figura 33) con el obtenido en la valoración de la satisfacción a lo largo de su vida (media 8.6; mediana 9.0; rango: 0-10; figura 34) se ha obtenido que, aunque las diferencias son pequeñas, sí que alcanzan significación estadística con $p < .05$ (Test de Wilcoxon: valor=2.34; p-valor exacto=.019). Por tanto, estos datos están señalando que, aunque la diferencia sea leve, los encuestados tienen una mejor percepción de los cuidados recibidos a lo largo de su vida que en la hospitalización más reciente. Sin olvidar que, en todo caso, ambas valoraciones están casi en el sobresaliente.

En cuanto a las respuestas obtenidas para la P43 que también se incorporó al final del trabajo de campo y que redundaba en conocer la satisfacción pero haciendo alusión específica a los CI sobre los que se le ha preguntado en el PCIE-H, y utiliza otra modalidad de respuestas, encontramos que los 98 encuestados muestran satisfacción con el cuidado recibido. Concretamente, el valor promedio fue de 4.40 sobre 5 y la distribución de frecuencias de 17/98 (17.34%) para 'Estoy satisfecho', 24/98 (24.48%) para 'Bastante satisfecho' y 57/98 (58.16%) para 'Muy satisfecho'.

5.3.2.2. Percepción acerca del rol de la enfermera en el equipo y establecimiento de una relación de confianza y seguridad

A continuación, se muestran los resultados de 3 de las cuestiones con opción de respuesta dicotómica de la sección 3 del cuestionario PCIE-H. De ellas hemos extraído la siguiente información total que también se resume en figura 32:

- (1) 221 encuestados, sobre 372 respuestas válidas, afirman que la enfermera/o se presentó por su nombre la primera vez que les atendió: 59.4% (IC: 54.2% - 64.4%)
- (2) 376 de los 381 participantes, consideran que la enfermera/o ocupa un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron: 98.7% (IC: 97.0% - 99.6%).
- (3) 366 de 377 sujetos que respondieron a esta cuestión, tienen confianza y seguridad en las enfermeras/os que les han atendido durante su hospitalización: 97.1% (IC: 94.8% - 98.5%).

5.3.2.3. *Satisfacción con la manera en la que se resolvió el problema de salud que motivó su ingreso y con la atención médica*

De los 377 participantes que respondieron a esta cuestión, 366 están satisfechos con la forma en la que se ha resuelto su problema de salud (97.1%; IC: 94.8% - 98.5%). Cabe destacar que si nos fijamos en las respuestas de estos participantes que indicaron que estaban satisfechos coincide que son los mismos 366 que respondieron que tenían confianza y seguridad en las enfermeras que les atendieron.

Por último, se valoró por si podía ser una variable de confusión, la 'satisfacción de los participantes con la atención recibida por parte del/los médicos que les atendieron en la hospitalización'. Todos los sujetos respondieron a esta cuestión. Desde las respuestas del total de la muestra: 364 encuestados, el 95.5% (IC: 93.0% - 97.4%) respondió de forma afirmativa. Por tanto, muy cerca de la totalidad de la muestra mostró su satisfacción con lo que concluimos que este hecho no ha condicionado las respuestas del resto de cuestiones.

5.3.3. Experiencias y percepciones recogidas a través del cuestionario CUCACE

Inicialmente se realiza una exploración de los datos la cual revela que: (a) los coeficientes de asimetría y curtosis están dentro de los rangos permitidos, (b) existe una cierta tendencia hacia la forma de la campana gaussiana que se confirma (c) con la falta de significación estadística ($p > .05$) en los desvíos observados según el Test KS de bondad de ajuste. Por lo que podemos aceptar que estas variables se comportan siguiendo la normalidad estadística.

En cuanto a los valores descriptivos (tabla 27) se ha observado que:

- (1) En la *Experiencia con los cuidados de enfermería*, sobre una escala de valores posibles de [0-200], el rango observado es 81-200, con mediana en casi 149 puntos. Por tanto, que las respuestas de los encuestados se concentran en la parte superior del continuo, manifestando una posición tendente hacia una buena experiencia. El valor medio es de 148 puntos con desviación estándar de ± 29.1 (IC al 95%: 143.3 – 152.5; figuras 35 y 36).
- (2) En la *Satisfacción con los cuidados de enfermería*, sobre una escala posible de [0-100], el rango observado es de 24-100 con mediana en 78 aproximadamente. De manera que también en esta dimensión el grupo se concentra en la parte superior indicando una elevada satisfacción con los cuidados recibidos. El valor medio es de 75 puntos con desviación estándar de ± 19.6 (IC al 95%: 71.8 – 78.1; figuras 37 y 38).

Tabla 27. Análisis exploratorio y descriptivo. Variables las dimensiones del Cuestionario CUCACE.

Variable	Exploración: Forma			Centralidad		Rango (Mín. / Máx.)	Variabilidad	
	Asimetría	Curtosis	Test KS: p valor	Media	Mediana		Desviación estándar	Rango intercuartil
EXPERIENCIA con cuidados	-0.24	-0.72	.498 ^{NS}	147.91	148.72	80.8 / 200.0	29.11	41.87
SATISFACCIÓN con cuidados	-0.50	-0.53	.084 ^{NS}	74.94	7.63	23.6 / 100.0	19.58	34.21

NS = Desvío no significativo ($p > .05$) la variable se distribuye normalmente

Fuente: Tabla de elaboración propia.

Figura 35. Histograma. Dimensión CUCACE: Experiencia con los cuidados recibidos.

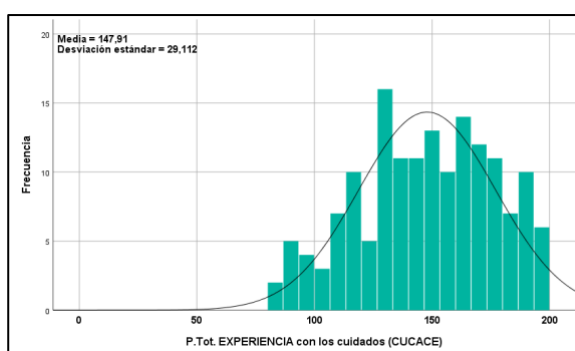
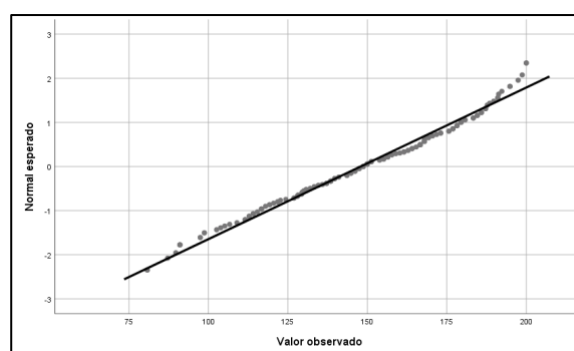


Figura 36. Diagrama Q-Q normal. Dimensión CUCACE: Experiencia con los cuidados recibidos.



Fuente: Figuras de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25.

Figura 37. Histograma. Dimensión CUCACE: Satisfacción con los cuidados recibidos.

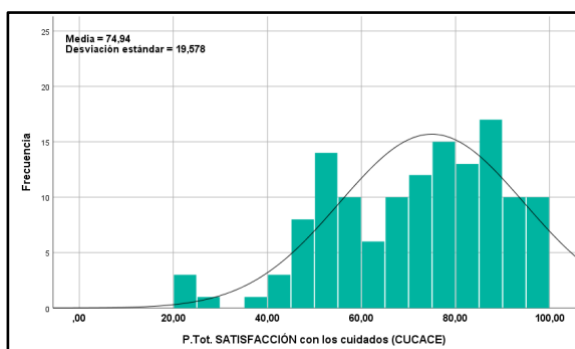
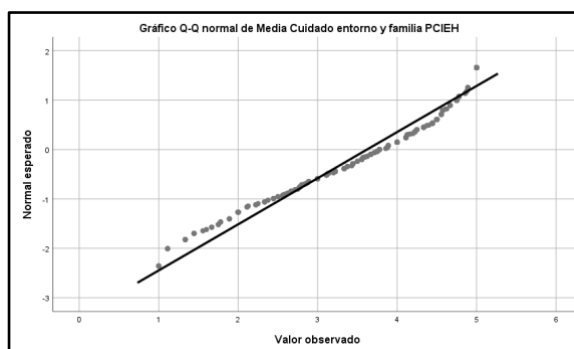


Figura 38. Diagrama Q-Q normal. Dimensión CUCACE: Satisfacción con los cuidados recibidos.



Fuente: Figuras de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25.

En cuanto a los 3 ítems independientes que completan el CUCACE, se ha observado que:

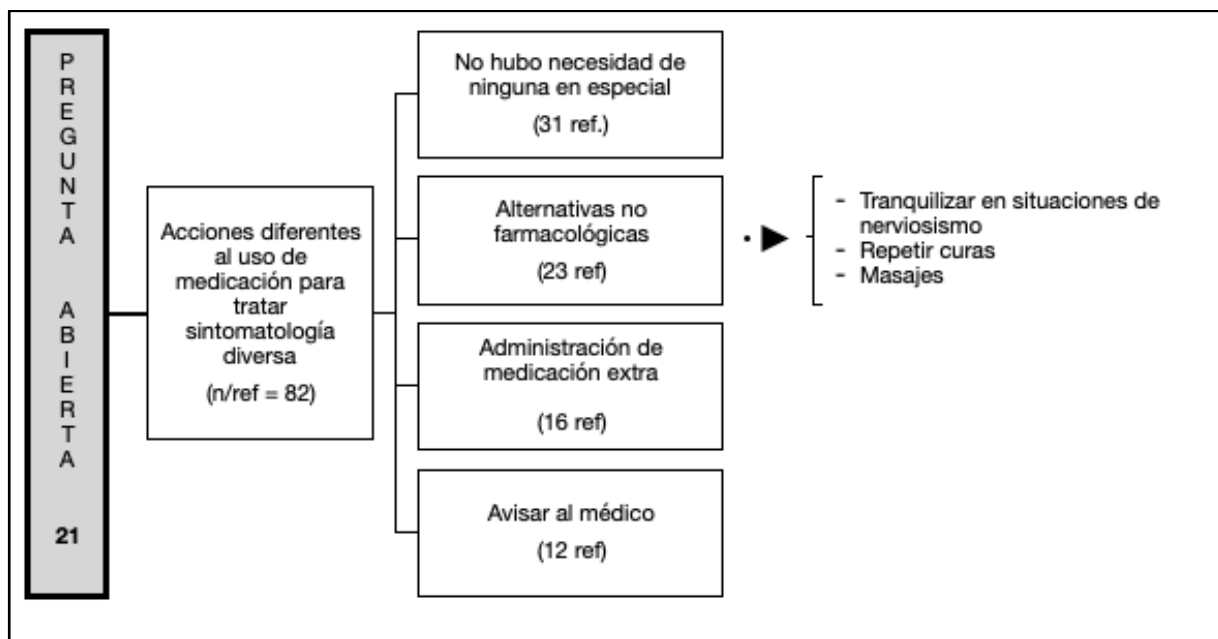
- (1) En la *Valoración global de atención recibida por las enfermeras/os de esta unidad* (escala 0-10), todas las respuestas se concentran entre los valores 5 y 7, siendo la mediana 6 y la media de 6.1 puntos. Por tanto, en conjunto se les ha otorgado una puntuación de aprobado alto.
- (2) En la *Valoración de la estancia en la unidad* (escala 0-10), las respuestas se concentran de nuevo entre 4 y 7, con la misma mediana (6) y media (6.1) de la anterior pregunta. Por lo que la interpretación es la misma.
- (3) Y finalmente a la pregunta sobre si la *atención de las enfermeras podría ser mejorada en algún aspecto*, un 56.2% respondió afirmativamente.

5.4. PREGUNTAS ABIERTAS: VIVENCIAS Y SUGERENCIAS DE MEJORA EN LA ATENCIÓN RELATADAS POR LOS PARTICIPANTES

Como parte del análisis de la experiencia con los cuidados enfermeros que nos proponemos en objetivo específico b.5., se mostrarán los resultados derivados del análisis de contenido de las respuestas que los participantes han dado a las preguntas abiertas del cuestionario PCIE-H. Antes de iniciar con la descripción detallada de las respuestas a cada pregunta, se muestra una figura que resume las categorías y subcategorías extraídas con el fin de facilitar una visualización rápida de la información esencial. Junto al *verbatim* que acompañan la descripción de los resultados, se incluye, entre paréntesis, un código que refleja por este orden si se trata de un paciente (P) o familiar (F), el número de participante, el año de cumplimentación del cuestionario, sexo y rango de edad de la persona que responde y servicio de ingreso. Esto ayuda a conocer algunas características del perfil de la persona que hace cada aportación, pero manteniendo la confidencialidad.

- *Pregunta 21: ¿Realizó (la enfermera) otro tipo de acciones para disminuir el dolor, la fiebre, la inflamación, vómitos, (...) cuando la medicación no era efectiva o no era posible proporcionarle más medicación? ¿Cuales? _____ (figura 39).*

Figura 39. Esquema de categorías y subcategorías extraídas del análisis de contenido de la pregunta abierta P21 del PCIE-H.



Fuente: Figura de elaboración propia.

Dentro de las cuestiones cerradas del PCIE-H, en la pregunta 21 hubo 82 participantes que incluyeron algún comentario acerca de estas acciones alternativas.

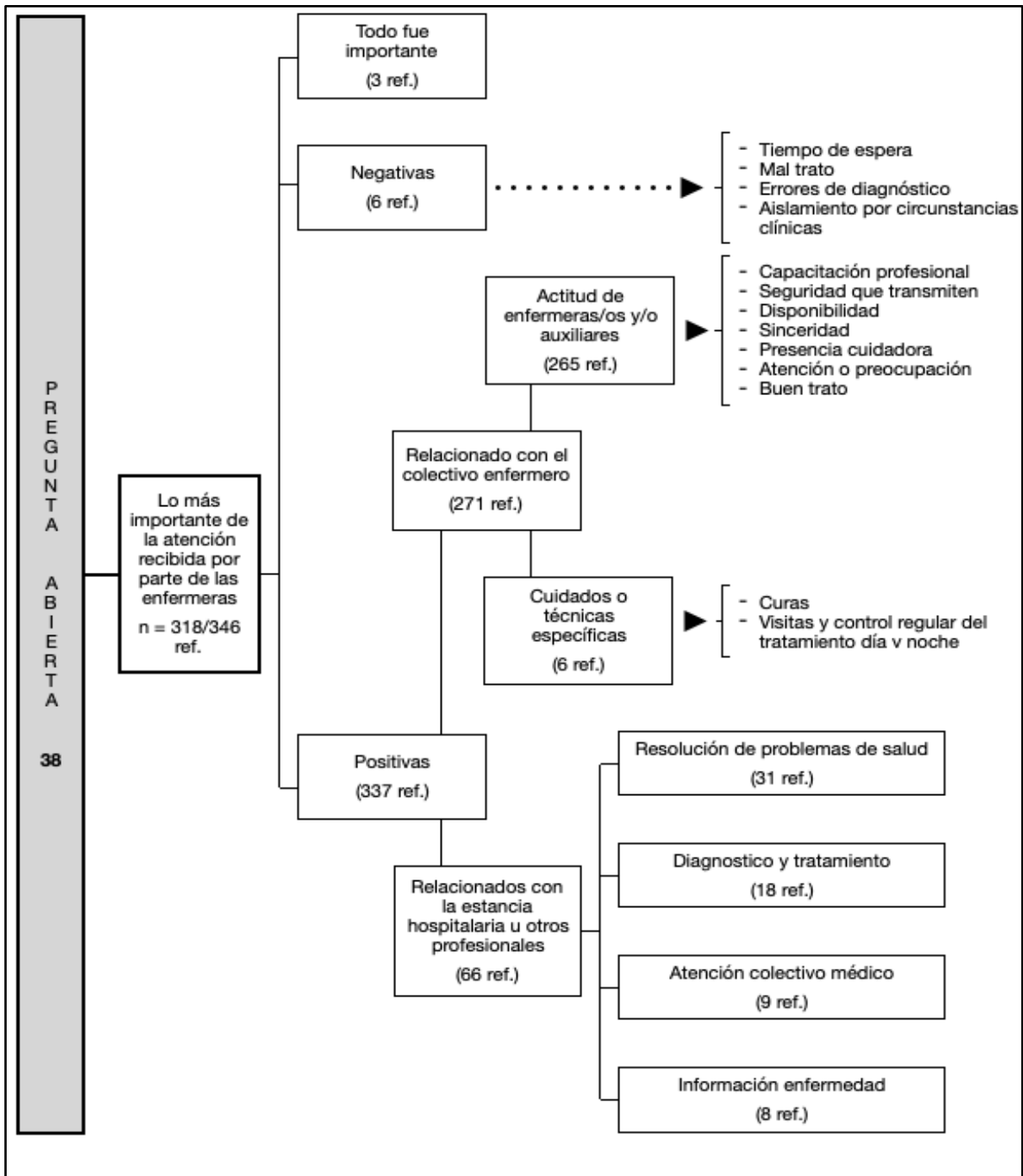
Las respuestas se codificaron en 4 nodos, el primero aglutina aquellas respuestas en las que el comentario del participante únicamente indica que ‘No fueron necesarias’ (31 referencias; 37.8%) por su situación de salud durante el ingreso y, por tanto, no aportan la información requerida. En un segundo nodo se recogieron las respuestas que indicaban que la sintomatología se resolvió con ‘Alternativas adicionales farmacológicas’ (16 referencias; 19.5%), un tercer nodo aquellas que se referían a ‘Avisar al médico’ (12 referencias que suponen el 14.6% de las respuestas) como la acción llevada a cabo por las enfermeras en esa situación. Por último, se agruparon en el nodo ‘Alternativas no farmacológicas’ todas aquellas acciones enfermeras autónomas en las que no había un uso de medicación, pero que iban orientadas a resolver el malestar producido por alguno de los síntomas indicados en la pregunta u otros posiblemente presentes (23 respuestas de las 82 disponibles; 28%). Los participantes mencionaron cuidados dirigidos a la esfera física como “*Ventilación habitación*” (F321-2014-M41/50-Aislam.), “*Masajes con aceites en las piernas*” (P045-2013-M41/50-Gine.), “*Recomendaciones posturales*” (P379-2020-H51/60-Cirug.), “*Me curaba otra vez si era necesario*” (P186-2013-M31/40-Cirug.) y otros, más emocionales en los que se buscaba el uso de la comunicación para lograr una mejora en el paciente “*Siempre eran nervios y me*

tranquilizaba” (P245-2014-H51/60-Urol.), “Hablando y así restar importancia” (F030-2014-H61/70-Onco.).

Adentrándonos en las preguntas del anexo al cuestionario PCIE-H (P38 a P42; fig 40 a 44 respectivamente) mostraremos a continuación los resultados obtenidos en cada una de ellas.

○ *Pregunta 38. ¿Qué ha sido lo más importante para usted?*

Figura 40. Esquema de categorías y subcategorías extraídas del análisis de contenido de la pregunta abierta P38 del PCIE-H.



Fuente: Figura de elaboración propia.

De los 381 participantes en la investigación, 318 escribieron algún comentario en esta cuestión (83.46%) y de estos se extrajeron 346 referencias o unidades de significado que fueron codificadas. 3 de ellas no hacían alusión a ningún aspecto en concreto indicando que todo fue importante. De los 343 restantes todos fueron comentarios en sentido positivo salvo 6 de ellos que remarcaron en uno de los casos el tiempo de espera excesivo al solicitar atención al equipo enfermero, en otro el hecho de tener que estar en aislamiento por sus circunstancias clínicas, un tercero expresó los errores en el diagnóstico que le acarrearán dolores y complicaciones que podían haberse evitado y los otros 3 el mal trato que experimentaron por parte de enfermeras y/o auxiliares.

“El maltrato recibido por un turno, una enfermera y dos auxiliares que tuve la mala suerte de que estuvieran el día que peor pasé de mi ingreso” (P173-2012-H>80-Urol.)

El resto de las respuestas, podemos dividir las en aquellas que se centran, tal y como la pregunta solicita, en valorar lo importante en concreto de la atención enfermera durante el ingreso, y en aquellas que se han centrado en otro tipo de aspectos de la estancia hospitalaria no relacionados con este colectivo. Así, encontramos que aquellos que valoraron como más importantes aspectos no relacionados específicamente con el cuidado enfermero suponen apenas un 20% de las referencias en esta pregunta, y hacen alusión a elementos como la ‘Resolución del problema de salud’ (31 referencias; 8.95% del total de respuestas) y los ‘Aspectos relacionados con la atención del colectivo médico’ (9 referencias; 2.47%), a pesar de que ya en el cuestionario había una pregunta para valorar mediante Sí o No si se encontraban satisfechos con estos dos puntos. Además, otros participantes dieron importancia a atenciones relacionadas con el ‘Diagnóstico y tratamiento’ (18 referencias; 5.2%), o la ‘Información sobre el proceso de enfermedad’ (8 referencias; 2.31%).

Si revisamos en detalle los testimonios, en cuanto a los participantes que valoraron de forma más importante la ‘Resolución del problema de salud’, remarcaron principalmente la salida del hospital una vez el problema que motivó el ingreso se había resuelto o la curación completa que les permite en la actualidad recibir solamente tratamiento de mantenimiento para prevenir la recaída.

“Que me he recuperado muy bien. Me voy con mucha mejoría dentro de la gravedad de la enfermedad” (P149-2012-H61/70-Cirug.)

Aquellos que valoraron como más relevante el ‘*Diagnóstico y tratamiento*’ pusieron de relieve aspectos como la rapidez en la realización de pruebas que permitieron encontrar el tumor principal e iniciar un tratamiento farmacológico, radioterápico o quirúrgico de forma precoz.

“La rapidez del diagnóstico” (P118-2014-H61/70-Neumo.)

*“Que me localizaran el problema que tenía y me pusieran tratamiento”
(P170-2013-H61/70-Neumo)*

Algunos de los participantes valoran muy positivamente la atención del equipo médico y hacen alusión a ella en exclusiva. Estos comentarios se han codificado en el nodo ‘*Aspectos relacionados con la atención del colectivo médico*’. Otros como veremos más adelante hacían referencia al equipo enfermero y médico por igual.

“El equipo médico y su buen criterio” (P106-2012-H51/60-Onco.)

“La confianza en los médicos que me atendieron” (P98-2012-H51/60-ORL)

“El trato tan familiar de los neumólogos” (P424-2020-H51/60-Neumo.)

Por último, de los aspectos no relacionados con las enfermeras (puesto que en las respuestas no se especifica que sean estas quienes atendieron a las cuestiones a las que se refieren los participantes), hubo 8 personas que destacaron la relevancia de la ‘*Información sobre el proceso de enfermedad*’, indicando fundamentalmente las explicaciones sobre alguno de los tratamientos, sobre la evolución previsible según la patología del paciente o la resolución de dudas.

“La información, que te digan por las rachas por las que vas a pasar” (P95-2014-H51/60-Cirug.)

“Que me contesten a las preguntas sobre lo que tengo” (P358-2015-M51/60-Cirug.)

“La explicación que me dio el médico sobre la intervención” (P433-2020-M61/70-Gine.)

Ya centrándonos en las respuestas con respecto a la atención del equipo enfermero, la gran mayoría de los comentarios destacan algún aspecto de la ‘*Actitud de las enfermeras/os y/o auxiliares*’ (265 referencias; 76.58%) y solo una pequeña parte de ellos hicieron alusión a ‘*Cuidados o técnicas específicas*’ (6 referencias; 1.73%) como los aspectos más relevantes de su atención hospitalaria. De estos últimos, algunos solo hacían mención a los cuidados

enfermeros en general y otros concretaban en algunos de ellos como se muestra en las siguientes respuestas:

“Las curas de enfermería” (P155-2012-M41/50-Cir.Tórax)

“Mantenimiento regular de las visitas y control en administración de los tratamientos tanto de día como de noche” (P232-2014-H61/70-Onco.)

Profundizando en la categoría que aglutina la ‘Actitud de las enfermeras/os y/o auxiliares’, observamos que se destacan dentro de la misma elementos como la buena capacitación y la profesionalidad, la seguridad que transmiten, la disponibilidad, la sinceridad, la presencia cuidadora, la atención o preocupación y el trato. Este último aspecto, el trato, podríamos decir que aglutina elementos nombrados por los participantes como la amabilidad, la cercanía, el cariño, la delicadeza, etc.

Además, unos pocos participantes destacan a su vez los sentimientos que esta actitud de los profesionales de enfermería les ha suscitado y otros remarcan como lo más importante el trabajo de la enfermera por cuidar también de los familiares.

“La profesionalidad, delicadeza y atenciones, ya que son momentos en los que es necesario este trato” (P244-2014-M51/60-Onco.)

“La atención con cariño y preocupación hacia el paciente” (P342-2015-M41/50-Gine.)

“El contacto diario y la comunicación con ellas. Te hacen pasar mejor los días difíciles cuando estás ingresado (P199-2013-H71/80-Cir.tórax)

“Que ha habido sonrisas y buenas palabras y formas siempre (...)” (P346-2015-H41/50-Hemato)

“La compañía. El extraordinario cariño. La profesionalidad la doy por supuesta (test) - El sentirme reconfortada por el personal de enfermería. Sentirme segura con ellas (retest)” (P260-2014-M41/50-Gine.)

“El trato personal, que te llamen por tu nombre y que sean tan profesionales que sepan dejar sus problemas fuera del trato al paciente (test) – El que los profesionales estén cerca del paciente (retest)” (P176-2013-M31/40-Onco.)

“1º) Su profesionalidad, notaba que están altamente formadas y eso da mucha confianza al enfermo; 2º) Trato muy humano” (P188-2014-M51/60-Cirug.)

“Que se han portado cercanas a mí, cuando estas ingresado necesitas a alguien a tu lado, aparte de la familia” (P/F015-2012-H71/80-Onco.)

“En todo momento me atendieron con cariño, haciendo o intentando que me sintiera mejor. Intentaban alejar mi cabeza de esa habitación y mi enfermedad sin dejar en ningún momento de ser profesionales con sus cuidados” (P045-2013-M41/50-Gine.)

“La mayoría eran muy consideradas en los horarios en los que estábamos durmiendo y no encendían la luz general, eran silenciosas y me daban tranquilidad de no tener que estar yo pendiente del gotero, me decían: “Luego paso a quitártelo, duerme”.” (P408-2020-M51/60-Onco)

“La capacitación profesional la da un título, pero el trato cercano, el apoyo, la empatía, la paciencia al explicar las cosas es algo que va en las personas y las enfermeras que me atendieron tenían de todo lo bueno” (P395-2020-M51/60-Gine.)

“El trato recibido es muy bueno, el personal es atento y ayuda tanto al paciente como al cuidador en el día a día” (F94-2014-H61/70-Urol.)

“Que son amables, comprensivas y atentas tanto con el enfermo como con los familiares” (P120-2014-H51/60-Onco.)

“El sentimiento de humanidad por parte de todo el personal. En unos momentos complicados para el paciente yo me sentí totalmente arropada, cuidada y ayudada en todo momento” (P400-2020-M51/60-Gine.)

Como comentábamos varios de los pacientes en sus respuestas quisieron destacar la atención médica, además de la enfermera, durante su estancia hospitalaria otorgando las mismas virtudes o elementos destacados a ambos colectivos profesionales.

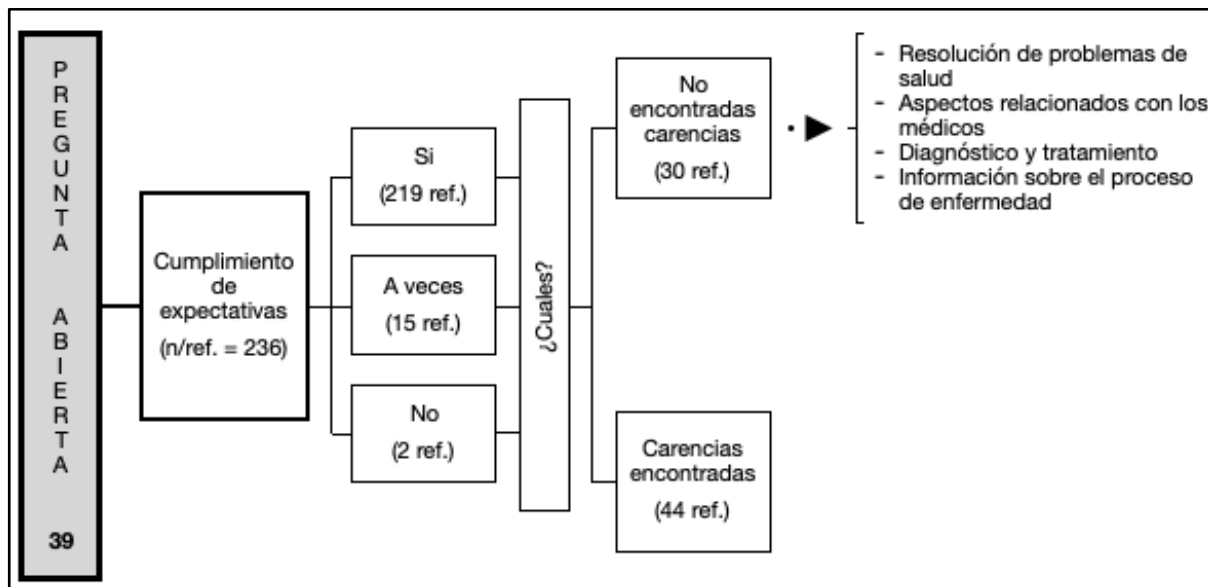
“El trato recibido por las enfermeras y médicos. Todos en general” (F136-2012-M51/60-Cirug.)

“La atención que recibí en mi ingreso (...) y el seguimiento que hicieron tanto médicos como enfermeras bajando a la UCI a preguntar por mí” (P064-2012-M41/50-Infec.)

“Mi confianza en médico y enfermeras” (P230-2014-M61/70-Cirug.)

- *Pregunta 39: ¿Se han cumplido las expectativas que usted tenía sobre las enfermeras/os que le han atendido o ha habido algo que ha echado en falta?*

Figura 41. Esquema de categorías y subcategorías extraídas del análisis de contenido de la pregunta abierta P39 del PCIE-H.



Fuente: Figura de elaboración propia.

En este caso hubo 236 participantes que respondieron a la cuestión, 15 de los cuales consideraron que se habían cumplido solamente a veces. De manera excepcional 2 participantes expresaron claramente que no se habían cumplido sus expectativas, en sus testimonios se explican las razones de esta percepción:

“No, ya que el día que necesité su atención, el trato recibido rozó lo vejatorio, los demás días esas tres personas también trabajaron en algún turno y el trato fue parecido, pero afortunadamente ya no era tan urgente y necesaria su atención”
(P173-2012-H>80-Urol.)

“No, son gente fría y van a lo suyo, hace falta más información al paciente”
(F198-2013-H51/60-Onco.)

En cambio, una amplia mayoría (219 participantes; 68.86%) indicaron que sí se habían cumplido sus expectativas con respecto a la atención enfermera recibida. En varias de las respuestas aportaban sus motivos y algunos de ellos incluso reconocían que las expectativas se habían visto superadas por la realidad.

“Se han cumplido ampliamente, porque a pesar de haber disminuido el número de enfermeras debido a la “crisis”, las que quedan se multiplican en su atención” (P077-2014-M61/70-Onco.)

“Sí, por encima de lo que pensaba” (P406-2020-H51/60-Onco.)

“Todo muy bien. Se ha cumplido con creces, de maravilla” (P299-2014-M71/80-Aislam.)

“Las expectativas se han cumplido satisfactoriamente tanto en lo profesional como en el trato recibido” (P140-2012-H41/50-Cirug.)

“Me han atendido bien en todo lo que he necesitado” (P368-2017-H61/70-Neumo.)

Un par de personas hacen alusión a la diferencia en la atención de hace unos años a esta parte:

“Se han cumplido, hace años la atención era mucho peor. Ahora las enfermeras de esa misma planta tienen un 10 (test)- El servicio de enfermería ha mejorado mucho en los últimos años (retest)” (P341-2013-H61/70-Hemato.)

“En progresión positiva desde los 2 años anteriores y 3 operaciones que llevo” (P411-2020-H41/50-Cirug.)

Con respecto a si notaron carencias o falta de algún cuidado, atención o cualquier otro aspecto que fuese competencia del equipo enfermero, hubo 74 participantes que respondieron. En 30 referencias (40.5% de las respuestas a esta cuestión) se ha indicado que no se ha echado nada en falta durante la estancia hospitalaria.

“No he echado nada en falta” (P011-2012-M61/70-Neumo.)

“Dados los recursos económicos disponibles han suplido con profesionalidad las posibles carencias” (P366-2015-M51/60-Gine.)

“Es imposible echar algo en falta cuando me sentía súper protegida y súper tranquila en unos duros momentos” (P400-2020-M51/60-Gine.)

Por otra parte, encontramos 44 referencias (59.45%) que hacen alusión a carencias en la atención recibida. Estas se agrupan principalmente en aquellas que tienen relación con un exceso de rigidez y protocolización en la atención, o con una percepción de falta de proximidad, de afecto, de empatía y de educación sanitaria o información.

“Más frecuencia en la atención. Hay exceso de “automatismo”” (F336-2014-M71/80-Cirug.)

“(…) quizás deberían romper un poco los protocolos (…)” (P252-2014-M51/60-Cirug.)

“Se echa en falta algo más de comunicación por parte de los enfermeros. De trato humano más cercano – Una atención más cercana” (P290-2014-H41/50-Med.Int.)

“(…) lo único que he observado que no hay amor y cariño y eso no cuesta dinero” (P171-2013-H41/50-Onco.)

“Son poco empáticas” (P331-2014-M41/50-Derma.)

“Creo que hace falta más empatía con el enfermo, un poco de psicología dulce. En situaciones difíciles es de agradecer” (P367-2014-M51/60-Onco.)

“Más enseñanza de ejercicios respiratorios” (P155-2012-M41/50-Cir.Tórax.)

“Falta de información, dan por sabidas cosas sin comprobar que están claras” (P154-2012-H51/60-Infec.)

Además, cabe destacar que 8 de esas 44 personas (18.18%) que encontraron carencias en la atención enfermera, acusaron la falta de tiempo por la carga de trabajo y la necesidad de personal para poder dar un servicio de excelencia. Esto veremos que es algo que vuelve a aparecer en las siguientes preguntas pues tiene un impacto apreciable para muchos de ellos que merma la calidad de los cuidados.

“Les falta tiempo para atender” (P415-2020-H61/70-Cirug.)

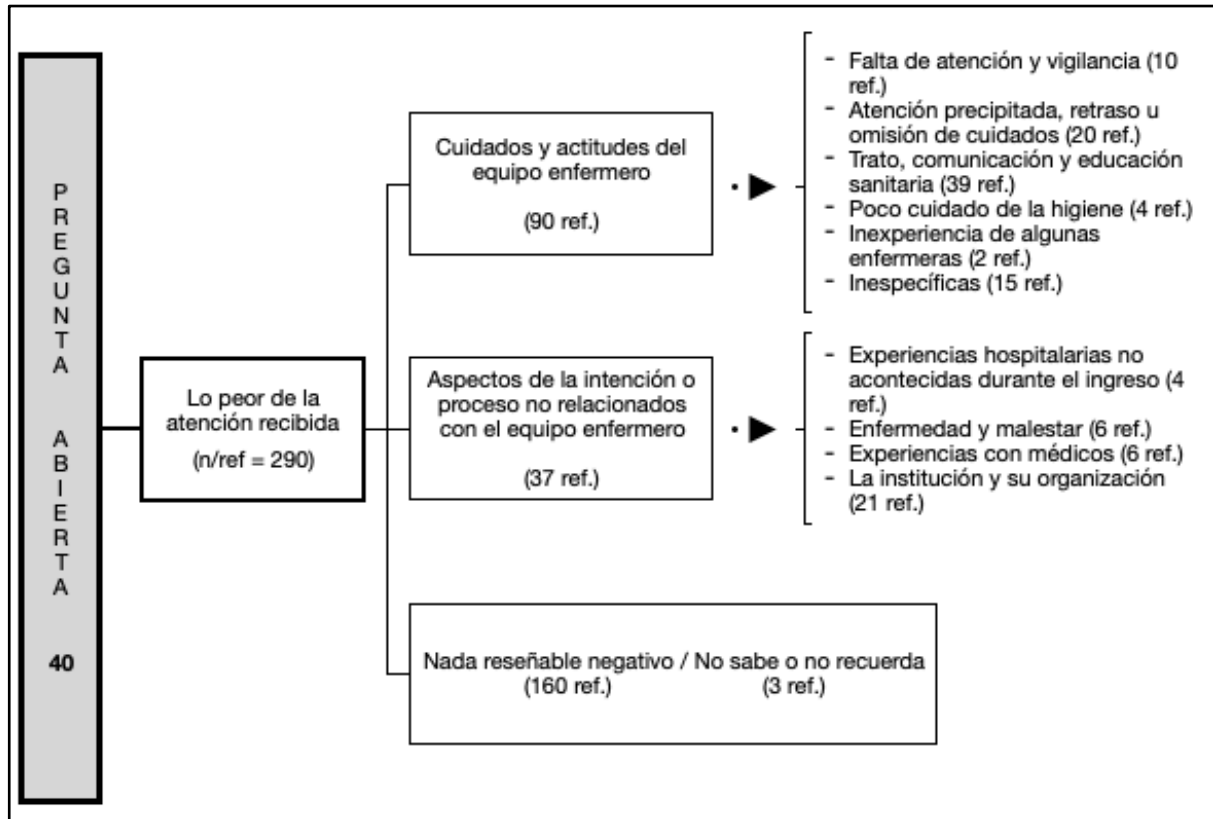
“He echado en falta más personal pues a veces quieren hacerlo aún mejor y no pueden” (F267-2014-M71/80-Cirug.)

“He echado en falta más personal sanitario para dedicar así más tiempo a cada enfermo” (P027-2012-H41/50-Cirug.)

“Las otras veces que he estado ingresada he estado muy bien atendida, esta vez como era puente festivo he notado falta de personal tanto enfermeros como médicos” (83-2014-M41/50-Hemato.)

○ *Pregunta 40: ¿Qué ha sido lo peor en cuanto a la atención recibida?*

Figura 42. Esquema de categorías y subcategorías extraídas del análisis de contenido de la pregunta abierta P40 del PCIE-H.



Fuente: Figura de elaboración propia.

Esta pregunta fue respondida por 290 de los participantes en el estudio de los cuales 160 expresaron que no hubo nada en su estancia considerado de esta manera (55.1% de las unidades de significado).

“No tengo ninguna queja” (P212-2013-H71/80-Cirug.)

“No puedo opinar al respecto porque no hay nada significativo” (P424-2020-H51/60-Neumo.)

“No hay nada que destacar en sentido negativo” (P072-2012-M51/60-Cirug.)

En cuanto a los que sí hicieron alusión a los aspectos más negativos o considerados como peores en su experiencia, vemos que podemos hablar de 2 subcategorías, por un lado, la que se genera a partir de las respuestas sobre ‘Cuidados y actitudes del equipo enfermero’ (90 referencias; 31%) y ‘Aspectos de la atención o proceso no relacionados con el equipo enfermero’ (37 referencias; 12.8%). El 1.1% restante que no ha sido codificado ni incluido en

ninguna de estas subcategorías se debe a que la respuesta es que no lo saben o que no lo recuerdan.

De entre aquellos que centraron su respuesta en circunstancias o hechos ajenos a los miembros del equipo enfermero hubo 4 participantes que pusieron el foco en ‘*Experiencias hospitalarias que no acontecieron durante el ingreso*’ (3.14% del total de participantes destacaron algún aspecto negativo). Así, expresan vivencias negativas en el área de urgencias donde se les atendió previo al traslado a planta o en las consultas u Hospital de Día donde se les hace seguimiento y tratamiento de su enfermedad de forma ambulatoria.

“En las consultas de oncología (...) cuando tenemos tratamiento nos juntamos muchos pacientes y a veces son muchísimas horas de espera” (P189-2012-M41/50-Cirug.)

“El paso por urgencias por su masificación” (F183-2013-M61/70-Onco.)

“La espera en el servicio de urgencias, siempre correctamente atendido” (P332-2014-H61/70-Neumo.)

Por otro lado, 6 participantes hicieron mención de que su peor experiencia estaba relacionada no con la atención hospitalaria sino con la ‘*Enfermedad y el malestar que genera*’ (4.72%). Así, encontramos que los testimonios hacen referencia fundamentalmente a la mala noticia que supuso recibir el diagnóstico en sí mismo, al dolor, la confusión o el malestar que esta les provoca.

“El no encontrarme bien” (P/F015-2012-H71/80-Onco.)

“Enterarme de la enfermedad” (P169-2013-H61/70-Med.Int.)

Adicionalmente, otro grupo de 6 participantes (4.72%) valoraron como lo peor vivido en la hospitalización las ‘*Experiencias con los médicos*’, en las que destacan la inexistencia de un único médico de referencia durante su estancia, la cantidad o la forma de información que estos les proporcionaban.

“Cada día había un médico” (P129-2014-H71/80-Urol.)

“La peor ha sido una falta de información, pero por parte de los médicos (...) Recibir la información sobre mi enfermedad en la antesala del quirófano (...)” (P059-2014-M51/60-Gine.)

Por último, en cuanto a las experiencias que no hacen alusión al colectivo enfermero, 21 participantes indicaron situaciones negativas relacionadas con ‘*La institución y su organización*’ (16.53%). Las habitaciones compartidas y pequeñas (5 referencias), la escasez de personal (4 referencias) o las esperas (7 referencias) son los aspectos más repetidos.

“2 pacientes en la misma habitación con gravedad muy distinta, [esto] perjudicaba la estancia del mejor de ellos” (P050-2013-H51/60-Onco.)

“Lo peor fue la habitación que era minúscula para dos personas y yo estaba baja de defensas y mi compañera con una infección respiratoria” (P138-2012-M41/50-Onco.)

“Falta de personal, no sustituyen las bajas de personal” (P305-2014-H61/70-Onco.)

“Las esperas de los resultados de las pruebas que te realizan y para ello estas días y días allí. Entiendo que hay una espera, pero claro el paciente se cansa” (P040-2012-M61/70-Neumo.)

Centrándonos en la subcategoría con más referencias, aquella que aglutina los comentarios relacionados con los ‘*Cuidados y actitudes del equipo enfermero*’ que han supuesto experiencias negativas reseñables, descubrimos que la falta de tiempo de las enfermeras para llegar a todo genera una atención precipitada, retrasos en determinados cuidados y omisión de otros y esto es identificado por varios de los encuestados (20 referencias; 15.7%).

“Saturación de trabajo en el turno de noche, por lo que la atención era bastante más lenta (...) Generalmente llegaban a la habitación sobre la 1 de la mañana” (P155-2012-M41/50-Cir. Tórax)

“Que alguna tenía más trabajo del que podía realizar, sobrecarga con lo cual te dedicaban menos tiempo del que deberían” (P434-2014-M71/80-Onco.)

“La falta de tiempo que tienen por la mañana en hacer las camas, apresurando al paciente a levantarse” (P411-2020-H41/50-Cirug.)

“Cuando se llamaba a la enfermera no se sabía cuánto iba a tardar. En ocasiones demasiado tiempo (test)– Tener que esperar demasiado tiempo cuando llamaba por algún problema con los goteros (retest)” (P194-2013-H41/50-Onco.)

“Están muy atareadas, no tienen tiempo para hablar con el paciente, yo he procurado molestar lo menos posible” (P021-2012-M51/60-Gine.)

“Que un día estaba muy mal y tardaron 45 minutos en venir porque era el cambio de turno y lo pasé bastante mal” (P250-2014-M18/30-Onco.)

Resultan también destacables las alusiones a los errores cometidos por falta de atención o vigilancia (10 referencias; 8.06%).

“Descuidos en la administración de medicación tenía que estar atento yo mismo” (P042-2012-H61/70-Onco.)

“La primera quimio que me pusieron tras ponerme el reservorio la enfermera no me la colocó bien y tuve una extravasación de líquido quimioterápico por el escote, pecho y hasta la cintura. Toda esa zona me ha quedado casi inservible, más oscura y lo pasé muy mal” (P244-2014-M51/60-Onco.)

“Los horarios de los goteros de antibiótico que no los ponían cada 8h. Unas veces a las 6h, otras pasaban 10h. Lo comenté y no se solucionó” (P408-2020-M51/60-Onco.)

“(…) El último día se lo mostré a la enfermera. La primera me dijo que me hiciera retirar la vía, pero no informó de ello al médico y no me dieron tratamiento para ello en el momento del alta. La segunda enfermera cuando le pregunté al respecto de mi flebitis ni siquiera se interesó por mirar la vena inflamada, ni que la piel se estaba hinchando y estaba enrojecida (...) Tuve que acudir al día siguiente al médico de cabecera quien me prescribió 7 inyecciones de heparina y 1 mes de Varidasa porque tenía una tromboflebitis” (P192-2013-M51/60-Onco.)

“La falta de atención (se realiza la glucemia capilar que correspondía a la compañera de habitación)” (F336-2014-M51/60-Cirug.)

Otros participantes remarcan aspectos más relacionados con el trato, la comunicación y la educación sanitaria e información sobre su proceso (39 referencias).

“Las malas formas y poca simpatía de algunas enfermeras” (F198-2013-H51/60-Onco.)

“Cuando algún personal de enfermería se comporta de forma brusca con el paciente o con los familiares del paciente” (P176-2013-M31/40-Onco.)

“Falta de información y amabilidad hacia el paciente” (P328-2014-H61/70-Neumo.)

“Cuando en algún momento se muestran poco comprensivas” (P120-2014-H51/60-Onco.)

“(…) a la hora del alta una mayor y mejor información sobre los procesos y cuidados a seguir, pero fue únicamente una persona en concreto (…) no fue correcta en la información que dio de cara a lo que tenía que hacer después de la operación: curas, dónde elástico, etc.” (P222-2014-M41/50-Cirug.)

O con la falta de preocupación por la higiene y las diferentes incomodidades que esto puede generar (4 referencias; 3.14%).

“La falta de intimidad durante la higiene” (P260-2014-M41/50-Gine.)

“La manipulación brusca durante la limpieza (higiene)” (P/F336-2014-M71/80-Cirug.)

“El aseo los primeros días. Comprendo que es mejor así, actuar con decisión y contundencia, aunque pasemos mal rato” (P193-2013-H51/60-Cirug.)

“Gracias a que estamos mi hermana y yo para poder lavarle a mi madre, cada vez que le salían por vagina la heces por el intestino perforado. Las enfermeras no se preocupaban” (F022-2013-M31/40-Cirug.)

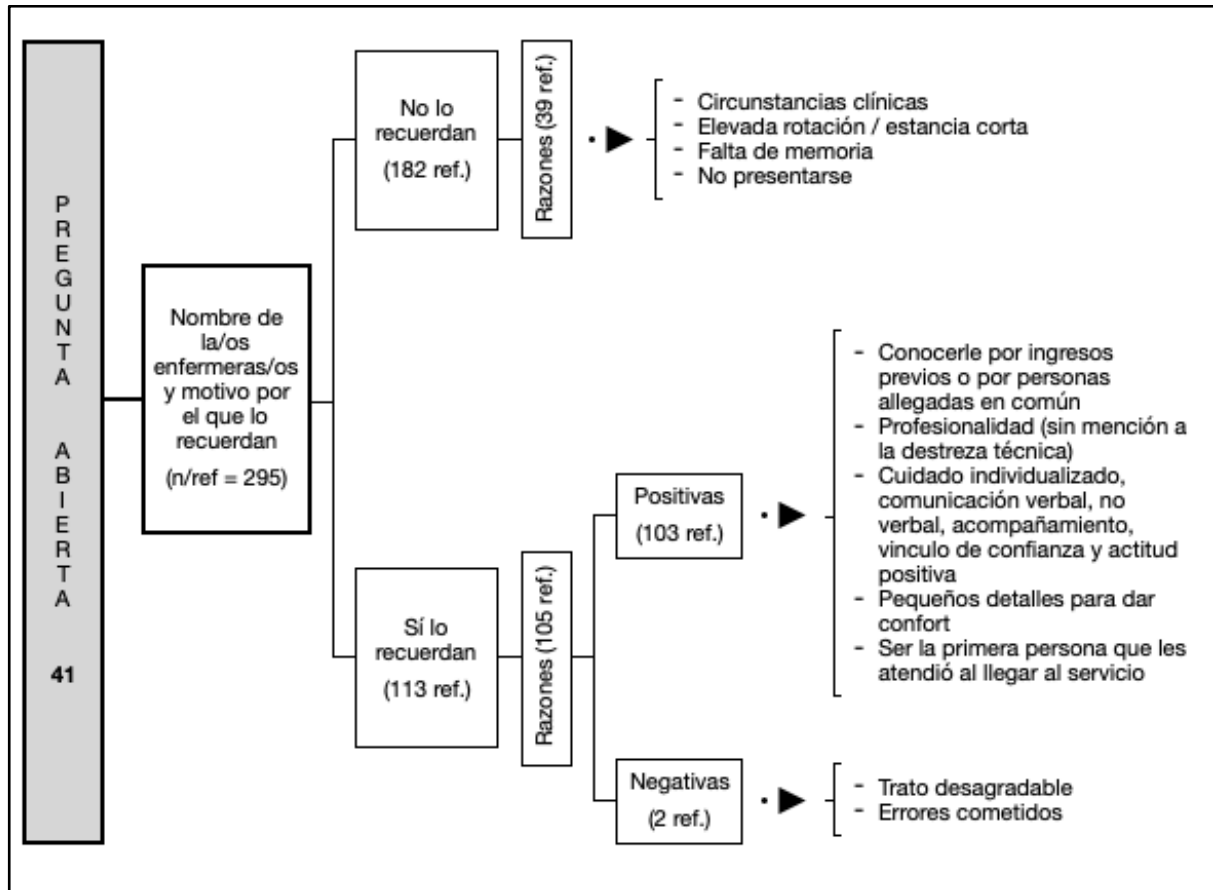
Otros 2 participantes (1.57%) mencionan la falta de práctica o la inexperiencia de ciertas enfermeras como algo que ha marcado negativamente su vivencia en el hospital.

“Falta de práctica en las técnicas de enfermería” (P273-2015-M61/70-Cirug.)

Por último, hubo 15 referencias (11.81%) que indicaban problemas puntuales con algunas enfermeras o expectativas no cumplidas, pero sin especificar los motivos concretos por los que se había producido su descontento.

○ *Pregunta 41: Recuerda el nombre de alguna enfermera/o o auxiliar? Si es así, ¿cuál es el motivo?*

Figura 43. Esquema de categorías y subcategorías extraídas del análisis de contenido de la pregunta abierta P41 del PCIE-H.



Fuente: Figura de elaboración propia.

De la muestra total de participantes un 77.4% respondieron a esta cuestión, esto supone que obtuvimos 295 respuestas, de las cuales 182 (61.69%) indicaban que no recordaban el nombre de ninguna enfermera y 113 sí lo hacían (38.31%).

39 de las personas que comunicaron que no sabían en el momento de responder al cuestionario los nombres de ninguna persona del equipo enfermero, proporcionaron las razones que las llevaban a no recordarlo y que fundamentalmente son: sus circunstancias clínicas en el momento del ingreso, la estancia corta junto con la elevada rotación, su falta de memoria para este tipo de información y que el propio personal no daba a conocer ese dato. Hasta 6 de ellos indicaron que, aunque no recuerdan el nombre sí recuerdan las sensaciones positivas que les generaron y sus rostros para poder reconocerlas.

“No, ya que no me dijeron su nombre. Pero lo hicieron muy bien” (P347-2015-M61/70-Cirug.)

“No, no me dijeron en ningún momento su nombre” (P331-2020-M51/60-Cir.tórax.)

“En estos momentos no me acuerdo, ya que fue una operación muy dura y la cabeza no se tiene muy bien” (P245-2014-H51/60-Urol.)

“No recuerdo ninguno de sus nombres, soy un poco despistada para eso. Además, creo que cada día eran personas diferentes” (P157-2012-M41/50-Cirug.)

“No, tengo una memoria horrible. En el tiempo que estuve ingresada, más o menos sí, pero además de que cambiaban turnos y estuve pocos días no tuve mucho tiempo para conocerlas” (P372-2020-M71/80-Cirug.)

“No recordamos los nombres, pero sí sus caras. Nos daban consejos para llevar mejor la enfermedad” (P431-2020-H61/70-Cirug.)

De los 113 participantes que sí recordaban el nombre de algunos profesionales del equipo enfermero, 105 compartieron los motivos que hacían que esa información hubiese quedado grabada. Todos ellos eran motivos positivos salvo 2 que tenían que ver con un trato desagradable por parte de esa persona puntualmente o con que esa enfermera en particular había cometido algún error con consecuencias para el paciente. En cuanto a los aspectos que los llevan a tener grabado en la memoria el nombre de alguna enfermera/o o auxiliar en especial, algunos hacen referencia a que han ingresado en varias ocasiones y por ello ya las conocían, con lo que la relación es más cercana y no inicia desde cero. En cambio, otros las conocían con anterioridad por ser allegadas del propio paciente o de alguno de sus familiares. No obstante, podemos decir que la mayor parte de los comentarios parece que apuntan a los aspectos relacionales como las razones por las que determinadas enfermeras dejaron huella en estas personas.

“Tuve un bajón grande y me animó y una noche en la que estuve bastante grave logró arrancarme una sonrisa” (P033-2012-M51/60-Cirug.)

“El motivo es la atención de cara al paciente, personalizada en todo momento y la confianza y cariño que ponen (...)” (P003-2012-H41/50-Cirug.)

“Fue especialmente cariñosa y comprensiva además de darme muchos ánimos” (P296-2014-M41/50-Neumo.)

“Sí, por lo cariñosa que era y porque estaba siempre entrando a la habitación por si necesitaba algo” (F104-2012-M41/50-Onco.)

“Nati, le llamaba la psicóloga, en seguida sabía cómo estaba, venía todos los días a hablar conmigo, 10 minutos eran suficientes” (P425-2020-H61/70-Hemato.)

“Su solidaridad y su trato al haber sido paciente. Me animó mucho al contarme su experiencia. Me dio buenos consejos” (P116-2014-M51/60-Onco.)

“Chon, enfermera muy humana, atenta y muy profesional” (P060-2014-M71/80-Cirug.)

“No recuerdo su nombre, pero había una enfermera que para mí fue la más especial por su manera de tratarme y hablar conmigo (...) por su forma de explicarme todo” (P186-2013-M31/40-Cirug.)

“(...) recuerdo especialmente una que era muy cantarina y alegre, era auxiliar” (P188-2014-M61/70-Cirug.)

“Sí, de muchas, porque me trataban como una amiga. Incluso siguen saludándome cuando nos vemos y preguntándome e interesándose por mi salud” (P045-2013-M41/50-Gine.)

Además, ser la persona de primer contacto en la planta con el paciente o los pequeños detalles para proporcionar confort también son aspectos de la atención que les han marcado especialmente.

“P., siempre estaba pendiente, aunque no fuera mi enfermero en ese turno, es muy noble y trataba de aliviarme el dolor con cosas caseras” (P150-2012-H41/50-Cirug.)

“MJ, siempre me pelaba la fruta en el desayuno” (P228-2014-M41/50-Cirug.)

“Recuerdo a P. que me recibió el día del ingreso” (P100-2012-M51/60-Cirug.)

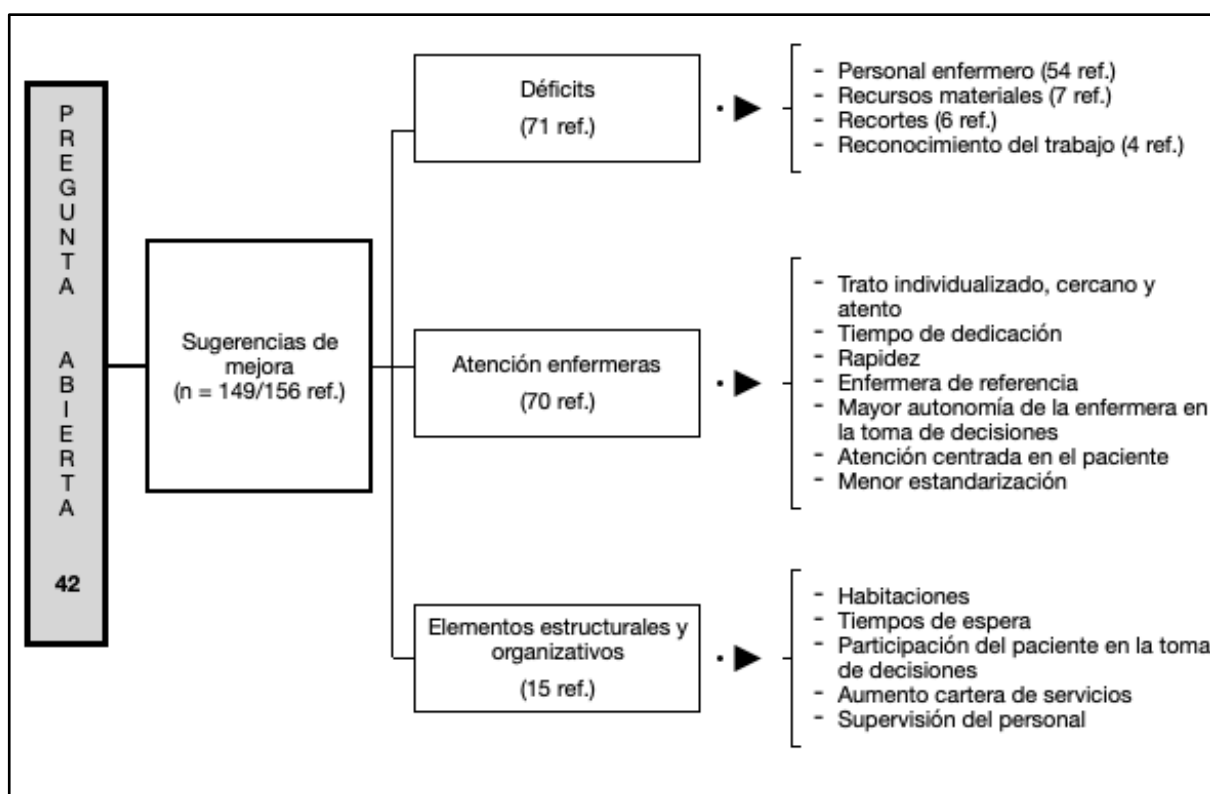
“Sí, porque estuvo más tiempo conmigo, por la simpatía y familiaridad que mostraba” (P/F364-2015-H41/50-Cirug.)

“C., entre otras porque se presentó (...), por su humanidad e interés” (P119-2014-M61/70-Gine.)

“N., le llamaba la psicóloga, en seguida sabía cómo estaba, venía todos los días a hablar conmigo, 10 minutos eran suficientes” (P425-2020-H61/70-Hemato.)

- Pregunta 42: Le agradeceríamos que nos hiciera sugerencias para mejorar la atención de enfermería.

Figura 44. Esquema de categorías y subcategorías extraídas del análisis de contenido de la pregunta abierta P42 del PCIE-H.



Fuente: Figura de elaboración propia.

Del total de participantes, 205 quisieron responder a esta cuestión (53.8%), aunque 56 de ellos no aportaron sugerencias de mejora en la atención enfermera, sino que reiteraron su satisfacción con la misma y animaron a seguir como hasta ahora.

“Estoy satisfecho con el trato recibido, no se me ocurre ninguna sugerencia. En todo caso animar al personal de enfermería para que sigan desempeñando así su cometido” (P193-2013-H51/60-Cirug.)

El resto, 149 participantes, sí compartieron una o más sugerencias o comentarios que a su entender mejorarían la calidad del servicio enfermero (156 referencias). Estas han sido codificadas en diferentes nodos.

Por un lado, encontramos 15 referencias (10.06%) a propuestas relacionadas con ‘Elementos estructurales y organizativos del hospital’ que como hemos visto en la pregunta

acerca de lo peor valorado de su estancia (P40) es un aspecto que influyó negativamente para varios de ellos en su experiencia hospitalaria. Así, sobre aspectos relativos al espacio del que se dispone, varias personas solicitaron mejorar la limpieza de las habitaciones, que estas fuesen más amplias, sugiriendo la posibilidad de no compartirla con otro enfermo, sino que fuese individual o en caso de ser necesario compartir que se tuviese en cuenta para la agrupación que los pacientes tengan gravedades similares. Por otra parte, hay quienes proponen regular las visitas que se permiten.

“Deberían ordenar las habitaciones con pacientes en situación similar”
(P050-2013-H51/60-Onco.)

“Es importante estar solo en la habitación” (P004-2012-M41/50-Onco.)

“Las visitas. No más de 2 por paciente y en horario reducido valorando el estado de ánimo del enfermo” (P95-2014-H51/60-Cirug.)

Algunos pacientes hicieron otras propuestas generales que hacían alusión a mejorar los tiempos de espera, fomentar la toma de decisiones por parte del paciente o incluir la posibilidad de solicitar servicios de Fisioterapia para mejorar tras el deterioro corporal que dejan el encamamiento o ciertos tratamientos.

“En otras ocasiones tras mi operación el cuerpo se queda muy entumecido, sería bueno que al igual que hay servicio de sacerdote o de peluquería hubiese un servicio de fisioterapia, que no tiene por qué ser gratis, pero por ejemplo alumnos de 4º año de fisioterapia ofrecerse, yo en otras ocasiones lo hubiese agradecido”
(P395-2020-M51/60-Gine.)

Y, un par de los participantes, orientaron sus recomendaciones a que la gerencia garantice la supervisión del personal.

“Siempre deben de mantener personal cualificado y con regulares revisiones” (P222-2014-M41/50-Cirug.)

Por otro lado, encontramos un número importante de sugerencias (54 referencias; 34.61% del total de comentarios recibidos) que hemos clasificado dentro del nodo ‘Déficits’ pues se refieren a lagunas en la atención y hacen alusión, por un lado, a la necesidad de que se revisen las plantillas, bien para incluir más personal enfermero o bien para reajustar el ratio enfermera-paciente y que el personal pueda disponerse de más tiempo de dedicación al cuidado de cada

persona. Esto se traduce en un cuidado más completo y reporta beneficios positivos para la recuperación de los pacientes como alguno de ellos resalta.

“Quizás contratar a alguna más pues se observa bastante exigencia. Observé falta de personal de enfermería y como tal demasiado estrés” (P384-2020-M51/60-Urol.)

“Si hay personal suficiente para trabajar y se trabaja “a gusto”, el bienestar se transmite a los pacientes y se les puede dedicar tiempo. No sólo curan los medicamentos, el estado de bienestar general donde está todo incluido también lo hace (test) – Tiene que haber personal suficiente para poder atender a los pacientes muy bien porque no consiste solo en dar una medicación, sino en un conjunto de cosas, el trato, no transmitir estrés, etc. todo lo que haga sentir bien (retest)” (P189-2013-M41/50-Gine.)

“Una enfermera y una auxiliar solamente por turno de noche no pueden dar el servicio de enfermería adecuado. Mejoraría con dos enfermeras y dos auxiliares. Solamente con que se complique un enfermo como pasó alguna noche, el resto de los pacientes se quedan desatendidos (...) a pesar de la buena voluntad de la enfermera muchas veces era imposible dar un servicio con celeridad” (P155-2012-M41/50-Cir. Tórax)

“Hay falta de profesionales. Demasiados enfermos para cada enfermera” (P258-2014-M51-60-Gine.)

“Disponer de más personal seguro que permitiría realizar su trabajo con más efectividad y se podrían sentar con el paciente” (P366-2015-M51/60-Gine.)

Por otro lado, aparte de la percepción de escasez de personal, 7 participantes (4.69%) notificaron también que habían encontrado una escasez de recursos materiales que debería evitarse para mantener una adecuada atención y que los profesionales del equipo enfermero puedan desempeñar bien su labor.

“Material sanitario. A veces las enfermeras tenían escasez de vendas, gasas, esparadrapo, etc.” (F267-2014-M71/80-Cirug.)

“Posiblemente falta de algún tipo de material apropiado, esto captado por algún pequeño comentario suscitado entre algunos de los enfermeros, pero puedo

pensar que debe ser debido a los importantes recortes en la Sanidad” (P158-2012-H71/80-Aislam.)

“En alguna ocasión han tenido que ir a buscar medicamentos en diferentes plantas por no haber suficientes” (P304-2014-M51/60-Onco.)

Además, 4 participantes (2.68%) quisieron enviar un mensaje directo a los gerentes institucionales, responsables en la Administración y/o políticos, para que valoren la labor diaria que los profesionales de Enfermería realizan.

“Que se valore mucho el trabajo realizado por enfermeros y auxiliares” (P150-2012-H41/50-Cirug.)

Otros 6 (4.02%) en cambio, lanzaron mensajes más orientados a denunciar los recortes que han percibido en el ámbito sanitario en general. Al igual que sucede como hemos visto en las referencias a la escasez de enfermeras, y la sobrecarga palpable, son comentarios que se observan a lo largo de todos los años que ha durado la recogida de datos.

“Vimos tantas cosas para que se mejore la asistencia. Primero que no recorten el presupuesto para Sanidad, los políticos me parece que están equivocándose con lo que tienen que hacer (...)” (P063-2012-H71/80-Aislam.)

“Que los técnicos dejaran la oficina y se pasaran por los distintos departamentos, así verían las dificultades y posibilidades que hay” (P378-2020-H61/70-Aislam.)

Para finalizar, nos centraremos en las sugerencias que 70 participantes de la muestra hicieron para mejorar específicamente la ‘Atención proporcionada por las enfermeras’. Varios de ellos, posiblemente quienes echaron en falta un trato más individualizado, cercano y atento remarcan la necesidad de mayor amabilidad, empatía, simpatía y cariño entre otros aspectos del trato directo por parte de las enfermeras. Uno de los participantes incluso remarca la relevancia de este tipo de trato en el bienestar y mejora del estado de salud del paciente.

“Fomentar la empatía” (P397-2020-M71/80-Urol.)

“Únicamente solucionar el tema de la incomodidad de las enfermeras del turno de noche que venían a disgusto a limpiarte. A nosotros los pacientes ya nos resulta incómodo tener que necesitar que nos limpien” (P369-2020-H71/80-Cirug.)

“Lo único que se les puede pedir es que hagan su trabajo con amabilidad y simpatía” (P059-2014-M51/60-Gine.)

“Pido comprensión para el paciente y familia que en los hospitales no venimos por gusto” (F013-2012-M51/60-Onco.)

“Creo que explicarles que el trato amable con los pacientes sí entra dentro de su cometido y hace que el paciente se encuentre más cómodo y su recuperación sea más rápida” (P106-2012-H51/60-Onco.)

Varios hacen hincapié en la necesidad de mayor tiempo de dedicación al enfermo, aspecto que está altamente relacionado con la falta de personal, que muchos de ellos han percibido, y se comenta anteriormente. Estos déficits en el personal hacen, tal y como varios usuarios han precisado, que se trabaje con prisas. El beneficio que ciertos participantes ven a que la enfermera disponga de más tiempo para el cuidado es que esto puede traducirse en una mayor rapidez cuando se le solicita, en la comprobación más cuidadosa de la medicación que se administra y se produzcan menos errores, en una mayor posibilidad de dialogar e informar a los pacientes y en una menor necesidad de delegar parte de la vigilancia y cuidados en los cuidadores familiares que se quedan a acompañar al paciente durante su estancia en el hospital. Podríamos decir que se traduciría, en definitiva, en una atención y cuidado mucho más personalizado.

“Pues para mí más atención hacia los enfermos en el sentido de entrar y preguntar a ver qué tal vas. Quizás sea porque tienen mucho trabajo” (P424-2020-M51/60-Gine.)

“Que informase sobre los efectos de la medicación al suministrarla en planta y al dar el alta información a la familia sobre las secuelas del postoperatorio” (P129-2014-H71/80-Urol.)

“A veces recae sobre el familiar demasiada responsabilidad en controlar horarios, goteros, etc. A veces había que recordarle a alguna/o enfermera que tomara la tensión, temperatura, glucosa... (olvidos) (¿¿prisas??). Por la noche se deja toda la responsabilidad a los familiares (...)” (P324-2014-H61/70-Diges.)

“Que tengan más cuidado con la medicación, duplican los medicamentos. Que haya mejor comunicación entre enfermeros y médicos, para que no haya contradicciones en las órdenes de tratamiento. Que se revise la medicación que

está tomando en casa, para su continuidad o su valoración por los médicos” (P009-2012-H51/60-Cir.Vasc.)

“Supongo que tienen poco tiempo para dedicar a cada paciente un trato más personal que sería lo deseable cuando ingresan en un hospital” (P252-2014-M51/60-Cirug.)

Otros comentarios enfatizan en la necesidad de identificar una enfermera de referencia, así como que exista una mayor autonomía para la toma de decisiones sobre la atención al paciente por parte de las enfermeras y un menor automatismo en el trabajo de estas. Otro usuario en términos generales solicita que la atención sanitaria esté centrada en el paciente.

“Presentar con mayor claridad tanto al profesional como las funciones que va a realizar. En momentos de mayor dedicación – más tiempo- aunque entiendo que no pueden por la carga de trabajo” (P054-2013-M51760-Onco.)

“Creo que deberían tener un poco más de libertad en cuanto al trato a los pacientes, y no tener que cerrarse tanto a lo que les dejan escrito. Ellas más que nadie sabe lo que es el minuto a minuto con el paciente” (P296-2014-M41/50-Neumo.)

“En algún caso, se debería evitar un exceso de automatismo en los comportamientos tanto sanitarios como humanos” (P072-2012M51/60-Cirug.)

“Orientación hacia la paciente” (P331-2014-M41/50-Derma.)

5.5. CORRELACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS CON LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS CON RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA

Para finalizar este capítulo, se mostrarán los resultados que dan respuesta al objetivo b.6., que consistía en estudiar la correlación entre las variables sociodemográficas, clínicas, de satisfacción, de percepción de la imagen y rol de la enfermera y de frecuencia de los CI recibidos.

A continuación, se van a cruzar las variables sociodemográficas y clínicas con las 3 variables que se refieren a la percepción de la imagen y rol de la enfermera y con 4 de las 5 variables del PCIE-H que han valorado satisfacción, aunque el elevado grado de satisfacción en la mayoría de las variables que miden ese aspecto va a suponer una dificultad para encontrar comportamientos significativamente distintos. La única variable sobre satisfacción que no se

ha analizado en base al perfil de los participantes ha sido la que hace referencia a la satisfacción con la atención médica recibida, dado que no es el objeto de esta investigación.

Los resultados se exponen agrupados según el factor explicativo. Los n analizados varían según la variable debido a las respuestas no válidas, pero en ningún caso se ha tenido menos de 275 pacientes y 37 familiares, con un total de 275 respuestas válidas, siendo lo más habitual tener un n en torno a 372 casos (325 + 47).

5.5.1. Satisfacción y percepción según la persona que responde al cuestionario

En primer lugar, se procede a contrastar las variables en función del si el encuestado era el paciente o el familiar. Podemos concluir de forma sólida que las diferencias son mínimas y no alcanzan significación estadística ($p > .05$) a la par que se corresponden con tamaños del efecto prácticamente nulos ($< 1\%$). Por tanto, para el resto de los contrastes que siguen a continuación, podemos considerar a todos los encuestados como un único conjunto, sean pacientes o sean familiares del paciente. Los resultados de este contraste de variables pueden verse en la tabla 28.

Tabla 28. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción, en función de la persona que responde al cuestionario.

Variables satisfacción/rol/imagen	Muestra total	Encuestado		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Paciente	Familiar	Valor	P valor	
Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)	8.59	8.60	8.54	Z _U =0.00 ^{NS}	.997	.000
Enfermera/o se presenta por su nombre (%) (S/N)	59.4 %	59.1 %	61.7 %	Chi ² =0.12 ^{NS}	.732	.000
Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os (%) (S/N)	97.9 %	98.2 %	95.8 %	Chi ² =1.12 ^{NS}	.289	.003
Satisfacción con el cuidado de enfermeras durante el ingreso (0-10)	8.33	8.31	8.49	Z _U =0.71 ^{NS}	.481	.001
Importancia enfermera/o en equipo sanitario (%) (S/N)	98.7 %	98.8 %	97.9 %	Chi ² =0.25 ^{NS}	.616	.001
Confianza-Seguridad en enfermeras/os (%) (S/N)	97.1 %	97.0 %	97.9 %	Chi ² =0.12 ^{NS}	.731	.000
Satisfecho con resolución de problema de salud (%) (S/N)	97.1 %	97.0 %	97.9 %	Chi ² =0.12 ^{NS}	.731	.000

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.2. Satisfacción y percepción en función del sexo

En las variables porcentuales, con diferencias mínimas entre hombres y mujeres, no hay ningún indicio estadístico de diferencias por razón de sexo ($p > .05$ y efectos nulos). Pero en las dos variables cuantitativas sí que aparecen significaciones, aunque los efectos, ciertamente, son pequeños (tabla 29).

- (1) La satisfacción con la atención de enfermería a lo largo de la vida, es algo superior entre los encuestados hombres que entre las mujeres (8.77 vs 8.43; $p < .01$ y efecto del 2.6%).
- (2) En la satisfacción global durante el último ingreso se mantiene esta misma tendencia (8.48 en hombres vs 8.20 en mujeres; $p < .05$ y efecto ya solo del 1.7%).

Tabla 29. Análisis comparativo. Satisfacción y Percepción, en función del sexo.

Variables satisfacción/rol/imagen	Muestra total	Sexo del encuestado		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Hombre	Mujer	Valor	P valor	
Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)	8.59	8.77	8.43	Z _U =3.12**	.002	.026
Enfermera/o se presenta por su nombre (%) (S/N)	59.4 %	60.7 %	58.2 %	Chi ² =0.23 NS	.634	.001
Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os (%) (S/N)	97.9 %	97.8 %	98.0 %	Chi ² =0.02 NS	.886	.000
Satisfacción con el cuidado de enfermeras durante el ingreso (0-10)	8.33	8.48	8.20	Z _U =2.29 *	.022	.017
Importancia enfermera/o en equipo sanitario (%) (S/N)	98.7 %	98.9 %	98.5 %	Chi ² =0.11 NS	.735	.000
Confianza-Seguridad en enfermeras/os (%) (S/N)	97.1 %	97.2 %	97.0 %	Chi ² =0.02 NS	.877	.000
Satisfecho con resolución de problema de salud (%) (S/N)	97.1 %	96.7 %	97.4 %	Chi ² =0.19 NS	.660	.001

N.S. = NO significativo * = Significativo ** = Altamente significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.3. Satisfacción y percepción en función de la edad

Otro de los factores de estudio que se consideró fue la edad y para facilitar estos cruces se han unido las dos categorías extremas de edad (debido a su baja frecuencia) con sus inmediatas adyacentes, resultando una nueva variable con 5 niveles de edad. Los resultados se exponen en la tabla 30, donde se omiten los totales que no varían.

Los resultados obtenidos nos indican que no existen diferencias que sean estadísticamente significativas ($p > .05$) entre los distintos grupos de edad que se han establecido. Aun así, llama la atención el incremento paulatino de puntuaciones en la variable de satisfacción a lo largo de la vida, con un efecto del 1.4% que, aunque sea pequeño, podría estar indicando esta tendencia al alza, en especial en los mayores de 50 años. También es llamativo que el 100% de los 27 encuestados de hasta 40 años, hayan respondido afirmativamente a varias preguntas, aunque en estas variables los efectos casi nulos nos impiden siquiera sospechar una posible tendencia. Así mismo, se podría hablar de una casi-significación ($p < .10$; con efecto del 1.1%) en la satisfacción global con los cuidados enfermeros recibidos durante este último ingreso. Los datos parecen

indicar la posibilidad de que sean los encuestados de 51-60 junto a los que superan los 70 años quienes mejor valoran esta satisfacción, frente a todas las demás edades.

Tabla 30. Análisis comparativo. Satisfacción y Percepción, en función de la edad.

Variables satisfacción/rol/imagen	Edad del encuestado					Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	<=40	41-50	51-60	61-70	>=71	Valor	P valor	
Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)	8.37	8.39	8.54	8.72	8.76	H=6.76 ^{NS}	.149	.014
Enfermera/o se presenta por su nombre (%) (S/N)	55.6%	61.9%	55.6%	59.3%	66.7%	Chi ² =2.30 ^{NS}	.682	.006
Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os (%) (S/N)	100%	98.4%	97.5%	97.3%	98.2%	Chi ² =0.95 ^{NS}	.917	.001
Satisfacción con el cuidado de enfermeras durante el ingreso (0-10)	8.22	8.04	8.50	8.23	8.58	H=8.21 ^{NS}	.084	.011
Importancia enfermera/o en equipo sanitario (%) (S/N)	100%	98.4%	97.6%	99.1%	100%	Chi ² =2.50 ^{NS}	.644	.006
Confianza-Seguridad en enfermeras/os (%) (S/N)	100%	96.8%	96.7%	97.2%	96.4%	Chi ² =0.97 ^{NS}	.915	.001
Satisfecho con resolución de problema de salud (%) (S/N)	96.2%	98.4%	95.0%	99.1%	96.5%	Chi ² =3.90 ^{NS}	.420	.010

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.4. Satisfacción y percepción en función del nivel de estudios

Los pocos encuestados sin estudios se han unido al grupo de sujetos con estudios primarios para no perder su información. Con el factor así generado, no se han detectado diferencias entre los niveles de estudio (tabla 31) que se puedan considerar como estadísticamente significativas ($p > .05$) en ninguna de las variables; ni tampoco efectos a tener en cuenta ($< 1\%$). Solamente cabe comentar la tendencia hacia la significación ($p < .10$) que se aprecia en el recuerdo de que la enfermera se presentase por su nombre que se observa que es sensiblemente menor entre los encuestados universitarios (47.5%) cuando son comparados con el resto (59.0% y 63.5%) aunque el tamaño del efecto de esta relación es pequeño (1.8%).

Tabla 31. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función del nivel de estudios.

Variables satisfacción/rol/imagen	Nivel de estudios				Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	Muestra total	Sin estudios o Primarios	Secundarios	Universita rios	Valor	P valor	
<i>Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)</i>	8.59	8.58	8.59	8.63	H=0.19 ^{NS}	.909	.000
<i>Enfermera/o se presenta por su nombre (%) (S/N)</i>	59.4 %	63.5 %	59.0 %	47.5 %	Chi ² =4.88 ^{NS}	.087	.018
<i>Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os (%) (S/N)</i>	97.9 %	98.9 %	96.0 %	98.4 %	Chi ² =3.28 ^{NS}	.194	.009
<i>Satisfacción con el cuidado de enfermeras durante el ingreso (0-10)</i>	8.33	8.44	8.04	8.63	H=2.33 ^{NS}	.312	.016
<i>Importancia enfermera/o en equipo sanitario (%) (S/N)</i>	98.7 %	99.0 %	97.6 %	100 %	Chi ² =2.07 ^{NS}	.356	.005
<i>Confianza-Seguridad en enfermeras/os (%) (S/N)</i>	97.1 %	97.9 %	95.2 %	98.4 %	Chi ² =2.33 ^{NS}	.312	.005
<i>Satisfecho con resolución de problema de salud (%) (S/N)</i>	97.1 %	97.9 %	95.2 %	98.4 %	Chi ² =2.44 ^{NS}	.294	.007

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.5. Satisfacción y percepción en función del lugar de residencia

Por su parte, el lugar de residencia de los encuestados (tabla 32) no ha resultado ser un factor diferencial en la satisfacción con el cuidado enfermero, puesto que no se ha encontrado ninguna significación estadística ($p > .05$) ni efecto a tener en cuenta ($< 1\%$). Es cierto que en una variable se podría hablar de una casi significación ($p < .10$) como en casos anteriores, pero esta vez el tamaño del efecto que la acompaña ($< 1\%$) consideramos que no es suficiente; aun así, la diferencia podría apuntar a una mayor confianza-seguridad hacia la enfermera por los encuestados del medio rural.

Tabla 32. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función del lugar de residencia.

Variables satisfacción/rol/imagen	Muestra total	Medio-Ámbito residencia		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Urbano	Rural	Valor	P valor	
Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)	8.59	8.61	8.56	Z _U =0.46 ^{NS}	.648	.000
Enfermera/o se presenta por su nombre (%) (S/N)	59.4 %	60.1 %	58.5 %	Chi ² =0.09 ^{NS}	.761	.000
Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os (%) (S/N)	97.9 %	97.7 %	98.2 %	Chi ² =0.12 ^{NS}	.728	.000
Satisfacción con el cuidado de enfermeras durante el ingreso (0-10)	8.33	8.42	8.22	Z _U =0.39 ^{NS}	.694	.000
Importancia enfermera/o en equipo sanitario (%) (S/N)	98.7 %	99.1 %	98.2 %	Chi ² =0.56 ^{NS}	.456	.001
Confianza-Seguridad en enfermeras/os (%) (S/N)	97.1 %	95.8 %	98.8 %	Chi ² =2.96 ^{NS}	.086	.008
Satisfecho con resolución de problema de salud (%) (S/N)	97.1 %	96.3 %	98.2 %	Chi ² =1.18 ^{NS}	.278	.003

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.6. Satisfacción y percepción en función del servicio de ingreso del paciente

Debido a la gran cantidad de categorías de esta variable que aparece con frecuencias pequeñas (figura 18) se ha procedido a reagrupar alguna de ellas, por afinidad, para poder aumentar su frecuencia de aparición y que puedan ser consideradas estadísticamente. Así:

- Se han mantenido de forma individual a las categorías: Oncología (121), Cirugía (112), Ginecología (35), Neumología (24), Hematología (20), Urología (14) y Medicina interna (12).
- Y se han formado las nuevas categorías:
 - (a) Otros servicios quirúrgicos con 22 pacientes que provienen de: Torácica (9), Otorrino (7), Neurocirugía (3), Angiología - Cirugía vascular (2), y Traumatología (1).
 - (b) Otros servicios médicos con 21 pacientes ingresados que provienen de: Digestivo (8), Aislamiento (7), Infecciosos (4), Dermatología (1) y Cardiología (1).

Con este nuevo factor, de 9 categorías en lugar de las 17 iniciales, se han realizado los contrastes de las variables en estudio en este epígrafe. Los resultados se resumen en la tabla 33. En ella se observa en primer lugar que no aparece ninguna significación estadística ($p > .05$) ni tendencia hacia la misma ($p > .10$). Esto es lógico debido al elevado número de categorías del factor explicativo cuando en las variables de contraste las diferencias son pequeñas. Pero, sí que se aprecian tamaños del efecto ($> 2\%$) que podrían estar indicando tendencias. Así, según este último resultado estadístico, podría ser que, aunque las diferencias son pequeñas o muy pequeñas, exista:

- (1) Una menor confianza-seguridad en las enfermeras/os de los servicios de Oncología (93.4%) y Urología (91.7%) frente al resto que están en el 100% o muy cerca (tamaño del efecto: 3.3%).
- (2) Menor valoración de importancia de la enfermera dentro de los equipos sanitarios en el servicio de Oncología (95.9%) frente al 100% en todos los demás (tamaño del efecto: 2.9%).
- (3) Menor satisfacción con el cuidado de los enfermeros/as del servicio de Urología (92.9%) y quizás en Oncología (95.9%) y en otros servicios médicos (95.2%) frente al 100% de los demás (efecto del 2.7%).
- (4) Mayor puntuación de satisfacción a lo largo de la vida con las enfermeras/os en los pacientes ingresados en los servicios de Urología (8.93) y en otros servicios quirúrgicos (9.00), comparados sobre todo con los menos valorados: Oncología, 8.47 y Neumología, 8.21 (efecto del 2.2%).
- (5) Y, sobre todo, con un tamaño del efecto del 3.8%, destacan las diferencias en la variable de presentación de la enfermera por su nombre, que es sensiblemente menor en Neumología (45.8%) y en Urología (42.9%) que, en el resto, donde se puede llegar hasta el 83.3% de Medicina interna o el 72.7% de otros servicios quirúrgicos.

Tabla 33. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función del servicio hospitalario de ingreso del paciente.

Variables satisfacción/rol/imagen	Servicio donde el paciente fue ingresado									Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	Oncol.	Ginec.	Neumo.	Cirug.	Med. Intern a	Urolog.	Hemat.	Otros S. Med.	Otros S. Quir.	Valor	P valor	
Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)	8.47	8.69	8.21	8.56	8.75	8.93	8.75	8.79	9.00	H=9.22 ^{NS}	.324	.022
Enfermera/o se presenta por su nombre	54.2%	60.0%	45.8%	63.2%	83.3%	42.9%	60.0%	66.7%	72.7%	Chi ² =10.30 ^{NS}	.245	.038
Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os	95.9%	100%	100%	100%	100%	92.9%	95.0%	95.2%	100%	Chi ² =10.01 ^{NS}	.264	.027
Enfermería importante en equipos sanitarios	95.9%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Chi ² =10.89 ^{NS}	.208	.029
Confianza-Seguridad en enfermeras/os	93.4%	100%	100%	99.1%	100%	91.7%	100%	95.2%	100%	Chi ² =12.28 ^{NS}	.139	.033
Satisfecho con solución de problema de salud	96.6%	97.1%	100%	96.4%	100%	92.9%	95.0%	100%	100%	Chi ² =3.84 ^{NS}	.872	.010
Satisfacción global durante el ingreso (0-10)	8.17	8.54	7.89	8.40	8.14	8.33	8.75	8.35	8.78	H=10.88 ^{NS}	.209	.014

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

Revisando la tabla anterior en vertical, se puede comentar que en las categorías de: Otros servicios quirúrgicos, Neumología y Medicina interna aparecen 4 valores 100% (sobre 5 posibles). En Ginecología aparecen 3 sobre 5.

5.5.7. Satisfacción y percepción en función de la duración del ingreso

En esta variable que mide el tiempo de estancia hospitalaria, la mayor parte de los pacientes se han concentrado en las dos estancias más cortas: 3-7 días (156) y 8-14 días (110). Los demás los hemos reagrupado para evitar en lo posible frecuencias mucho menores a las anteriores; en: 15-28 días (85) y a partir de 29 días (30).

Los resultados de los cruces de las variables de respuesta se resumen en la tabla 34. Como se puede comprobar en la misma, no existe ninguna relación que conlleve significación estadística ($p > .05$), pero sí que aparece una casi -significación ($p > .10$), con un efecto del 1.9% que podía señalar, a la vista de los datos, que casi la totalidad de los pacientes que están ingresados durante 1 semana o menos (99.3%) indican tener confianza-seguridad en las enfermeras/os, porcentaje que desciende en el resto de tiempo, especialmente cuando pasan más de 1 mes ingresados (93.3%).

Tabla 34. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función de la duración de la hospitalización.

Variables satisfacción/rol/imagen	Tiempo de estancia hospitalaria (ingreso)				Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	<=1 semana	1-2 semanas	3-4 semanas	>4 semanas	Valor	P valor	
Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)	8.55	8.59	8.62	8.67	H=1.44 ^{NS}	.696	.001
Enfermera/o se presenta por su nombre (%) (S/N)	58.3%	59.3%	56.6%	73.3%	Chi ² =2.76 ^{NS}	.430	.007
Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os (%) (S/N)	99.4%	96.3%	97.6%	96.7%	Chi ² =3.16 ^{NS}	.368	.008
Satisfacción con el cuidado de enfermeras durante el ingreso (0-10)	8.61	8.00	8.22	8.34	H=3.69 ^{NS}	.296	.015
Importancia enfermera/o en equipo sanitario (%) (S/N)	100%	97.3%	97.6%	100%	Chi ² =4.89 ^{NS}	.180	.013
Confianza-Seguridad en enfermeras/os (%) (S/N)	99.3%	94.5%	97.6%	93.3%	Chi ² =6.30 ^{NS}	.074	.019
Satisfecho con resolución de problema de salud (%) (S/N)	96.8%	97.3%	98.8%	93.3%	Chi ² =2.39 ^{NS}	.496	.007

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.8. Satisfacción y percepción en función del tipo de cáncer

De nuevo, antes de realizar los cruces, se hizo necesaria una recodificación de las categorías de esta variable. En la descriptiva original (fig. 20) se recogieron 19 tipos distintos,

que ahora han sido agrupados en una nueva clasificación tipológica de 6 categorías: Mamario-Ginecológico (111), Hepato-Digestivo (107), Pulmón (79), Genito-Urinario, Piel, Huesos y Tejidos blandos (40), Hematológico (23) y Cabeza-Cuello (21).

Los resultados de los contrastes de las variables en estudio en función de este nuevo factor, se presentan en la tabla 35. Una vez más, no se ha logrado encontrar significación estadística, pero sí que aparecen algunas variables con tendencia hacia ella ($p < .10$).

- (1) La satisfacción con el cuidado de las enfermeras/os (con un tamaño del efecto del 2.5%) donde se observa un 100% de respuesta afirmativa en los pacientes con cánceres Mamario-Ginecológicos o Hematológico, frente a un claro descenso hasta el 92.5% en aquellos con enfermedad Genito-Urinaria, o de Piel, Huesos o de Tejidos blandos.
- (2) La puntuación de la satisfacción con el cuidado enfermero durante el ingreso actual (tamaño del efecto de 2.1%) tiene su valor medio más alto, sin duda, entre los pacientes con cáncer hematológico (9.24, el único grupo que pasa de los 9 puntos); y su valor más bajo (solo 8.01) entre los cánceres Genito-Urinarios, o de Piel, Huesos o de Tejidos blandos.
- (3) Y en la puntuación de la satisfacción a lo largo de la vida (efecto ya solo del 1.9%), donde de nuevo la media más alta (9.13) aparece en el grupo de pacientes con cánceres Hematológicos.

Tabla 35. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función del tipo de cáncer principal.

Variables satisfacción/rol/imagen	Tipología del cáncer principal						Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	Pulm.	Cab-Cue.	M-G	Hema.	Hep-Dig	GH-PH-TB	Valor	P valor	
Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)	8.49	8.67	8.49	9.13	8.61	8.64	H=10.88 ^{NS}	.054	.019
Enfermera/o se presenta por su nombre (%) (S/N)	57.9%	61.9%	51.4%	65.2%	68.3%	56.4%	Chi ² =6.90 ^{NS}	.228	.014
Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os (%) (S/N)	97.4%	95.2%	100%	100%	98.1%	92.5%	Chi ² =9.31 ^{NS}	.097	.025
Satisfacción con el cuidado de enfermeras durante el ingreso (0-10)	8.16	8.27	8.34	9.24	8.35	8.06	H=9.54 ^{NS}	.089	.021
Importancia enfermera/o en equipo sanitario (%) (S/N)	96.2%	95.2%	100%	100%	99.1%	100%	Chi ² =8.13 ^{NS}	.149	.021
Confianza-Seguridad en enfermeras/os (%) (S/N)	97.5%	95.2%	96.4%	100%	98.1%	94.7%	Chi ² =2.32 ^{NS}	.803	.006
Satisfecho con resolución de problema de salud (%) (S/N)	100%	95.2%	96.3%	95.7%	98.1%	92.5%	Chi ² =6.38 ^{NS}	.271	.017

Pulm= Pulmón / CabCue= Cabeza-Cuello / M-G= Mamario-Ginecológico / Hema.= Hematológico / Hep-Dig= Hepato-Digestivo / GH-PH-TB= Genito-Urinario, Piel, Huesos y Tejidos blandos.

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.9. Satisfacción y percepción en función de la presencia o ausencia de enfermedades crónicas concomitantes

En esta ocasión, los resultados de estos cruces (tabla 36), no revelan ninguna significación estadística y ni siquiera posibles tendencias ($p > .10$), lo que junto a tamaños del efecto casi nulos (muy cercanos al 0%) nos llevan a concluir que no hay ni evidencia ni sospecha de que este factor pueda tener alguna relación con la satisfacción y con la percepción de los encuestados sobre el servicio y los cuidados de enfermería.

Tabla 36. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función de la presencia o ausencia de enfermedades crónicas concomitantes.

Variables satisfacción/rol/imagen	Muestra total	Enfermedades crónicas		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Sí	No	Valor	P valor	
Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)	8.59	8.59	8.59	Z _U =0.08 ^{NS}	.930	.000
Enfermera/o se presenta por su nombre (%) (S/N)	59.4 %	58.8 %	60.1 %	Chi ² =0.07 ^{NS}	.791	.000
Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os (%) (S/N)	97.9 %	97.0 %	98.9 %	Chi ² =1.58 ^{NS}	.208	.004
Satisfacción con el cuidado de enfermeras durante el ingreso (0-10)	8.33	8.25	8.42	Z _U =0.13 ^{NS}	.897	.002
Importancia enfermera/o en equipo sanitario (%) (S/N)	98.7 %	98.5 %	98.9 %	Chi ² =0.10 ^{NS}	.753	.000
Confianza-Seguridad en enfermeras/os (%) (S/N)	97.1 %	96.5 %	97.8 %	Chi ² =0.56 ^{NS}	.454	.002
Satisfecho con resolución de problema de salud (%) (S/N)	97.1 %	96.5 %	97.7 %	Chi ² =0.46 ^{NS}	.497	.001

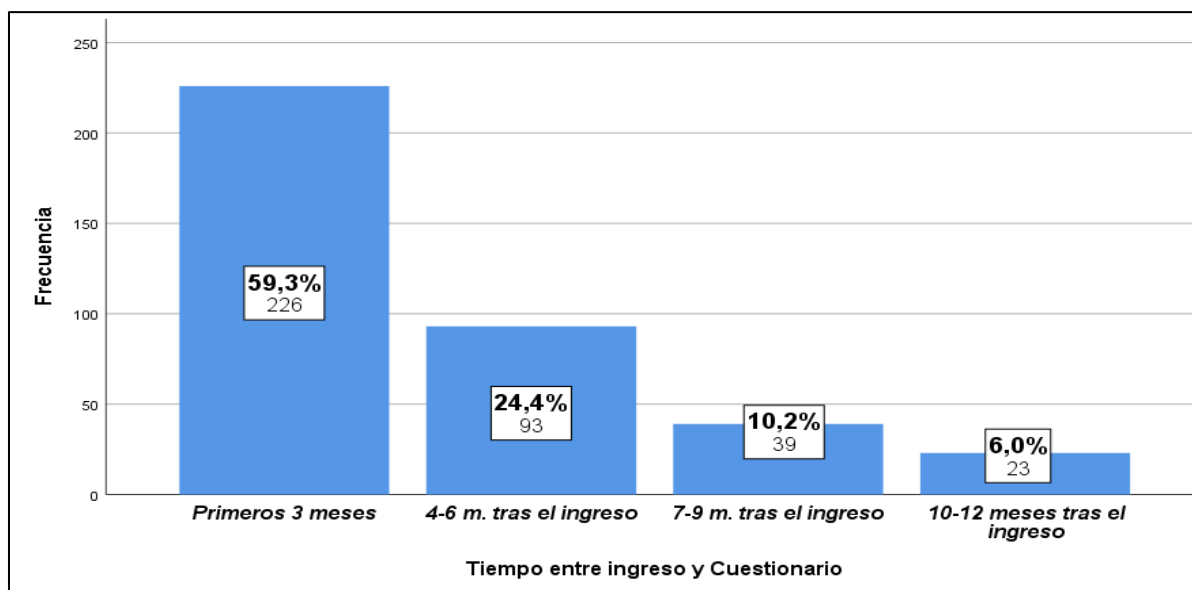
N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.10. Satisfacción y percepción en función de la distancia entre la fecha de alta hospitalaria y la cumplimentación del cuestionario

Considerando que el tiempo transcurrido desde la fecha de ingreso hasta el momento en que se cumplimenta el cuestionario puede distorsionar las opiniones de las personas que responden, se creó una variable de tiempo a partir de ambas fechas. Más de la mitad de la muestra (59.3%) realizaron el cuestionario dentro de los 3 meses siguientes al ingreso. Un 24.4% lo hicieron en un periodo de tiempo de 4 a 6 meses y el resto (16.2%) lo hacen a partir del 7º mes (figura 45).

Figura 45. Diagrama de barras. Tiempo transcurrido entre el ingreso del paciente y el día en que se cumplimentan las preguntas del cuestionario PCIE-H.



Fuente: Figura elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25. N=381.

Ante este resultado se opta por recodificar a este posible factor diferencial, en una nueva variable con tres grados, uniendo las dos categorías con más tiempo para no desequilibrar tanto los n; de modo que la lectura de resultados coincide con la expuesta. Con este factor resultante, se realizaron los cruces con las variables de la satisfacción y percepción con el cuidado recibido (tabla 37). Aunque se aprecia alguna pequeña diferencia, no se ha logrado probar la significación estadística en ninguna de estas variables ($p > .05$). Pero sí que podemos decir que hay una casi significación ($p < .10$) con un tamaño del efecto pequeño (1.2%) en la puntuación de la satisfacción global con el cuidado enfermero durante el último ingreso, donde, a la vista de los datos, parece haber un descenso de la puntuación a medida que aumenta el tiempo desde el ingreso hasta la respuesta al cuestionario. Sin embargo, precisamente en el grupo donde ha pasado más tiempo (>6 meses) aparece un 100% de encuestados respondiendo de forma afirmativa a 3 variables: ‘satisfacción con el cuidado de las enfermeras/os’ (recibido en el ingreso actual), ‘la enfermera como parte importante del equipo sanitario’ y la ‘confianza-seguridad en la relación entre enfermera/o y paciente’; si bien es cierto que en los demás grupos de tiempo los porcentajes también son muy altos.

Tabla 37. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función del tiempo transcurrido entre el alta hospitalaria y el día de cumplimentación del cuestionario.

Variables satisfacción/rol/imagen	Muestra total	Tiempo hasta respuesta			Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		<=3 meses	4-6 meses	>6 meses	Valor	P valor	
Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)	8.59	8.63	8.61	8.40	H=1.45 ^{NS}	.484	.005
Enfermera/o se presenta por su nombre (%) (S/N)	59.4 %	57.1 %	67.8 %	55.2 %	Chi ² =3.52 ^{NS}	.172	.009
Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os (%) (S/N)	97.9 %	97.3 %	97.8 %	100 %	Chi ² =1.65 ^{NS}	.438	.004
Satisfacción con el cuidado de enfermeras durante el ingreso (0-10)	8.33	8.47	8.28	7.93	H=5.25 ^{NS}	.072	.012
Importancia enfermera/o en equipo sanitario (%) (S/N)	98.7 %	98.7 %	97.8 %	100 %	Chi ² =1.33 ^{NS}	.514	.004
Confianza-Seguridad en enfermeras/os (%) (S/N)	97.1 %	96.0 %	97.8 %	100 %	Chi ² =3.03 ^{NS}	.220	.008
Satisfecho con resolución de problema de salud (%) (S/N)	97.1 %	96.0 %	98.9 %	98.4 %	Chi ² =2.34 ^{NS}	.310	.006

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.11. Satisfacción y percepción en función de la calidad de vida

La correlación de las variables de satisfacción y percepción en este caso se ha realizado con las diferentes subescalas y con la puntuación global del cuestionario utilizado para conocer la calidad de vida de los pacientes, EQ-5D-3L.

5.5.11.1. Satisfacción y percepción en función de la Movilidad (EQ-5D-3L)

Como se puede ver en la tabla 38, los problemas de movilidad de los pacientes (EQ-5D) no tienen ninguna relación que sea estadísticamente significativa y ni siquiera sospechosa de ello ($p > .10$) con las variables de la satisfacción y percepción del cuidado proporcionado por el equipo enfermero. En esta misma línea, los tamaños del efecto son prácticamente nulos.

Tabla 38. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función de los problemas de Movilidad (EQ-5D-3L).

Variables satisfacción/rol/imagen	Muestra total	Problemas Movilidad		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Ausencia	Presencia	Valor	P valor	
Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)	8.58	8.54	8.68	Z _U =0.66 ^{NS}	.509	.001
Enfermera/o se presenta por su nombre (%)	59.5 %	57.6 %	64.3 %	Chi ² =1.30 ^{NS}	.255	.004
Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os (%)	98.1 %	97.7 %	99.0 %	Chi ² =0.65 ^{NS}	.421	.002
Enfermería importante en equipos sanitarios (%)	98.9 %	98.9 %	99.0 %	Chi ² =0.01 ^{NS}	.906	.000
Confianza-Seguridad en enfermeras/os (%)	97.2 %	96.9 %	98.0 %	Chi ² =0.28 ^{NS}	.596	.001
Satisfecho con solución de problema de salud (%)	97.2 %	96.5 %	99.0 %	Chi ² =1.64 ^{NS}	.200	.005

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.11.2. Satisfacción y percepción en función del Cuidado Personal (EQ-5D-3L)

A la misma conclusión anterior, se llega en el estudio de las variables de enfermería con la presencia de problemas con el Cuidado Personal de los pacientes (tabla 39) medidos mediante el EQ-5D, de Calidad de Vida.

Tabla 39. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función de los problemas con el Cuidado Personal (EQ-5D-3L).

Variables satisfacción/rol/imagen	Muestra total	Prob. Cuidado Personal.		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Ausencia	Presencia	Valor	P valor	
Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)	8.58	8.58	8.54	Z _U =0.47 ^{NS}	.637	.000
Enfermera/o se presenta por su nombre (%) (S/N)	59.7 %	60.6 %	53.3 %	Chi ² =0.86 ^{NS}	.354	.002
Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os (%) (S/N)	98.1 %	98.1 %	97.8 %	Chi ² =0.02 ^{NS}	.888	.000
Satisfacción con el cuidado de enfermeras durante el ingreso (0-10)	8.33	8.36	8.03	Z _U =1.00 ^{NS}	.316	.003
Importancia enfermera/o en equipo sanitario (%) (S/N)	98.9 %	99.1 %	97.8 %	Chi ² =0.58 ^{NS}	.445	.002
Confianza-Seguridad en enfermeras/os (%) (S/N)	97.2 %	97.1 %	97.7 %	Chi ² =0.05 ^{NS}	.821	.000
Satisfecho con resolución de problema de salud (%) (S/N)	97.2 %	97.1 %	97.8 %	Chi ² =0.06 ^{NS}	.801	.000

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.11.3. Satisfacción y percepción en función de las Actividades Cotidianas (EQ-5D-3L)

Tampoco se encuentran relaciones que puedan explicar diferencia en las variables de satisfacción y percepción del cuidado enfermero, en función de los problemas con la realización de las Actividades Cotidianas (EQ-5D). Aun así, se ha observado (tabla 40) una casi significación ($p < .10$) aunque con efecto pequeño (1%) en la valoración de la importancia de las enfermeras/os dentro de los equipos sanitarios, que según nuestros datos podía ser algo mayor entre los pacientes que no tienen estos problemas.

Tabla 40. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función de los problemas con la realización de Actividades Cotidianas (EQ-5D-3L).

Variables satisfacción/rol/imagen	Muestra total	Problemas Activ. Cotidianas		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Ausencia	Presencia	Valor	P valor	
Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)	8.58	8.67	8.49	Z _U =1.49 ^{NS}	.134	.006
Enfermera/o se presenta por su nombre (%) (S/N)	59.7 %	59.4 %	60.0 %	Chi ² =0.01 ^{NS}	.908	.000
Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os (%) (S/N)	98.1 %	98.8 %	97.4 %	Chi ² =1.03 ^{NS}	.311	.002
Satisfacción con el cuidado de enfermeras durante el ingreso (0-10)	8.33	8.45	8.22	Z _U =1.60 ^{NS}	.110	.009
Importancia enfermera/o en equipo sanitario (%) (S/N)	98.9 %	100 %	97.9 %	Chi ² =3.66 ^{NS}	.056	.010
Confianza-Seguridad en enfermeras/os (%) (S/N)	97.2 %	98.3 %	96.3 %	Chi ² =1.30 ^{NS}	.254	.004
Satisfecho con resolución de problema de salud (%) (S/N)	97.2 %	97.1 %	97.3 %	Chi ² =0.02 ^{NS}	.887	.000

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.11.4. Satisfacción y percepción en función del Dolor-Malestar (EQ-5D-3L)

Al igual que en la anterior variable, tampoco se ha encontrado ninguna significación, ni tendencia a la misma ($p > .10$), con efectos casi nulos, en el cruce de las variables de valoración de la enfermería con la presencia de dolor o malestar (EQ-5D-3L).

Tabla 41. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función de los problemas con el Dolor-Malestar (EQ-5D-3L).

Variables satisfacción/rol/imagen	Muestra total	Problemas Dolor-Malestar		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Ausencia	Presencia	Valor	P valor	
Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)	8.58	8.68	8.53	Z _U =1.25 ^{NS}	.212	.003
Enfermera/o se presenta por su nombre (%) (S/N)	59.7 %	61.0 %	59.2 %	Chi ² =0.09 ^{NS}	.759	.000
Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os (%) (S/N)	98.1 %	99.1 %	97.6 %	Chi ² =0.84 ^{NS}	.357	.002
Satisfacción con el cuidado de enfermeras durante el ingreso (0-10)	8.33	8.43	8.28	Z _U =0.99 ^{NS}	.321	.002
Importancia enfermera/o en equipo sanitario (%) (S/N)	98.9 %	99.1 %	98.8 %	Chi ² =0.05 ^{NS}	.819	.000
Confianza-Seguridad en enfermeras/os (%) (S/N)	97.2 %	98.2 %	96.8 %	Chi ² =0.54 ^{NS}	.462	.001
Satisfecho con resolución de problema de salud (%) (S/N)	97.2 %	99.1 %	96.4 %	Chi ² =1.92 ^{NS}	.166	.005

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.11.5. Satisfacción y percepción en función de la Ansiedad-Depresión (EQ-5D-3L)

En el estudio de las relaciones de las variables de satisfacción y percepción sobre el cuidado proporcionado por las enfermeras/os, con la presencia de ansiedad y/o depresión (EQ-5D) sí que aparece una significación estadística. Esta se ha dado en la puntuación sobre la valoración global durante el último ingreso ($p < .05$; con efecto del 1.4%), donde los pacientes que perciben tener este problema dan una puntuación menor a los profesionales de enfermería (8.21 vs 8.42 puntos). Así mismo, se puede observar (tabla 42) una casi significación ($p < .10$; con efecto del 1%) en la puntuación de la satisfacción a lo largo de la vida, que de nuevo nos indica un valor medio menor en los pacientes con problemas. En el resto de las variables, no tenemos ningún indicio estadístico de posibles relaciones, aunque se aprecien algunas pequeñas diferencias.

Tabla 42. Análisis comparativo. Satisfacción y percepción en función de los problemas con la Ansiedad-Depresión (EQ-5D-3L).

Variables satisfacción/rol/imagen	Muestra total	Problemas Ansiedad-Depresión.		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Ausencia	Presencia	Valor	P valor	
Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)	8.57	8.67	8.42	Z _U =1.85 ^{NS}	.064	.010
Enfermera/o se presenta por su nombre (%) (S/N)	59.5 %	61.7 %	56.3 %	Chi ² =1.06 ^{NS}	.303	.003
Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os (%) (S/N)	98.1 %	98.1 %	97.9 %	Chi ² =0.02 ^{NS}	.900	.000
Satisfacción con el cuidado de enfermeras durante el ingreso (0-10)	8.34	8.42	8.21	Z _U =2.01 *	.044	.014
Importancia enfermera/o en equipo sanitario (%) (S/N)	98.9 %	99.1 %	98.6 %	Chi ² =0.15 ^{NS}	.695	.000
Confianza-Seguridad en enfermeras/os (%) (S/N)	97.2 %	97.2 %	97.2 %	Chi ² =0.00 ^{NS}	.997	.000
Satisfecho con resolución de problema de salud (%) (S/N)	97.5 %	98.6 %	95.8 %	Chi ² =2.66 ^{NS}	.103	.007

N.S. = NO significativo * = Significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.11.6. Satisfacción y percepción en función del Estado de Salud General Hoy (EQ-5D-3L)

Y finalmente en el cruce realizado con la percepción del Estado de Salud General Hoy de los pacientes (tabla 43), se han encontrado dos significaciones ($p < .05$) en las variables de puntuación sobre satisfacción con la atención de las enfermeras/os.

- (1) La satisfacción general durante el último ingreso (con efecto moderado del 4.3%) los datos nos indican que la puntuación media es menor en los pacientes con mala percepción de su propia salud (8.12) y es sensiblemente más alta en los pacientes con una percepción de que su salud es muy buena (8.98).
- (2) La satisfacción a lo largo de la vida del paciente (con un efecto del 2.9%) se aprecia como la puntuación media se va incrementando en cada tramo desde los pacientes con percepción de mala salud general (8.34) hasta los pacientes con muy buena percepción de su salud (8.95).

En el resto de las variables, no aparecen ni significaciones ($p > .05$), ni tendencias ($p > .10$), ni efectos que puedan ser considerados como indicios de relación.

Tabla 43. Análisis comparativo. Satisfacción y Percepción, en función del Estado de Salud General Hoy (EQ-5D-3L).

Variables satisfacción/rol/imagen	Percepción del Estado de Salud General HOY				Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	Mala	Aceptable	Buena	Muy buena	Valor	P valor	
Satisfacción a lo largo de la vida (0-10)	8.34	8.44	8.71	8.95	H=8.65 *	.034	.029
Enfermera/o se presenta por su nombre (%) (S/N)	53.7 %	58.3 %	60.8 %	64.5 %	Chi ² =1.21 NS	.750	.002
Satisfecho con el cuidado de enfermeras/os (%) (S/N)	98.1 %	97.7 %	97.6 %	100 %	Chi ² =0.82 NS	.846	.001
Satisfacción con el cuidado de enfermeras durante el ingreso (0-10)	8.12	8.30	8.29	8.98	H=10.41 *	.015	.043
Importancia enfermera/o en equipo sanitario (%) (S/N)	100 %	97.7 %	100 %	100 %	Chi ² =4.93 NS	.177	.015
Confianza-Seguridad en enfermeras/os (%) (S/N)	98.1 %	97.6 %	96.0 %	100 %	Chi ² =1.93 NS	.587	.005
Satisfecho con resolución de problema de salud (%) (S/N)	96.2 %	97.7 %	95.9 %	100 %	Chi ² =1.74 NS	.627	.004

N.S. = NO significativo * = Significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.11.7. Relación entre la Percepción del cuidado recibido (PCIE-H) y la Calidad de Vida (EQ-5D-3L)

A continuación, se procede a estudiar si existe relación, entre las dimensiones del PCIE-H y su puntuación global con las variables del EQ-5D-3L, con el propósito de descartar que las respuestas al PCIE-H no se estén viendo influidas por la calidad de vida del paciente en el momento de cumplimentar la escala.

Se han cruzado estas variables con los ítems del EQ-5D dicotomizados en presencia/ausencia del problema mediante el Test U de Mann-Whitney; en tanto que para el cruce con la variable categórica del Estado de salud general se ha recurrido al Test H de Kruskal-Wallis. En uno y otro caso, se completa el análisis con el tamaño del efecto.

Los resultados que se han encontrado en el estudio de las asociaciones de las variables PCIE-H con los ítems EQ-5D: problemas de Movilidad (tabla 44), problemas en el Cuidado Personal (tabla 45) y problemas de Dolor o Malestar (tabla 46), nos indican que no hay diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$) ni relaciones con efecto alguno (casi nulos: $< 1\%$). Por lo que debemos de concluir que no tenemos ninguna evidencia estadística que relacione la percepción del cuidado recibido con la calidad de vida en estos aspectos citados.

Tabla 44. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función de los problemas de Movilidad (EQ-5D-3L).

Variables dimensiones y total PCIE-H	Muestra total	Problemas de Movilidad		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Ausencia	Presencia	Valor	P valor	
<i>Cuidado de la persona</i>	4.55	4.55	4.55	Z _U =0.24 ^{NS}	.813	.000
<i>Cuidado del entorno y la familia</i>	3.63	3.58	3.78	Z _U =1.29 ^{NS}	.198	.007
<i>Presencia cuidadora</i>	3.75	3.74	3.78	Z _U =0.17 ^{NS}	.868	.001
<i>Puntuación global PCIE-H</i>	11.94	11.87	12.11	Z _U =0.60 ^{NS}	.550	.002

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

Tabla 45. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función de los problemas de Cuidado personal (EQ-5D-3L).

Variables dimensiones y total PCIE-H	Muestra total	Problemas Cuidado Personal		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Ausencia	Presencia	Valor	P valor	
<i>Cuidado de la persona</i>	4.55	4.56	4.49	Z _U =0.82 ^{NS}	.411	.002
<i>Cuidado del entorno y la familia</i>	3.63	3.63	3.68	Z _U =0.23 ^{NS}	.816	.000
<i>Presencia cuidadora</i>	3.75	3.75	3.74	Z _U =0.51 ^{NS}	.612	.000
<i>Puntuación global PCIE-H</i>	11.94	11.94	11.91	Z _U =0.46 ^{NS}	.643	.000

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

Tabla 46. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función de los problemas para de Dolor o malestar (EQ-5D-3L).

Variables dimensiones y total PCIE-H	Muestra total	Problemas Dolor-Malestar		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Ausencia	Presencia	Valor	P valor	
<i>Cuidado de la persona</i>	4.55	4.57	4.55	Z _U =0.34 ^{NS}	.738	.000
<i>Cuidado del entorno y la familia</i>	3.63	3.71	3.61	Z _U =0.98 ^{NS}	.326	.002
<i>Presencia cuidadora</i>	3.75	3.84	3.72	Z _U =1.46 ^{NS}	.144	.004
<i>Puntuación global PCIE-H</i>	11.94	12.12	11.87	Z _U =1.22 ^{NS}	.224	.003

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

Los resultados obtenidos en el estudio de las asociaciones de las variables PCIE-H con los ítems EQ-5D: problemas para las Actividades Cotidianas (tabla 47) y problemas de Ansiedad o Depresión (tabla 48), detectan algunas diferencias significativas ($p < .05$) o tendentes a la significación ($p < .10$) que en todos los casos se deben a la existencia de puntuaciones mayores en las variables PCIE-H en aquellos encuestados que manifiestan la ausencia de estos problemas. Sin embargo, es muy importante matizar que los tamaños del efecto que se

corresponden con estas diferencias son pequeños (<2%) e incluso muy pequeños casi nulos (<1%) lo que pone en duda la verdadera existencia de la relación comentada. Los resultados muestran que las personas con sensación de `Ansiedad o Depresión` o que presentan problemas para la realización de las `Actividades Cotidianas` tienden a puntuar peor las intervenciones de CI.

Tabla 47. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función de los problemas para las Actividades Cotidianas (EQ-5D-3L).

Variables dimensiones y total PCIE-H	Muestra total	Problemas Activ. Cotidianas		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Ausencia	Presencia	Valor	P valor	
Cuidado de la persona	4.55	4.61	4.51	Z _U =2.10 *	.036	.007
Cuidado del entorno y la familia	3.63	3.72	3.56	Z _U =1.87 NS	.061	.006
Presencia cuidadora	3.75	3.84	3.68	Z _U =2.26 *	.023	.007
Puntuación global PCIE-H	11.94	12.16	11.75	Z _U =2.28 *	.023	.008

N.S. = NO significativo * = Significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

Tabla 48. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función de los problemas para de Ansiedad - Depresión (EQ-5D-3L).

Variables dimensiones y total PCIE-H	Muestra total	Problemas Ansiedad-Depresión		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Ausencia	Presencia	Valor	P valor	
Cuidado de la persona	4.55	4.61	4.48	Z _U =2.17 *	.030	.013
Cuidado del entorno y la familia	3.63	3.71	3.53	Z _U =1.79 NS	.073	.007
Presencia cuidadora	3.75	3.84	3.63	Z _U =2.21 *	.027	.013
Puntuación global PCIE-H	11.94	12.16	11.64	Z _U =2.27 *	.023	.012

N.S. = NO significativo * = Significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

Por último, en el estudio de la relación de las variables PCIE-H con la percepción del Estado de Salud General Actual (tabla 49) también han aparecido algunas significaciones (p<.05), esta vez con efectos algo superiores (entre el 2.1% y el 2.3%), que apuntan hacia la existencia de relación. Los valores medios nos indican que parece haber un punto de corte en la variable EQ-5D que dicotomiza las categorías: mala + aceptable vs buena + muy buena. De esta manera, el Test de MW mantiene la presencia de significación (p<.05) en las mismas variables con tamaño del efecto similares a los anteriores.

Por estos datos, podemos concluir que en el `Cuidado del entorno y de la familia`, la `Presencia cuidadora`, y la `Puntuación total acumulada` del PCIE-H, se observa que aquellos pacientes que perciben hoy que su estado de salud general es bueno o muy bueno, tienden a puntuar más alto en dichas variables. Los resultados de este factor del EQ-5D serían un apoyo

para la hipótesis de que la percepción del cuidado recibido es peor en los pacientes con peor percepción de su salud general. Si bien es cierto, que esta relación o que estas diferencias, son pequeñas.

Tabla 49. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del Estado de Salud General Hoy (EQ-5D-3L).

Variables dimensiones y total PCIE-H	Percepción del Estado de Salud General HOY				Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	MALA	ACEPTABLE	BUENA	MUY BUENA	Valor	P valor	
Cuidado de la persona	4.52	4.50	4.60	4.65	Z _U =3.83 NS	.280	.008
Cuidado del entorno y la familia	3.61	3.44	3.70	3.97	Z _U =7.81 *	.050	.023
Presencia cuidadora	3.67	3.65	3.76	4.13	Z _U =7.86 *	.049	.022
Puntuación global PCIE-H	11.80	11.60	12.05	12.76	Z _U =7.81 *	.050	.021

N.S. = NO significativo * = Significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

5.5.12. Factores diferenciales en la Percepción del Cuidado Invisible (PCIE-H)

Finalmente, se ha procedido a correlacionar las diferentes variables entre sí para comprobar en qué situaciones podemos encontrar variaciones en la puntuación del cuestionario PCIE-H.

Por un lado, hemos analizado si las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra ejercen algún peso diferencial con respecto a las variables del PCIE-H. La metodología estadística es la misma antes empleada y los resultados se exponen a continuación para cada factor (tablas 50 a 58).

(1) SEXO. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) en las dimensiones: ‘Cuidado de la persona’ y ‘Cuidado del entorno y de la familia’, aunque con tamaños del efecto muy bajos (0.5% y 1.1% respectivamente). En ambos casos, las puntuaciones indican una pequeña diferencia a favor de los hombres que son quienes tendrían a referir una mayor frecuencia del CI recibido. En cambio, en la variable de la dimensión ‘Presencia cuidadora’ la diferencias por razón de sexo no llega a la significación ($p > .05$) además con efecto nulo. Mientras que en la ‘Puntuación total’, se podría hablar de una casi significación ($p < .10$) aunque equivalente a un tamaño del efecto muy pequeño (1%).

Tabla 50. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del sexo del participante.

Variables dimensiones y total PCIE-H	Muestra total	Sexo		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Hombre	Mujer	Valor	P valor	
<i>Cuidado de la persona</i>	4.55	4.60	4.51	Z _U =2.17 *	.030	.005
<i>Cuidado del entorno y la familia</i>	3.63	3.73	3.50	Z _U =2.16 *	.031	.011
<i>Presencia cuidadora</i>	3.75	3.77	3.73	Z _U =0.96 ^{NS}	.336	.000
<i>Puntuación global PCIE-H</i>	11.94	12.10	11.75	Z _U =1.87 ^{NS}	.061	.006

N.S. = NO significativo * = Significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

(2) EDAD. Se ha observado que los valores medios de las variables PCIE-H son muy similares al comparar entre los grupos de edad establecidos en la muestra de estudio. En consonancia con esto, las diferencias no alcanzan significación estadística ($p > .05$) y se corresponden con tamaños del efecto prácticamente nulos ($< 1\%$). En conclusión, no hay evidencia estadística alguna que nos haga sospechar una relación de la edad con estas variables de nuestro cuestionario.

Tabla 51. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función de la edad del participante.

Variables dimensiones y total PCIE-H	Muestra total	Edad del encuestado					Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		≤ 40	41-50	51-60	61-70	≥ 71	Valor	P valor	
<i>Cuidado de la persona</i>	4.55	4.56	4.49	4.56	4.56	4.63	H=2.73 ^{NS}	.604	.005
<i>Cuidado del entorno y la familia</i>	3.63	3.55	3.50	3.68	3.63	3.66	H=1.93 ^{NS}	.749	.004
<i>Presencia cuidadora</i>	3.75	3.61	3.76	3.78	3.69	3.88	H=4.11 ^{NS}	.391	.006
<i>Puntuación global PCIE-H</i>	11.94	11.72	11.75	12.01	11.87	12.17	H=2.96 ^{NS}	.564	.004

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

(3) NIVEL DE ESTUDIOS. Al contrastar los valores medios de las variables PCIE-H en función de los grados establecidos en la variable nivel de estudios del participante, las diferencias que se observan no han llegado a ser estadísticamente significativas ($p > .05$), siendo además sus tamaños del efecto muy bajos, casi nulos ($< 1\%$). Por tanto, no se ha encontrado suficiente evidencia estadística como para considerar que los estudios son un factor diferencial en las respuestas a este cuestionario.

Tabla 52. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del Nivel de estudios del participante.

Variables dimensiones y total PCIE-H	Muestra total	Nivel de estudios			Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Sin estudios o primarios	Secundaria	Universitarios	Valor	P valor	
Cuidado de la persona	4.55	4.59	3.65	3.76	H=0.19 ^{NS}	.908	.006
Cuidado del entorno y la familia	3.63	4.49	3.54	3.74	H=0.60 ^{NS}	.71	.003
Presencia cuidadora	3.75	4.60	3.69	3.77	H=0.18 ^{NS}	.914	.000
Puntuación global PCIE-H	11.94	4.56	3.62	3.75	H=0.33 ^{NS}	.847	.002

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

(4) LUGAR DE PROCEDENCIA. Una vez más las diferencias son muy pequeñas, no alcanzan significación estadística ($p > .05$) ni efecto alguno (prácticamente 0); lo que indica que este factor tampoco ejerce como diferencial con respecto a las puntuaciones en las variables PCIE-H.

Tabla 53. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del Medio/ambiente de residencia.

Variables dimensiones y total PCIE-H	Muestra total	Medio de residencia		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Urbano	Rural	Valor	P valor	
Cuidado de la persona	4.55	4.54	4.57	Z _U =0.67 ^{NS}	.503	.000
Cuidado del entorno y la familia	3.63	3.60	3.65	Z _U =0.30 ^{NS}	.760	.001
Presencia cuidadora	3.75	3.77	3.73	Z _U =0.72 ^{NS}	.472	.000
Puntuación global PCIE-H	11.94	11.92	11.95	Z _U =0.11 ^{NS}	.910	.000

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

(5) SERVICIO DE INGRESO. En este caso, los test estadísticos aplicados sí que han detectado diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) en tres de las variables: ‘Cuidado del entorno y de la familia’, ‘Presencia cuidadora’ y ‘Puntuación total’, junto a una casi significación ($p < .10$) en la dimensión del ‘Cuidado de la persona’. Los tamaños del efecto están en torno al 5% (moderado ya) en las tres primeras y del 3.5% en la última, se confirma el hecho de que estamos, esta vez sí, ante un factor diferencial con respecto a la percepción el cuidado recibido. Revisando los valores medios de cada uno de los servicios (tabla 55) se puede comprobar que el motivo principal de estas diferencias se encuentra en que Medicina Interna aparece en todas las variables con la puntuación más alta, en tanto que Neumología aparece en tres de las variables con la puntuación más baja. Esto señala a ambos servicios como el mejor y el peor valorado en cuanto a la frecuencia de CI que el equipo enfermero proporciona. Además

de lo anterior, también cabe comentar que la categoría que agrupa a ‘Otros servicios quirúrgicos’ tiene puntuaciones altas en todas las variables.

Tabla 54. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del Servicio de ingreso del paciente.

Variables dimensiones y total PCIE-H	Servicio donde el paciente fue ingresado										Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
	Oncol	Ginec	Neumo	Cirug	M. Int	Urol	Hemat	Otros S.Med	Otros S.Quir	Valor	P valor		
Cuidado de la persona	4.43	4.64	4.44	4.64	4.75	4.47	4.63	4.65	4.66	H=14.56 ^{NS}	.068	.035	
Cuidado del entorno y la familia	3.50	3.60	3.02	3.75	4.21	3.75	3.53	3.49	4.12	H=17.28 *	.027	.052	
Presencia cuidadora	3.59	3.90	3.37	3.85	4.23	3.79	3.53	3.95	4.08	H=19.47 *	.013	.048	
Puntuación global PCIE-H	11.52	12.14	10.84	12.24	13.19	12.01	11.69	12.08	12.86	H=19.10 *	.014	.049	

N.S. = NO significativo * = Significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

(6) DURACIÓN DEL INGRESO. En cuanto al estudio de este factor, los resultados obtenidos nos indican que las diferencias observadas, aunque no son tan pequeñas como en algunos factores analizados anteriormente, tampoco alcanzan la magnitud suficiente como para ser estadísticamente significativas ($p > .05$) y sus posibles efectos son muy bajos. Por tanto, se concluye que no hay suficientes evidencias estadísticas como para admitir que la duración del ingreso sea un factor que produzca cambios en la percepción del cuidado invisible recibido.

Tabla 55. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del tiempo de la duración del ingreso del paciente.

Variables dimensiones y total PCIE-H	Muestra total	Tiempo de estancia hospitalaria				Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		<=1 semana	1-2 semanas	3-4 semanas	>4 semanas	Valor	P valor	
Cuidado de la persona	4.55	4.62	4.45	4.58	4.53	H=2.44 ^{NS}	.487	.015
Cuidado del entorno y la familia	3.63	3.64	3.51	3.66	3.80	H=1.33 ^{NS}	.721	.006
Presencia cuidadora	3.75	3.80	3.61	3.80	3.90	H=2.74 ^{NS}	.434	.011
Puntuación global PCIE-H	11.94	12.06	11.58	12.04	12.24	H=1.70 ^{NS}	.636	.010

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

(7) TIPO DE CÁNCER. Al contrastar los valores medios de las variables PCIE-H en función el tipo de cáncer principal, se aprecian pequeñas diferencias entre unos y otros que no llegan a lograr la significación estadística ($p>.05$) siendo equivalentes a tamaños del efecto muy bajos. En consecuencia, se puede afirmar que no hay evidencias estadísticas para proponer que este pueda ser un factor diferencial en las respuestas a las preguntas del cuestionario.

Tabla 56. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del tipo de cáncer principal.

Variables dimensiones y total PCIE-H	Muestra total	Tiempo de cáncer principal						Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Pulm	Cab-Cue	M-G	Hema	Hep-Dig	GH-PH-TB	Valor	P valor	
Cuidado de la persona	4.55	4.49	4.45	4.56	4.75	4.61	4.51	H=6.70 ^{NS}	.244	.014
Cuidado del entorno y la familia	3.63	3.65	3.55	3.48	3.84	3.76	3.49	H=6.03 ^{NS}	.303	.015
Presencia cuidadora	3.75	3.70	3.73	3.78	3.82	3.80	3.60	H=1.72 ^{NS}	.887	.005
Puntuación global PCIE-H	11.94	11.84	11.73	11.82	12.41	12.17	11.60	H=3.63 ^{NS}	.604	.009

Pulm= Pulmón / Cab-Cue= Cabeza-cuello / M-G= Mamario-Ginecológico / Hema= Hematológico / Hep-Dig= Hepato-Digestivo
GH-PH-TB= Genito-Urinario, Piel-Hueso y Tejidos blandos

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

(8) ENFERMEDADES CRÓNICAS CONCOMITANTES. Una vez más, los valores medios en las variables PCIE-H son muy similares al comparar entre los pacientes que sí tienen y los que no tienen enfermedades concomitantes. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($p>.05$) y se corresponden con efectos que son prácticamente 0. Según esto, se concluye que este factor tampoco es diferencial para la percepción de los CI recibidos.

Tabla 57. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función de la presencia de enfermedades crónicas concomitantes.

Variables dimensiones y total PCIE-H	Muestra total	Enfermedades Concomitantes		Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		Sí	No	Valor	P valor	
Cuidado de la persona	4.55	4.55	4.56	Z _U =0.90 ^{NS}	.370	.000
Cuidado del entorno y la familia	3.63	3.60	3.64	Z _U =0.08 ^{NS}	.933	.000
Presencia cuidadora	3.75	3.72	3.79	Z _U =0.38 ^{NS}	.702	.001
Puntuación global PCIE-H	11.94	11.88	11.99	Z _U =0.01 ^{NS}	.990	.000

N.S. = NO significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

(9) TIEMPO DESDE INGRESO HASTA LA REALIZACIÓN DEL CUESTIONARIO.

Finalmente se contrastaron los valores medios de las variables PCIE-H en función de las 3 categorías que hemos establecido para registrar el tiempo que ha pasado desde la hospitalización hasta el momento en que se rellena el cuestionario. Los resultados (tabla 44) nos indican que sí que aparecen diferencias significativas en: ‘Cuidado de la persona’ ($p < .05$; efecto pequeño del 1.3%), ‘Cuidado del entorno y de la familia’ ($p < .01$; efecto moderado de casi el 4%) y en la ‘Puntuación total del cuestionario’ ($p < .05$; efecto moderado-leve del 2.4%). En las tres variables, se observa que esto se debe a que las puntuaciones son menores entre aquellos encuestados en los que el plazo de tiempo es mayor, es decir que existe suficiente evidencia estadística para determinar que cuando el tiempo de ingreso supera los 6 meses, la percepción de la frecuencia de los cuidados recibidos se reduce. En la variable ‘Presencia cuidadora’, ocurre lo mismo, pero sin que se alcance la significación estadística ($p > .05$) aunque el tamaño del efecto es similar a alguno de los anteriores, se puede tomar como un indicio estadístico de que esta variable sigue la misma tendencia.

Tabla 58. Análisis comparativo. Variables de la Dimensiones y Puntuación total del PCIE-H, en función del tiempo entre el día ingreso y el día de respuesta al cuestionario.

Variables dimensiones y total PCIE-H	Muestra total	Tiempo hasta respuesta			Test de Contraste		Tamaño del efecto: R ²
		<= 3 meses	4-6 meses	>6 meses	Valor	P valor	
Cuidado de la persona	4.55	4.57	4.62	4.41	H=0.19 ^{NS}	.020	.013
Cuidado del entorno y la familia	3.63	3.62	3.87	3.23	H=0.60 ^{NS}	.000	.039
Presencia cuidadora	3.75	3.78	3.84	3.53	H=0.18 ^{NS}	.146	.012
Puntuación global PCIE-H	11.94	11.97	12.32	11.16	H=0.33 ^{NS}	.011	.024

N.S. = NO significativo * = Significativo

Fuente: Tabla de elaboración propia.

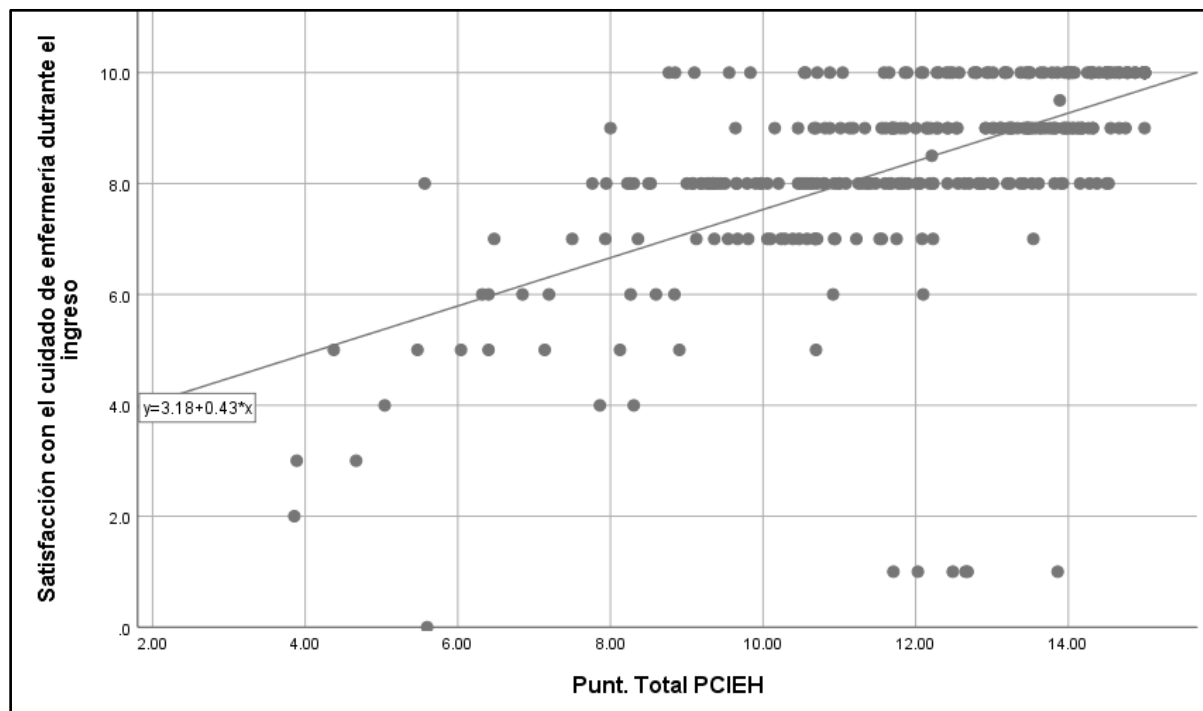
5.5.13. Percepción de Cuidados Invisibles y satisfacción

A continuación, presentamos los datos que permiten comprobar la hipótesis propuesta que parte de la afirmación de que los pacientes que han recibido una mayor cantidad de CI durante su estancia hospitalaria tienen un mayor grado de satisfacción con la atención recibida por parte del equipo enfermero.

Por una parte, puesto que las variables a correlacionar (‘Puntuación total en PCIE-H’ y ‘Satisfacción con el cuidado de las enfermeras/os durante el ingreso’) presentan distribuciones que no se ajustan a la normalidad estadística, se ha optado por utilizar el coeficiente de Spearman como método correlacional. Previamente se verificó que la posible asociación entre

estas variables tienden a la linealidad, como así confirma el diagrama de dispersión correspondiente (fig. 46). La correlación obtenida ($r=.53$) es de intensidad elevada y altamente significativa con $p<.001$ (p -valor=.000000) lo que nos permite aceptar que existe relación entre ambas variables. El sentido de esta relación es directo, por lo que podemos concluir que efectivamente confirma la hipótesis propuesta, es decir, que los casos con mayor puntuación global del cuestionario PCIE-H, tienden a estar más satisfechos con la atención recibida por parte del equipo enfermero durante el ingreso.

Figura 46. Diagrama de dispersión. Relación entre P. total en PCIE-H y Satisfacción con el cuidado durante el ingreso.



Fuente: Figura de elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 25. N=378.

5.5.14. Confianza y seguridad en relación con la satisfacción y el Cuidado Invisible recibido

Por otra parte, la media de las respuestas afirmativas en la P33 del cuestionario (“¿Se siente satisfecho/a con el cuidado que las enfermeras le han dado?”) es muy superior a la media de los que habrían respondido negativamente (12.10 puntos vs 5.57 puntos); diferencia que alcanza una muy alta significación estadística con $p<.001$ (Test de Mann-Whitney: $Z_U=4.70$; p -valor=.0000; tamaño del efecto elevado: 16.5%). Por lo que corroboramos que la puntuación total en PCIE-H es más elevada en los participantes que sí están satisfechos con los cuidados recibidos durante el ingreso.

Así mismo, hemos estudiado si sentir una mayor confianza y seguridad en las enfermeras supone una mayor satisfacción de los pacientes con el cuidado recibido de estas durante la hospitalización. En este sentido, los participantes que respondieron que sí tenían confianza y seguridad en las enfermeras/os que les atendieron, presentan en la variable ‘Satisfacción con el cuidado de las enfermeras/os durante el ingreso’ un valor medio superior (8.50 vs 4.09 puntos); diferencia que es altamente significativa con $p < .001$ (Test de Mann-Whitney: $Z_U = 5.12$; p -valor = .0000; tamaño del efecto grande: 20.3%).

Por último, cruzando esta pregunta acerca de la confianza y seguridad con las enfermeras (P35) con la satisfacción expresa con el cuidado en el último ingreso (P33) mediante una tabla de contingencia y su correspondiente Test Chi-cuadrado, se observa que mientras el 99.5% de aquellos participantes que tienen confianza y seguridad en el equipo de enfermería están satisfechos con los cuidados recibidos, solo están satisfechos el 45.5% de los que no tienen dicha confianza y seguridad (valor $\chi^2 = 149.10$; p -valor = .0000). Por tanto, este resultado pone de manifiesto una alta relación (V Cramer = .63) según la cual la satisfacción es mayor cuanto mayor es el grado de confianza en el equipo enfermero y mayor es la seguridad que se tiene en ellos y en su trabajo.

6. DISCUSIÓN

En este trabajo se ha descrito el diseño y proceso de validación del cuestionario PCIE-H para medir la satisfacción con el cuidado y percepción sobre la imagen y posicionamiento de las enfermeras, además de cuantificar la frecuencia con la que los pacientes oncológicos adultos consideran que recibieron Cuidados Invisibles durante la hospitalización. Desde un punto de vista conceptual el cuestionario PCIE-H presenta ventajas con respecto a los cuestionarios preexistentes, dado que es el único específico para la medición del denominado ‘Cuidado Invisible’ realizado por las enfermeras. Tiene la fortaleza de haber sido diseñado en nuestro idioma y, por tanto, se adapta al contexto español con las características particulares que este tiene.

Así mismo, la validación se ha realizado en un colectivo de enfermos particularmente importante por la creciente prevalencia de la patología que padecen y por la especial complejidad de los cuidados que estas personas requieren a todos los niveles. Durante el proceso de enfermedad, los pacientes oncológicos y sus familiares suelen requerir de atención hospitalaria en servicios de diversas especialidades; el acúmulo de estas experiencias hace que sean un perfil de usuarios idóneo para reconocer y evaluar las intervenciones y actitudes del cuidado enfermero profesional (Zamanzadeh et al., 2010).

La herramienta elaborada, ha permitido, de forma adicional, recoger datos para llevar a cabo un análisis descriptivo de la percepción de los pacientes oncológicos sobre el cuidado enfermero recibido en el HCU Lozano Blesa de Zaragoza entre los años 2012 y 2020.

En este capítulo, se contrastarán los hallazgos obtenidos con los trabajos previos siguiendo el mismo orden que se ha presentado en el apartado de ‘Resultados’, y se detallará si los resultados alcanzados respaldan las hipótesis planteadas en esta investigación, con el fin de verificar o no la relación planteada entre las variables estudiadas.

6.1. PROCESO DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO PCIE-H

6.1.1. Características y tamaño de la muestra

6.1.1.1. *Cuidadores familiares*

Con respecto a la posibilidad que se ha dado en esta investigación de que los cuidadores familiares principales sustituyan en casos excepcionales a los pacientes (12.6% de los casos), cabe destacar que no es frecuente que se de en los estudios de validación, ya que los cuestionarios suelen tener una población diana centrada bien en los familiares o bien en los pacientes. De entre las publicaciones revisadas, no se han encontrado estudios que reconozcan que los familiares han podido reemplazar a los pacientes en la cumplimentación de herramientas de recogida de datos. No obstante, se decidió contemplar esta posibilidad por varios motivos. Por un lado, en la cultura española la familia tiene un peso muy relevante en la atención al enfermo, hasta el punto de que los conceptos de ‘cuidador informal’ o ‘cuidador familiar’ están ampliamente extendidos en nuestro contexto asistencial y en la literatura científica. Es habitual que cuando una persona enferma es ingresada, algún miembro del núcleo familiar asuma el papel de cuidador en el hospital. Esta persona suele ser alguien del entorno del enfermo que adopta el rol de responsable principal en el acompañamiento y en la cobertura de necesidades básicas de forma directa o ejerciendo vigilancia y avisando al personal sanitario de cualquier incidencia, y suele ser a su vez una figura relevante en la toma de decisiones por y para el paciente (Rodríguez y Rihuete, 2011; Zomeño Ros, 2015). Por otro lado, varias preguntas del PCIE-H hacen mención o bien a la integración de la familia en el cuidado de los enfermos o bien a los familiares como receptores de alguna forma de cuidado por parte de las enfermeras. Por tanto, teniendo en cuenta: (1) las particularidades de nuestro contexto, (2) que los familiares pueden ser agentes implicados de forma directa en el proceso de enfermedad de la persona hospitalizada y/o de la recepción de cuidados y (3) la situación clínica y emocional en la que podían encontrarse los enfermos, se consideró de forma excepcional que los familiares podían ayudar o contestar por ellos, si se cumplían las condiciones especiales de tiempo de acompañamiento e incapacidad del paciente que se nombran en la metodología. Antes de ser incluidos en la muestra final, se procedió a la comprobación estadística de la equivalencia de respuestas y, como se ha visto en los resultados, no existieron diferencias significativas en las respuestas entre pacientes y familiares.

Esa equivalencia en las respuestas es posible que haya estado influida por el hecho de que el 90% de nuestra muestra de cuidadores familiares se hacía cargo del enfermo también en el

domicilio, y acompañaron a este en la estancia hospitalaria un mínimo de 8 horas al día. Por tanto, los cuidadores principales en este caso eran plenamente conocedores del estado previo del paciente, del proceso de enfermedad y su evolución y de la mayor parte de los cuidados que el paciente recibió en el hospital, así como, de sus hábitos, necesidades y expectativas. Estos elementos deberían ser tenidos en cuenta antes de delegar la tarea de cumplimentar los cuestionarios de percepción de la atención sanitaria, dado que los cuidadores familiares con menor seguimiento del enfermo pueden no tener un conocimiento tan estrecho de la asistencia recibida y, por tanto, no ser posible la equiparación de sus respuestas a las del enfermo. No obstante, teniendo en cuenta nuestros resultados, apoyarse en los cuidadores familiares principales en situaciones excepcionales, puede considerarse como una opción para lograr información fiable sobre la experiencia de los pacientes para el análisis de la satisfacción o la calidad del cuidado.

Con relación al perfil sociodemográfico más habitual de los familiares encargados del cuidado, la mayor parte tenían entre 51 y 60 años (17; 35.4%) y eran mujeres (n=38; 79.2%). El 50% (24) eran cónyuges de la persona enferma, un 35.4% (17) eran hijas/os y un 14.6% (7) hermanas/os. En el estudio realizado por Rodríguez y Rihuete (2011), se puede observar que el papel de cuidadores informales era asumido de forma más habitual por las esposas y, en segundo lugar, por las hijas. En cuanto al sexo de quien cuida, los estudios consultados de España y Latinoamérica coinciden con el nuestro, las personas que se hacen cargo de esta responsabilidad son mayoritariamente mujeres, suponiendo estas entre un 79 y un 85% en todas las muestras de estudio (Flores Villavicencio et al., 2017; López-Casanova et al., 2009; Rodríguez y Rihuete, 2011). De acuerdo con los trabajos de Sonia Herrera (2022), a pesar de los cambios sociales que se han producido con la incorporación al mercado laboral de las mujeres, encontramos que no han dejado de ser las figuras referentes en la práctica del cuidado dentro de las familias, ya sea en generaciones más jóvenes o más mayores. En relación con el nivel educativo, Rodríguez y Rihuete (2011) en su estudio sobre las principales características del cuidador familiar primario de los pacientes oncológicos dependientes, que se llevó a cabo en España en la ciudad de Salamanca, constataron que el 54% de las cuidadoras solo disponían de estudios primarios, como ocurre con el nivel de estudios de las cuidadoras que participaron en nuestra investigación, que en un 54.2% solo habían cursado dicha educación básica. En cambio, estos autores mencionan en sus resultados que un 22% de las cuidadoras tenían estudios universitarios y en cambio en nuestra muestra solo un 6.3% disponía de tal titulación académica.

6.1.1.2. Perfil sociodemográfico de los pacientes

En relación a las características sociodemográficas de los pacientes, vemos que hay una ligera mayoría de hombres (53%) que de mujeres (47%) lo cual coincide con las cifras de personas diagnosticadas en la población oncológica mundial, según el último informe GLOBOCAN realizado por la OMS (Sung et al., 2021).

En cambio, si analizamos la presencia de la enfermedad según la edad, vemos que las proporciones observadas a nivel mundial no se mantienen en nuestro estudio, puesto que a nivel global el 38.8% de los casos de cáncer son diagnosticados en menores de 65 años y el otro 61.2% a partir de esa edad (Sung et al., 2021). En nuestra muestra, aunque la distribución por rangos de edad no se ha hecho con este mismo corte, encontramos que el 50.1% de nuestros participantes tenían menos de 61 años y el 49.9 % de 61 años en adelante. No se recogió la edad de las personas que rechazaron participar, por lo que no podemos asegurar si esta diferencia en las proporciones se debe a un sesgo en la selección. Es posible, que los pacientes con mayor edad se puedan mostrar más reticentes a participar en este tipo de estudios, por la dificultad que pueden percibir en la cumplimentación de los cuestionarios. Observando los resultados del estudio realizado por Petty et al. (2001) en el que analizaron las razones por las que las personas mayores de 65 años declinaban la participación en ensayos clínicos, podemos considerar que en nuestro caso, a pesar de no ser un ensayo clínico sino un estudio observacional, la confusión o falta de entendimiento, una actitud negativa hacia el sistema sanitario o el impacto perjudicial que crean que pueda tener en su atención posterior el hecho de dar su opinión, también pueden ser razones que lleven a los potenciales candidatos a rechazar la participación. Además, hay que tener en cuenta que, a mayor edad, mayor número de comorbilidades y mayor fragilidad, lo cual ha podido llevar a una menor deseo de participación de este grupo de personas y, así mismo, a una menor selección de este colectivo frente a otros, pues conviene recordar que aquellos que presentaban un deterioro cognitivo o malestar físico o emocional incapacitante (criterio de exclusión nº2) fueron excluidos del estudio. Este conjunto de circunstancias, puede explicar la infrarrepresentación de los enfermos mayores de 65 años en nuestra muestra.

Con respecto a la procedencia de los pacientes de la muestra, encontramos que un 56.4% de ellos son del ámbito urbano y un 43.6% del entorno rural. Comparándolo con la procedencia de los pacientes del sector III al que pertenece el HCU Lozano Blesa, vemos que los porcentajes prácticamente están invertidos, pues el 54.53% de los pacientes atendidos en este sector son de ámbito rural y el 45.47% de Zaragoza capital (Gobierno de Aragón, 2022). No se han encontrado estudios o informes publicados en España posteriores al elaborado en el Área de

Salud de Guadalajara por Alonso Gordo et al. (2004) que den cifras de la distribución geográfica de los diagnósticos de cáncer en base a estos dos parámetros. En aquel estudio las cifras de prevalencia cruda que se encontraron en el medio urbano fueron $1893,2/10^5$ y en el medio rural $2198,3/10^5$.

Para terminar con el análisis de las características sociodemográficas, podemos observar que algo más de la mitad de los pacientes (50.1%) no tenían estudios o estos eran primarios. Son varias las publicaciones que en los últimos años han reseñado que el nivel de estudios es uno de los determinantes en las desigualdades sociales en salud. Los trabajos encontrados se centran en asociar aspectos como un nivel más bajo de estudios, no tanto con una mayor prevalencia del diagnóstico de cáncer, sino con una mayor mortalidad por esta enfermedad (Gobierno Vasco, 2017; Jemal et al., 2008). En el estudio DESOCANES que se está llevando a cabo en este momento, los autores plantean el objetivo de caracterizar las desigualdades socioeconómicas en la incidencia, la mortalidad y la supervivencia para tres de los tumores malignos que más se diagnostican en España: pulmonar, colorrectal y mamario, una vez se publiquen sus resultados podremos conocer si el nivel de instrucción o formación recibida por los pacientes está asociado a una mayor incidencia de esta enfermedad (Luque-Fernández et al., 2021).

6.1.1.3. Perfil clínico de los pacientes

Con relación al perfil clínico de la muestra de personas que han participado en el estudio, observamos que los 3 tipos de tumores más prevalentes tanto a nivel global (Sung et al., 2021) como local (Sociedad Española de Oncología Médica, 2021) son el pulmonar, colorrectal y mamario, coincidiendo con los cánceres más frecuentes entre nuestros participantes. Sin embargo, la proporción en la muestra de estudio de estos tumores es mayor que en la población de la que ha sido tomada. Así en nuestra investigación los cánceres gastrointestinales (clasificados en este trabajo como aparato 'digestivo' incluyendo los pacientes diagnosticados de cáncer de vías biliares, colorrectal y estómago) suponen un 24.7% del total de la muestra frente al 15.6% a nivel mundial y 15.48% en España, los de mama un 21% frente a un 11.7% y 12.4% y los de pulmón un 20.7% frente a un 11.4 y 11.04% respectivamente (Sociedad Española de Oncología Médica, 2021). Esa diferencia de prevalencia de aproximadamente un 10% en los 3 tipos de tumores, se debe a que la inclusión de participantes se ha realizado a través del Hospital de Día y, por tanto, no se ha tenido acceso a la totalidad de pacientes diagnosticados de cáncer sino a aquellos que han recibido, en algún momento de su proceso, alguno de los dos tipos de tratamientos oncológicos que se administran en este servicio, terapia

sistémica intravenosa o terapia intravesical mediante Bacilo de Calmette-Guérin o BCG. Teniendo en cuenta la estrategia de selección escogida, aquellos pacientes que han podido ser diagnosticados en estadios precoces y únicamente han requerido tratamientos locales para la curación del tumor, no han sido accesibles en nuestro estudio, si no presentaron recidivas de la enfermedad que precisaran ser tratados en HDD. Esta es, también, la razón por la que el cáncer de próstata a pesar de ser el cuarto más frecuente en nuestro país, con un 11% de los casos, apenas se observa en un 1.9% de los pacientes de nuestra muestra. Los tratamientos de elección para este tipo de tumor en la mayoría de los casos son la cirugía, la radioterapia con o sin hormonoterapia oral o subcutánea adyuvante y/o vigilancia activa (González Del Alba y Garcías De España, 2021). Al ser un cáncer que se diagnostica con frecuencia de manera temprana y que tiene una buena respuesta a la terapia inicial, no suelen requerir tratamiento citostático o inmunoterápico intravenoso y por ello, hay poca representación de estos pacientes en el Hospital de Día de nuestro centro y en consecuencia en nuestra muestra.

De los 20 servicios de hospitalización de adultos existentes en el centro, disponemos de evaluaciones del cuidado enfermero a través del PCIE-H y el CUCACE de todos ellos excepto de Psiquiatría y Neurología, lo cual supone una información pertinente y con suficiente cobertura de la estructura institucional, para que los gestores de la institución y los propios enfermeros que desarrollan su labor en estas unidades la tengan en cuenta en la planificación y gestión de los cuidados.

En cuanto al tiempo de estancia mínimo para proponer la participación, en nuestro estudio ha sido de 72 horas, pero en la mayoría de los trabajos revisados, no se establece como criterio de inclusión una duración de la hospitalización determinada para poder evaluar el cuidado enfermero recibido. De los trabajos que sí han incluido un criterio de selección de este tipo, encontramos que Pereira Borges et al. (2018) son los menos restrictivos, pidiendo una estancia de 24 horas para poder contestar a la escala NCIRQ; en cambio, los más exigentes en esta cuestión fueron Rchaidia et al. (2012) que validaron al flamenco el cuestionario Care-Q y establecieron 5 días de estancia mínima para poder participar en la recogida de datos. Lo más frecuente, es que el período de ingreso que se requiera sea de al menos 48h (Charalambous y Adamakidou, 2014; Hansbrough y Georges, 2019; Jerofke y Weiss, 2016; Piredda et al., 2017) y solo Rehnström et al. (2003), al igual que nosotras, han establecido 3 días como plazo de tiempo mínimo razonable para poder tener una experiencia de cuidado lo suficientemente extensa para hablar de ella y responder a todas las cuestiones. Concluimos, por tanto, que es un punto fuerte de nuestra investigación haber establecido una duración de la estancia algo más

amplia que en otros estudios, de manera que tanto el paciente como los familiares hayan podido valorar los cuidados y a los profesionales de enfermería, aunque esto, por otra parte, ha dificultado el reclutamiento y, por ende, ha prolongado el tiempo del trabajo de campo.

El tamaño muestral logrado en esta investigación es acorde al recomendado por los expertos para este tipo de estudios de validación en los que se espera identificar una estructura factorial en el análisis de la validez (Tabachnick y Fidell, 2019).

6.1.2. Proceso de validación del cuestionario PCIE-H

6.1.2.1. Distribución

En cuanto al proceso de distribución, tal y como propusieron los autores de la herramienta original que se utilizó como *Gold Standard* (Thomas et al., 1996), los cuestionarios fueron distribuidos por personas diferentes e independientes de las enfermeras que habían sido responsables del cuidado de esos pacientes durante el ingreso hospitalario. Además, todos los cuestionarios fueron completados por los participantes después del alta hospitalaria. Se descartó la posibilidad de que la recogida de datos fuese en la propia planta de hospitalización donde el paciente había pasado su estancia para evitar el sesgo de deseabilidad social, que consiste en que los participantes tienden a responder de la manera que creen que es vista como más favorable por los demás o aquella que el investigador va a valorar más positivamente y tienden a omitir las respuestas que son socialmente indeseables (Choi y Pak, 2004; Morgado et al., 2018).

En nuestro estudio los pacientes que fueron identificados como elegibles fueron invitados a participar cuando acudieron al Hospital de Día Onco-Hematológico a recibir tratamiento para su enfermedad. El Hospital de Día (HDD) fue considerado un lugar apropiado para completar el paquete de cuestionarios porque ofrece privacidad y una atmósfera relajada y es un espacio en el que suelen permanecer un mínimo de 90 minutos.

Aunque la inclusión de participantes se realizó en cualquier momento a lo largo de los 12 meses siguientes al alta hospitalaria, los resultados nos invitan a recomendar que ese plazo en posteriores usos del PCIE-H se reduzca y el instrumento no sea aplicado más allá de los 6 meses; ya que, a la vista del descenso en la puntuación de los CI, pasado ese tiempo, es posible que los pacientes tengan dificultades para recordar con nitidez aquellas acciones de cuidado sobre las que se les pregunta.

6.1.2.2. Tasa de respuesta

A pesar de que se les dio la posibilidad de llevarse los cuestionarios y cumplimentarlos en el domicilio, la mayoría de nuestros participantes optaron por rellenarlos en el HDD mientras recibían tratamiento de quimioterapia de forma ambulatoria. Nuestro estudio, presentaba la particularidad de que las visitas periódicas que realizaban los pacientes para recibir tratamiento cada 7, 15, 21 o 28 días, se aprovecharon para la entrega del dossier inicial, el del retest, y para los recordatorios de devolución de los cuestionarios a aquellas personas que hubiesen preferido llevárselos a casa y hubiesen olvidado cumplimentarlos y/o depositarlos en su visita anterior.

Según Laschinger et al. (2005) la tasa de respuesta en los cuestionarios administrados en los hospitales es de un 60 a un 90%, pero la estrategia mencionada nos permitió tener una tasa incluso superior a esas cifras (92%), claramente mejor que la gran mayoría de los estudios de validación de cuestionarios autoadministrados, que hemos revisado. Solo el PPPNBS de Jerofke y Weiss (2016) obtuvo una tasa de respuesta superior (93.6%). En cambio, los cuestionarios testados en población oncológica no llegaron a cifras tan altas de devolución, concretamente el OPPQNCS un 79% (Radwin et al., 2003) y el QONCS un 76.9% (Charalambous y Adamakidou, 2014). En ambos estudios los participantes respondieron durante el ingreso con el consecuente riesgo de que las respuestas estuviesen condicionadas por el sesgo de deseabilidad social y como se perdía el contacto con ellos al alta, eliminaba la posibilidad de recordatorio en caso de olvido.

6.1.2.3. Tiempo de cumplimentación

El tiempo invertido por los participantes en la cumplimentación de los cuestionarios en los estudios de validación, es un dato que la mayoría de los autores no contemplan en sus publicaciones.

En los estudios que sí reportaron el tiempo invertido por los participantes en contestar y que tenían un número de ítems similar al nuestro, encontramos que el Care-Q validado en Holanda con 40 ítems se completaba en 15.8 minutos de media, el LOPSS compuesto por 41 ítems solo requería 10 minutos, el PACS-ACV con 45 preguntas de 20 a 25 minutos (Lynn et al., 2009) y, el ICS con 38 preguntas en aproximadamente 15 minutos (Suhonen et al., 2005). El HRIS con 49 ítems en su versión inicial es el que más tiempo requería para su cumplimentación (30 minutos), pero en su versión final se vio reducido a 24 ítems con lo que el tiempo requerido para contestar también se espera que se reduzca a la mitad.

Según las recomendaciones encontradas en la literatura, sobre todo en muestras de personas con edad avanzada, baja escolarización u otras dificultades - entre las que podrían estar las derivadas de la patología oncológica o su tratamiento -, se debe procurar que el tiempo dedicado a completar un instrumento de este tipo, sea de unos 15 minutos (Casas Anguita et al., 2003). Por ello, nuestro cuestionario puede haber resultado largo para ciertos participantes pues se destinó entre 12 y 30 minutos. Esta conclusión se ve reforzada por el hecho de que no todos los cuestionarios contenían respuestas a las preguntas abiertas o estas eran monosilábicas por lo que no aportaban información profunda sobre los aspectos preguntados. Si nos fijamos en el porcentaje de pacientes que ha dado respuesta a estas preguntas, las primeras dos cuestiones abiertas fueron respondidas por 318 de 381 personas, pero conforme se avanzaba en el cuestionario se veía que la ausencia de respuestas a estas preguntas opcionales iba en aumento hasta la última de ellas a la que solo respondió el 53% de la muestra (n=176).

Tras esta observación se ha considerado que la versión final validada del cuestionario se divida en dos bloques, y que el segundo, que contiene las preguntas abiertas para obtener descripciones más detalladas de la experiencia de los pacientes sea un apéndice opcional (anexos 12 y 13). Así mismo, el hecho de que el cuestionario principal se haya reducido de 31 a 26 ítems y que el anexo a este también haya sido simplificado, pasando de 13 a 10 cuestiones son aspectos que pueden contribuir a que la versión final del PCIE-H resulte más breve, sencilla y ágil de responder.

6.1.2.4. Valores perdidos

Antes de iniciar las pruebas estadísticas para la validación del PCIE-H, se revisaron minuciosamente los valores perdidos dado que un abordaje inadecuado de estos puede conducir a la estimación errónea de determinados parámetros o a la reducción del poder estadístico de las pruebas, llevando a conclusiones equivocadas sobre la aceptación o rechazo de las hipótesis planteadas (Morgado et al., 2018) .

Por una parte, de cara a la validez de constructo, solo se utilizaron los datos aportados por los sujetos que contestaron a todas las preguntas cerradas del cuestionario, evitando de esta manera tener que realizar procedimientos de imputación o de máxima verosimilitud para utilizar resultados parciales que pudiesen llevarnos a distorsionar las conclusiones alcanzadas con respecto a este punto (Cuesta et al., 2013; Graham et al., 2013).

Por otra parte, los valores perdidos, además de la implicación a nivel estadístico que pueden tener, resultan relevantes pues nos proporcionan información acerca de aquellas

cuestiones que han sido más o menos respondidas por los participantes. Dado que el estudio piloto que se realizó en 2011 no se llevó a cabo con pacientes exclusivamente oncológicos, cabía la posibilidad de que determinadas preguntas, que hubiesen pasado la criba de la revisión de expertos, no fuesen aplicables o adecuadas para esta población en particular. Por ello, analizamos cuidadosamente el contenido de los ítems con más de un 15% de valores perdidos y encontramos que los cuidados a los que hacen referencia se encuentran en alguna de estas categorías: (a) intervenciones que los pacientes no observan durante su estancia hospitalaria de forma directa; por ejemplo, es improbable que los pacientes sean conscientes de la labor de enlace con otros profesionales sanitarios para coordinar el cuidado del paciente, ya que, este tipo de intervenciones se realizan fuera de la habitación del paciente y no siempre les son comunicadas, y (b) intervenciones que los pacientes no han necesitado durante su hospitalización debido a sus circunstancias, como preservar la intimidad o realizar acciones complementarias cuando la medicación prescrita ya no producía el efecto esperado. Ya que no tenemos criterios para afirmar que sean cuidados poco importantes, decidimos mantener esas preguntas como parte del cuestionario y solo eliminar las que no llegaban al punto de corte en el análisis factorial exploratorio (AFE), a pesar de la recomendación de algunos autores de eliminar aquellas que tengan más del 20% de respuestas en blanco. No obstante, se tendrá en cuenta dicha indicación para la propuesta de versión corta del PCIE-H (PCIE-H-C) en la que estamos trabajando y que se ha realizado a la luz de la discusión de los resultados que se presentan en este capítulo.

6.1.2.5. Estudio de propiedades psicométricas: validez del cuestionario

- Validez de constructo

Se encuentra respaldada por los resultados del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) realizado a partir del Análisis de Componentes Principales (ACP) que se han mostrado en el capítulo anterior. Algunos autores, consideran que esta prueba debe llevarse a cabo con un mínimo de 100 sujetos y otros creen que esa muestra es escasa y recomiendan que se realice con 150-200 participantes (Ferguson y Cox, 1993; Hair et al., 2006; Kumar, 2015). En nuestro estudio se garantizó esa cifra, obteniendo un tamaño muestral de 381 participantes de los cuales 211 respondieron a todos los ítems al completo y fue este grupo de datos el que se empleó para el análisis mencionado.

En cuanto a la carga factorial mínima requerida para mantener un ítem o eliminarlo del cuestionario, no hay un criterio único, pero en los estudios revisados, que han utilizado la teoría clásica para el análisis estadístico, han establecido valores entre .30 y .50 como punto de corte,

siendo lo más frecuente valores mínimos de .40 en la carga factorial del ítem para decidir mantenerlo (OPPQNCS, PACS-ACV, CBI-42, VPAIS, QPP y CAT).

En nuestro caso, todas las cargas factoriales estuvieron entre .504 y .852, y revelaron una estructura de 3 factores que emergieron del ACP, a los cuales hemos denominado, como se ha detallado en los resultados, ‘Cuidado de la persona’, ‘Cuidado del entorno y la familia’ y ‘Presencia cuidadora’.

Como se explicaba en el ‘Prefacio’ el diseño de los ítems se realizó a partir de la revisión de la literatura existente en aquel momento y de los resultados del estudio etnográfico llevado a cabo por la doctoranda (2010). Estos se plantearon inicialmente considerando 9 grandes aspectos en los que se observó que se articulaba el cuidado enfermero más intangible, como eran la promoción del autocuidado, la relación de confianza y seguridad, el apoyo emocional, el tacto, la escucha, el confort, la compasión, el respeto y la presencia cuidadora (Huércanos Esparza, 2011). No obstante, al igual que pasa en muchos otros estudios de validación de herramientas de medida del cuidado, la estructura factorial obtenida no siempre refleja el modelo o conceptos teóricos de los que se parte inicialmente en el diseño (Piredda et al., 2017).

Estas 9 áreas ayudaron a elaborar las preguntas del cuestionario piloto, pero a diferencia de algunas herramientas que han sido construidas a partir de modelos previos que ya estaban consolidados como la teoría de los 10 factores caritativos de Jean Watson, la teoría del cuidado de Swanson o el NCIRQ basado en la Teoría del logro de metas de Imogene King; nuestro cuestionario fue planteado antes de que el Marco Teórico de los Cuidados Visibles e Invisibles (Hueso Navarro, 2014) y el Triángulo de los Cuidados Enfermeros (Germán Bes, 2015) fueran definidos. El estudio del CI era todavía incipiente en aquel momento y esos modelos teóricos crecieron paralelamente a este trabajo y otros, como la validación y uso de la escala CIBISA (Navas Ferrer, 2022; Navas Ferrer et al., 2018; Urcola-Pardo et al., 2017), que fueron realizados por integrantes del grupo Aurora Mas.

La denominación de estos factores se realizó buscando el nexo de unión de los ítems pertenecientes a cada uno de ellos. En la tabla 59 pueden verse las preguntas de la versión validada de 26 ítems que corresponden a cada factor subyacente en el PCIE-H.

En el factor 1 ‘Cuidado de la persona’, se incluyen 9 ítems relacionados con las acciones que la enfermera realiza individualmente con la persona enferma y tienen que ver con aspectos relativos al trato en la relación interpersonal (amabilidad, claridad, sinceridad), con la diligencia

con la que actúa la enfermera y con el cumplimiento de las expectativas en cuanto al tiempo y la preservación de la intimidad física del paciente.

El factor 2 ‘Cuidado del entorno y la familia’, se compone también de 9 ítems y hacen alusión a dos grupos diferentes de acciones por parte de la enfermera. Uno de ellos tiene que ver con el trabajo de esta con la unidad familiar, por un lado, por ser parte afectada por la enfermedad de su ser querido y por tanto con necesidad de cuidado y atención, y por otro, como receptores de educación sanitaria, ya que desempeñan un importante rol en la vigilancia y cuidado del paciente una vez sea dado alta. El otro grupo de ítems se refieren a acciones de cuidado del entorno hospitalario orientados a conseguir un óptimo nivel de bienestar y confort del paciente durante su ingreso.

En el factor 3 ‘Presencia cuidadora’, se incorporan 8 ítems, todos identifican actitudes de la enfermera orientadas al soporte continuado y que no es únicamente físico: la empatía, el acompañamiento, la vigilancia y anticipación, la preocupación, el interés, la cercanía, el dar aliento y ánimo.

No se ha hallado ningún otro cuestionario que ponga el foco en el Cuidado Invisible, por tanto, no ha sido posible comparar nuestra estructura factorial con otras diferentes. Sin embargo, si se confrontó la estructura factorial con el modelo del ‘Triángulo de los Cuidados’ elaborado por la Dra. Concha Germán (2020), pero tampoco se encontraron coincidencias suficientes que permitiesen asemejar la denominación de los factores obtenidos en nuestro análisis estadístico a su propuesta teórica, a pesar de que esta también se sustente sobre 3 pilares. No obstante, cabe destacar que al estudiar psicométricamente un constructo no evaluado con anterioridad, el análisis de sus factores debe establecerse de manera independiente y única, sin necesidad de coincidir en sus resultados con otros instrumentos (Rey Luque, 2017).

Tabla 59. Factores subyacentes en PCIE-H e ítems correspondientes a cada uno de ellos.

Factores	Nombre asignado	Antigua numeración	Nueva numeración	Preguntas
1	Cuidado de la persona	31	1	¿Fue amable con usted en su ingreso en el hospital?
		6	4	¿Le dijo cómo avisar si necesitaba algo o tenía algún problema?
		12	5	¿Utilizó la enfermera un lenguaje comprensible para dirigirse a usted?
		5	6	¿Considera que la enfermera le dedicó el tiempo adecuado que usted necesitó?
		25	8	¿Supo cómo actuar en cada momento?
		16	16	¿Le atendió con delicadeza?
		22	17	¿Procuró preservar su intimidad durante el aseo y/o las curas?
		29	19	¿Considera que la enfermera fue sincera con usted durante su proceso de enfermedad?
		18	22	¿Estuvo atenta para administrarle la medicación cuando tuvo dolor?
2	Cuidado del entorno y la familia	10	14	¿Dedicó momentos y/o espacios para hablar sobre temas que le preocupan o interesan sobre su enfermedad con usted y/o su familia?
		20	02	¿Le tuvo en cuenta haciéndole preguntas y escuchándole? (sobre su proceso, sus gustos, sus costumbres, etc.)
		21	23	¿Realizó otro tipo de acciones para disminuir el dolor, la fiebre, la inflamación, vómitos, etc. cuando la medicación no era efectiva o no era posible proporcionarle más medicación? Si es así, ¿cuáles?
		23	26	¿Le enseñó algunas pautas (cómo tomar la medicación, dieta, ejercicio, etc.) para prevenir la recaída de la enfermedad o para llevar un manejo de la enfermedad adecuado en su domicilio?
		24	20	P24. ¿Se encargó de coordinar las actividades del resto de profesionales (médicos, trabajadores sociales, auxiliares, fisioterapeutas, celadores, etc.) para que se le administrara una atención apropiada?
		26	24	¿Cree que la enfermera tomó sus propias decisiones para cuidarle mejor?
		27	25	¿Procuró que su familia participara en su cuidado, enseñándoles lo necesario de cara al alta?

		28	3	<i>¿Tuvo en cuenta a su familia y sus situación durante el ingreso cuidando también de ellos de alguna manera?</i>
		30	21	<i>¿Procuró preservar su intimidad al darle información delicada?</i>
3	Presencia cuidadora	1	13	<i>¿Se preocupaba la enfermera por cómo se encontraba incluso cuando la situación más grave ya había pasado?</i>
		2	12	<i>¿Se preocupó por su situación, aunque no fuese la enfermera responsable de atenderle en ese momento o turno?</i>
		3	09	<i>¿Acudía a comprobar cómo estaba usted, aunque no le hubiera llamado?</i>
		9	15	<i>¿Le dio ánimos cuando los necesitó?</i>
		11	7	<i>¿Ha sentido que la enfermera en algún momento ha tratado de ponerse en su lugar para comprender la situación por la que usted estaba pasando?</i>
		13	10	<i>¿Se ha sentido acompañado por la enfermera/o durante su estancia hospitalaria?</i>
		14	18	<i>¿Se sentó cerca de usted para hablar?</i>
		15	11	<i>¿Se sintió reconfortado cuando lo necesitó?</i>

Fuente: Tabla de elaboración propia.

- Validez de criterio

Junto con el análisis de la estabilidad temporal, la comprobación de la validez de criterio es una de las pruebas que muchos de los estudios de este tipo no llegan a realizar. De los 40 instrumentos seleccionados en el marco teórico, solo en 13 comprobaron la validez de criterio bien fuese convergente, predictiva o discriminante. Ninguno utilizó el GS seleccionado para este trabajo, ni en su versión en inglés ni en español. El Caring Behaviors Inventory también podría haber servido para este fin en nuestro estudio por su contenido y propiedades, pero no se encontró una validación de la misma a la cultura española.

Los resultados obtenidos indicaron una correlación positiva, aunque como es de esperar moderada, ya que el cuestionario que se utilizó, aunque presenta ciertas similitudes con el PCIE-H, no se diseñó para medir CI sino experiencias y satisfacción de los pacientes con respecto a la atención de la enfermera hospitalaria.

6.1.2.6. *Estudio de las propiedades psicométricas: fiabilidad del cuestionario*

- Consistencia interna

En relación con la fiabilidad, el análisis estadístico revela una alta consistencia interna ($\alpha=.96$ para el total de la escala y con $.88$, $.89$ y $.92$ para cada uno de los factores). En la literatura no encontramos unanimidad en el criterio a seguir en este sentido, mientras Terwee et al. (2007) establecen que un alfa de Cronbach entre $.70$ y $.95$ es un valor positivo, otros autores consideran que un valor por encima $.90$ en ese coeficiente es indicativo de que hay ítems que son redundantes y, por tanto, susceptibles de ser eliminados sin que esto suponga un impacto importante en la consistencia del instrumento (Nunnally y Bernstein, 1994). Varias de las herramientas que se han revisado y que obtuvieron cifras de este coeficiente similares, optaron por crear versiones más breves a partir de los resultados obtenidos, tal y como hemos hecho en nuestro caso (Duffy et al., 2014; Jones et al., 2018; Radwin et al., 2003; Sillero Sillero y Zabalegui, 2018). En el apartado 7.2. ‘Líneas de investigación actuales y futuras’, se describe el punto en el que se encuentra la elaboración de la versión corta del PCIE-H.

- Estabilidad temporal

La estabilidad temporal que garantiza que los resultados son constantes en condiciones similares de aplicación, tuvo resultados positivos puesto que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones entre el test y el retest.

Existen pocos estudios que evalúen la estabilidad temporal de sus cuestionarios. De los 36 instrumentos que se han tenido en cuenta para la discusión de las características psicométricas, encontramos que solo 11 han medido esta propiedad y, de ellos, únicamente en 5 conocemos con exactitud el número de sujetos del total de la muestra que cumplimentaron el retest y el lapso de tiempo que se esperó para solicitar esta segunda cumplimentación (NICSS, PAQS-ACV, HRIS, PONS y QONCS).

En nuestro estudio, obtuvimos un valor promedio de $.68$ con un rango en la correlación de los ítems que osciló entre $.532$ y $.811$, cifras muy similares a las obtenidas en la validación del PAQS-ACV que se encontraban en un rango entre $.58$ -. 71 (Lynn et al., 2007a). En las otras 4 herramientas las cifras medias obtenidas en el CCI fueron algo superiores: $r=.83$ (NICSS; (Romero-García et al., 2018), $r=.73$ (HRIS; Boscart et al., 2016)), $r=.73$ (PONS; Kostovich, 2012)) y $r=.79$ (QONCS; (Charalambous y Adamakidou, 2014)).

Posiblemente el hecho de que nuestro resultado se encuentre ligeramente por debajo del parámetro recomendado (CCI= $.70$) puede tener que ver con que en nuestro estudio el rango de

tiempo en el que se permitió cumplimentar el retest estuvo entre 1 y 8 semanas. En un principio estaba previsto que este se devolviera entre 2 y 4 semanas después del test, dependiendo de la cadencia del tratamiento que estuviesen recibiendo los pacientes, pues se aprovechaba la visita, para que devolviesen el retest en el HDD, para su mayor comodidad. Al encontrar que algunos participantes olvidaban traerlo en esa visita, se analizaron las ventajas y desventajas de ampliar el plazo del retest para esos casos y, se consideró que era más conveniente contar con un segundo cuestionario cumplimentado en una muestra de pacientes importante (49.1%) para poder analizar con solidez la estabilidad temporal del PCIE-H, que ser estrictos con el plazo entre primer y segundo cuestionario. Aunque el periodo de tiempo más recomendado es de 2 semanas para evitar, por un lado, el sesgo de aprendizaje y, por, otro impedir que el paso del tiempo modifique el fenómeno que se pretende medir con la herramienta (Luján-Tangarife y Cardona-Arias, 2015), en nuestro caso se consideró que un máximo de 8 semanas no iba a implicar un cambio significativo en el recuerdo de la experiencia de hospitalización y, por el contrario, sí evitaba el sesgo mencionado al espaciar ambas cumplimentaciones.

En los estudios citados, solo en dos de ellos (PAQS-ACV y HRIS) el retest se entregó en un plazo de 2 semanas tras el test, tal y como indican las recomendaciones. En cambio, en los otros 3 estudios entre test y retest apenas transcurrieron unos días (NICSS y QONCS: 2 días; PONS: 4 días) por lo que este plazo tan corto también puede ser el motivo por el que en dichos trabajos se hayan alcanzado resultados más altos de CCI.

Cabe destacar que en nuestro estudio se contó para este análisis con una n de 187 participantes que suponía casi la mitad de la muestra total, mientras que en el NICSS en el retest participaron 64 sujetos (32% de la n total), en el HRIS 40 (16%) y en el PONS 8 personas (26.6%). En el QONCS no se alude a si el retest fue completado por la muestra total de 418 personas o por una submuestra.

Concluimos la discusión del proceso de validación ratificando la hipótesis principal, ya que, los hallazgos confirman una validez y fiabilidad del instrumento satisfactorias para su uso en una muestra de pacientes hospitalizados en diferentes estadios de la enfermedad y que padecen diversos tipos de cáncer, incluido el hematológico.

6.2. OPINIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA: PREGUNTAS ABIERTAS Y CERRADAS

6.2.1. Cuidados invisibles más y menos frecuentes

En este estudio la frecuencia con la que los pacientes recibieron CI durante su ingreso hospitalario fue, para casi todas las acciones de cuidado, alta o muy alta. Concretamente, los cuidados que con más frecuencia fueron realizados por las enfermeras, estuvieron relacionados en este orden con (1) indicar al paciente cómo contactarles si tenían cualquier problema, (2) el trato amable, (3) la rapidez en la administración de tratamiento para manejar el dolor y (4) cuidar de la intimidad física.

En cambio, los cuidados menos implementados de los que se plantean en el PCIE-H tenían que ver con: (1) la comunicación enfermera-paciente, (2) las acciones alternativas a la medicación para el manejo de síntomas y (3) la percepción de autonomía de la enfermera en la toma de decisiones. Concretamente, en relación con la comunicación, los CI que se ha encontrado que han sido menos frecuentes hacen alusión a la posibilidad de la enfermera de detenerse y sentarse junto con la persona a conversar sobre preocupaciones, hábitos, proceso de enfermedad, dudas, etc. y, a la demostración de empatía.

Estos resultados no han podido compararse directamente con los de otros estudios realizados en nuestro contexto, pues no se dispone de cuestionarios diseñados en España que valoren la frecuencia con la que las enfermeras proporcionan ese tipo de cuidados. De las herramientas internacionales, solo el cuestionario CAT-V fue validado para nuestro país en 2017 pero por el momento, y según la información proporcionada por las autoras de la validación, no ha sido utilizado como herramienta de recogida de datos en ninguna investigación de la que seamos conocedoras. En el estudio de Monje et al. (2018) en Chile, en el que se utilizó el cuestionario PCHE que es uno de los instrumentos que se centra en medir la frecuencia de comportamientos de cuidado similares al PCIE-H, también encontraron que, de los cuidados evaluados, el menos percibido por parte de los pacientes fue la empatía. Este hecho es importante que sea considerado, pues desde hace varias décadas se conoce que cuando se reportan niveles más bajos de empatía en la relación de los pacientes con el personal sanitario, los niveles de satisfacción también se ven reducidos y las condiciones de salud deterioradas (Simmons et al., 1995).

Por otro lado, en cuanto a los aspectos menos percibidos por los participantes de entre los planteados en el PCIE-H, vemos que también se encuentra la autonomía en la toma de decisiones y la realización de acciones independientes para mejorar síntomas más allá de la administración de fármacos pautados por los médicos. De hecho, en las sugerencias finales, algunos de los participantes reseñan la necesidad de enfermeras menos sujetas a las órdenes y prescripciones médicas y con más libertad para la toma de decisiones, en diferentes aspectos de manera independiente, avaladas por su preparación y por su conocimiento del paciente. García-Sierra et al. (2017) en su estudio cualitativo realizado en Tarrasa con enfermeras consideradas como altamente comprometidas con la institución en la que trabajaban, encontraron que aunque no se les preguntó específicamente por este aspecto, en 11 de las 15 entrevistas las enfermeras reseñaron la autonomía en su trabajo como una de las 3 características más valiosas de la institución y que más apreciaban a la hora de sentirse satisfechas con la labor que desempeñaban, por lo que podemos considerar que el deseo de fomento de esa autonomía es recíproco entre pacientes y enfermeras.

La adecuación de esta herramienta para medir el Cuidado Invisible de acuerdo con las percepciones de los pacientes, viene confirmada también por los resultados que hemos obtenido al correlacionar la puntuación del PCIE-H con las características tanto sociodemográficas como clínicas de estos. Así como en otros estudios la percepción del cuidado varía en base a la edad o al tiempo de ingreso de manera significativa (Charalambous et al., 2017), en nuestro caso observamos que los CI no están mediados por el nivel de estudios, el tiempo que dure la estancia, el contexto del que se provenga, el tipo de cáncer que se padezca, la pluripatología o la edad de la persona, sino que estos están presentes y se detectan independientemente del perfil del paciente. Únicamente cabe resaltar que de las 3 dimensiones subyacentes en el cuestionario, los hombres mostraron valoraciones ligeramente superiores a las de las mujeres en el ‘Cuidado de la persona’ y el ‘Cuidado del entorno y de la familia’, con diferencias estadísticamente significativas, pero con tamaños del efecto muy pequeños (entre 0.5 y 1.1%). Por tanto, podemos concluir que la hipótesis 6, que afirmaba que la identificación del CI no se veía influida por ninguna de las variables sociodemográficas ni clínicas no se corrobora totalmente. No obstante, dado que entre todas las variables estudiadas únicamente el sexo condiciona la percepción del CI y no en todos los factores que lo componen, conviene seguir estudiando la existencia de esta correlación.

Por otra parte, teniendo en cuenta que el nivel de estudios no es determinante en la percepción que los usuarios tienen del CI conviene cuestionarse la pertinencia de consultar

sobre este aspecto, pues algunos participantes se mostraron incómodos a la hora de ser consultados al respecto y manifestaron que era una información poco relevante.

También se puede afirmar que es el cuestionario permite discernir las diferencias de cuidado que se dan en los distintos servicios analizados, así vemos que, el grupo de enfermeras de la unidad Medicina Interna es el que mejor valoración presenta.

Tras estudiar la calidad de vida de la muestra y correlacionarla con la puntuación global a las respuestas cerradas del cuestionario PCIE-H, observamos que existe una menor frecuencia de CI reportado en aquellos pacientes con problemas para la realización de sus ‘Actividades Cotidianas’ y con presencia de ‘Ansiedad-Depresión’. No obstante, los tamaños del efecto en las diferencias encontradas han sido pequeños, y, por tanto, concluimos que estos datos confirman la segunda parte de la hipótesis 7 en la que se indicaba que una peor CVRS conlleva una peor percepción del CI, pero conviene seguir indagando acerca de la potencia de la relación entre estas variables.

6.2.2. Cuidados más importantes

De entre los cuidados y actitudes enfermeras que los pacientes han considerado más importantes durante su hospitalización, vemos que la inmensa mayoría destacan aquellos que pertenecen a la esfera del cuidado humanista o expresivo (Watson, 1979; Zamanzadeh et al., 2010) pues un 76.5% del total de comentarios aportados por los participantes hacen alusión a la aptitud y actitudes de cuidado relacional, frente al 1.76% de ellos que ponen la relevancia en la destreza técnica. Así, demostrar atención y preocupación por el paciente, la disponibilidad, sinceridad, la presencia cuidadora y el acompañamiento y un trato cercano, cariñoso y delicado, son los aspectos de la labor enfermera que los pacientes oncológicos de este hospital consideran claramente más trascendentes y que coinciden con los cuidados que englobamos en el concepto de CI.

6.2.3. Omisión de cuidados: causas y consecuencias

Los enfermos y familiares, cuando les hemos preguntado sobre las carencias de la atención de las enfermeras y los elementos de mejora, nos han señalado de forma reiterada la existencia de retrasos, omisiones, cuidados inacabados y algunos errores. Concretamente, las carencias o deficiencias más mencionadas tienen que ver con la comunicación, con el tiempo de dedicación considerado insuficiente, con la percepción de escaso afecto y empatía, un trato poco considerado con sus necesidades, así como, con la falta de vigilancia; acciones que podrían derivar en riesgos para la salud del enfermo reales o potenciales y que incluso algunos han

descrito como, por ejemplo, la presencia de extravasaciones y tromboflebitis no detectadas a tiempo. Ciertos participantes también señalaron que esa falta de vigilancia, implicaba que ellos mismos o sus familiares tuvieran que estar pendientes en ocasiones de comprobar la administración correcta y puntual de la medicación. Por otra parte, encontramos numerosos comentarios sobre el retraso o la tardanza a la hora de atender a la llamada o realizar algunas tareas, como la ronda nocturna o la valoración del dolor.

Se considera importante tener en cuenta las aportaciones de participantes que admiten tratar de “molestar” lo menos posible. Esto nos lleva a considerar que puedan estar asociando los conceptos de pedir, expresar una necesidad o solicitar la presencia enfermera con ser una carga o una molestia, hecho que resulta preocupante por las implicaciones que puede tener en la seguridad y en la calidad de la atención que los pacientes que éstos no trasladen sus demandas a los profesionales al cargo de su cuidado, además de identificar que no se tiene muy claro las competencias que desarrollan los profesionales de enfermería. Por último, otro cuidado que señalaron que no se hizo con la asiduidad necesaria o bien se hizo con demasiada prisa, brusquedad o falta de privacidad fue la higiene.

La mayoría de estas carencias detectadas, se acompañan en el relato de una causa que resulta clara y palpable para los participantes a la vista de sus opiniones: la falta de tiempo de las enfermeras para dar un cuidado óptimo e integral, hecho que está estrechamente relacionado con una carga de trabajo excesiva para la plantilla existente que se juzga como escasa. La amplitud temporal con la que se ha realizado este estudio, permite además observar que esa percepción de escasez y recortes (aunque quizás fue algo más intensa en los comentarios del año 2012), es una constante a lo largo del tiempo que ha durado la recogida de datos. A partir de los comentarios realizados por los enfermos y familiares, vemos que la destrucción de empleo con motivo de la crisis económica mundial que se produjo durante un lustro en la profesión y que mencionábamos en el ‘Marco Teórico’, ha sido patente para los usuarios aun cuando en Aragón el ratio de enfermeras asistenciales vinculadas a hospitales por cada 1000 habitantes es de 4,9, el más alto de todo el país y muy por encima de la tasa media de 3,3 profesionales de enfermería que encontramos a nivel nacional (Ministerio de Sanidad, 2022b).

La escasez de enfermeras en Europa es un problema que lleva años denunciándose a nivel global, y son muchos los estudios que desde diversos enfoques han buscado demostrar ese hecho y sus consecuencias. Podríamos decir que el RN4CAST supuso el germen de esa línea de investigación (Sermeus et al., 2011) que sigue siendo ampliamente trabajada en la actualidad. Aiken et al. (2018), publicaron un estudio en el que se les consultó a los pacientes de forma

directa si el personal de enfermería existente era suficiente para su cuidado, el 40% de los participantes consideraron que no lo era. En nuestro caso, no se les preguntó directamente, pero las observaciones que los participantes realizaron de manera espontánea en las preguntas abiertas cuando se les consultó por aspectos que habían echado en falta o sugerencias de mejora que tenían, confirman que en nuestro contexto el sentir general de los usuarios coincide en la percepción de escasez de enfermeras.

Los cuidados omitidos o perdidos, expresados por los pacientes, que se han sintetizado al principio de este apartado, vemos que van en la línea de los hallazgos de otras investigaciones, que apuntan también a que el exceso de tareas para una plantilla insuficiente, hace que las enfermeras hayan eliminado la comunicación efectiva y el hábito de hablar con el paciente de sus rutinas de trabajo (Chan et al., 2012; Thorne et al., 2009). En una revisión de estudios publicada en 2020 sobre los cuidados omitidos que los pacientes percibían, estos fueron clasificados en 3 bloques: los relativos a las necesidades básicas (entre las que se incluye la higiene), los relativos a la comunicación y los que tienen que ver con la puntualidad en la atención a las demandas (Gustafsson et al., 2020). Moreno-Monsiváis et al. (2015) realizaron un estudio en México en el que exploraron además las razones que los pacientes consideraban que habían llevado a las enfermeras a omitir este tipo de cuidados remarcando 5 razones: (1) la falta de personal era el principal (18.1%), (2) la inexperiencia (13.8%), (3) la falta trabajo en equipo y de organización (7.5%), (4) la inadecuada transmisión de información entre turnos (6.3%) y (5) la actitud del personal (5%). A pesar de que en nuestro caso no se ha cuantificado la opinión de los pacientes con respecto a estas causas los participantes mencionan todas ellas en las preguntas abiertas del PCIE-H.

Cabe subrayar la paradoja que encierra la situación descrita en el párrafo anterior, pues los cuidados más importantes para los pacientes, según nuestros resultados, son aquellos de tipo relacional y, sin embargo, son estos los que las enfermeras parece que las enfermeras menos priorizan y se están dejando de realizar o minimizando a causa del desequilibrio entre las necesidades de cuidado de los usuarios y los recursos disponibles.

Esta omisión o retraso en los cuidados tiene repercusiones a varios niveles para los pacientes. Por una parte, afecta a su seguridad por los errores en la administración medicación, las infecciones nosocomiales o las caídas que pueden acarrear (Recio-Saucedo et al., 2018) pudiendo incluso derivar en la muerte del paciente (Ball et al., 2018). Por otra parte da lugar a una menor satisfacción de los usuarios con las enfermeras y con el hospital (Aiken et al., 2018) y desde luego, a una pobre orientación del servicio hacia el paciente (Bachnick et al., 2018).

No obstante, no solo los pacientes se ven afectados por la omisión, se ha comprobado que además, genera en las enfermeras mayores índices de burnout (Liu et al., 2019), insatisfacción, absentismo, estrés moral (Janatolmakan y Khatony, 2022) y sentimientos de culpa (Rooddehghan et al., 2018; White et al., 2019). Las consecuencias negativas en pacientes y enfermeras suponen a su vez un problema para el sistema pues implican un aumento de los costes y un descrédito de la institución hospitalaria (Janatolmakan y Khatony, 2022).

Ahondando en el malestar que genera en las enfermeras, es importante recordar que estas circunstancias laborales que les llevan a la omisión de cuidados y a una reducción de la calidad de su trabajo, estaban presentes antes la pandemia y continúan estando; la COVID-19 ha contribuido a agravar la tensión manifiesta que sufre este personal en España desde hace años. De acuerdo al informe publicado en febrero de 2022 por la Organización Colegial de Enfermería sobre la situación profesional y emocional de las enfermeras, un 46.5% de la fuerza de trabajo se plantea el abandono de la profesión como consecuencia del desgaste emocional y de salud acumulado y aunque hay un descontento generalizado con todas las condiciones laborales sobre las que se preguntó, la falta de desarrollo de especialidades enfermeras y la sobrecarga de trabajo son las peor valoradas por algo más del 71% de las enfermeras (Organización Colegial de Enfermería, 2022).

Por último, remarcar que el fenómeno de los cuidados omitidos es previsible que tenga incluso más envergadura de la que se puede conocer actualmente, pues hasta ahora, la información se está obteniendo a través de cuestiones indirectas como las planteadas en nuestro cuestionario, las cuales son solamente una aproximación al problema. La única herramienta de medida directa de los cuidados omitidos que conocemos, la MISSCARE Survey que cuestiona sobre el fenómeno a enfermeras (fundamentalmente) o a pacientes (Kalisch y Xie, 2014) según la versión que se utilice, tiene la limitación de que solo se pueden opinar sobre una selección cerrada de ítems. Saar et al. (2021) que realizaron un análisis de la omisión de las actividades enfermeras de forma retrospectiva a partir de los registros que estas realizaba de su trabajo en la historia clínica del paciente, observaron que el 52% de las actividades revisadas se habían omitido de forma completa o parcial y que los pacientes de media, y según el nivel de priorización que las enfermeras tenían que aplicar, tenían todos entre 1 y 22 actividades omitidas durante su estancia hospitalaria. Coincidiendo aquí también con que el cuidado emocional era el más olvidado (88%).

No obstante, en este sentido, cabe señalar que la sobrecarga laboral de la que venimos hablando, puede derivar a su vez en olvidos involuntarios en la realización de intervenciones

enfermeras o en su registro (Shihundla et al., 2016). O bien que las omisiones podrían verse ocasionadas en ciertos casos, por la falta de conciencia de las enfermeras sobre el valor que determinados cuidados tienen sobre la persona. Además, en los estudios consultados siempre se habla de cuidados omitidos/perdidos, retrasados y/o parciales, pero no hemos encontrado ninguna investigación que identifique aquellos cuidados que se realizan con escasa calidad, con prisa, brusquedad, malas formas y que también pueden acarrear consecuencias negativas. Que se llegue a “todo” sin que se haga con calidad.

6.2.4. Satisfacción con el cuidado

En cuanto a la satisfacción de los participantes con la atención recibida por parte de las enfermeras durante su estancia hospitalaria (P33), la media obtenida ha sido notable, concretamente 8.3 sobre 10 (IC al 95%: 8.1 - 8.5; DE \pm 1.8 puntos). Aunque no disponemos de este tipo de dato en otros estudios con pacientes oncológicos en nuestro país, sí encontramos estudios que han obtenido cifras de satisfacción, tanto por encima como por debajo de la nuestra, cuando han estudiado esta variable en otros grupos de pacientes. Así, Sillero y Zabalegui (2018) que la midieron utilizando el LOPSS-12 en pacientes de servicios implicados en el perioperatorio, no alcanzaron una puntuación tan elevada, obteniendo de media un índice de 3.17 sobre 5 que equivaldría a un 6.34 sobre 10. En cambio, Romero et al. (2019) que administraron el NICSS en pacientes atendidos en UCI obtuvieron una media de 280 puntos sobre 294, que supone un 9.79 sobre 10.

Para encontrar cifras de satisfacción con el cuidado enfermero en pacientes con patología oncológica de países próximos al nuestro, tenemos que irnos a consultar los resultados del estudio multicéntrico realizado en Chipre y Grecia en 2014, en el que se recogieron datos mediante la PSI (adaptación al ámbito hospitalario de la conocida escala Risser). En este caso, las cifras de satisfacción son muy similares a las obtenidas en nuestra investigación con el PCIE-H, pues la media de las enfermeras griegas fue de 8.06 y la de las chipriotas de 8.34 (Charalambous et al., 2014).

La satisfacción con el cuidado enfermero durante el ingreso ha sido ligeramente inferior a la nota media otorgada a las enfermeras a lo largo de su vida. Esto puede deberse a que es una experiencia más reciente y se recuerda con más viveza que las previas, pero también a que en la satisfacción a lo largo de la vida se incluye a sus enfermeras de referencia de atención primaria con las que se genera probablemente un vínculo más estrecho (Talavera Pérez et al., 2022).

Además de medir la satisfacción con las enfermeras durante la hospitalización, de forma general, mediante una única pregunta con el cuestionario PCIE-H, la medimos también a través del CUCACE, pues su sección 2 está íntegramente orientada a medir dicho constructo. La media alcanzada con esta herramienta es algo menor, posiblemente porque se cuestiona sobre la satisfacción de manera más específica a través de 19 preguntas. Concretamente, obtuvimos una media de 75 puntos sobre los 100 posibles (IC al 95%: 71.8 – 78.1; DE \pm 19.6) que sigue suponiendo una buena puntuación y se aproxima bastante a la alcanzada en un estudio realizado con la misma herramienta en Colombia, en el que la media fue de 78.12 puntos, aunque en este caso desconocemos la patología de los participantes que fueron incluidos (Lenis-Victoria y Manrique-Abril, 2015). En el estudio realizado en Turquía en pacientes con cáncer de mama en tratamiento de quimioterapia, la satisfacción media con el cuidado enfermero usando el mismo instrumento fue de 79.68 aunque, en este caso, la evaluación se hace sobre la atención del equipo enfermero que les administra el tratamiento de forma ambulatoria (Bayram et al., 2014).

El grado de satisfacción de los usuarios con la labor enfermera, no se ha visto condicionado, con niveles significativos, por ninguna de las variables sociodemográficas ni clínicas recogidas exceptuando el sexo. En nuestro estudio los hombres mostraron mayor satisfacción con el cuidado enfermero recibido durante su estancia y a lo largo de su vida que las mujeres, lo cual coincide con algunos trabajos que han analizado esta correlación en la satisfacción con los servicios de salud (Danielsen et al., 2007; Hekkert et al., 2009) y en particular con la atención de enfermería (González-Valentín et al., 2005). No obstante, vemos que no existe unanimidad sobre la influencia de esta variable en la satisfacción, ya que en otros estudios son las mujeres las más satisfechas con la atención enfermera (Hu et al., 2020) y, también los hay en los que no se encontró diferencia alguna en el grado de satisfacción con el cuidado en base al sexo de los encuestados (Ozturk et al., 2020; Romero-García et al., 2019; Sillero Sillero y Zabalegui, 2018).

Según Hekkert et al. (2009), los determinantes sociodemográficos con mayor influencia en la satisfacción son el nivel educativo y la edad. En relación con esto, Baatbar et al. (2015) realizaron una revisión sistemática de 109 estudios para clarificar las inconsistencias en la evidencia científica de las variables asociadas con la satisfacción de los pacientes; y también afirmaron que es la edad la que tiene mayor unanimidad como característica influyente en la satisfacción, indicando que la mayoría de los estudios concluyen que los pacientes más mayores son los más satisfechos, especialmente en población caucásica y africana. En nuestros resultados, en cambio, vemos que no hay significación estadística que confirme esa relación,

solo ciertas tendencias muestran que el rango de 51-60 años y los >70 años son los grupos de edad que más alto puntúan la satisfacción en el ingreso actual. Pero sí vemos que, en la satisfacción con las enfermeras a lo largo de la vida, esta va incrementándose progresivamente conforme se avanza en edad.

Como conclusión a la hipótesis 5, observamos que los hombres presentan mayores niveles de satisfacción con el cuidado enfermero que las mujeres. Por lo tanto, la hipótesis que suponía la influencia entre el grado de satisfacción y las variables sociodemográficas queda parcialmente confirmada pues solo una de entre todas las variables estudiadas muestra significación estadística.

En cuanto a los determinantes de salud, la calidad de vida percibida también es un potente predictor de la satisfacción (Hekkert et al., 2009). En nuestro estudio encontramos que los pacientes con mayor ansiedad o depresión tienen peor satisfacción con el cuidado en el ingreso actual y en su trayectoria vital, resultados que coinciden con los de Grøndahl et al. (2013) y, que nos lleva a poder confirmar la primera parte de la hipótesis 7.

Uno de nuestros planteamientos iniciales indicaba que los pacientes que habían recibido una mayor cantidad de CI tendrían mejores niveles de satisfacción (hipótesis 2). Varios de los estudios consultados sobre cuidados omitidos también plantean esa misma teoría, aunque en su caso no midan específicamente Cuidados Invisibles, varios de ellos alcanzan la misma conclusión: el grado de satisfacción de los pacientes es menor cuantos menos cuidados enfermeros reciben (Aiken et al., 2018; Bruyneel et al., 2015; Lake et al., 2016; Papastavrou et al., 2014; Schubert et al., 2008). En el análisis de datos que hemos realizado en nuestro estudio para verificar dicha hipótesis observamos que la relación prevista se corrobora.

6.2.5. Identificar a la persona que les atiende

Tanto en las cuestiones cerradas como en las abiertas se consultó a los pacientes si conocían el nombre de las enfermeras que les atendieron. El 40.6% de los participantes indicó que las enfermeras no se presentaron por su nombre la primera vez que les atendieron.

Hemos podido observar que existen notables diferencias entre algunos servicios, así en Neumología y Urología las enfermeras se presentan casi la mitad de las veces que lo hacen en Medicina Interna. No existen protocolos de acogida específicos en ese servicio pero las diferencias encontradas podrían explicarse teniendo en cuenta que los enfermos hospitalizados en la unidad de Medicina Interna se encuentran en una situación de especial incertidumbre. Es un servicio en el que las personas de nuestra muestra ingresan en la mayoría de las ocasiones

para la realización de pruebas que permitan un diagnóstico inicial de la enfermedad; esa angustia que les acompaña en el ingreso puede hacer especialmente significativo el primer encuentro con la enfermera en planta. Así mismo, la posibilidad de que haya habido encuentros posteriores del paciente con la misma enfermera puede contribuir a que se afiance el recuerdo de su nombre. Gutiérrez Vásquez (2019) que utilizó en su investigación el cuestionario PCHE v.3. en el que se incluye una pregunta similar, indicó que de los 303 participantes del estudio (todos reclutados del servicio de Medicina que en nuestro país equivaldría al de Medicina Interna), el 32% respondió que las enfermeras nunca les dijeron su nombre y cargo y, el 27% lo hicieron solo algunas veces.

El hecho de no identificarse, es contraproducente para lograr la visibilidad y reconocimiento del trabajo enfermero, así como para establecer relaciones interpersonales de confianza entre paciente/familia y enfermera. En nuestro país, se han realizado algunas iniciativas recientemente para abordar esta cuestión. Por un lado, en el Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo, en el que a principios de 2020 las enfermeras pusieron en marcha una campaña bajo el lema “Hola, mi nombre es” con la intención de avanzar en la humanización de los cuidados, la cual consistía en proporcionar chapas con el nombre a los enfermeros y concienciarles sobre la relevancia de presentarse a sus pacientes (Diario Independiente de Contenido enfermero, 2020). Aunque esto tuvo lugar poco antes del estallido de la pandemia por COVID-19, vimos que iniciativas similares se pusieron en marcha tanto en el Hospital Lozano Blesa de Zaragoza (en el que hemos realizado este estudio) como en otros hospitales nacionales para hacer visible a la persona que les estaba cuidando tras las mascarillas o los equipos de protección individual que tuvieron que empezar a usarse. Así, placas con el nombre y cargo de las enfermeras que hasta el momento no eran reconocibles porque en el centro no hay diferenciación por colores en los uniformes, llegaron para quedarse a raíz de esa circunstancia, contribuyendo a una mejor identificación de las enfermeras/os.

En las preguntas abiertas, quisimos explorar los motivos principales que les llevaron a retener el nombre de una enfermera en la memoria. La inmensa mayoría destacó que las recordaban por ser enfermeras que marcaron la diferencia con respecto a otras, estando presentes en momentos importantes y/o realizando acciones que fueron relevantes y positivas para ellos. Los aspectos de carácter relacional como la escucha y la destreza en la comunicación y el abordaje emocional, la comprensión, el interés demostrado, la infusión de ánimos y los detalles que demostraban cercanía, acompañamiento y familiaridad fueron los motivos más repetidos. Esto contrasta con múltiples estudios en los que se ha evaluado la perspectiva de

pacientes y enfermeras acerca de la importancia de los comportamientos de cuidado que estas tienen en los hospitales, y coinciden en que son las enfermeras las que suelen dar más importancia y valor a los cuidados de carácter emocional (expresivos/afectivos/CI) y los pacientes en cambio valoran más las habilidades técnicas e instrumentales (Pajnkihar et al., 2017; Papastavrou et al., 2011)

6.2.6. El rol de la enfermera: confianza, seguridad, relevancia dentro del equipo e importancia de los Cuidados Invisibles en el bienestar y la recuperación

Casi la totalidad de los pacientes de nuestro estudio afirman que las enfermeras que les atendieron les transmitieron seguridad y confianza. Conocer este dato era importante porque tal y como destaca Radwin (2000), que los pacientes oncológicos tengan confianza en sus enfermeras es crítico, pues debido a la enfermedad y el tratamiento, tienen un fuerte sentimiento de que su vida se encuentra en riesgo, son pacientes más vulnerables y con mayor necesidad de establecer vínculos de confianza con las personas responsables de su cuidado. Cuando los pacientes tienen confianza en la enfermera inmediatamente les acompaña una sensación de seguridad física y serenidad a nivel emocional (Huércanos Esparza et al., 2012; Stolt et al., 2016). Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con los alcanzados por Aiken et al. (2018) en Reino Unido que indican que el 96.8% de los pacientes dice tener tanto seguridad (confidence) como confianza (trust) en las enfermeras que les trataron. No obstante, en ese estudio se desglosa más esta percepción, pues se les dio la posibilidad de contestar si esa sensación la tuvieron siempre (75.1%) o solo a veces (21.7%) y pudieron establecer comparativas entre la confianza hacia médicos y hacia enfermeras.

Los pacientes en los servicios de Oncología Médica y Urología fueron los que reflejaron menores cifras de confianza y seguridad en las enfermeras y, a su vez, también los que menores cifras de satisfacción con estas mostraron en comparación con el resto de los servicios. Este es un aspecto a tener en cuenta, no solo por la información que da a los gestores de este hospital en particular y que invita a indagar en las razones que llevan a esa puntuación más baja, sino porque la confianza y seguridad en las enfermeras, ha demostrado ser un indicador directo sobre la puntuación que los pacientes dan a la calidad global del hospital. Independientemente de su confianza en el personal médico sea elevada, si ese sentimiento no existe hacia las enfermeras, la puntuación que darán los usuarios al hospital será baja (Aiken et al., 2018). De hecho, al igual que en este trabajo de Aiken et al. (2018) en el nuestro también encontramos una relación directa entre sentir seguridad y confianza en las enfermeras y tener mayor grado de satisfacción con la atención recibida, con lo que se confirma la hipótesis 3 que teníamos de partida.

La importancia de las enfermeras dentro del equipo de trabajo es algo de lo que casi la totalidad de la muestra está convencida. Teniendo en cuenta además la información que nos proporcionaron los usuarios que respondieron a la pregunta adicional (P44) podemos asegurar que para todos ellos los CI juegan un papel importante en la mejora de su situación de enfermedad contribuyendo a proporcionar bienestar y siendo trascendentes en su recuperación. Esto nos muestra indicios de que la hipótesis 4 que planteamos inicialmente podría ser confirmada pero, teniendo en consideración que la muestra de la que disponíamos para este análisis no llegaba a 100 sujetos, creemos conveniente considerarla como no corroborada y que se verifique en futuros estudios.

En resumen, con respecto a las hipótesis planteadas en esta tesis y que ya han sido fundamentadas en diferentes puntos de este capítulo, concluimos que quedan totalmente corroboradas tanto la hipótesis principal, como las secundarias 2, 3 y 7. Así mismo, a la luz del conjunto de datos estudiados en relación con los valores perdidos, las tasa de cumplimentación lograda, la percepción expresada por los pacientes en cuanto a la frecuencia y satisfacción con los CI enfermeros, consideramos que la hipótesis secundaria 1 también ha quedado confirmada, pues queda patente que los participantes han experimentado durante su estancia hospitalaria los CI por los que se les pregunta y estos han sido valorados con puntuaciones elevadas. En cambio, las hipótesis 5 y 6 solo pudieron confirmarse parcialmente y la hipótesis 4, no ha podido ser verificada debido a que la muestra de la que disponíamos para realizar el análisis de los datos en este caso fue menor.

7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

7.1. LIMITACIONES

Con respecto a la selección de los participantes, se consideró que, para ser incluidos, el ingreso sobre el que se les pedía que opinasen tenía que haberse producido en los 12 meses previos. Este criterio tenía su razón de ser por los resultados de Canell et al. (1965) que indicaban que el 42% de los pacientes no recuerdan con nitidez los ingresos una vez ha transcurrido un año desde que se produjeron (Streiner y Norman, 2008). No obstante, aquellos participantes cuya recogida de datos haya estado más alejada del ingreso dentro de ese año, han podido experimentar dificultades a la hora de recordar los comportamientos o actitudes más relevantes de las enfermeras. En nuestro estudio, 28 sujetos cumplimentaron las herramientas de recogida de datos de 7 a 9 meses tras la hospitalización y 16 sujetos lo hicieron de 10 a 12 meses después. De acuerdo con Streiner y Norman (2008), los eventos que puede ser recordados con más intensidad por los pacientes, son aquellos que han sido más destacados o notorios, por tanto, podrían haberse dado situaciones de Cuidado Invisible que hayan pasado desapercibidas o no hayan sido recordadas por los participantes si otras intervenciones más intensas acontecieron simultáneamente.

El hecho de haber seleccionado participantes en diferentes fases del proceso de enfermedad y con diversos tipos de cáncer, hace que el cuidado que estos requieren pueda diferir y ser más o menos complejo y, con ello, también puede diferir la priorización de los mismos por parte de las enfermeras y el tiempo que estas estiman dedicar a cada paciente. Esto tendría que ser tenido en cuenta en estudios posteriores con esta herramienta.

Por otra parte, es posible que sean los pacientes más insatisfechos los que no hayan querido participar o devolver los cuestionarios completados una vez firmaron el consentimiento informado (Romero-García et al., 2018). También debemos considerar como una posibilidad que el estado de ánimo y la condición física de los pacientes oncológicos, así como que las experiencias negativas que hayan podido tener en hospitalizaciones anteriores puedan haber tenido algún impacto en la voluntad de responder a los test, a pesar de que la tasa de participación que hemos obtenido haya sido muy favorable y que con los criterios de exclusión establecidos se ha procurado evitar este sesgo.

La elección de un muestreo aleatorio estratificado en lugar de uno consecutivo y, la selección de participantes en la consulta médica en lugar de en el HDD, podrían haber contribuido a una mayor representatividad en la muestra de estudio de todos los perfiles de pacientes oncológicos existentes en la población y, por tanto, a una mayor posibilidad de generalizar los resultados obtenidos.

Algunos autores explican que la satisfacción y la experiencia durante la hospitalización están determinadas por elementos sociales y culturales (Batbaatar et al., 2015; Romero-García et al., 2018). El cuestionario PCIE-H fue administrado solo a pacientes que eran capaces de comunicarse en castellano y aunque no se excluyeron pacientes según su nacionalidad mientras comprendieran y supiesen expresarse en español, sí encontramos que aunque no tenemos cifras exactas porque no se recogió ese dato demográfico, la mayor parte de nuestra muestra es originaria de España o Latinoamérica, lo cual implica que los resultados obtenidos podrían no ser aplicables a pacientes de culturas diferentes.

Así mismo, otro de los aspectos que creemos que ha condicionado el volumen de información obtenida ha sido la extensión del dossier de instrumentos de recogida de datos que se ha utilizado en el estudio. Revisando el número de ítems que han dejado de contestarse por algunos de los participantes, observamos que la cifra progresivamente se iba incrementando conforme avanzaban las preguntas. Esto podría darse por cansancio de la persona encuestada cuando la herramienta resulta demasiado extensa. De acuerdo con Beck (1999), los cuestionarios largos pueden introducir un sesgo de inserción en las respuestas y reducir la participación de los individuos. Esta conjetura acerca de la excesiva extensión del instrumento se ve confirmada por las cifras de alfa de Cronbach obtenidas que indican redundancia en los ítems y por el informe proporcionado por el servicio de Información y Atención al Paciente del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid sobre el cual hablaremos con más profundidad en la siguiente sección.

Adicionalmente, el denominado sesgo de memoria o aprendizaje de las respuestas puede haber estado presente en algunos de los participantes de la submuestra que cumplieron por segunda vez el cuestionario PCIE-H, a pesar de que se estipuló un mínimo de 1 semana de tiempo para cumplimentar los cuestionarios por segunda vez.

Con respecto al análisis de la legibilidad de los ítems, que se hizo durante el estudio piloto, consideramos que no haber contado en esa fase con pacientes con un perfil representativo del que posteriormente formó parte del estudio de validación, así como no haber solicitado la

evaluación de la adecuación de los ítems mediante Índices de Validación del Contenido estandarizados ni realizado cálculos del grado de legibilidad y facilidad de lectura, ha podido condicionar el entendimiento por parte de los participantes de algunas cuestiones y por tanto, sus respuestas. Esto limita la solidez de esta parte del proceso de validación, por lo que convendría en posteriores trabajos de mejora de la herramienta revisar de nuevo este aspecto.

Por último, debemos indicar que con respecto al intervalo de confianza (IC) del 95% que se ha usado para la estadística descriptiva del grupo de familiares, la precisión de dichos IC no es la óptima pues existe una elevada amplitud dado lo reducido del N de esta submuestra (n=48).

7.2. LINEAS DE INVESTIGACIÓN ACTUALES Y FUTURAS

7.2.1. Acciones sobre las que continuamos trabajando

- Revisar y actualizar el concepto de Cuidado Invisible, así como explorar las dimensiones que lo conforman para avanzar en el modelo teórico propuesto en esta tesis tras el análisis factorial.
- Diseñar una versión corta del cuestionario PCIE-H:

A la luz de la cifra tan elevada de alfa de Cronbach que hemos obtenido, la cual nos indica la posibilidad de reducir el número de ítems y, dado que el tiempo de cumplimentación que se requiere es mayor que el recomendado en la bibliografía, se ha considerado plantear una versión corta del cuestionario (PCIE-H-C) que subsane estos inconvenientes y permita disponer de una herramienta igualmente válida y fiable, pero mejorando su aceptabilidad y utilidad. Con la versión corta del cuestionario se busca reducir la carga para los pacientes a la hora de responder a las preguntas y el número de datos perdidos, esto además hará que la herramienta resulte más atractiva para los gestores de los hospitales.

Como primer paso antes de decidir qué ítems eliminar, en junio de 2022 se ha estudiado la validez de lógica y la interpretabilidad del PCIE-H en una muestra de pacientes de servicios de Medicina Interna y Geriátrica del Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela de Madrid (n=20). Para ello, desde el servicio de Información y Atención al Paciente de dicho hospital, se les hizo entrega del cuestionario para que lo cumplimentasen de acuerdo con su experiencia hospitalaria y, se les citó posteriormente para una entrevista con el objetivo de que expusiesen las dificultades que habían tenido, dieran su opinión sobre la pertinencia y relevancia de

las preguntas, la comprensión del lenguaje utilizado e hiciesen propuestas sobre la eliminación de ítems y/o incorporación de otros nuevos. A partir de los resultados de dichas entrevistas se elaboró un informe con el que se está trabajando para mejorar algunos ítems y la estructura global de la herramienta y pedir a una nueva submuestra una valoración cuantitativa de la legibilidad y adecuación de cada uno.

Como segundo paso, tenemos el propósito de llevar a cabo sendos análisis, cualitativo y cuantitativo, con enfermeras asistenciales y gestoras, con intención de mejorar la validez lógica o aparente y de contenido de la nueva versión del instrumento.

Una vez superadas las dos fases anteriores, desde el punto de vista estadístico, se valorará eliminar de entre los ítems que hayan superado las fases anteriores, aquellos que presenten cargas factoriales inferiores a .60 y lo que hubieran tenido más de un 10% de valores perdidos y se procurará mantener la representatividad de los 3 factores existentes en el AFE asegurando 3-4 ítems por factor (Lloret-Segura et al., 2014).

7.2.2. Propuestas de investigación para el futuro

A partir de la experiencia y los hallazgos obtenidos a lo largo de este proceso de investigación, proponemos algunos planes y futuros proyectos para expandir el conocimiento que se tiene sobre el Cuidado Invisible y perfeccionar la utilidad e interés del cuestionario PCIE-H:

- Comprobar las propiedades psicométricas del PCIE-H para la medición de los Cuidados Invisibles en otros colectivos de pacientes con diferentes patologías y atendidos por enfermeras en otros contextos como por ejemplo en la Atención Primaria o ambulatoria.
- Adaptar y validar este cuestionario a otras lenguas y culturas. Esto podría contribuir a incrementar nuestra comprensión y conocimiento acerca de formas alternativas de percibir y desarrollar el cuidado en otros lugares del mundo y, por otra parte, a conocer las coincidencias existentes, ya que el cuidado en muchos aspectos es universal. Así, la adaptación lingüística abriría la posibilidad posterior de realizar estudios internacionales y multicéntricos que nos permitiesen comparar esas similitudes y diferencias transculturales (Laschinger et al., 2005).
- Valorar el interés de incorporar nuevas variables de estudio con el fin de analizar posibles correlaciones existentes entre la frecuencia de CI y satisfacción del paciente con otros aspectos de tipo social, demográfico, clínico, estructural, etc.

- En este trabajo se han examinado las propiedades psicométricas del PCIE-H usando la Teoría Clásica de los Test que, aunque es la más extendida, presenta algunas limitaciones (Lloret-Segura et al., 2014; Muñiz, 2001). Se recomienda por tanto continuar explorando las características del cuestionario a través de otras corrientes más actuales como la Teoría de Respuesta al Ítem (Gempp Fuentealba, 2006; Streiner y Kottner, 2014).
- Indagar qué proporción de tiempo de la jornada de trabajo de la enfermera se destina a la realización de tareas invisibles o para las que no se dispone de un indicador de medida desde la gerencia.
- Explorar la relación existente entre el Cuidado Invisible, los ‘cuidados omitidos’ o ‘missed care’, así como su vinculación con el compromiso del personal enfermero o ‘engagement’, con la calidad del cuidado y la satisfacción de los usuarios para con este.
- Investigar acerca de si la omisión de cuidados identificada por algunos autores a partir de la revisión de los registros realizados en las historias clínicas, se deben a una omisión real o a un problema en la descripción de los CI llevados a cabo.

8. ANOTACIONES FINALES PARA EL USO DE LA HERRAMIENTA

Tras la realización de este estudio hemos podido comprobar qué aspectos han funcionado en la aplicación del cuestionario PCIE-H y cuáles deben ser tenidos en consideración para un uso eficiente del mismo.

Se recomienda que se responda al cuestionario como máximo en los 6 meses siguientes a la fecha de alta, procurando además que la fecha de cumplimentación sea lo más próxima posible al momento de abandono del hospital.

A pesar de que en el estudio de validación han participado personas de origen latinoamericano, no tenemos constancia de la proporción de participantes incluidos en la muestra que eran de procedencia diferente a la española, pues no se recogieron datos sobre nacionalidad de los sujetos. Por ello, si el cuestionario PCIE-H se aplica en países hispanohablantes es preciso que se tengan en cuenta las características culturales de ambos contextos para cerciorarse de que puedan ser equivalentes.

Así mismo, se debe tener en cuenta que la fiabilidad es una característica de los resultados obtenidos en una muestra en particular. Por tanto, cada vez que el instrumento sea testado en una población diferente debería calcularse nuevamente este parámetro para asegurarse de que en esa muestra el instrumento también se comporta de manera fiable y consistente.

En nuestro estudio la tasa de respuesta ha sido alta, pero esto ha podido ser debido al uso del HDD como punto de entrega y recogida de los cuestionarios. La ventaja de disponer de este lugar independiente de los servicios de hospitalización y al que los pacientes oncológicos acuden de manera asidua, nos permitió minimizar el sesgo de deseabilidad social y evitar pérdidas de potenciales participantes o de cuestionarios. No obstante, cabe reseñar que este servicio es característico de la atención a este grupo de población, pero puede no haber opciones similares cuando el cuestionario se administre en otras poblaciones y, por tanto, la tasa de respuesta podría verse reducida al testarse en grupos de pacientes diferentes, si el PCIE-H es administrado una vez el paciente ha sido dado de alta.

9. CONCLUSIONES

1. El cuestionario de Percepción del Cuidado Invisible de Enfermería durante la Hospitalización (PCIE-H), ha demostrado ser un instrumento válido para la medición del concepto de ‘Cuidado Invisible’ en el que se identifican 3 factores que hemos denominado ‘Cuidado de la persona’, ‘Cuidado del entorno y la familia’ y ‘Presencia cuidadora’.
2. El PCIE-H es el primer instrumento diseñado en el contexto español para medir la frecuencia, relevancia y satisfacción de los enfermos y cuidadores familiares con los Cuidados Invisibles.
3. El análisis de los datos teniendo en cuenta el tiempo transcurrido entre el alta y la cumplimentación del cuestionario sugiere que se administre en los 6 meses siguientes a la estancia hospitalaria.
4. En este estudio se ha constatado que las enfermeras del HCU Lozano Blesa proporcionan Cuidados Invisibles en los diferentes servicios en los que han sido atendidos los enfermos oncológicos.
5. Los Cuidados Invisibles se perciben como relevantes para mejorar el bienestar de los enfermos oncológicos.
6. Los Cuidados Invisibles que los participantes han considerado más frecuentes han sido la demostración de accesibilidad, el trato amable, el control del dolor y la intimidad.
7. Casi la totalidad de los usuarios manifiesta su confianza y seguridad en las enfermeras y en la manera que tenían de ejercer el cuidado, hecho que influye positivamente en la satisfacción con la atención recibida.
8. Los enfermos y familiares presentaron índices elevados de satisfacción con los Cuidados Invisibles proporcionados por las enfermeras.
9. Los problemas estructurales como la escasez de recursos humanos y la sobrecarga de las enfermeras afectan a la comunicación, la vigilancia y la anticipación o rapidez en la asistencia, según han percibido los enfermos y sus familias.
10. La identificación de los Cuidados Invisibles y la satisfacción hacia las enfermeras durante el ingreso y a lo largo de la vida es algo superior en los hombres que en las mujeres e inferior en aquellas personas que tienen una peor percepción de su estado de salud y presentan problemas de ansiedad, depresión o de autonomía para las actividades de la vida diaria.

BIBLIOGRAFIA

- Abu Sharour, L., Al Sabei, S., Al Harrasi, M., Anwar, S., Bani Salameh, A., Al Qadire, M., 2022. Quality of oncology nursing care as perceived by patients with cancer: results from three Arab countries. *Cancer Nurs* 45, E545-551. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000993>
- Abu Sharour, L., Al Sabei, S., Al Harrasi, M., Anwar, S., Salameh, A.B., 2021. Translation and validation of the Arabic version of the Quality of Oncology Nursing Care Scale (QONCS): psychometric testing in three Arabic countries. *J Healthc Qual Res* 36, 34–41. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.07.004>
- Acaroglu, R., Suhonen, R., Sendir, M., Kaya, H., 2011. Reliability and validity of Turkish version of the Individualised Care Scale. *J Clin Nurs* 20, 136–145. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03468.x>
- Adam, C., Patiraki, E., Lemonidou, C., Radwin, L., Charalambous, A., Charalambous, M., Berg, A., Sjövall, K., Katajisto, J., Stolt, M., Suhonen, R., 2017. Quality of nursing care as perceived by cancer patients: A cross-sectional survey in four European countries. *J BUON* 22, 777–782.
- Adhanom, T., 2020. Alocución de apertura del director general de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. Organización Mundial de la Salud.
- Ahmed, T., Assefa, N., Demisie, A., Kenay, A., 2014. Levels of adult patients' satisfaction with nursing care in selected public hospitals in Ethiopia. *Int J Health Sci (Qassim)* 8, 371–379.
- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I.S., Smith, H.L., Kutney-Lee, A., 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 344, e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A.M., Griffiths, P., 2018. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open* 8, e019189. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189>

- Akgün M, B., Turan-Kavradim, S., Özer, Z., 2019. The caring behaviours assessment tool: psychometric properties of the turkish version. Presented at the 2nd International Health Science and Life Congress, Burdur, Turquía.
- Akgün, M., Kavradim, S.T., Boz, İ., Özer, Z., 2020. Development and psychometric properties of the Caring Behaviors Assessment Tool Nursing Version-Short Form. *Int J Qual Health Care* 32, 701–707. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa134>
- Alanazi, M.R., Alamry, A., Al-Surimi, K., 2017. Validation and adaptation of the hospital consumer assessment of healthcare providers and systems in Arabic context: evidence from Saudi Arabia. *J Infect Public Health* 10, 861–865. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2017.02.002>
- Albashayreh, A., Al-Rawajfah, O.M., Al-Awaisi, H., Karkada, S., Al Sabei, S.D., 2019. Psychometric properties of an Arabic version of the Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire. *J Nurs Res* 27, 1–9. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000273>
- Alhowaymel, F., Abaoud, A., Alhuwaimel, A., Alenezi, A., Alsayed, N., 2022. COVID-19 patients' satisfaction levels with nursing care: a cross-sectional study. *SAGE Open Nurs* 8, 23779608221078164. <https://doi.org/10.1177/23779608221078163>
- Allen, D., 2015. *The invisible work of nurses. Hospital, organisation and healthcare.* Routledge Advances in Health and Social Policy, New York, NY.
- Alloubani, A., Akhu-Zaheya, L., Abdelhafiz, I.M., Almatari, M., 2019. Leadership styles' influence on the quality of nursing care. *Int J Health Care Qual Assur* 32, 1022–1033. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-06-2018-0138>
- Alonso Castillo, M.M., López García, K.S., Medina Briones, M.R., Esparza Almanza, S.E., Alonso Castillo, M.T. de J., Álvarez Carvajal, M.E., 2009. El cuidado como fundamento de la identidad de enfermería: las voces del profesorado. *Desarrollo Cientif Enferm* 17, 386–391.
- Alonso Gordo, J.M., Jiménez del Val, D., Palacios Rojo, J.J., Royo Sánchez, C., Urbina Torija, J.R., Santiago González, C., Bárcena Marugán, A., 2004. Prevalencia y distribución geográfica del cáncer en el área de salud de Guadalajara. *Rev Esp Salud Pública* 78, 83–94.

- Alonso, R., Blanco-Ramos, M.Á., Gayoso-Diz, P., 2005. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Rev Calid Asist* 20, 246–250. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(05\)75092-2](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(05)75092-2)
- Altinisik, M., Arikan, F., 2022. “Individualized Care” from the viewpoint of Turkish patients and oncology nurses. *Cancer Nurs* 45, E903–E913. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001057>
- Alvis, T., Moreno, M., Muñoz, S., 2002. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización, in: *El Arte y La Ciencia Del Cuidado*. Unibiblos, Bogotá, pp. 207–216.
- Amiri, E., Ebrahimi, H., Namdar Areshtanab, H., Vahidi, M., Asghari Jafarabadi, M., 2020. The Relationship between nurses’ moral sensitivity and patients’ satisfaction with the care received in the medical wards. *J Caring Sci* 9, 98–103. <https://doi.org/10.34172/JCS.2020.015>
- Arah, O.A., ten Asbroek, A.H.A., Delnoij, D.M.J., de Koning, J.S., Stam, P.J.A., Poll, A.H., Vriens, B., Schmidt, P.F., Klazinga, N.S., 2006. Psychometric properties of the Dutch version of the Hospital-level Consumer Assessment of Health Plans Survey instrument. *Health Serv Res* 41, 284–301. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00462.x>
- Argimón Pallás, J.M., Jiménez Villa, J., 2013. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*, 4ª. ed. Elsevier, Barcelona.
- Arroyo Rodríguez, A., Lancharro Taverro, I., Romero Serrano, R., Morillo Martín, M.S., 2011. La Enfermería como rol de género. *Index Enferm* 20, 248–251. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962011000300008>
- Bachnick, S., Ausserhofer, D., Baernholdt, M., Simon, M., Match RN study group, 2018. Patient-centered care, nurse work environment and implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals: a cross-sectional multi-center study. *Int J Nurs Stud* 81, 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.007>
- Badía, X., Schiaffino, A., Alonso, J., Herdman, M., 1998. Using the EuroQoI 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res* 7, 311–322. <https://doi.org/10.1023/a:1024933913698>.
- Báez-Hernández, F.J., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L., Medina-López, O.M., 2009. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan* 9, 127–134.

- Baggio, M.A., Erdmann, A.L., 2010. The (in)visibility of caring and of the profession of nursing in the relations space. *Acta Paul Enferm* 23, 745–750. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000600005>
- Ball, J.E., Bruyneel, L., Aiken, L.H., Sermeus, W., Sloane, D.M., Rafferty, A.M., Lindqvist, R., Tishelman, C., Griffiths, P., 2018. Post-operative mortality missed care and nurse staffing in nine countries: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, Special Issue: The Impact of Nursing 78, 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004>
- Barlem, E.L.D., Lunardi, V.L., Lunardi, G.L., Tomaschewski-Barlem, J.G., 2013. Sufrimiento moral en el cotidiano de la enfermería: huellas ocultas de poder y resistencia. *Rev Lat Am Enfermagem* 21, 293–9. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000100002>
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Amenta, P., 2015. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspect Public Health* 135, 243–250. <https://doi.org/10.1177/1757913915594196>
- Bayram, Z., Durna, Z., Akin, S., 2014. Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in Turkish breast cancer patients. *Eur J Cancer Care* 23, 675–684. <https://doi.org/10.1111/ecc.12185>
- Beattie, M., Murphy, D.J., Atherton, I., Lauder, W., 2015. Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. *Syst Rev* 4, 97. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0089-0>
- Beck, C.T., 1999. Quantitative measurement of caring. *J Adv Nurs* 30, 24–32. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01045.x>
- Benner, P., 2001. From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice, Commemorative edition. ed. Prentice Hall Health, New Jersey.
- Berhane, A., Enquesslassie, F., 2016. Patient expectations and their satisfaction in the context of public hospitals. *Patient Prefer Adherence* 10, 1919–1928. <https://doi.org/10.2147/PPA.S109982>
- Bermejo-García, L., Jiménez-Navascués, L., Suárez-Pérez de Eulate, N., Martínez-Cuervo, F., Paris-Jiménez, J., Fuguet-Ferrer, J., De Martí-Vallés, J., Montserrat-Pérez, J.L., Castillejo-Soler, M., 2018. Atención centrada en la persona (Documento técnico No. 8),

Serie de documentos técnicos de la SEEGG. SEEGG, Sociedad española de enfermería geriátrica y gerontológica, Oviedo.

Berry, L., Davis, S., Wilmet, J., 2015. When the customer is stressed. *Harv Bus Rev* October, 86–94.

Berry, L.L., Danaher, T.S., Chapman, R.A., Awdish, R.L.A., 2017. Role of kindness in cancer care. *J. Oncol. Pract* 13, 744–750. <https://doi.org/10.1200/JOP.2017.026195>

Björvell, C., Wredling, R., Thorell-Ekstrand, I., 2003. Improving documentation using a nursing model. *J Adv Nurs* 43, 402–410. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02751.x>

Boff, L., 2012. *El cuidado necesario*. Trotta, Madrid.

Boff, L., 2002. *El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la tierra*. Trotta, Madrid.

Boscart, V., 2010. *The development of Nurse-Patient Relationship Scales in chronic care (PhD Dissertation)*. Universidad de Toronto, Toronto.

Boscart, V.M., Pringle, D., Peter, E., Wynn, F., McGilton, K.S., 2016. Development and psychometric testing of the Humanistic Nurse-Patient Scale. *Can J Aging* 35, 1–13. <https://doi.org/10.1017/S0714980815000604>

Boyle, D.A., 2010. The invisibility of nursing: implications from an analysis of National Cancer Institute—Designated comprehensive cancer center web sites. *Oncol. Nurs. Forum*. 37, E75–E83. <https://doi.org/10.1188/10.ONF.E75-E83>

Bragadóttir, H., Kalisch, B.J., Tryggvadóttir, G.B., 2017. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *J Clin Nurs* 26, 1524–1534. <https://doi.org/10.1111/jocn.13449>

Brewer, B.B., Watson, J., 2015. Evaluation of authentic human caring professional practices. *JONA: The Journal of Nursing Administration* 45, 622–627. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000275>

Brown, C., Holcomb, L., Maloney, J., Naranjo, J., Gibson, C., Russell, P., 2005. Caring in action: the patient care facilitator role. *IJHC* 9, 51–58. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.9.3.51>

Bruyneel, L., Li, B., Ausserhofer, D., Lesaffre, E., Dumitrescu, I., Smith, H.L., Sloane, D.M., Aiken, L.H., Sermeus, W., 2015. Organization of hospital nursing, provision of nursing

- care, and patient experiences with care in Europe. *Med Care Res Rev* 72, 643–664. <https://doi.org/10.1177/1077558715589188>
- Burnell, L., Agan, D.L., 2013. Compassionate care: can it be defined and measured? The development of the Compassionate Care Assessment Tool. *J. Caring Sci* 6, 180–187.
- Busquets Surribas, M., Delgado Hito, P., Jiménez Herrera, M., Santos Ruiz, S., Vila Vendrell, Á., 2018. Invisibilidad del cuidado, in: *El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y la práctica enfermera*. Ediciones San Juan de Dios-Campus Docent, Esplugues de Llobregat.
- Cabasés, J.M., 2015. El EQ-5D como medida de resultados en salud [The EQ-5D as a measure of health outcomes]. *Gac Sanit* 29, 401–403. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.007>
- Cabrero Garcia, J., Richart Martinez, M., 1990. Adaptación española de una escala para medir la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería. Primeros resultados, in: *Psicología española en la Europa de los 90: ciencia y profesión, Psicología de la salud*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Madrid, pp. 297–301.
- Camargo, I.L., Caro, C.V., 2009. Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencias para la cualificación profesional. *Provincia de Coclé, Panamá. av.enferm.* 27, 48–59.
- Campiño-Valederrama, S.M., Duque, P.A., Cardozo-Arias, V.H., 2019. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado brindado por estudiantes de enfermería. *Univ. Salud* 21, 215–225. <https://doi.org/10.22267/rus.192103.158>
- Can, G., Akin, S., Aydiner, A., Ozdilli, K., Durna, Z., 2008. Evaluation of the effect of care given by nursing students on oncology patients' satisfaction. *Eur J Oncol Nurs* 12, 387–392. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.02.004>
- Cano-Caballero, D., 2004. Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio. *Index Enferm* 13, 34–39.
- Carthon, J.M.B., Lasater, K.B., Sloane, D.M., Kutney-Lee, A., 2015. The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Qual Saf* 24, 255–263. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003346>

- Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J.R., Donado Campos, J., 2003. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Aten Primaria* 31, 527–538.
- Castillo Toledo, C., Mañas Mañas, C., Moralejo Gutiérrez, A.M., Ahijado Aguado, G., 2017. Impacto psicosocial en el paciente oncológico. Presented at the XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM), Murcia, pp. 1–8.
- Castro, E.M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., Kiekens, C., Claes, K., Bruyneel, L., 2020. Effect of an intervention on the congruence of nurses' and patients' perceptions of patient-centred care: A pre-test post-test study. *J. Eval. Clin. Pract* 26, 1648–1656. <https://doi.org/10.1111/jep.13348>
- Chaka, B., 2005. Adult patient satisfaction with nursing care (PhD Dissertation). Universidad de Addis Abeba, Addis Abeba.
- Chamizo Vega, C., 2004. La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. *Index Enferm* 13, 40–44.
- Chan, E.A., Jones, A., Fung, S., Wu, S.C., 2012. Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong. *J Clin Nurs* 21, 1168–1177. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03841.x>
- Charalambous, A., Adamakidou, T., 2014. Construction and validation of the quality of oncology nursing care scale (QONCS). *BMC Nurs* 13, 48. <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0048-4>
- Charalambous, A., Adamakidou, T., Cloconi, C., Charalambous, M., Tsitsi, T., Vondráčková, L., Bužgová, R., 2017. The quality of oncology nursing care: a cross sectional survey in three countries in Europe. *Eur J Oncol Nurs* 27, 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.12.006>
- Charalambous, A., Efstathiou, G., Adamakidou, T., Tsangari, H., 2014. Adult cancer patients satisfaction of nursing care: a cross-national evaluation of two Southeastern European countries. *Int J Health Plann Mgmt* 29, e329–e346. <https://doi.org/10.1002/hpm.2225>
- Charalambous, A., Papadopoulos, I.R., Beadsmoore, A., 2009. Towards a theory of quality nursing care for patients with cancer through hermeneutic phenomenology. *Eur J Oncol Nurs* 13, 350–360. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.04.011>

- Charalambous, A., Papadopoulos, I.R., Beadsmoore, A., 2008. Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: a hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care. *Eur J Oncol Nurs* 12, 436–442. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.05.008>
- Charalambous, A., Radwin, L., Berg, A., Sjøvall, K., Patiraki, E., Lemonidou, C., Katajisto, J., Suhonen, R., 2016. An international study of hospitalized cancer patients' health status, nursing care quality, perceived individuality in care and trust in nurses: a path analysis. *Int J Nurs Stud* 61, 176–186. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.013>
- Choi, B.C.K., Pak, A.W.P., 2004. A catalog of biases in questionnaires. *Prev Chronic Dis* 2, A13.
- Christiansen, O., Benth, J.Š., Kirkevold, Ø., Bratt, O., Slaaen, M., 2021. Construct validity of the questionnaire Quality From the Patients Perspective adapted for surgical prostate cancer patients. *J Patient Exp* 8. <https://doi.org/10.1177/2374373521998844>
- Cinar Yucel, S., Ay, S., 2013. Reliability and validity of a Turkish version of the Trust in Nurses Scale. *Soc Behav Pers* 41, 1737–1745. <https://doi.org/10.2224/sbp.2013.41.10.1737>
- Collière, M.F., 1991. Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero. *Notas de Enfermería* 1, 53–66.
- Collière, M.F., 1982. *Promouvoir la vie: De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Masson, Paris.
- Collière, M.F., 1978a. Réflexion sur le service infirmier, contribution à l'identification du service offert. Le processus d'identification du service infirmier. *Soins, Les soins infirmiers* 23.
- Collière, M.F., 1978b. Réflexion sur le service infirmier, contribution à l'identification du service offert. La technologie. *Soins, Le soins infirmiers* 23.
- Comparcini, D., Simonetti, V., Tomietto, M., Radwin, L.E., Cicolini, G., 2021. Trust in Nurses Scale: validation of the core elements. *Scand J Caring Sci* 35, 636–641. <https://doi.org/10.1111/scs.12885>
- Consejo General de Enfermería, 2022. Radiografía de la situación profesional y emocional de la profesión enfermera [WWW Document]. Organización Colegial de Enfermería. URL <https://webcge.consejogeneralenfermeria.org/profesion/guias-clinicas/send/69-otros->

documentos/1635-resumen-ejecutivo-de-la-radiografia-de-la-situacion-emocional-y-profesional-de-la-profesion-enfermera (accessed 9.28.22).

- Costa, V.G. de S., Rodrigues, B.M.R.D., Pacheco, S.T. de A., 2012. As relações interpessoais no cuidar do cliente em espaço onco-hematológico: uma contribuição do enfermeiro. *Rev. enferm. UERJ* 209–214.
- Coyle, J., 1997. Exploring the meaning of dissatisfaction with health care: towards a grounded theory. (PhD Dissertation). South Bank University, London.
- Coyle, J., Williams, B., 2001. Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person-centredness in secondary care. *J Adv Nurs* 36, 450–459. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01993.x>
- Cronin, S.N., Harrison, B., 1988. Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart Lung* 17, 374–380.
- Cruz Lendínez, A.J., Grande Gascón, M.L., García Fernández, F.P., Hueso Montoro, C., García Ramiro, P.A., Ruiz López, M., Cruz Lendínez, A.J., Grande Gascón, M.L., García Fernández, F.P., Hueso Montoro, C., García Ramiro, P.A., Ruiz López, M., 2019. Distribución de enfermeras por Unidades de pacientes agudos y Unidades de Cuidados Intensivos en España. *Index Enferm* 28, 147–151.
- Cuesta, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallejo, G., Muñiz, J., 2013. Datos perdidos y propiedades psicométricas en los tests de personalidad. *An. de Psicol.* 29, 285–292. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.137901>
- Damasio, A., 2018. El extraño orden de las cosas: la vida, los sentimientos y la creación de las culturas. Destino, Madrid.
- Danielsen, K., Garratt, A.M., Bjertnaes, Ø.A., Pettersen, K.I., 2007. Patient experiences in relation to respondent and health service delivery characteristics: a survey of 26,938 patients attending 62 hospitals throughout Norway. *Scand J Public Health* 35, 70–77. <https://doi.org/10.1080/14034940600858615>
- DeMarco, R.F., Roberts, S.J., Chandler, G.E., 2005. The use of a writing group to enhance voice and connection among staff nurses. *J Nurses Staff Dev* 21, 85–90. <https://doi.org/10.1097/00124645-200505000-00001>

- Demirel, N., Turan, N., 2021. Relationship between individualized care perception and innovativeness among final-year nursing students. *Perspect Psychiatr Care* 57, 891–899. <https://doi.org/10.1111/ppc.12632>
- Deselle, S., 2005. Construction, Implementation, and Analysis of Summated Rating Attitude Scales. *Am. J. Pharm. Educ* 69, 1–12.
- DeVellis, R.F., 2012. *Scale Development: theory and applications*, 3th ed, Applied Social Research Methods. SAGE Publications, Thousand Oaks, CA.
- Diario Independiente de Contenido enfermero, 2020. “Hola, mi nombre es”, la nueva campaña de las enfermeras de Lugo para mejorar la relación con el paciente [WWW Document]. Diario Independiente de Contenido enfermero. URL <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/hola-mi-nombre-es-la-nueva-campana-de-las-enfermeras-de-lugo-para-mejorar-la-relacion-con-el-paciente/>
- Donabedian, A., 1992. Quality assurance. Structure, process and outcome. *Nurs Stand* 7, 4–5.
- Donate-Manzanares, M., Rodríguez-Almagro, J., Rodríguez-Cano, T., Hernández-Martínez, A., Barrilero-Fernández, E., Santos-Hernández, G., Beato-Fernández, L., 2017. Cross-cultural adaptation and validation of the psychometric properties of the Quality from the Patient’s Perspective I Questionnaire translated into Spanish. *Midwifery* 55, 75–82. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.005>
- Donmez, Y.C., Ozbayır, T., 2011. Validity and reliability of the “good perioperative nursing care scale” for Turkish patients and nurses. *J Clin Nurs* 20, 166–174. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03314.x>
- Dorigan, G.H., Guirardello, E. de B., 2013. Tradução e adaptação cultural do Newcastle Satisfaction with Nursing Scales para a cultura brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 47, 562–568. <https://doi.org/10.1590/reeusp.v47i3.77995>
- Dorigan, G.H., Guirardello, E. de B., da Silva, D., McColl, E., 2014. Validation of the Brazilian version of the Newcastle Satisfaction With Nursing Scales: A partial least squares path modeling approach. *J Nurs Meas* 22, 451–460. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.22.3.451>
- Dorigan, G.H., Oliveira, H.C., Guirardello, E. de B., 2015. Predictors of patients' experiences and satisfaction with nursing care in medical-surgical wards. *Texto contexto - enferm.* 24, 1003–1008. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201500002520014>

- Duffy, J.R., Brewer, B.B., Weaver, M.T., 2014. Revision and psychometric properties of the caring assessment tool. *Clin Nurs Res* 23, 80–93. <https://doi.org/10.1177/1054773810369827>
- Durán Escribano, M., 2008. La historia no contada. *Temperamentvm* 4, t8081.
- Dyk, D., Gutysz-Wojnicka, A., Cudak, E.K., Talarska, D., 2014. Cultural adaptation and psychometric evaluation of the Polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Arch Med Sci* 10, 782–790. <https://doi.org/10.5114/aoms.2014.44870>
- Errasti-Ibarrondo, B., Arantzamendi-Solabarrieta, M., Canga-Armayor, N., 2012. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *AN SIST SANIT NAVAR* 35, 269–283. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272012000200009>
- EuroQol Research Foundation, 2018. EQ-5D-3L User Guide. Version 6.0.
- Fajardo Trasobares, M.E., Germán Bes, C., 2004. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm* 13, 09–12.
- Ferguson, E., Cox, T., 2007. Exploratory factor analysis: a user’s guide. *Int. J. Sel. Assess* 1, 84–94. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2389.1993.tb00092.x>
- Fernández Ayuso, R.M., Morillo Velázquez, J.M., Ayuso, D.F., Torre-Montero, J.C. de la, 2017. Validación al Español de la Herramienta de Evaluación de los Cuidados, Caring Assessment Tool (CAT-V). *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0920.2965>
- Ferrer Piquer, M., Camaño Puig, R., 2017. Dotación de enfermeras en los hospitales españoles: análisis comparativo. *Index Enferm* 26, 223–227.
- Finfgeld-Connett, D., 2008. Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing* 17, 196–204. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01824.x>
- Flores Villavicencio, M.E., Fuentes Laguna, H.L., González Pérez, G.J., Meza Flores, I.J., Cervantes Cardona, G.A., Valle Barbosa, M.A., 2017. Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *NURE Investigación* 14.
- Fraser, N., 2011. ¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas de la justicia en una era “postsocialista,” in: Fraser, N., Carbonero Gamundí, Ma.A., Valdivieso Navarro, J.M. (Eds.), *Dilemas de la justicia en el siglo XXI: género y globalización*. Universitat de les Illes Balears, pp. 217–254.

- Fraser, N., 2008. Escalas de justicia. Herder, Barcelona.
- Gaalan, K., Kunaviktikul, W., Akkadechanunt, T., Wichaikhum, O.-A., Turale, S., 2019. Factors predicting quality of nursing care among nurses in tertiary care hospitals in Mongolia. *Int. Nurs. Rev* 66, 176–182. <https://doi.org/10.1111/inr.12502>
- Galbany-Estragués, P., Comas-d'Argemir, D., 2017. Care, autonomy, and gender in nursing practice: A historical study of nurses' experiences. *J Nurs Res* 25, 361–367. <https://doi.org/10.1097/JNR.000000000000184>
- Galek, K., Flannelly, K.J., Vane, A., Galek, R.M., 2005. Assessing a patient's spiritual needs: a comprehensive instrument. *Holist Nurs Pract* 19, 62–69. <https://doi.org/10.1097/00004650-200503000-00006>
- García de Yébenes Prous, M.A.J., Rodríguez Salvanés, F., Carmona Ortells, L., 2009. Validación de cuestionarios. *Reumatol Clin* 5, 171–177. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2008.09.007>
- García García, I., Gozalbes Cravioto, E., 2013. Surgimiento y desarrollo de la Historia de la Enfermería en España. *Enfermería Global* 12, 305–314.
- García Juárez, M.A.D.R., López Alonso, S.R., Orozco Cózar, M.A.J., Caro Quesada, R., Ramos Osquet, G., Márquez Borrego, M.A.J., Cano Antelo, M.A.D., Serrano Pedrero, C., 2011. Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. *Gac Sanit* 25, 474–482. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.04.010>
- García Moyano, L., 2017. Constructo de un instrumento para la valoración del compromiso profesional en la enfermería española (Tesis doctoral). Universidad de Zaragoza, Zaragoza.
- García Pérez, R., 2003. La medida en Educación: concepto e implicaciones en las actividades diagnósticas., in: *Técnicas e Instrumentos de Diagnóstico, Proyecto Docente Del Departamento MIDE de La Universidad de Sevilla*. Editorial IETE, Sevilla, pp. 131–211.
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J., Martínez-Zaragoza, F., 2017. Implicación de las enfermeras en su profesión. Un estudio cualitativo sobre el engagement. *Enferm Clin* 27, 153–162. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.03.006>
- Gardner, D., 1992. Presence, in: *Nursing Interventions-Essential Nursing Treatments*. W.B. Saunders, Philadelphia, pp. 191–200.

- Gardner, K.G., 1979. Supportive nursing: a critical review of the literature. *J Psychiatr Nurs Ment Health Serv* 17, 10–16.
- Gardner, K.G., Wheeler, E.C., 1987. Patients' perceptions of support. *West J Nurs Res* 9, 115–131. <https://doi.org/10.1177/019394598700900110>
- Gasch Gallén, Á., Moreno García, A., Germán Bes, C., 2012. El aprendizaje de los cuidados invisibles. *Rev Paraninfo Digital* 15.
- Germán Bes, C., 2021. Los cuidados del bienestar cotidiano: físico, emocional y espiritual. Presented at the IV Colóquio Internacional de Fenomenologia e Enfermagem, Evento online.
- Germán Bes, C., 2020. Las primeras enfermeras laicas españolas: Aurora Mas y los orígenes de una profesión en el siglo XX. *Prensas de la Universidad de Zaragoza, Zaragoza*.
- Germán Bes, C., 2015. *Triángulo de los Cuidados*.
- Germán Bes, C., 2013. La revolución de las batas blancas: la enfermería española de 1976 a 1978. *Prensas de la Universidad de Zaragoza, Zaragoza*.
- Germán Bés, C., 2004. Género y Enfermería. *Index Enferm* 13, 07–08.
- Germán-Bes, C., Orkaizagirre-Gómara, A., Huércanos-Esparza, I., Hueso-Navarro, F., 2015. ¿Provocan las enfermeras su propia invisibilidad?: a propósito del caso de María. *Index Enferm* 24, 139–143. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000200005>
- Gil-Pascual, J.A., 2008. *Métodos de investigación en educación. Análisis multivariante*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Pinto (Madrid).
- Glarcher, M., Guerer, C., Fritz, E., 2016. The development of a German Version of the Good Nursing Care Scale for Nurses (GNCS-N). Presented at the EANS Summer Conference, Halle.
- Gobierno de Aragón, 2022. Datos de población. Atención Primaria - ZARAGOZA III- Datos de población del sector. [WWW Document]. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad. URL http://www.zaragoza3.es/Gerencia/Poblacion/pob_sector.htm (accessed 4.17.22).
- Gobierno Vasco, 2017. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción en la CAPV, 2009-2012. Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.

- Goldstein, E., Farquhar, M., Crofton, C., Darby, C., Garfinkel, S., 2005. Measuring hospital care from the patients' perspective: an overview of the CAHPS Hospital Survey development process. *Health Serv Res* 40, 1977–1995. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00477.x>
- Golsäter, M., Knutsson, S., Enskär, K., 2021. Children's experiences of information, advice and support from healthcare professionals when their parent has a cancer disease - experiences from an oncological outpatient department. *Eur J Oncol Nurs* 50, 101893. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101893>
- González del Alba, M.A., Garcías De España, C., 2021. Cáncer de Próstata [WWW Document]. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica. URL <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/prostata?start=7> (accessed 4.18.22).
- González-Hernández, O.J., 2015. Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión.” *Aquichan* 15.
- González-Ortega, Y., 2008. Instrumento Cuidado de comportamiento profesional: validez y confiabilidad. *Aquichan* 8, 170–182.
- González-Valentín, A., Padín-López, S., de Ramón-Garrido, E., 2005. Patient satisfaction with nursing care in a regional university hospital in southern Spain. *J Nurs Care Qual* 20, 63–72. <https://doi.org/10.1097/00001786-200501000-00011>
- Graham, J.W., Cumsille, P.E., Shevock, A.E., 2013. Methods for handling missing data, in: *Handbook of Psychology: Research Methods in Psychology*, Vol. 2, 2nd Ed. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, NJ, US, pp. 109–141.
- Greenhalgh, J., Vanhanen, L., Kyngäs, H., 1998. Nurse caring behaviours. *J Adv Nurs* 27, 927–932. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00577.x>
- Grøndahl, V.A., Hall-Lord, M.L., Karlsson, I., Appelgren, J., Wilde-Larsson, B., 2013. Exploring patient satisfaction predictors in relation to a theoretical model. *Int J Health Care Qual Assur* 26, 37–54. <https://doi.org/10.1108/09526861311288631>
- Grøndahl, V.A., Wilde-Larsson, B., Hall-Lord, M.L., Karlsson, I., 2011. A pattern approach to analysing patients' satisfaction and quality of care perceptions in hospital. *Int J Pers Cent Med* 1, 766–775. <https://doi.org/10.5750/ijpcm.v1i4.136>

- Guldvog, B., Hofoss, D., Pettersen, K.I., Ebbesen, J., Rønning, O.M., 1998. PS-RESKVA (Patient Satisfaction, Results and Quality)-patient satisfaction in hospitals. *Tidsskr Nor Laegeforen* 118, 386–391.
- Gustafsson, N., Leino-Kilpi, H., Prga, I., Suhonen, R., Stolt, M., 2020. Missed care from the patient's perspective - A scoping review. *Patient Prefer Adherence* 14, 383–400. <https://doi.org/10.2147/PPA.S238024>
- Gutiérrez Samper, A.P., 2017. Proyecto de Gestión de la Unidad de Bioquímica Clínica Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Trabajo Fin de Máster). Universidad Internacional de La Rioja, Zaragoza.
- Gutiérrez Vásquez, D.E., 2019. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en pacientes adultos hospitalizados en servicios de medicina. Chiclayo. 2018 (Tesis para optar al título de licenciado). Universidad Católica Santo Toribio de Magroviejo, Chiclayo, Perú.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R., Tatham, R., 2006. *Multivariate data analysis*, 6th ed. Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River (NJ).
- Hall, J.A., Dornan, M.C., 1990. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 30, 811–818. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90205-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90205-7)
- Hansbrough, W.B., Georges, J.M., 2019. Validation of the Presence of Nursing Scale using data triangulation. *Nurs Res* 68, 439–444. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000381>
- Harrison, E., 1995. Nurse caring and the new health care paradigm. *J Nurs Care Qual* 9, 14–23. <https://doi.org/10.1097/00001786-199507000-00004>
- He, K., Li, Q., Hou, Y., He, Y., Yue, X., 2021. Effect of a refined nursing model based on nursing quality feedback on the postoperative mental state of patients with laryngeal cancer. *Am J Transl Res* 13, 6525–6533.
- Heartfield, M., 1996. Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis. *J Adv Nurs* 24, 98–103. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.15113.x>
- Heidegger, M., 2009. *El ser y el tiempo*, 2ª. ed. Trotta, Madrid.

- Hekkert, K.D., Cihangir, S., Kleefstra, S.M., van den Berg, B., Kool, R.B., 2009. Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Soc Sci Med* 69, 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.016>
- Herdman, M., Badia, X., Berra, S., 2001. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria* 28, 425–429. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70406-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70406-4)
- Hermosilla Ávila, A., Mendoza Llanos, R., Contreras Contreras, S., 2016. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. *Index Enferm* 25, 273–277.
- Hernández Yáñez, J.F., 2019. ¿Están alineados los planetas para que las enfermeras crucen el espejo? *Enfermería Clínica* 29, 131–135. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.08.003>
- Hernández Yáñez, J.F., 2010. La enfermería frente al espejo: mitos y realidades (Documento de trabajo No. 162/2010). Fundación Alternativas.
- Herrera Justicia, S., 2022. Silenciar el saber de las mujeres es negar la esencia del cuidado. *Index Enferm* 31, 54–55.
- Herrera Justicia, S., 2019. Pérdida de saberes y habilidades cuidadoras en la familia: la enfermería como agente revitalizador. *Index Enferm* 28, 169–170.
- Hinkle, D., Wiersma, W., Jurs, S., 2003. *Applied statistics for the behavioural sciences*, 5th ed. Houghton Mifflin, Boston.
- Hinshaw, A.S., Atwood, J.R., 1982. A Patient Satisfaction Instrument: precision by replication. *Nurs Res* 31, 170–175. <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-198205000-00011>
- Holroyd, E., Yue-kuen, C., Sau-wai, C., Fung-shan, L., Wai-wan, W., 1998. A Chinese cultural perspective of nursing care behaviours in an acute setting. *J Adv Nurs* 28, 1289–1294. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00849.x>
- Holter, H., Sandin-Bojö, A.-K., Gejervall, A.-L., Wikland, M., Wilde-Larsson, B., Bergh, C., 2014. Quality of care in an IVF programme from a patient's perspective: development of a validated instrument. *Hum Reprod* 29, 534–547. <https://doi.org/10.1093/humrep/det421>

- Hu, L., Ding, H., Liu, S., Wang, Z., Hu, G., Liu, Y., 2020. Influence of patient and hospital characteristics on inpatient satisfaction in China's tertiary hospitals: a cross-sectional study. *Health Expect* 23, 115–124. <https://doi.org/10.1111/hex.12974>
- Huércanos Esparza, I., 2013. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. *Index Enferm* 22, 5–6. <https://doi.org/doi:10.4321/S1132-12962013000100001>
- Huércanos Esparza, I., 2011. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad del Cuidado Invisible de Enfermería (Trabajo Fin de Máster). Univesidad de Zaragoza, Zaragoza, Spain.
- Huércanos Esparza, I., 2010. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Bibl Lascasas* 6.
- Huércanos Esparza, I., Anguas Gracia, A., Martínez Lozano, F., 2012. El cuidado invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. *Rev Tesela* 11.
- Hueso Navarro, F., 2014. Factores de desarrollo en la Enfermería Comunitaria española en los últimos 25 años (Tesis doctoral). Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España.
- Huggins, K.N., Gandy, W.M., Kohut, C.D., 1993. Emergency department patients' perception of nurse caring behaviors. *Heart Lung* 22, 356–364.
- Hurtado, M.P., Angeles, J., Blahut, S.A., Hays, R.D., 2005. Assessment of the equivalence of the Spanish and English versions of the CAHPS Hospital Survey on the quality of inpatient care. *Health Serv Res* 40, 2140–2161. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00469.x>
- Ibarra Mendoza, X., 2012. Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. *Cul. Cuid.* 147–152. <https://doi.org/10.14198/cuid.2006.20.21>
- Idvall, E., Berg, A., Katajisto, J., Acaroglu, R., Luz, M.D.A. da, Efstathiou, G., Kalafati, M., Kanan, N., Leino-Kilpi, H., Lemonidou, C., Papastavrou, E., Sendir, M., Suhonen, R., 2012. Nurses' sociodemographic background and assessments of individualized care. *J Nurs Scholarsh* 44, 284–293. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01463.x>
- IIS Aragón, P. por, 2020. 'Abrazando corazones', el proyecto que emociona a enfermeras y familias con Covid-19 en la UCI del Servet. URL <https://www.iisaragon.es/abrazando-corazones-el-proyecto-que-emociona-a-enfermeras-y-familias-con-covid-19-en-la-uci-del-servet/> (accessed 11.12.22).

- Im, S., Cho, M., Heo, M., 2020. Validity and Reliability of the Korean Version of the Watson Caritas Patient Score. *J Nurs Res* 28, e80. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000351>
- Institute of Medicine, 2001. *Crossing the quality chasm: a New health system for the 21st century*. National Academies Press (US), Washington DC.
- Instituto Español de Investigación Enfermera, 2020. Informe de recursos humanos de enfermería: diciembre 2020. Fundación Instituto Español de Investigación Enfermera, Organización Colegial de Enfermería, Consejo General, Madrid.
- Istomina, N., 2011. *Quality of abdominal surgical nursing care (Tesis doctoral)*. Universidad de Turku, Turku, Finlandia.
- Jacques, R., 1993. Untheorized dimensions of caring work: caring as a structural practice and caring as a way of seeing. *Nurs Adm Q* 17, 1–10.
- Janatolmakan, M., Khatony, A., 2022. Explaining the consequences of missed nursing care from the perspective of nurses: a qualitative descriptive study in Iran. *BMC Nurs* 21, 59. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00839-9>
- Jemal, A., Thun, M.J., Ward, E.E., Henley, S.J., Cokkinides, V.E., Murray, T.E., 2008. Mortality from leading causes by education and race in the United States, 2001. *Am J Prev Med* 34, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.09.017>
- Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., Chandola, T., 2002. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care* 11, 335–339. <https://doi.org/10.1136/qhc.11.4.335>
- Jerofke, T., Weiss, M., 2016. Development and psychometric analysis of the Patient Perceptions of Patient-Empowering Nurse Behaviours Scale (PPPNBS). *J Adv Nurs* 72, 2923–2936. <https://doi.org/10.1111/jan.13060>
- Jerofke, T.A., 2013. Concept analysis of empowerment from survivor and nurse perspectives within the context of cancer survivorship. *Res Theory Nurs Pract* 27, 157–172. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.27.3.157>
- Jindal, P., MacDermid, J.C., 2017. Assessing reading levels of health information: uses and limitations of flesch formula. *Educ Health (Abingdon)* 30, 84–88. <https://doi.org/10.4103/1357-6283.210517>

- Johansson, P., Oléni, M., Fridlund, B., 2005. Nurses' assessments and patients' perceptions: development of the Night Nursing Care Instrument (NNCI), measuring nursing care at night. *Int J Nurs Stud* 42, 569–578. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.09.004>
- Jones, M.C., Williams, B., Rattray, J., MacGillivray, S., Baldie, D., Abubakari, A.-R., Coyle, J., Mackie, S., McKenna, E., 2018. Extending the assessment of patient-centredness in health care: development of the updated Valuing Patients as Individuals Scale using exploratory factor analysis. *J Clin Nurs* 27, 65–76. <https://doi.org/10.1111/jocn.13845>
- Joven Beltrán, Z.M., 2017. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (Tesis maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Kable, A.K., Pich, J., Maslin-Prothero, S.E., 2012. A structured approach to documenting a search strategy for publication: a 12 step guideline for authors. *Nurse Educ Today* 32, 878–886. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.02.022>
- Kalam-Salminen, L., 2005. Quality of care in Finnish and Estonian postnatal wards. Universidad de Turku, Turku, Finlandia.
- Kalisch, B.J., 2011. The impact of RN-UAP relationships on quality and safety. *Nurs Manage* 42, 16–22. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000403284.27249.a2>
- Kalisch, B.J., 2009. Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care: what does it tell us about teamwork? *J Nurs Adm* 39, 485–493. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181bd61ac>
- Kalisch, B.J., 2006. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual* 21, 306-313 (quiz 314-315). <https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006>
- Kalisch, B.J., Curley, M., Stefanov, S., 2007. An intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement. *J Nurs Adm* 37, 77–84. <https://doi.org/10.1097/00005110-200702000-00010>
- Kalisch, B.J., Landstrom, G., Williams, R.A., 2009a. Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook* 57, 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007>
- Kalisch, B.J., Landstrom, G.L., Hinshaw, A.S., 2009b. Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 65, 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>

- Kalisch, B.J., Lee, K.H., 2012. Congruence of perceptions among nursing leaders and staff regarding missed nursing care and teamwork. *J Nurs Adm* 42, 473–477. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31826a1fa4>
- Kalisch, B.J., Tschannen, D., Lee, H., Friese, C.R., 2011. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual* 26, 291–299. <https://doi.org/10.1177/1062860610395929>
- Kalisch, B.J., Tschannen, D., Lee, K.H., 2012. Missed nursing care, staffing, and patient falls. *J Nurs Care Qual* 27, 6–12. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e318225aa23>
- Kalisch, B.J., Xie, B., 2014. Errors of omission: missed nursing care. *West J Nurs Res* 36, 875–890. <https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
- Kalisch, B.J., Xie, B., Ronis, D.L., 2013. Train-the-trainer intervention to increase nursing teamwork and decrease missed nursing care in acute care patient units. *Nurs Res* 62, 405–413. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3182a7a15d>
- Kannan, S., Avudaiappan, S., Annamalai, M., 2020. Patients' satisfaction with nursing care quality in medical wards at selected hospital in Chennai, South India. *Iran J Nurs Midwifery Res* 25, 471–475. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_142_19
- Keller, S., O'Malley, A.J., Hays, R.D., Matthew, R.A., Zaslavsky, A.M., Hepner, K.A., Cleary, P.D., 2005. Methods used to streamline the CAHPS® Hospital Survey. *Health Serv Res* 40, 2057–2077. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00478.x>
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F., 1996. *El Pensamiento Enfermero*. Elsevier Masson, Barcelona.
- King, I.M., 2007. King's conceptual system, theory of goal attainment, and transaction process in the 21st century. *Nurs Sci Q* 20, 109–111. <https://doi.org/10.1177/0894318407299846>
- Köberich, S., Suhonen, R., Feuchtinger, J., Farin, E., 2015. The German version of the Individualized Care Scale - assessing validity and reliability. *Patient Prefer Adherence* 9, 483–494. <https://doi.org/10.2147/PPA.S77486>
- Kostich, K., Lasiter, S., Duffy, J.R., George, V., 2021. The relationship between staff nurses' perceptions of nurse manager caring behaviors and patient experience: a correlational study. *J Nurs Adm* 51, 468–473. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001047>

- Kostovich, C.T., 2012. Development and psychometric assessment of the Presence of Nursing Scale. *Nurs Sci Q* 25, 167–175. <https://doi.org/10.1177/0894318412437945>
- Kostovich, C.T., Dunya, B.A., Schmidt, L.A., Collins, E.G., 2016. A Rasch Rating Scale Analysis of the Presence of Nursing Scale-RN. *J Appl Meas* 17, 476–488.
- Kousoulou, M., Suhonen, R., Charalambous, A., 2019. Associations of individualized nursing care and quality oncology nursing care in patients diagnosed with cancer. *Eur J Oncol Nurs* 41, 33–40. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.05.011>
- Kumar, A., 2016. Review of the steps for development of quantitative research tools. *Adv Practice Nurs* 1, e103. <https://doi.org/10.4172/2573-0347.1000103>
- La Monica, E.L., Oberst, M.T., Madea, A.R., Wolf, R.M., 1986. Development of a patient satisfaction scale. *Res Nurs Health* 9, 43–50. <https://doi.org/10.1002/nur.4770090108>
- Lake, E.T., Germack, H.D., Viscardi, M.K., 2016. Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Qual Saf* 25, 535–543. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-003961>
- Land, L., Suhonen, R., 2009. Orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualized care. *Int Nurs Rev* 56, 131–137. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00688.x>
- Larsson, G., Larsson, B.W., Munck, I.M., 1998. Refinement of the questionnaire “Quality of care from the Patient’s Perspective” using structural equation modelling. *Scand J Caring Sci* 12, 111–118. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1998.tb00484.x>
- Laschinger, H.K., Gilbert, S., Smith, L.M., Leslie, K., 2010. Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter’s empowerment theory to patient care. *J Nurs Manag* 18, 4–13. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01046.x>
- Laschinger, H.S., Hall, L.M., Pedersen, C., Almost, J., 2005. A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *J Nurs Care Qual* 20, 220–230. <https://doi.org/10.1097/00001786-200507000-00006>
- Laschinger, H.S., Leiter, M.P., 2006. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement. *J Nurs Adm* 36, 259–267. <https://doi.org/10.1097/00005110-200605000-00019>

- Ledzinski, T.A., 1990. A description of maternity patient and staff nurse perceptions regarding supportive nursing behaviors. (Master's Thesis). Air Force Institute of Tech Wright-Patterson AFB OH.
- Lee, M.-H., Larson, P.J., Holzemer, W.L., 2006. Psychometric evaluation of the modified CARE-Q among Chinese nurses in Taiwan. *Int J Hum Caring* 10, 8–13. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.10.4.8>
- Lee, Y.-W., Dai, Y.-T., Park, C.-G., McCreary, L.L., 2013. Predicting quality of work life on nurses' intention to leave. *J Nurs Scholarsh* 45, 160–168. <https://doi.org/10.1111/jnu.12017>
- Leininger, M., 1978. The phenomena and nature of caring, in: *The Phenomenon of Caring: Importance, Research Questions and Theoretical Considerations*. University of Utah, Salt Lake City, pp. 3–17.
- Leino-Kilpi, H., 1990. Good nursing care: on what basis? (PhD Dissertation). Universidad de Turku, Turku, Finlandia.
- Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Ståhlberg, M.R., Lertola, K., 2001. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *J Adv Nurs* 35, 294–306. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01846.x>
- Lenis-Victoria, C.A., Manrique-Abril, F.G., 2015. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan* 15, 413–425. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.9>
- Lévinas, E., 1991. *Ética e infinito*. Machado Libros, Boadilla del Monte (Madrid).
- Liaschenko, J., 2002. Thoughts on nursing work. *J Nurs Adm* 32, 69–70. <https://doi.org/10.1097/00005110-200202000-00003>
- Liu, J., Zheng, J., Liu, K., You, L., 2019. Relationship between work environments, nurse outcomes, and quality of care in ICUs: mediating role of nursing care left undone. *J Nurs Care Qual* 34, 250–255. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000374>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., Tomás-Marco, I., 2014. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología / Annals of Psychology* 30, 1151–1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>

- López Aguado, M., Gutiérrez Provecho, M.L., 2019. Cómo realizar e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS. REIRE. Revista D'Innovació I Recerca En Educació 12, 1–14. <https://doi.org/10.1344/reire2019.12.227057>
- López-Casanova, P., Rodríguez-Palma, M., Herrero-Díaz, M.A., 2009. Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche. Gerokomos 20, 167–171.
- Luján-Tangarife, J., Cardona-Arias, J., 2015. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. Arch Med 11, 1–10. <https://doi.org/10.3823/1251>
- Lunardi, V., Peter, E., Gastaldo, D., 2006. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. Enferm Clin 16, 268–274. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71227-X](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71227-X)
- Luque-Fernández, M.Á., Redondo-Sánchez, D., Fernández, P., Salamanca-Fernández, E., Marcos-Gragera, R., Guevara, M., Carulla Aresté, M., Jiménez, R., Núñez, O., Sabater, C., López de Munain Marqués, A., Chirlaque, M.D., Mateos, A., Rodríguez-Barranco, M., Espín Balbino, J., Pollán, M., Sánchez, M.-J., 2021. Protocolo del estudio poblacional multinivel de las desigualdades socioeconómicas en la distribución geográfica de la Incidencia, la mortalidad y la supervivencia neta del cáncer en España: estudio DESOCANES. Gac Sanit 35, 199–203. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.015>
- Lynn, M.R., McMillen, B.J., Sidani, S., 2007a. Including the provider in the assessment of quality care: development and testing of the Nurses' Assessment of Quality Scale - acute care version. J Nurs Care Qual 22, 328–336. <https://doi.org/10.1097/01.NCQ.0000290414.42640.c0>
- Lynn, M.R., McMillen, B.J., Sidani, S., 2007b. Understanding and measuring patients' assessment of the quality of nursing care. Nurs Res 56, 159–166. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000270025.52242.70>
- Lynn, M.R., Morgan, J.C., Moore, K.A., 2009. Development and testing of the Satisfaction in Nursing Scale. Nurs Res 58, 166–174. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181a308ba>

- Maben, J., 2008. The art of caring: invisible and subordinated? A response to Juliet Corbin: “is caring a lost art in nursing?” *Int J Nurs Stud* 45, 335–338. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.09.002>
- Malpica Tinoco, M.C., 2017. Percepción del cuidado humanizado de enfermería por parte del paciente adulto con enfermedad oncológica hospitalizado en una ips de iv nivel (Tesis maestría). Universidad de la Sabana, Chía.
- Manrique-Abril, F.G., Maciá-Soler, M.L., Herrera-Amaya, G.M., Cifuentes-Rodríguez, J.E., González-Chorda, V.M., Manrique-Abril, F.G., Maciá-Soler, M.L., Herrera-Amaya, G.M., Cifuentes-Rodríguez, J.E., González-Chorda, V.M., 2021. Quality of nursing care questionnaire (CUCACE): validity and reliability in Colombia. *Rev. salud pública* 23, e201. <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n4.94715>
- Marini, B., 1999. Institutionalized older adults’ perceptions of nurse caring behaviors. A pilot study. *J Gerontol Nurs* 25, 10–16. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19990501-09>
- Marriner Tomey, A., Alligood, M.R., 2008. *Modelos y teorías en enfermería*, 6ª. ed. Elsevier, Barcelona.
- Martínez Martín, M.L., Chamorro Rebollo, E., 2017. *Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero*, 3ª. ed. Elsevier Health Sciences, Barcelona.
- Martínez Riera, J.R., 2008. Enfermeras y medios de comunicación. *Enferm Comun* 4.
- Masiero, M.P., Salmaso, D., Frison, T., Guzzinati, S., Andrigo, M., Marin, I., 2006. Validity and reliability of a questionnaire to assess patients’ satisfaction for home care. *Assist Inferm Ric* 25, 220–226.
- Mason, D.J., Nixon, L., Glickstein, B., Han, S., Westphaln, K., Carter, L., 2018. The Woodhull study revisited: nurses’ representation in health news media 20 years later. *J Nurs Scholarsh* 50, 695–704. <https://doi.org/10.1111/jnu.12429>
- Mayeroff, M., 1971. *On caring*. Harper Perennial, New York.
- Mazurenko, O., Collum, T., Ferdinand, A., Menachemi, N., 2017. Predictors of Hospital Patient Satisfaction as Measured by HCAHPS: A Systematic Review. *J Healthc Manag* 62, 272–283. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-15-00050>

- McClellan Ward, L., 1995. Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients y patients after myocardial infarction: A replication study (Master's Thesis). University of Nevada, Las Vegas.
- McColl, E., Thomas, L., Bond, S., 1996. A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nurs Stand* 10, 34–38. <https://doi.org/10.7748/ns.10.52.34.s47>
- McKivergin, M., Day, A., 1998. Presence: creating order out of chaos. *Semin Perioper Nurs* 7, 96–100.
- McKivergin, M.J., Daubenmire, M.J., 1994. The healing process of presence. *J Holist Nurs* 12, 65–81. <https://doi.org/10.1177/089801019401200111>
- Medina, J.L., 1999. *La Pedagogía Del Cuidado: Saberes y Prácticas en la Formación Universitaria en Enfermería*. Laertes Psicopedagogía, Barcelona.
- Merkouris, A., Papathanassoglou, E.D.E., Lemonidou, C., 2004. Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *Int J Nurs Stud* 41, 355–367. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2003.10.006>
- Merkouris, Yfantopoulos, Lanara, Lemonidou, 1999. Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece. *J Nurs Manag* 7, 91–100. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.1999.00104.x>
- Meterko, M., Nelson, E.C., Rubin, H.R., Batalden, P., Berwick, D.M., Hays, R.D., Ware, J.E., 1990. Patient Judgments of Hospital Quality: Report of a Pilot Study. *Med Care* 28, S1–S56.
- Milligan, G., 2021. An Introduction to the HCAHPS Survey. *Nurse Educ* 46, E89. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000981>
- Milutinović, D., Simin, D., Brkić, N., Brkić, S., 2012. The patient satisfaction with nursing care quality: the psychometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scand J Caring Sci* 26, 598–606. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00969.x>
- Ministerio de Sanidad, 2022a. Excelencia clínica [WWW Document]. Ministerio de Sanidad- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. URL <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/excelencia/home.htm> (accessed 6.26.22).

- Ministerio de Sanidad, 2022b. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Ministerio de Sanidad, Madrid.
- Ministerio de Sanidad, 2021. Catálogo Nacional de Hospitales. Ministerio de Sanidad, Madrid.
- Mokkink, L.B., Terwee, C.B., Patrick, D.L., Alonso, J., Stratford, P.W., Knol, D.L., Bouter, L.M., de Vet, H.C.W., 2010. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Life Res* 19, 539–549. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9606-8>
- Monje V., P., Miranda C., P., Oyarzün G., J., Seguel P., F., Flores G., E., 2018a. Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Cienc. enferm.* 24. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532018000100205>
- Moreno-Monsiváis, M.G., Moreno-Rodríguez, C., Interrial-Guzmán, M.G., 2015. Missed Nursing Care in Hospitalized Patients. *Aquichan* 15, 318–328. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.2>
- Morgado, F.F., Meireles, J., Mockdece Neves, C., Soares Amaral, A.C., Ferreira, M.E., 2018. Scale development: ten main limitations and recommendations to improve future research practices. *Psicol.: Reflex. Crit.* 30, 1–20. <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0057-1>
- Morse, J.M., Solberg, S.M., Neander, W.L., Bottorff, J.L., Johnson, J.L., 1990. Concepts of caring and caring as a concept. *ANS Adv Nurs Sci* 13, 1–14. <https://doi.org/10.1097/00012272-199009000-00002>
- Mudallal, R.H., Othman, W.M., Al Hassan, N.F., 2017. Nurses' burnout: the influence of leader empowering behaviors, work conditions, and demographic traits. *Inquiry* 54, 46958017724944. <https://doi.org/10.1177/0046958017724944>
- Müggenburg, C., Riveros-Rosas, A., Juárez-García, F., 2016. Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado. *Enferm Univ.* 13, 201–207. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.001>
- Müggenburg, C., Robles, R., Valencia, A., Hernández Guillén, M. del C., Olvera, S., Riveros Rosas, A., 2015. Evaluación de la percepción de pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana. *Salud Ment* 38, 273–280. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.037>

- Müggenburg, M.C., Nava Galán, M.G., Riveros Rosas, A., 2013. Percepción de los pacientes sobre la forma de comunicación de las enfermeras en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *Enf Neurol (Mex)* 12, 19–83.
- Mullins, I.L., 1996. Nurse caring behaviors for persons with acquired immunodeficiency syndrome/human immunodeficiency virus. *Appl Nurs Res* 9, 18–23. [https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(96\)80335-1](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(96)80335-1)
- Munro, B.H., Jacobsen, B.S., Brooten, D.A., 1994. Re-examination of the psychometric characteristics of the La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale. *Res Nurs Health* 17, 119–125. <https://doi.org/10.1002/nur.4770170207>
- National Institute for Clinical Excellence, 2012. *Methods for the development of NICE public health guidance*, 3rd ed. NICE, London.
- Navarrete-Correa, T., Fonseca-Salamanca, F., Barría, R.M., 2021. Humanized care from the perception of oncology patients from southern Chile. *Invest Educ Enferm* 39, e04. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e04>
- Navas Ferrer, C., 2022. *Propiedades de la escala CIBISA en diferentes contextos de aprendizaje y evaluación en cuidados de enfermería (Tesis doctoral)*. Universidad de Zaragoza, Zaragoza.
- Navas Ferrer, C., Urcola Pardo, F., Anguas Gracia, A., Fernández Rodrigo, M.T., Gasch Gallén, Á., Lucha López, A., 2018. Escala CIBISA y eventos notables: instrumentos de autoevaluación para el aprendizaje de cuidados. *Rev Paraninfo Digital* 28.
- Nightingale, F., 1990. *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es*. Elsevier-Masson, Barcelona.
- Nunnally, J., Bernstein, I., 1994. *Psychometric theory*, 3rd ed. McGraw-Hill, New York.
- Oliveira, R.M., Pereira, M.M., Feitosa, P.G., Lima, A. da S., Brito, Y.C.F., Leitão, I.M.T. de A., Almeida, P.C. de, 2014. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: que dimensões se sobressaem? *Enfermagem em Foco* 5, 70–74. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2014.v5.n3/4.562>
- O'Malley, A.J., Zaslavsky, A.M., Hays, R.D., Hepner, K.A., Keller, S., Cleary, P.D., 2005. Exploratory factor analyses of the CAHPS® hospital pilot survey responses across and within medical, surgical, and obstetric services. *Health Serv Res* 40, 2078–2095. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00471.x>

- Orem, D., 1991. *Nursing: Concepts of Practice*, 4th ed. Mosby-Year Book Inc, St. Louis.
- Organización Colegial de Enfermería, 2022. *Radiografía de la situación de los cuidados enfermeros en España*. Organización Colegial de Enfermería, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud, 2018. *Enfermedades no transmisibles. España 2018 perfil de país (Documento técnico)*, *Enfermedades no transmisibles: perfil de país*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud, T., 2020. *Situación de la enfermería en el mundo 2020. Invertir en educación, empleo y liderazgo*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Orique, S.B., Patty, C.M., Sandidge, A., Camarena, E., Newsom, R., 2017. Quantifying missed nursing care using the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) survey. *J Nurs Adm* 47, 616–622. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000556>
- Orkaizagirre Gómara, A., 2016. *La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias (Tesis doctoral)*. Universidad de Zaragoza, Zaragoza.
- Ortega Barco, M.A., Muñoz de Rodríguez, L., Ortega Barco, M.A., Muñoz de Rodríguez, L., 2018. Evaluation of the nursing care offered during the parturition process. Controlled clinical trial of an intervention based on Swanson's theory of caring versus conventional care. *Invest. educ. enferm* 36. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e05>
- Ozturk, H., Demirsoy, N., Sayligil, O., Florczak, K.L., 2020. Patients' Perceptions of Nursing Care in a University Hospital. *Nurs Sci Q* 33, 12–18. <https://doi.org/10.1177/0894318419881798>
- Page, M.J., Moher, D., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P., McKenzie, J.E., 2021. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ* 372, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Pajnikihar, M., Štiglic, G., Vrbnjak, D., 2017. The concept of Watson's carative factors in nursing and their (dis)harmony with patient satisfaction. *PeerJ* 5, e2940. <https://doi.org/10.7717/peerj.2940>

- Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H., Merkouris, A., 2014. Linking patient satisfaction with nursing care: the case of care rationing - a correlational study. *BMC Nurs* 13, 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-26>
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Karlou, C., Patiraki, E., Jarosova, D., Balogh, Z., Merkouris, A., Suhonen, R., 2016. Patients' decisional control over care: a cross-national comparison from both the patients' and nurses' points of view. *Scand J Caring Sci* 30, 26–36. <https://doi.org/10.1111/scs.12218>
- Papastavrou, E., Karlou, C., Tsangari, H., Efstathiou, G., Sousa, V.D., Merkouris, A., Patiraki, E., 2011. Cross-cultural validation and psychometric properties of the Greek version of the Caring Behaviors Inventory: a methodological study. *J Eval Clin Pract* 17, 435–443. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01445.x>
- Parsons, E.C., Kee, C.C., Gray, D.P., 1993. Perioperative nurse caring behaviors. Perceptions of surgical patients. *AORN J* 57, 1106–1107, 1110–1114. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(07\)67316-5](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(07)67316-5)
- Paterson, J., Zderad, L., 1976. *Humanistic Nursing*. National League for Nursing, New York.
- Payne, R.K., 1985. *Nursing support perceived by primagravidas delivering vaginally and by cesarean (PhD Dissertation)*. Texas Woman University, Denton, Texas.
- Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J., García-Cueto, E., 2013. Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicol.* 10, 3–18. <https://doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>
- Peplau, H.E., 1988. *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Palgrave-McMillan, New York.
- Pereira Borges, J.W., Magalhães Moreira, T.M., Andrade, D.F. de, 2018. Nursing Care Interpersonal Relationship Questionnaire: elaboration and validation. *Rev Lat Am Enfermagem* 25, e2962. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2128.2962>
- Pérez-Gil, J.A., Chacón-Moscoso, S., Moreno-Rodríguez, R., 2000. Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema* 12, 442–446.
- Petroz, U., Kennedy, D., Webster, F., Nowak, A., 2011. Patients' perceptions of individualized care: evaluating psychometric properties and results of the individualized care scale. *Can J Nurs Res* 43, 80–100.

- Pettersen, K.I., 2004. The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. *Int J Qual Health Care* 16, 453–463. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzh074>
- Petty, D.R., Zermansky, A.G., Raynor, D.K., Vail, A., Lowe, C.J., Freemantle, N., Buttress, A.D., 2001. “No thank you”: why elderly patients declined to participate in a research study. *Pharm World Sci* 23, 22–27. <https://doi.org/10.1023/a:1011276924820>
- Pfeifer, G.M., 2019. Is it time to revise HCAHPS? *Am J Nurs* 119, 14. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000605292.00285.d5>
- Piredda, M., Ghezzi, V., Fenizia, E., Marchetti, A., Petitti, T., De Marinis, M.G., Sili, A., 2017. Development and psychometric testing of a new instrument to measure the caring behaviour of nurses in Italian acute care settings. *J Adv Nurs* 73, 3178–3188. <https://doi.org/10.1111/jan.13384>
- Piulachs Molés, T., 2012. El gran reto de la enfermería en el siglo XXI. *Rev. Rol enferm* 35, 763–764.
- Plevová, I., Zeleníková, R., Jarošová, D., Janíková, E., 2021. The relationship between nurse’s job satisfaction and missed nursing care. *Med Pr* 72, 231–237. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01035>
- Poblete Troncoso, M., Valenzuela Suazo, S., 2007. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm* 20, 499–503.
- Poblete-Troncoso, M. del C., Valenzuela-Suazo, S.V., Merino, J.M., Universidad Católica del Maule, 2012. Validation of two scales used to measure transpersonal human caring, based on Jean Watson’s theory. *Aquichan* 12, 8–21. <https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.1.1>
- Pöhler, A., 2010. Übersetzung und psychometrische Überprüfung der Individualized Care Scale (ICS) [Translation and psychometric testing of the Individualized Care Scale (ICS)]. *Universitätsmedizin Berlin, Berlin*.
- Poirier, P., Sossong, A., 2010. Oncology patients’ and nurses’ perceptions of caring. *Can Oncol Nurs J* 20, 62–65. <https://doi.org/10.5737/1181912x2026265>
- Prieto, G., Delgado, A.R., 2010. Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo* 31, 67–74.

- Quintanilla Martínez, M., Fernández Cano, M.I., 2010. Los cambios estructurales y competenciales hacen posible la visibilidad de la invisible función de la Enfermería en el sistema sanitario. *Gerokomos* 21, 70–72.
- Radwin, L., 2000. Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Res Nurs Health* 23, 179–190. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200006\)23:3<179::AID-NUR2>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200006)23:3<179::AID-NUR2>3.0.CO;2-T)
- Radwin, L., Alster, K., 1999. Outcomes of perceived quality nursing care reported by oncology patients. *Sch Inq Nurs Pract* 13, 327–343.
- Radwin, L., Alster, K., Rubin, K.M., 2003. Development and testing of the Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale. *Oncol Nurs Forum* 30, 283–290. <https://doi.org/10.1188/03.ONF.283-290>
- Radwin, L.E., Cabral, H.J., 2010. Trust in Nurses Scale: construct validity and internal reliability evaluation. *J Adv Nurs* 66, 683–689. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05168.x>
- Radwin, L.E., Washko, M., Suchy, K.A., Tyman, K., 2005. Development and pilot testing of four desired health outcomes scales. *Oncol Nurs Forum* 32, 92–96. <https://doi.org/10.1188/05.ONF.92-96>
- Ramírez Perdomo, C., Perdomo Romero, A., Galán Gonzalez, E., 2013. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Av. Enferm.* XXXI, 42–51.
- Ray, M., 2004. Economic and patient outcomes of the nurse-patient relationship (Informe Técnico No. MDA 905-00-1-0007 N00-007). Florida Atlantic University, College of Nursing, Boca Raton.
- Ray, M., Turkel, M., Marino, F., 2002. The transformative process for nursing in workforce redevelopment. *Nurs Admin Q* 26, 1–14. <https://doi.org/10.1097/00006216-200201000-00003>
- Rchaidia, L., Dierckx de Casterlé, B., Verbeke, G., Gastmans, C., 2012. Oncology patients' perceptions of the good nurse: an explorative study on the psychometric properties of the Flemish adaptation of the Care-Q instrument. *J Clin Nurs* 21, 1387–1400. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03861.x>

- Rebolledo-Malpica, D., 2019. Enfermería según la perspectiva deconstructivista de Derrida. *Rev. Fac. Med.* 67, 91–96. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n1.65920>
- Recio-Saucedo, A., Dall’Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O.C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G.B., Griffiths, P., 2018. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *J Clin Nurs* 27, 2248–59. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
- Rehnström, L., Christensson, L., Leino-Kilpi, H., Unosson, M., 2003. Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Nursing Care Scale for Patients. *Scand J Caring Sci* 17, 308–314. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00232.x>.
- Reina Gamba, N.C., Vargas Rosero, E., 2008. Validez de contenido y validez facial del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado.” *Av. enferm.* 26, 71–79.
- Rey Luque, Ó., 2017. Validación del instrumento MISSCARE al español (España) como herramienta de monitorización de la calidad y la seguridad de los cuidados en pacientes hospitalizados (Tesis doctoral). Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife).
- Rincón Gómez, W.A., 2014. Preguntas abiertas en encuestas ¿cómo realizar su análisis? *Comunicaciones en Estadística* 7, 139–156.
- Rivera Álvarez, L.N., Triana, Á., 2014. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. *Actualizaciones en Enfermería* 10.
- Rivera Álvarez, L.N., Triana, Á., 2007. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av. Enferm.* 25, 56–68.
- Roberts, H., 1997. The measurement of caring relationships in associate degree nursing students (PhD Dissertation). Iowa State University, Iowa.
- Rodríguez, A., Jara-Concha, P., Pereira, D., Machuca, L., 2018. Adaptación transcultural y validación de un cuestionario de cuidado humanizado en enfermería para una muestra de población Chilena. *Rev Cuid* 9, 2245–56. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.531>

- Rodríguez Rodríguez, Á., Rihuete Galve, M.I., 2011. Influencia de la dependencia de los enfermos oncológicos en la sobrecarga de sus cuidadores familiares. *Medicina Paliativa* 18, 135–140. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2011.10.002>
- Rodríguez-Gázquez, M. de los Á., Holguín, E.A., Pulgarín-Bilbao, L.P., 2012. Validación de una escala de satisfacción con el cuidado nocturno de enfermería. *Rev Cubana Enferm* 28.
- Rodríguez-Herrera, C., López-Jiménez, J. de J., Del Toro-Valero, A., Torres-Carrillo, N.M., Torres-Carrillo, N., Godínez-Peña, C.A., Méndez-Magaña, A.C., Herrera-Godina, M.G., Fletes-Rayas, A.L., 2021. The Newcastle satisfaction with nursing scales in a Mexican Oncology Hospital. *Afr Health Sci* 21, 60–66. <https://doi.org/10.4314/ahs.v21i1.10>
- Rodríguez-Martín, B., Martín-Martín, R., Suhonen, R., 2019. Individualized Care Scale-patient: A Spanish validation study. *Nurs Ethics* 26, 1791–1804. <https://doi.org/10.1177/0969733018769351>
- Romero García, M., 2016. Diseño y validación de un cuestionario de satisfacción con los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente crítico (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Romero-García, M., de la Cueva-Ariza, L., Benito-Aracil, L., Lluch-Canut, T., Trujols-Albet, J., Martínez-Momblan, M.A., Juvé-Udina, M.-E., Delgado-Hito, P., 2018. Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale [NICSS]: Development and validation of a patient-centred instrument. *J Adv Nurs* 74, 1423–1435. <https://doi.org/10.1111/jan.13546>
- Romero-García, M., de la Cueva-Ariza, L., Jover-Sancho, C., Delgado-Hito, P., Acosta-Mejuto, B., Solà-Ribó, M., Juandó-Prats, C., Ricart-Basagaña, M.T., 2013. La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enferm Intensiva* 24, 51–62. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2012.09.003>
- Romero-García, M., Delgado-Hito, P., de la Cueva-Ariza, L., Martínez-Momblan, M.A., Lluch-Canut, M.T., Trujols-Albet, J., Juvé-Udina, M.-E., Benito, L., 2019. Level of satisfaction of critical care patients regarding the nursing care received: Correlation with sociodemographic and clinical variables. *Aust Crit Care* 32, 486–493. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.11.002>

- Rooddehghan, Z., Yekta, Z.P., Nasrabadi, A.N., 2018. Ethics of rationing of nursing care. *Nurs Ethics* 25, 591–600. <https://doi.org/10.1177/0969733016664973>
- Rovetta, F., Giordano, A., Manara, D.F., 2012. The measurement of individualized care: translation and validation semantics of Individualized Care Scale. *Prof Inferm* 65, 39–45.
- Saar, L., Unbeck, M., Bachnick, S., Gehri, B., Simon, M., 2021. Exploring omissions in nursing care using retrospective chart review: An observational study. *Int J Nurs Stud* 122, 104009. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104009>
- Salzberg, C.A., Foster, N.E., Guinan, M.E., Gayle, L., Curran, K.A., Kahn III, C.N., Demehin, A.A., Ramsey, P., Gillooley, C., 2019. Modernizing the HCAHPS. Recommendations from patients experience leaders. FAH.
- Sandin Bojöö, A.-K., Hall-Lord, M.-L., Axelsson, O., Udén, G., Wilde Larsson, B., 2004. Midwifery care: development of an instrument to measure quality based on the World Health Organization's classification of care in normal birth. *J Clin Nurs* 13, 75–83. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00835.x>
- Sandsdalen, T., Rystedt, I., Grøndahl, V.A., Hov, R., Høyve, S., Wilde-Larsson, B., 2015. Patients' perceptions of palliative care: adaptation of the Quality from the Patient's Perspective instrument for use in palliative care, and description of patients' perceptions of care received. *BMC Palliat Care* 14, 54. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0049-4>
- Schafer, J.L., Graham, J.W., 2002. Missing data: our view of the state of the art. *Psychol Methods* 7, 147–177. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.2.147>
- Schubert, M., Glass, T.R., Clarke, S.P., Aiken, L.H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D.M., De Geest, S., 2008. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care* 20, 227–237. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn017>
- Schultz, A.A., Bridgham, C., Smith, M.E., Higgins, D., 1998. Perceptions of caring. Comparison of antepartum and postpartum patients. *Clin Nurs Res* 7, 363–378. <https://doi.org/10.1177/105477389800700404>
- Sebrant, L., Jong, M., 2021. What's the meaning of the concept of caring?: a meta-synthesis. *Scand J Caring Sci* 35, 353–365. <https://doi.org/10.1111/scs.12850>

- Sermeus, W., Aiken, L.H., Van den Heede, K., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A.P., Bruyneel, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L., Zikos, D., RN4CAST consortium, 2011. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): rationale, design and methodology. *BMC Nurs* 10, 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-10-6>
- Shihundla, R.C., Lebesse, R.T., Maputle, M.S., 2016. Effects of increased nurses' workload on quality documentation of patient information at selected Primary Health Care facilities in Vhembe District, Limpopo Province. *Curationis* 39, 1545. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1545>
- Siekkinen, M., Laiho, R., Ruotsalainen, E., Katajisto, J., Pyrhönen, S., Leino-Kilpi, H., 2008. Quality of care experienced by Finnish cancer patients during radiotherapy. *Eur J Cancer Care (Engl)* 17, 387–393. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00883.x>
- Sierra Talamantes, C., Muñoz Izquierdo, A., Peiró Andrés, M., Valls Andrés, S., López López, I., Famoso Poveda, M., Almela Zamorano, M., Garrigós Hernández, E., 2009. Elaboración de un cuestionario para medir la calidad con los cuidados de enfermería en unidades de cuidados intensivos cardiológicos desde la percepción de los pacientes. *Enferm Cardiol Año XVI*, 71–79.
- Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, 1997. *The Woodhull study on nursing and the media: Health care's invisible partner. Final report.* The University of Rochester School of Nursing, Indianapolis.
- Sillero Sillero, A., Zabalegui, A., 2018. Satisfaction of surgical patients with perioperative nursing care in a Spanish tertiary care hospital. *SAGE Open Med* 6, 2050312118818304. <https://doi.org/10.1177/2050312118818304>
- Silvano Arranz, A., Fernández Lao, I., Del Pino, B., 2012. Investigación en enfermería imagen y desarrollo. *Rev Paraninfo Digital* 15.
- Sim, J., Lapkin, S., Joyce, J., Gordon, R., Kobel, C., Fernandez, R., 2019. A psychometric analysis of the Caring Assessment Tool version V. *Nurs Open* 6, 1038–1046. <https://doi.org/10.1002/nop2.286>
- Simmons, J., Roberge, L., Kendrick, S.B., Richards, B., 1995. The interpersonal relationship in clinical practice. The Barrett-Lennard Relationship Inventory as an assessment

instrument. Eval Health Prof 18, 103–112.
<https://doi.org/10.1177/016327879501800108>

Sitzman, K., Watson, J., 2019. Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences. Watson's Caring Science guide, 3rd ed. Springer Publishing Company, New York.

Smith, J.G., Morin, K.H., Wallace, L.E., Lake, E.T., 2018. Association of the nurse work environment, collective efficacy, and missed care. *West J Nurs Res* 40, 779–798.
<https://doi.org/10.1177/0193945917734159>

Sociedad Española de Oncología Médica, 2022. Las cifras del cáncer en España 2022. SEOM, Madrid.

Sociedad Española de Oncología Médica, 2021. Las cifras del cáncer en España. SEOM.

Sofaer, S., Crofton, C., Goldstein, E., Hoy, E., Crabb, J., 2005. What do consumers want to know about the quality of care in hospitals? *Health Serv Res* 40, 2018–2036.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00473.x>

Squires, A., Bruyneel, L., Aiken, L.H., Van den Heede, K., Brzostek, T., Busse, R., Ensio, A., Schubert, M., Zikos, D., Sermeus, W., 2012. Cross-cultural evaluation of the relevance of the HCAHPS survey in five European countries. *Int J Qual Health Care* 24, 470–475.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs040>

Stanfield, M.H., 1991. Watson's caring theory and instrument development (PhD Dissertation). Texas Woman University, Denton, Texas.

Stanisławska, J., Talarska, D., Drozd, E., Michalak, M., Filipiak, K., Gutysz-Wojnicka, A., Dyk, D., 2011. [The assessment of patient's satisfaction with nursing care on the surgical and non-surgical units with the use of The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)]. *Przegl Lek* 68, 157–160.

Stolt, M., Charalambous, A., Radwin, L., Adam, C., Katajisto, J., Lemonidou, C., Patiraki, E., Sjövall, K., Suhonen, R., 2016. Measuring trust in nurses - Psychometric properties of the Trust in Nurses Scale in four countries. *Eur J Oncol Nurs* 25, 46–54.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.09.006>

Stolt, M., Katajisto, J., Kottorp, A., Leino-Kilpi, H., 2019. Measuring quality of care: A Rasch validity analysis of the Good Nursing Care Scale. *J Nurs Care Qual* 34, E1–E6.
<https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000391>

- Stolt, M., Koskenvuori, J., Edvardsson, D., Katajisto, J., Suhonen, R., 2021. Validation of the Finnish Person-Centered care Climate Questionnaire-Patient and testing the relationship with individualised care. *Int J Older People Nurs* 16, e12356. <https://doi.org/10.1111/opn.12356>
- Streiner, D.L., Kottner, J., 2014. Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *J Adv Nurs* 70, 1970–1979. <https://doi.org/10.1111/jan.12402>
- Streiner, D.L., Norman, G.R., 2008. *Health Measurement Scales: a practical guide to their development and use*, 4th ed. Oxford University Press, New York, NY.
- Suhonen, R., 2002. Individualised care from the surgical patient's point of view. Developing and testing a model (PhD Dissertation). Universidad de Turku, Turku.
- Suhonen, R., Alikleemola, P., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H., 2012a. Nurses' assessments of individualised care in long-term care institutions. *J Clin Nurs* 21, 1178–1188. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03855.x>
- Suhonen, R., Berg, A., Idvall, E., Kalafati, M., Katajisto, J., Land, L., Lemonidou, C., Schmidt, L.A., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., 2010a. Adapting the Individualized Care Scale for cross-cultural comparison. *Scand J Caring Sci* 24, 392–403. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00712.x>
- Suhonen, R., Berg, A., Idvall, E., Kalafati, M., Katajisto, J., Land, L., Lemonidou, C., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., 2008. Individualised care from the orthopaedic and trauma patients' perspective: an international comparative survey. *Int J Nurs Stud* 45, 1586–1597. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.12.005>
- Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., Papastavrou, E., 2012b. Patients' and nurses' perceptions of individualised care: an international comparative study. *J Clin Nurs* 21, 1155–1167. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03833.x>
- Suhonen, R., Gustafsson, M.-L., Katajisto, J., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., 2010b. Individualized care scale - nurse version: a Finnish validation study. *J Eval Clin Pract* 16, 145–154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01168.x>

- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., 2005. Development and psychometric properties of the Individualized Care Scale. *J Eval Clin Pract* 11, 7–20. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2003.00481.x>
- Suhonen, R., Schmidt, L.A., Radwin, L., 2007a. Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. *J Adv Nurs* 59, 77–85. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04282.x>
- Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J., 2000a. Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *J Adv Nurs* 32, 1253–1263. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01596.x>
- Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J., 2000b. Individualized care in a Finnish healthcare organization. *J Clin Nurs* 9, 218–227. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00362.x>
- Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H., 2007b. Provision of individualised care improves hospital patient outcomes: an explanatory model using LISREL. *Int J Nurs Stud* 44, 197–207. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.030>
- Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J., Leino-Kilpi, H., 2006. Patient characteristics in relation to perceptions of how individualized care is delivered--research into the sensitivity of the Individualized Care Scale. *J Prof Nurs* 22, 253–261. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2006.03.001>
- Suhonen, R., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., 2002. “Individualised care” from patients’, nurses’ and relatives’ perspective-a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 39, 645–654. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(02\)00004-4](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(02)00004-4)
- Suhonen, R., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J., 2004. Testing the individualized care model. *Scand J Caring Sci* 18, 27–36. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00255.x>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R.L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., Bray, F., 2021. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* 71, 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

- Swanson, K.M., 2000. Predicting depressive symptoms after miscarriage: a path analysis based on the Lazarus paradigm. *J Womens Health Gend Based Med* 9, 191–206. <https://doi.org/10.1089/152460900318696>
- Swanson, K.M., 1991. Empirical development of a middle range theory of caring. *Nurs Res* 40, 161–166.
- Tabachnick, B., Fidell, L., 2019. *Using multivariate statistics*, 7th ed. Pearson, Nueva York.
- Talavera Pérez, M.L., Fontseré Casadesús, A.M., Raya Tena, A., 2022. La enfermera de atención primaria: rol y responsabilidades. *Aten Primaria* 54, 102345. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102345>
- Tamburini, M., Gangeri, L., Brunelli, C., Boeri, P., Borreani, C., Bosisio, M., Karmann, C.F., Greco, M., Miccinesi, G., Murru, L., Trimigno, P., 2003. Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study. *BMC Cancer* 3, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-3-12>
- Tavakol, M., Dennick, R., 2011. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ* 2, 53–55. <https://doi.org/doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Teixidor i Freixa, M., 2002. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (I). *Rev. Rol enferm* 25, 14–17.
- ten Hoeve, Y., Jansen, G., Roodbol, P., 2014. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *J Adv Nurs* 70, 295–309. <https://doi.org/10.1111/jan.12177>
- Terwee, C.B., Bot, S.D.M., de Boer, M.R., van der Windt, D.A.W.M., Knol, D.L., Dekker, J., Bouter, L.M., de Vet, H.C.W., 2007. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 60, 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
- Theys, S., Van Hecke, A., Akkermans, R., Heinen, M., 2021. The Dutch Individualised Care Scale for patients and nurses - a psychometric validation study. *Scand J Caring Sci* 35, 308–318. <https://doi.org/10.1111/scs.12853>
- Thomas, L H, McColl, E., Priest, J., Bond, S., Boys, R.J., 1996. Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Qual Health Care* 5, 67–72.

- Thomas, L. H., McColl, E., Priest, J., Bond, S., Boys, R.J., 1996. Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Qual Health Care* 5, 67–72.
- Thorne, S.E., Hislop, T.G., Stajduhar, K., Oglov, V., 2009. Time-related communication skills from the cancer patient perspective. *Psychooncology* 18, 500–507. <https://doi.org/10.1002/pon.1418>
- Toomey, S.L., Zaslavsky, A.M., Elliott, M.N., Gallagher, P.M., Fowler, F.J., Klein, D.J., Shulman, S., Ratner, J., McGovern, C., LeBlanc, J.L., Schuster, M.A., 2015. The development of a pediatric inpatient experience of care measure: child HCAHPS. *Pediatrics* 136, 360–369. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0966>
- Torres Contreras, C.C., 2010. Valoración de aspectos cualitativos del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Rev Cuid* 1, 10–18. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v1i1.69>
- Torres-Contreras, C., Buitrago-Vera, M., 2011. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Rev Cuid* 2, 138–148. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.49>
- Tuckett, A.G., Hughes, K., Schluter, P.J., Turner, C., 2009. Validation of CARE-Q in residential aged-care: rating of importance of caring behaviours from an e-cohort sub-study. *J Clin Nurs* 18, 1501–1509. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02723.x>
- Turkel, M., Ray, M., 2001. Relational complexity: from grounded theory to instrument development and theoretical testing. *Nurs Sci Q* 14, 281–287. <https://doi.org/10.1177/08943180122108571>
- Turkel, M.C., Ray, M.A., 2000. Relational complexity: a theory of the nurse-patient relationship within an economic context. *Nurs Sci Q* 13, 307–313. <https://doi.org/10.1177/08943180022107843>
- Urcola-Pardo, F., Ruiz de Viñaspre, R., Orkaizagirre-Gomara, A., Jiménez-Navascués, L., Anguas-Gracia, A., Germán-Bes, C., 2017. La escala CIBISA: herramienta para la autoevaluación del aprendizaje práctico de estudiantes de enfermería. *Index Enferm* 26, 226–230.
- Urden, L.D., 2002. Patient satisfaction measurement: current issues and implications. *Lippincotts Case Manag* 7, 194–200. <https://doi.org/10.1097/00129234-200209000-00006>

- Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P., Vargas, D., 2004. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care* 42, II57-66. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a>
- Vaisi-Raygani, A., Dalvandi, A., Nourozi, K., Ebadi, A., Rahgozar, M., Jalali, R., Salari, N., Abdi, A., 2021. Validation of the Persian version of the Compassionate Care Assessment Tool. *Int J Nurs Sci* 8, 95–101. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.12.004>
- Van Dyne, L., Ang, S., Botero, I.C., 2003. Conceptualizing employee silence and employee voice as multidimensional constructs. *J. Manag. Stud.* 40, 1359–1392. <https://doi.org/10.1111/1467-6486.00384>
- Vásquez Triossi, M.L., 2006. Desarrollo conceptual en enfermería: evolución, tendencias y desafíos. *Av. enferm.* 24, 73–80.
- Velicer, W., Fava, J., 1998. Effects of variable and subject sampling on factor pattern recovery. *Psychol Methods* 3, 231–251. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.2.231>
- Vesga Gualdrón, L.M., Ruiz de Cárdenas, C.H., 2016. Validez y confiabilidad de una escala de cuidado profesional en español. *Av. enfermería* 34, 69–78. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.44488>
- Waldow, V.R., 2008. Nuevas ideas sobre el cuidado. *Aquichan* 8, 85–96.
- Waltz, C.F., Strickland, O.L., Lenz, E.R. (Eds.), 2017. *Measurement in nursing and health research*, 5th ed. Springer Publisher Company, New York, NY.
- Ware, J., Snyder, M., Wright, W., 1976. Results of scales constructed from the patient satisfaction questionnaire and other health care perceptions, Development and validation of scales to measure patient satisfaction with health care services. National Technical Information Service., Springfield, VA.
- Watson, J., 2009. *Assessing and measuring caring in nursing and health science*, 2nd ed. Springer Publishing Company, New York.
- Watson, J., 2001. *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. Springer Publishing Company, New York.
- Watson, J., 1979. *Nursing: the Philosophy and Science of Caring*. Little, Brown & Company, Colorado University Press, Boston.

- Watson, J., Nelson, J., Brewer, B., 2010. Caritas: A theory guided scale to measure human caring. Presented at the CANS 2010 State of the Science Congress on Nursing Research.
- Watts, D.D., Slivinski, A., Garland, J.M., Kerley, D.R., Wilson, N.Y., Cooper, T., Howard, K., Dunne, J., Lieser, M.J., Berg, G.M., Wyse, R.J., Carrick, M.M., Fakhry, S.M., 2021. The impact of nursing on trauma patient satisfaction: an analysis of HCAHPS from 112,283 Patients. *J Trauma Nurs* 28, 219–227. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000589>
- Westbrook, K.W., Babakus, E., Grant, C.C., 2014. Measuring patient-perceived hospital service quality: validity and managerial usefulness of HCAHPS scales. *Health Mark Q* 31, 97–114. <https://doi.org/10.1080/07359683.2014.907114>
- Western Health Sciences, 2022. PSNCQQ - Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire [WWW Document]. Heather Laschinger Research Tools. URL <https://www.uwo.ca/fhs/hkl/psncqq.html> (accessed 5.28.22).
- White, E.M., Aiken, L.H., McHugh, M.D., 2019. Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc* 67, 2065–2071. <https://doi.org/10.1111/jgs.16051>
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M., Starrin, B., 1995. Quality of care from the elderly person's perspective: subjective importance and perceived reality. *Aging (Milano)* 7, 140–149. <https://doi.org/10.1007/BF03324304>
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M., Starrin, B., 1994. Quality of care. Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scand J Caring Sci* 8, 39–48. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1994.tb00223.x>
- Wilde, B., Starrin, B., Larsson, G., Larsson, M., 1993. Quality of care from a patient perspective—a grounded theory study. *Scand J Caring Sci* 7, 113–120. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1993.tb00180.x>
- Wilde Larsson, B., Larsson, G., 2002. Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *J Clin Nurs* 11, 681–687. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00640.x>
- Wilde-Larsson, B., Larsson, G., Kvist, L.J., Sandin-Bojö, A.-K., 2010. Womens' opinions on intrapartal care: development of a theory-based questionnaire. *J Clin Nurs* 19, 1748–1760. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03055.x>

- Williams, S.A., 1997. Caring in patient-focused care: the relationship of patients' perceptions of holistic nurse caring to their levels of anxiety. *Holist Nurs Pract* 11, 61–68. <https://doi.org/10.1097/00004650-199704000-00009>
- Wolf, Z., Townsend, A., 2017. Caring Behaviors Inventory 24-Revised: CBI-16 validation and psychometric properties. *Int J Hum Caring* 21, 185–192. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.21.4.185>
- Wolf, Z.R., Bailey, D.N., Stubin, C.A., 2022. Bodywork and nursing practice: Development of a bodywork in nursing practice instrument. *Nurs Forum* 57, 509–529. <https://doi.org/10.1111/nuf.12703>
- Wu, L.-M., Chin, C.-C., Chen, C.-H., 2009. Evaluation of a caring education program for Taiwanese nursing students: a quasi-experiment with before and after comparison. *Nurse Educ Today* 29, 873–878. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.05.006>
- Wu, Y., Larrabee, J.H., Putman, H.P., 2006. Caring Behaviors Inventory: a reduction of the 42-item instrument. *Nurs Res* 55, 18–25. <https://doi.org/10.1097/00006199-200601000-00003>
- Zamanzadeh, V., Azimzadeh, R., Rahmani, A., Valizadeh, L., 2010. Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *BMC Nurs* 9, 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-9-10>
- Zhao, L., Wang, R., Liu, S., Yan, J., 2017. Validation of Chinese version of the 4-item Trust in Nurses Scale in patients with cancer. *Patient Prefer Adherence* 11, 1891–1896. <https://doi.org/10.2147/PPA.S144971>
- Zhao, S., 2011. Patients' perceptions of quality nursing care in a Chinese hospital. *Int. J. Nurs. Midwifery* 3, 145–149. <https://doi.org/10.5897/IJNM.9000033>
- Zhianfar, L., Nadrian, H., Asghari Jafarabadi, M., Espahbodi, F., Shaghaghi, A., 2020. Effectiveness of a multifaceted educational intervention to enhance therapeutic regimen adherence and quality of life amongst Iranian hemodialysis patients: a randomized controlled trial (MEITRA study). *J Multidiscip Healthc* 13, 361–372. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S247128>
- Zhou, C.-L., Wang, S.-Q., Wang, Y.-F., Ou, J.-X., Wu, Y.-N., 2019. A Chinese version of the Patient Perceptions of Patient-Empowering Nurse Behaviours Scale: reliability and

validity assessment in chronically ill patients. *J Clin Nurs* 28, 444–457.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14613>

Zomeño Ros, G., 2015. Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios (Tesis doctoral). Universidad de Alicante.

Zun, A.B., Ibrahim, M.I., Mokhtar, A.M., Halim, A.S., Wan Mansor, W.N.A., 2019. Translation, cross-cultural adaptation, and validation of the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) into the Malay language. *Int J Environ Res Public Health* 16, 2054. <https://doi.org/10.3390/ijerph16112054>

ANEXO 1. DETALLES DE LA REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA Y SELECCIÓN DE CUESTIONARIOS
PARA LA MEDIDA DEL CUIDADO ENFERMERO DESDE
LA PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES

La búsqueda y selección de instrumentos de medida del cuidado enfermero desde la perspectiva de los pacientes, se ha sintetizado en el apartado 1.2.1. de la memoria de tesis. En este anexo describimos con más detalle el proceso de cribado que se ha seguido para cada una de las bases de datos consultadas.

La primera base de datos que se exploró fue Pubmed. Se elaboraron dos estrategias de búsqueda diferentes mediante las cuales se localizaron 9 estudios que habían sido publicados en español, 3 en portugués y 463 en inglés. Tras la revisión del título y resumen de todos ellos nos quedamos únicamente con 1 resultado en español y 17 en inglés. A continuación, se realizó la búsqueda en EMBASE, obteniéndose 214 resultados, todos ellos en lengua inglesa, que se depuraron siguiendo los criterios de inclusión y exclusión predeterminados y eliminando trabajos duplicados de la búsqueda en Pubmed, quedando únicamente 8 artículos relacionados con la atención proporcionada por enfermeras/os, posteriormente se revisaron en profundidad los textos completos y solo 1 artículo fue seleccionado. En cuanto a las bases de datos que permiten hacer búsqueda en español, empezamos la búsqueda por ENFISPO en la que encontramos 88 artículos. Tras estudiar los títulos y resúmenes, todas fueron descartadas por no cumplir los criterios de selección, solo la validación para España de la herramienta inglesa NewCastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) era de interés para esta revisión, pero la herramienta original ya había sido seleccionada a partir de los resultados recuperados por Pubmed, por lo que al tratarse de una duplicidad finalmente de esta base de datos no se escogió ningún documento. No obstante, esa publicación se tendría en cuenta posteriormente en nuestra recogida de datos pues el cuestionario en su versión en español (CUCACE) se incluyó en el dossier que los participantes cumplimentaron y sus resultados se utilizaron para comprobar la validez de criterio del PCIE-H. En la revisión de la base de datos Scielo fueron encontradas 47 publicaciones en español, inglés o portugués, de las cuales 45 fueron descartadas tras la revisión de título y resumen por incumplir criterios o estar duplicados. Los cuestionarios que en este caso se derivaron de la búsqueda en este portal fueron ‘Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería’ y el ‘Nursing Care Interpersonal Relationship Questionnaire’ que a pesar de tener un nombre en inglés fue diseñado en Brasil. Por último, en la base de datos Cuiden Plus, la búsqueda dio como resultado 14 trabajos en español y portugués, tras descartar aquellos que no cumplían con los criterios de selección obtuvimos una publicación de interés, en este caso fue también una validación transcultural realizada en Chile que nos llevó hasta la herramienta original, The Night Nursing Care Instrument.

De la búsqueda manual realizada se obtuvieron 14 instrumentos en inglés y 2 en español que también fueron incorporados a los resultados del estudio.

A continuación, se exponen de manera más específica qué criterios han conllevado el descarte de documentos.

- No tienen como objeto principal plantear una herramienta a validar cuyo foco sean o los atributos necesarios para el cuidado o los comportamientos de cuidado, la percepción de los pacientes sobre el cuidado en su conjunto o la satisfacción con mismo.
- Evalúan la calidad de un procedimiento, técnica o protocolo muy específico (vacunación, aplicación de vendajes, etc.)
- No están diseñados para ser respondidos por pacientes adultos, sino que se enfocan a otros tipos de población (directivos, enfermeras, estudiantes de enfermería, padres de niños, otros profesionales de la salud, etc.).
- Se centran en servicios que se proporcionan en el hospital, pero no requieren hospitalización como son consultas, Hospitales de Día, servicios de Cirugía Mayor Ambulatoria y Urgencias.
- Se centran en medir el manejo y conocimientos por parte de los pacientes de algún aspecto de la enfermedad o su tratamiento.
- Se enfocan en el cribado de enfermedades, la evaluación de la sintomatología o de riesgos para la salud.
- Se refieren a cuidados no profesionales o informales.
- Se enfocan en recoger recomendaciones teóricas para la conducción de estudios psicométricos.
- Miden resultados de salud del paciente y no la experiencia subjetiva de este con la atención enfermera.

En el proceso de búsqueda se recuperaron herramientas que no estaban íntegramente dirigidas a evaluar la atención enfermera, sino que hacían preguntas para evaluar la calidad y satisfacción con diferentes colectivos profesionales que trabajan en el servicio o de manera genérica se referían al “personal del hospital” pero indicando tareas que eran responsabilidad de la enfermera. En esos casos, se estudió el volumen de preguntas que eran específicas del trabajo enfermero y las que aludían a ellas directamente y si la proporción con respecto al total era de al menos un tercio se consideró incluir estas herramientas en la revisión siempre y cuando cumpliesen el resto de criterios de selección.

El total de herramientas de medida que fueron por tanto seleccionadas para su revisión en profundidad fueron 39. En la siguiente tabla se recogen las principales características que tienen estas herramientas. Empezando por el nombre completo del cuestionario, su acrónimo y autor/es así como los años en los que se han producido avances en el diseño y depuración de este por parte de sus creadores. También se recogen el objetivo de medida que tiene el instrumento y las bases teóricas sobre las que fue construido, se describe brevemente su estructura, el país de origen y el medio por el que se dio a conocer, así como, la población y muestra escogidas para su validación, los procedimientos llevados a cabo para procurar su validez y fiabilidad y los resultados de las pruebas que analizaron esas propiedades. Las dos últimas columnas resumen algunos aspectos de interés sobre el uso que se ha hecho de ellas y el diseño de otras versiones que con el tiempo se han podido validar derivadas del cuestionario original.

TABLA CON LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES Y EVOLUCIÓN DE LOS CUESTIONARIOS

Tabla 60. Descripción de las herramientas de medición del cuidado enfermero desde el punto de vista del paciente.

CUESTIONARIO ACRÓNIMO (AUTOR/ES y AÑO/S)	OBJETIVO y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	DESCRIPCIÓN DEL CUESTIONARIO PARA LA MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES/USUARIOS	PAÍS DE ORIGEN (idioma), TIPO DE MEDIO DONDE SE DIFUNDE POR PRIMERA VEZ, MUESTRA DE ESTUDIO PARA VALIDACIÓN DE HERRAMIENTA ORIGINAL	PROCESO DE DISEÑO DE LOS ÍTEMES ANÁLISIS DE UTILIDAD (TASA RESPUESTA, TIEMPO CUMPLIMENTACIÓN, INTERPRETABILIDAD)	VALIDEZ	FIABILIDAD	COMENTARIOS	OTRAS VERSIONES (AUTORES, AÑO) CAMBIOS y RESULTADOS
INSTRUMENTOS IDENTIFICADOS POR JEAN WATSON ORIENTADOS A CONOCER LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE EL CUIDADO ENFERMERO								
Caring Behaviors Inventory – CBI (Wolf, 1981; 1994; 1998; 2003)	<p>Describir acciones y actitudes del proceso de cuidado enfermero desde el punto de vista del paciente y de la enfermera. Puede ser usado como auto-evaluación para comparar con la valoración del paciente.</p> <p>Basado en la Teoría y la Ciencia del</p>	<p>En 1981 se elaboraron 75 ítems y escala Likert de 4 puntos inicialmente y en la que solo se realizó validez de contenido.</p> <p>En 1994 la autora y sus colaboradores reducen la escala a 43 ítems y analizan VCo, VCs, ET y CI. La reducen a 42 ítems finalmente manteniendo la escala de 4 puntos desde ‘Muy en desacuerdo’(1) hasta ‘Muy de acuerdo’(4) pero sugieren que sería</p>	<p>EEUU</p> <p>Tesis doctoral</p> <p>1981: N= 97 enfermeras</p> <p>1994: N=278 enfermeras y 263 pacientes de hospitales secundarios y terciarios.</p>	<p>1998: Legibilidad medida mediante el Grado de legibilidad Flesch-Kincaid=5.9 y el Índice de Facilidad de Lectura de Flesch=60.7.</p>	<p>VCo: 1981: Las enfermeras puntuaron usando una escala Likert de 4 puntos, 75 palabras y frases que considerasen representativas del cuidado de la enfermera con los pacientes y que habían sido extraídas tanto de la literatura enfermera como de la filosófica, psicológica y social</p>	<p>ET: 1994: $r=.96$ (solo medida en muestra de enfermeras) ($p=.000$).</p> <p>CI: 1994: $\alpha=.83$ en muestra de enfermeras y .96 en la combinación de resultados de pacientes y enfermeras.</p> <p>1998: $\alpha=.98$.</p>	<p>Brunton y Beaman (2000) modificaron la escala a 40 ítems y la administraron a 140 enfermeras en Illinois para que valoraran la percepción sobre sus propios comportamientos de cuidado. No se reportaron propiedades psicométricas.</p> <p>En el estudio de Wolf et al. (2003), se estudió también la fuerza de la correlación entre la percepción del cuidado enfermero y la</p>	<p>CBI-6 (Coulombe et al., 2002). Objetivo: comprobar las propiedades psicométricas de la herramienta de 42 ítems y explorar la posibilidad de acortarla. N=354 pacientes quirúrgicos.</p> <p>VCs: 6 ítems explicaban el 95% de la varianza. El resto de las propiedades psicométricas para esos 6 ítems confirmaron la posibilidad de usar</p>

<p>Cuidado de Jean Watson (Wolf et al., 2003, 1998, 1994) y en el cuestionario Patient Satisfaction Instrument que se publicaría un año después (Hinshaw and Atwood, 1982).</p>	<p>interesante aumentarla a 6.</p> <p>En 1998 se modifica la escala Likert a 6 puntos con respuestas que van desde ‘Nunca’ (1) hasta ‘Siempre’ (6) y vuelven a analizar CI y el nivel de lectura.</p> <p>En 2003 se comprueba de nuevo la CI pero no se realizan modificaciones al instrumento.</p> <p>Se utiliza para medir 5 factores o dimensiones: garantía de presencia humana, conocimientos y habilidades, respeto, conexión positiva y atención a la experiencia del otro.</p> <p>Autoadministrada.</p>	<p>1998: N=335 pacientes médico-quirúrgicos dados de alta.</p> <p>2003: N=73 pacientes sometidos a procedimientos cardiacos invasivos.</p>			<p>relacionada con los cuidados.</p> <p>1994: panel de 4 expertas.</p> <p>VCs: Se analiza mediante contraste de grupos. El t-test revela que los grupos son diferentes (t=3.01; df539; p=.003). El análisis factorial indica 5 factores.</p> <p>2003: No se hacen análisis de validez.</p>	<p>2003: $\alpha = .95$.</p>	<p>satisfacción con éste. Se encontró una correlación moderada (r=.53; p=.01) que no se vio afectada por el sexo del sujeto que respondía al cuestionario.</p> <p>En 2004, el CBI-42 se utilizó en un estudio en Virginia Occidental cuyo objetivo era comprobar la influencia de la satisfacción laboral de la enfermera registrada (RN), el contexto y estructura de la atención, de enfermería percibida por el paciente y las características del paciente relacionadas con su satisfacción con la atención enfermera (n=360 pacientes ingresados) (Larrabee et al., 2004).</p> <p>Las diferentes variantes del CBI han sido adaptadas a diversos contextos. Hacemos referencia más en profundidad en la columna contigua a las validadas para pacientes, pero en algunos países como</p>	<p>esta versión corta para mayor comodidad del paciente. CI: $\alpha = .893$. VCr concurrente (n=211): cada una de las preguntas del CBA correlaciona significativamente con la puntuación en la pregunta sobre el Cuidado Global de Enfermería: r=.605 (p<.001). (Coulombe et al., 2002).</p> <p>CBI-24 (Wu et al., 2006). Objetivo: Obtener una versión más corta pero igual de válida y fiable del instrumento. N=362 pacientes de servicios médicos, quirúrgicos y UCI de un hospital de West Virginia y n=90 enfermeras del mismo centro. CI: $\alpha = .95$; ET: r=.88 (pacientes) y r=.82 (enfermeras). VCr convergente (CBI-42 vs CBI-24): r=.62. VCs: 4 factores que explican el 97% de la varianza, eliminando la dimensión “Atención a la experiencia del otro”.</p>
---	---	--	--	--	---	---	---	---

						<p>Panamá (Camargo y Caro, 2009), Grecia (Papastavrou et al., 2011), Chile (Salgado et al., 2015), Irán (Ghafouri et al., 2021) y Suecia (Klarare et al., 2021), se ha abordado el proceso de validación de este instrumento para población enfermera o estudiantes de enfermería.</p>	<p>CBI-E (Wolf et al., 2006, 2004). Objetivo: Elaborar y validar una herramienta específicamente diseñada para que población anciana (Elders) y las enfermeras que les atienden para que evalúen el proceso de cuidado enfermero. Grado de legibilidad de Flesch-Kincaid de 4.4. VCo: Panel de expertos eliminan 1 ítem y modifican varios de ellos. 28 ítems con escala Likert de 3 puntos desde 'Nunca'(1) a 'Siempre' (3). En 2004 pilotaje con N=30 ancianos a partir de 70 años residentes en domicilios y en residencias. CI: .94. En 2006 estudio de consolidación con n de 215 ancianos de zonas urbanas y suburbanas residentes en viviendas asistidas o en domicilios atendidos en hospitales de día y los 138 profesionales de enfermería que les</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

								<p>atendían. Resultados para la cohorte de pacientes: CI: $\alpha=.94$. ET (n=16; tiempo entre T-RT solo 30 min):$t=-0.322$, $df=15$, $p=0.752$ y Wilcoxon Signed Rank Tst no muestra diferencias significativas entre T y RT ($Z=1.285$, $p=.775$). VCr convergente con CBA sin correlación estadísticamente significativa ($r=.5$ ($p=.06$)). VCs: 5 factores con diferente denominación que en el original: Atender a las necesidades individuales, mostrar respeto, practicar con conocimiento y habilidad, respetar la autonomía y apoyo religioso/necesidades espirituales.</p> <p>CBI-E adaptada y validada para Panamá (Camargo y Caro, 2009).</p> <p>N=74 adultos mayores de 60 años y n= 54 enfermeras. VL en la que se modificó la formulación de 11 ítems. Se amplió la escala Likert a 5</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								<p>putos desde ‘Nunca’ (1) a ‘Siempre’ (5). No se analizan las propiedades psicométricas de esta versión.</p> <p>CBI-24 adaptada y validada para Italia – CBIIta (Tomietto et al., 2014)</p> <p>N=213 pacientes y n=178 enfermeras ambos de contextos quirúrgicos. TRp=88% y TRe=95%. CI: α =.94 y .92 respectivamente. VCs solo se midió en enfermeras y se obtuvo solución de 4 factores.</p> <p>CBI-42 adaptada y validada para Chile (Salgado et al., 2015). N=96 pacientes. CI: .795. VL y legibilidad con 10 pacientes. No se muestran datos para esta población de otras pruebas psicométricas.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								<p>CBI-24 revisada (Salgado et al., 2015)</p> <p>Objetivo: La autora original de la herramienta (Wolf) comprueba las propiedades psicométricas de la herramienta reducida por Wu en 2006. N=303 pacientes hospitalizados. CI: $\alpha = .97$. VCs: 2 factores que explican el 64.02% de la varianza.</p> <p>CBI-16 (Wolf and Townsend, 2017). Objetivo: Reducir el cuestionario para que los pacientes tengan mayor inclinación a contestarlo. Teniendo en cuenta que la correlación de los ítems fuese .65 o superior y aquellos con mayor media se seleccionan 16 y se realiza un nuevo ACP (n=249) para conocer la VCs: 1 factor que explica el 58.01% de la varianza. CI: .95. VCr convergente medida con CBI-24R $r = .99$ (p=.01) y discriminante con</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								<p>pregunta sobre el estado de salud $r=-.14$ ($p=.25$).</p> <p>CBI validado para Turquía (Gul and Dinc, 2020). N=363 pacientes. CI: $\alpha=.99$. VCs: Se decide una versión final con 30 ítems y solución de 3 factores.</p> <p>CBI-24 validado para Suecia (Klarare et al., 2021). 6 pasos: 1) dos traducciones simultáneas por expertos bilingües; 2) síntesis por comité de expertos; (3) retrotraducción ciega; 4) deliberaciones del comité de expertos; (5) entrevistas cognitivas para evaluar interpretabilidad y modificación de 3 ítems a partir de los resultados, y (6) evaluaciones psicométricas. Equivalencia semántica, idiomática, experiencial y conceptual con la CBI-24 original. N=234 pacientes.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								VCs: Ajuste del modelo aceptable.
Caring Assessment Report Evaluation Q-sort – Care-Q (Larson y Ferketich, 1981; Larson, 1984)	Identificar y ordenar los comportamientos de cuidado de la enfermera de más a menos importante para poder sentirse cuidados. Los aspectos conceptuales no se basan en una teoría en concreto.	50 tarjetas con 1 afirmación cada una. Las tarjetas están clasificadas en 6 subescalas: - Accesible (6 ítems) - Confort (6) - Anticipa (9) - Desarrolla una relación de confianza (5) - Monitoriza y hace seguimiento (16) - Explica y facilita (8) Respuesta con metodología Q-sort en la que el participante debe ordenar las tarjetas en cada subescala de acuerdo al nivel de importancia que considera que tiene. Posteriormente se cambió a escala Likert de 7 puntos desde 'Menos importante' (1) a 'Más importante' (7). Autoadministrada.	EEUU (inglés) Tesis doctoral. 1984: N=57 pacientes oncológicos 1986: Extensión con N= 57 enfermeras oncológicas 1987: Comparación percepciones entre los comportamientos importantes para pacientes y enfermeras comparando resultados de los estudios de 1984 y 1987.	CARE-Q original: Tasa de respuesta (TR): No reportada. Tiempo cumplimentación (TC): 26 minutos.	V. de contenido (VCo): En la tesis doctoral solo se diseñó la herramienta y se sometió a esta prueba. Delphi con estudiantes de enfermería, enfermeras y pacientes oncológicos. V. de constructo (VCs): 6 factores: accesible, confort, anticipa, desarrolla una relación de confianza, monitoriza y hace seguimiento, explica y facilita.	Consistencia interna (CIn): No se evaluó hasta 1991a por von Essen y Sjöden en Suecia en pacientes médico-quirúrgicos (n=86) con resultado de .95 y por Wildmark-Paterson et al. (1996) en una muestra de 72 pacientes oncológicos siendo el alfa de Cronbach de .94. Estabilidad temporal (ET): se midió en el Care-Q original, en 1987 por Larson, pero solo estudiada con una muestra de enfermeras del servicio de Oncología (n=84). El ítem más valorado fiabilidad T-RT del 79% y el menos valorado 63%.	Limitaciones: - Tiempo de cumplimentación - Extensión del instrumento - Dificultad de comprensión de las afirmaciones Diferente percepción sobre la relevancia de los comportamientos de cuidado entre enfermeras (más valor a las habilidades psicosociales como la escucha, el tacto, la comunicación y el cuidado individualizado) y los pacientes (más valor a la competencia profesional como el conocimientos sobre la administración de medicación y el manejo del aparato)(Gul y Dinc, 2020). Utilizada también en estudios no solo con pacientes y enfermeras de diferentes servicios hospitalarios como psiquiatría, cardiología u otras patologías médicas sino también utilizado con estudiantes de grado, profesorado universitario Tuckett et al. (2009) intentaron validar el Care-Q original en población de residencias de la	Care/SAT (Larson y Ferketich, 1993): Objetivo: Medir <u>satisfacción</u> con el cuidado enfermero. 29 ítems de comportamiento enfermero. Escala visual analógica 0 a 100 puntos. N=268 pacientes. TC: 45 min. CIn: $\alpha = .94$. VCr frente a RPSS: $r = .80$ (n=40). VCs: 3 factores: Asistencia, negligencia benigna y habilitación. 46.9% de la varianza total explicada. Care-Q original traducida al finés (Greenhalgh et al., 1998). Objetivo: Conocer comportamientos de cuidado de las enfermeras de 2 hospitales (general y psiquiátrico) en Finlandia tienen y conocer como influyen en ellos la edad, sexo, formación y entorno de trabajo. Mismos ítems, ranking libre sobre la importancia y escala de respuesta 1 a 7 según nivel de acuerdo con cada afirmación. N= 118 enfermeras. No se analizaron las prop. psicométricas de este. TR=87% en Psiquiátrico y 43% en

							tercera edad, pero los resultados fueron negativos.	<p>General. Mayor aplicación de comportamientos físicos que afectivos. Enfermeros tienen menos probabilidades que enfermeras de ser accesibles, forman relaciones de confianza o realizan menos comportamientos reconfortantes.</p> <p>Care-Q original validada al chino En Hong Kong (Holroyd et al., 1998), lo tradujeron para su uso pero no comprobaron sus propiedades psicométricas. En Taiwán, también se usó en dos tesis no publicadas por Lin en 2002 y por Yu en 2004. En esta última se mantuvieron las 50 preguntas con escala Likert de 8 punto. La n es desconocida. Los participantes son pacientes consumidores de heroína. VCo: IVC: 84%; CIn: $\alpha = .7$ a $.91$ en pacientes y $.77$ a $.92$ en enfermeras (Lee et al., 2006). En 2006, Lee et al. (2006), teniendo en cuenta que la importancia que tiene cada comportamiento no tiene por qué indicar que este se haga modifican la escala Likert para que fuese de</p>
--	--	--	--	--	--	--	---	---

								<p>1 a 7 pero desde “nunca” a “siempre”. N=778 enfermeras. Revisan con 10 expertas VCo. VCs: 6 factores distribución de los ítems y renombrados. 61.3% varianza. No se eliminan ítems. CI: $\alpha=.97$; ET con 10 enfermeras $r=.83$.</p> <p>Care-Q original validada al flamenco (Rchaidia et al., 2012). N= 100 pacientes oncológicos. Tras análisis estadístico quedan 40 ítems y opción de puntuar de 1 a 7 cualquier ítem según su importancia para el paciente. TC: 15.8 min. VCo: Panel 10 expertas (enfermeras oncológicas y expacientes, estudiantes de máster y doctorado). Se eliminan, reformulan y añaden algunos ítems. Se testan 46 preguntas. VCs: Se eliminan 6 ítems con baja carga factorial. 49.7% de la varianza total explicada. Solución final de 5 factores CI: $\alpha=.92$. ET: $r=.59$. Análisis de su amabilidad de uso.</p>
Caring Behaviors Assessment-CBA (Cronin y	Identificar por parte de los pacientes los comportamientos	63 comportamientos sobre el cuidado enfermero, agrupados en 7 subescalas correspondientes a los 10	EEUU (inglés) Artículo en revista científica	No se aportan datos sobre TC ni TR. Interpretabilidad:	VCo: 4 expertos en la teoría de Watson y revisión de la legibilidad.	Consistencia interna para cada subescala α entre .66 y .90	Limitaciones: - Muestra escasa. - Extensión del cuestionario.	CBA revisado (Cronin y Harrison, 1988) para uso en pacientes de urgencias y realizado

<p>Harrison, 1988)</p>	<p>enfermeros que indican cuidado.</p> <p>Basada en la Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson y los 10 factores caritativos.</p>	<p>factores caritativos (los 3 primeros factores caritativos de Watson se han agrupado en una sola subescala y no se especifica cuántos ítems en cada subescala):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Humanismo/fe/esperanza/sensibilidad - Ayuda/confianza - Expresión sentimientos - Enseñanza/aprendizaje - Apoyo/protección/entorno correctivo - Asistencia necesidades humanas - Sentimientos existenciales/fenomenológicos/espirituales <p>Escala Likert 5 puntos desde “poca importancia” hasta “mucho importancia”.</p> <p>1 pregunta abierta: ¿Hay algo más que la enfermera podría hacer o decir que hiciera que se sintiese cuidado y que se preocupan por usted? Si es así ¿qué?</p> <p>Autoadministrada.</p>	<p>N=22 pacientes con enfermedad cardiológica hospitalizados durante al menos 24h.</p>	<p>Legibilidad de nivel 6 medida mediante las fórmulas de Flesch y de Fog.</p>	<p>VCs y validez de criterio (VCr) no fueron analizadas.</p>	<p>No se analiza la ET</p>	<p>- Variabilidad de los ítems.</p> <p>Los dos ítems más importantes para los pacientes fueron “Me hacen sentir que hay alguien ahí si les necesito” y “Saben lo que hacen” y los menos importantes “Me visitan cuando me trasladan a otro servicio” y “Me preguntan cómo prefiero que me llamen”.</p> <p>En posteriores estudios se utiliza el cuestionario con muestras pequeñas (n<50) en diferentes poblaciones como en pacientes con VIH (Mullins, 1996), pre y post parto (Schultz et al., 1998), ancianos institucionalizados (Marini, 1999), entre otros.</p> <p>También se ha utilizado para conocer la eficacia de los programas educativos en los estudiantes de enfermería en Taiwán (Wu et al., 2009).</p>	<p>telefónicamente. En él se añaden 2 ítems y se reduce la escala Likert a 4 puntos. N=288. No testan las propiedades psicométricas tras la modificación.</p> <p>CBA revisado (Stanfield, 1991). N=104 pacientes de unidades médico-quirúrgicas. CI:956. VCs (AFE): 4 factores y 50.4% de la varianza total explicada.</p> <p>CBA revisado (Parsons et al., 1993) para uso en pacientes de cirugía mayor ambulatoria . Reducen los ítems a 55, eliminando 8 de la versión original solo aplicables a pacientes hospitalizados al menos 24h. Los agrupan en 6 subescalas eliminando la del ‘Uso del método científico en la resolución de problemas’ por considerarlo imperceptible para los pacientes. N=19 pacientes. TC: 25 min. No analizan propiedades psicométricas.</p> <p>CBA traducido a español latino (Brown et al., 2005) para ser usado por población hispanohablante en Miami. No analizan las</p>
-------------------------------	--	--	--	--	---	-----------------------------------	--	---

								propiedades psicométricas. CBA validado para Turquía (Akgün M et al., 2019). Alfa Cronbach: .98. VCs calculada mediante índices de bondad de ajuste muestra 7 dimensiones. Mismos ítems y escala que la original. Posteriormente se desarrolla una versión corta para ese mismo país que consta de 27 ítems con propiedades psicométricas adecuadas (Akgün et al., 2020).
Holistic Caring Inventory - HCI (Latham, 1988)	<p>Medir la percepción sobre el cuidado profesional que proporcionan las enfermeras.</p> <p>Basado en la dimensión holística de la Teoría del Cuidado Humanístico de Howard (1975).</p>	<p>39 ítems repartidos en 4 subescalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidado físico (10 ítems) - Cuidado interpretativo (11) - Cuidado espiritual (9) - Cuidado sensible (9) <p>Autoadministrado.</p> <p>Escala Likert de 4 opciones de respuesta desde ‘Muy en desacuerdo’ (1) hasta ‘Muy de acuerdo’ (4).</p>	<p>EEUU (inglés)</p> <p>Conferencia</p> <p><i>1988: Estudio 1 - Desarrollo instrumento y validez de contenido, además de la legibilidad. Piloto (n=30)</i></p> <p>Estudio – Validez de criterio discriminante y CI. N=120 pacientes hospitalizados (patología desconocida)</p> <p><i>1996: Se evaluó la VCr concurrente en una muestra de 218 pacientes con</i></p>	<p>Interpretabilidad: Legibilidad comprobada con el pilotaje del HCI en una muestra de 30 pacientes en 1988.</p> <p>No se aportan datos sobre TC ni TR.</p>	<p>V. Cr. Discriminante comparándolo con el Kiesler’s Impact Message Inventory. R=.15 (p<.05)</p> <p>VCr concurrente comparándolo con el Interpretive Caring Subscale y el Supportive Behavior Checklist (SNBC).r=.39 (p<.01)</p> <p>VCs: 4 factores que explican el 56.6% de la varianza.</p>	<p>CIn: α de las subescalas entre .89 y .91</p> <p>No se testa la ET.</p>	<p>El cuestionario fue utilizado en tres estudios posteriores. Uno realizado por la propia Latham en una muestra de 120 pacientes adultos hospitalizados entre 2 y 14 días en 2 hospitales de California para explorar la relación entre la percepción del cuidado humanizado y holístico percibido y algunos resultados de los pacientes como las estrategias de afrontamiento utilizadas y su efectividad y los niveles de distrés alcanzados. Otros 2 publicados en 1997 por Williams en EEUU, el primero para medir el cuidado holístico proporcionado a pacientes</p>	No se han encontrado nuevas versiones del cuestionario orientadas a pacientes.

			patología aguda en plantas medicinas				para la reducción de la ansiedad (Williams, 1997) y el segundo realizado en 2 hospitales rurales. N=94 pacientes con patología médica ingresados también de 2 días a 2 semanas (Williams, 1997).	
Professional Caring Behaviors - PCB (Horner, 1989; 1991)	<p>Medir la percepción sobre los comportamientos de cuidado de las enfermeras.</p> <p>Basan el cuestionario en 14 temáticas, 10 surgen del análisis de contenido cualitativo de las respuestas proporcionadas por 356 pacientes a quienes se les pasó un cuestionario con 4 preguntas abiertas sobre comportamientos de cuidado y de no-cuidado. 4 más son añadidas tras la revisión de la bibliografía y la revisión de expertos.</p>	<p>Consta de 2 cuestionarios (formulario A y B) con 28 afirmaciones diferentes cada uno, 2 positivas y 2 negativas para cada temática.</p> <p>14 subescalas teóricas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tacto (2 ítems) - Práctica individualizada (2) - Escucha (2) - Interés (2) - Explicación (2) - Uso del tiempo (2) - Uso de la voz (2) - Presencia (2) - Expresión facial (2) - Nivel de preocupación (2) - Inclusión de la familia (2) - Espiritualidad (2) - Manejo del entorno (2) - Competencia técnica (2) <p>Autoadministrado.</p> <p>Escala Likert de 4 opciones desde 'Muy en desacuerdo' hasta 'Muy de acuerdo'.</p> <p>1 pregunta abierta: Por favor, describa los comportamientos de cuidado que más recuerde</p>	<p>EEUU (inglés)</p> <p>Tesis doctoral.</p> <p>1989: Estudio piloto con estudiantes de enfermería para conocer ET.</p> <p>Pilotaje con 27 pacientes adultos (patología sin especificar) y 31 enfermeras para conocer CI.</p> <p>1991: N=403 enfermeras y 394 personas legas para evaluar VCs.</p>	<p>Información no disponible.</p>	<p>VCo: 4 enfermeras expertas.</p> <p>VCs: 1 solo factor que explica el 33.4% de la varianza total. Todos los ítems con cargas entre .46 y .68.</p> <p>VCr discriminante: Correlación de Pearsons entre los ítems positivos y negativos, $r=.001$</p>	<p>ET: $r=.81$ en estudiantes de enfermería.</p> <p>CIn: $\alpha=.92$ en formulario A y 0.94 en formulario B.</p>	<p>El cuestionario se ha usado para comparar la percepción de enfermeras de hospicios y familiares de los pacientes atendidos en estos (Harrison, 1995).</p> <p>Roberts en su tesis doctoral validó una versión para estudiantes de enfermería de este instrumento ($n=24$) (Roberts, 1997).</p>	<p>PCB (Formulario A) validado para Panamá (González-Ortega, 2008). Analizaron la VL y VCo con 20 expertos, la interpretabilidad con 10 pacientes hospitalizados, tras estos pasos realizaron los ajustes pertinentes en la formulación, manteniendo el número de ítems pero se cambian las opciones de la escala Likert para medir frecuencia en lugar de nivel de acuerdo. Se administró posteriormente a una muestra de 284 pacientes ingresados para analizar la CI que fue de .80 con valores de α que oscilaron entre .25 y .61. No se han analizado otras características psicométricas.</p>

<p>Caring Assessment Tool - CAT (Duffy, 1992; 2007)</p>	<p>Valorar la percepción de los pacientes sobre los comportamientos de cuidado de las enfermeras.</p> <p>Basada en la teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson y los 10 factores caritativos.</p>	<p>36 afirmaciones. 8 subescalas (no se especifica cuántos ítems en cada una):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resolución problemas mutuos - Confortación atenta - Respeto humano - Alentar - Apreciación significados únicos - Entorno curativo - Necesidades afiliación - Necesidades básicas <p>Autoadministrada.</p> <p>Escala Likert de 5 puntos desde 'Nunca' (1) a 'Siempre' (5) para medir la frecuencia con la que ha ocurrido cada comportamiento enfermero durante la hospitalización del paciente.</p> <p>1 pregunta abierta: ¿Hay algo que piense que las enfermeras deberían hacer de forma diferente?</p>	<p>EEUU (inglés)</p> <p>Tesis doctoral</p> <p>1992: N= 86 pacientes ingresados en servicios médico-quirúrgicos para evaluar la CI.</p> <p>2007: n= 557 pacientes médico-quirúrgicos de 5 hospitales americanos para medir de nuevo CI y valorar la VCs.</p>	<p>Información no disponible.</p>	<p>VCo: 8 expertos evaluaron la adecuación, representatividad y claridad de 130 ítems y 30 de ellos se descartaron.</p> <p>VCs: 100 ítems iniciales que tras análisis de los datos quedan en versión final de 36 ítems y 8 factores o subescalas. 62.6% de la varianza total explicada.</p>	<p>CIn: α total=.96 (36-ítems y submuestra de 365 pacientes) y para cada subescala de .757 a .917.</p> <p>No se evaluó la ET en esta versión.</p>	<p>Caring Assessment Tool versión IV es el nuevo nombre que se le da a la versión corta que se extrae después de someterla al análisis psicométrico descrito.</p> <p>En 1993 se diseñó la versión CAT-admin para conocer la percepción de las enfermeras sobre los comportamientos de cuidado de sus responsables hacia ellas y se validó en 2008 (Watson, 2009).</p> <p>En 1998 se diseñó la versión CAT-edu para conocer la percepción de los estudiantes de enfermería sobre los comportamientos de cuidado de los profesores hacia ellos (Watson, 2009).</p> <p>En España el instrumento ha sido validado pero no se ha llegado a aplicar como instrumento de recogida de datos.</p>	<p>CAT IV revisado y reducido (Duffy et al., 2014). N=1572 pacientes de 12 hospitales en EEUU. 27 ítems y 1 solo factor ('Relación de cuidado') que explica el 73% de la varianza manteniendo el α total= .97.</p> <p>Denominado CAT-V.</p> <p>CAT V traducido y validado para España (Fernández Ayuso et al., 2017). Tras proceso de traducción y retro-traducción se mantiene estructura original. N=349 pacientes. α total=.953. 3 factores que explican el 59.32% de la varianza total. No le dan a estos una denominación específica.</p> <p>CAT-V validado para Australia (Sim et al., 2019). N=476 pacientes para estudio descriptivo y submuestra de 242 para psicométrico. Mismo formato que el validado para población americana. 2 factores y el 72.44% de la varianza total explicada. Los factores son 'Comunicación con la enfermera' y 'Sentirse cuidado por' con un α es .96 y .98 respectivamente.</p>
<p>Caring Professional</p>	<p>Explorar cómo califican los</p>	<p>15 ítems que reflejan adjetivos del</p>	<p>EEUU (inglés)</p>	<p>Información no disponible.</p>	<p>VCr convergente con la subescala</p>	<p>CIn: α=.97 al valorar a las</p>	<p>La herramienta ha sido utilizada en un estudio</p>	<p>CPS validada a español para</p>

<p>Scale - CPS (Swanson, 2000)</p>	<p>consumidores el estilo relacional de las enfermeras, matronas o médicos.</p> <p>Basada en la Teoría de los Cuidados de Swanson (1991).</p>	<p>profesionales a la hora de cuidar relacionados con los 5 procesos esenciales que aparecen en su teoría: mantener la creencia, conocer, estar con, hacer y habilitar y que se agrupan en 2 subescalas teóricas: ‘sanador compasivo’ (8 ítems) y ‘profesional competente’ (7 ítems).</p> <p>Autoadministrada.</p> <p>Escala Likert de 5 puntos desde ‘Sí, definitivamente’ (1) hasta ‘En absoluto’ (5). Se dispone de una opción adicional que es ‘No Aplicable’</p>	<p>Artículo en revista científica.</p> <p>N= 174 mujeres que han tenido un aborto antes de la semana 20 de gestación y han sido atendidas por enfermeras, matronas o médicos durante la pérdida.</p>		<p>de Empatía del Barret-Lennart Relationship Inventory. R=.61 (p<.001).</p> <p>No se evalúa la validez de contenido ni de constructo.</p>	<p>enfermeras y entre .74 y .96 al valorar a las enfermeras de práctica avanzada. No se evalúa la ET.</p>	<p>para evaluar las experiencias de apoyo de los niños cuando un padre tiene una enfermedad a largo plazo (Golsäter et al., 2021).</p> <p>La versión en español validada en Colombia se utilizó en un ensayo clínico controlado en ese mismo país. En él se aplicó una intervención basada en la Teoría de los Cuidados de Swanson a mujeres que habían sido hospitalizadas para dar a luz. La herramienta sirvió para determinar la efectividad de la intervención en términos de satisfacción con el cuidado enfermero recibido en el grupo experimental (Ortega Barco et al., 2018).</p> <p>También en México se ha empleado como <i>Gold Standard</i> para compararlo con otro en proceso de validación (CECOP) aunque no hay constancia de que para ello se hubiese sometido a una validación transcultural previamente (Müggenburg et al., 2015)</p>	<p>Colombia (Vesga Gualdrón y Ruiz de Cárdenas, 2016). Traducción manteniendo misma estructura. Interpretabilidad: Medida en 471 mujeres con bajo nivel académico. VCo: Panel 11 expertas. VCs: 2 factores (sanador compasivo y sanador competente) que explican 56% de la varianza (n=150). CIn: $\alpha=.907$.</p>
<p>Methodist Health Care System Nurse Caring Instrument - MHCSNCI (Sheperd, Rude)</p>	<p>Medir frecuencia de los cuidados enfermeros.</p> <p>No se basa en una teoría o modelo previamente existente.</p>	<p>20 ítems elaborados a partir de 12 dimensiones teóricas extraídas del proceso de VCo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinación - Competencia - Enseñanza/aprendizaje - Soporte emocional 	<p>EEUU (inglés)</p> <p>Desarrollado por el Nursing Quality Indicator Caring Subcommittee at Methodist Health Care System.</p>	<p>Información no disponible.</p>	<p>VCo: Grupos focales con 200 enfermeras de Hospitales Metodistas de los que se extrajeron 51 dimensiones de cuidado que</p>	<p>CCI=.98 (no se disponen de más datos)</p>	<p>El sistema sanitario metodista hace alusión a un colectivo de instituciones que están dirigidas desde una filosofía religiosa cristiana metodista. En esta página se pueden</p>	<p>No se han encontrado nuevas versiones del cuestionario orientadas a pacientes.</p>

<p>y Sherwood, 2000)</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Respeto por la individualidad - Confort físico - Disponibilidad - Relación de ayuda/confianza - Implicación paciente/familia - Entorno físico - Entorno espiritual - Resultados <p>Escala Likert de respuesta de 7 puntos desde 'Raramente' (1) hasta 'Siempre' (7).</p> <p>Octava opción: No aplica.</p> <p>Apartado breve al final del cuestionario para incluir comentarios (opcional) Autoadministrado.</p>	<p>Compuesto por líderes de Enfermería y gestoras preocupadas por la calidad de los indicadores por los que se medía a las enfermeras. Presentado en conferencia en 2001.</p> <p>N=369 pacientes con patología médico-quirúrgica. Una vez dados de alta se enviaba por correo postal al domicilio.</p>		<p>fueron contrastadas con el análisis cualitativo de contenido de 42 publicaciones, del cual se extrajeron otras 26 divididas en dominantes y de apoyo. Finalmente se validan 12 dimensiones teóricas finales tras la verificación mediante 2 grupos focales con 21 pacientes.</p> <p>VCs: 1 factor que explica el 76% de la varianza.</p> <p>VL: Comparando las puntuaciones medias en la escala con las puntuaciones medias de los servicios que tenían en atención al paciente.</p>		<p>consultar la misión, la visión y los valores de este tipo de hospitales: https://methodisthospitals.org/about-us/.</p>	
<p>Relational Caring Questionnaire-Patient Form© - RCQ-PF (Turkel y Ray, 2001)</p>	<p>Se validan varios instrumentos denominados Nurse-Patient Relationship Resource Analysis (NPRRA) questionnaires para dar a conocer el valor y el precio de la Enfermería en el sistema sanitario.</p>	<p>6 variables sociodemográficas. 18 ítems basados en 3 subescalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coste - Cuidado - Relación. <p>Autoadministrado.</p> <p>Escala Likert de 5 puntos desde 'Muy en desacuerdo' hasta 'muy de acuerdo' aunque</p>	<p>EEUU (inglés)</p> <p>Artículo en revista científica para el formulario dirigido a enfermeras y administradores.</p> <p>Informe final de la investigación (cuantitativa y cualitativa) publicado en la página web de la</p>	<p>2001: La interpretabilidad de los ítems fue valorada y de 66 se descartaron 6. Para facilitar la respuesta, en esta primera fase de testeo las opciones de respuesta se establecieron mediante 2 escalas visuales analógicas de frecuencia y de</p>	<p>2001:</p> <p>VCo: 66 ítems fueron extraídos del estudio de TF y revisados por 5 expertos; mediante IVC todos los ítems fueron valorados como bastante o muy relevantes.</p> <p>VCr convergente medida con la</p>	<p>2001:</p> <p>Primera versión se analiza con 60 ítems:</p> <p>CIn: $\alpha=.94$</p> <p>ET: $r=.93$ (1 día entre T y RT; n desconocida).</p> <p>Tras este análisis y la VCr se decide reducir a 45 ítems.</p> <p>2002: Se elabora otro cuestionario</p>	<p>Entre 1994 y 2001 estas autoras utilizaron la Teoría Fundamentada para explorar la relación enfermera-paciente dentro del contexto económico de organizaciones de atención médica militares, con y sin fines lucrativos. Los resultados mostraron que no se puede asignar un valor monetario justo para algo tan intangible como es la atención</p>	<p>No se han encontrado nuevas versiones del cuestionario orientadas a pacientes.</p>

<p>Entre ellos se encuentra el RCQ-PF. Su propósito es conocer los componentes importantes del cuidado en la organización en la que trabajan.</p> <p>Basado en la Teoría de la Complejidad del Cuidado Relacional, elaborada a partir de un estudio de Teoría Fundamentada (TF) y que está compuesta por dos partes: (1) relación en función de la intencionalidad y acciones de cuidado de enfermeros, pacientes y administradores, y (2) los valores monetarios y morales de esas interacciones dentro del contenido económico de las organizaciones (Turkel y Ray, 2000).</p>	<p>recomiendan tras los resultados publicados que se use como escala de satisfacción y no de grado de acuerdo.</p>	<p>Biblioteca Nacional de Informes Técnicos del Departamento de Comercio de Estados Unidos (Ray, 2004).</p> <p>2001: N=53 pacientes de servicios médico-quirúrgicos de 6 hospitales militares y civiles.</p> <p>2002: N=181 pacientes de servicios médico-quirúrgicos de 5 de los hospitales anteriores.</p>	<p>importancia. El excesivo tiempo en completar la escalas hizo que se convirtiera en una única escala Likert de 5 puntos para cada pregunta que se mantuvo en los pilotajes posteriores.</p> <p>2002: Segunda versión-18 ítems: TR: 20%.</p>	<p>Valentine's Patients Caring Questionnaires: $r=.32$.</p> <p>2002: Primera versión-25 ítems: VCo: Panel de expertos; 75% de acuerdo sobre la adecuación de los ítems incluidos.</p> <p>VCs: 3 factores (confirmando las subescalas) que explican el 45% de la varianza.</p> <p>Segunda versión-18 ítems: VCs: 4 factores que explican el 64% de la varianza.</p>	<p>utilizando nuevos hallazgos cualitativos y los resultados anteriores (Organizational Caring Questionnaire-Patient Form).</p> <p>Primera versión del OCQ-PF con 25 ítem repartidos en 3 subescalas/factores: coste, cuidado y relación: CIn: $\alpha=.99$ ET: $r=.98$</p> <p>Segunda versión con 18 ítems y solo dos subescalas: cuidado y relación: CIn: $\alpha=.89$.</p>	<p>enfermera y los momentos de cuidado pero que éstos tienen repercusión en la evolución e indicadores de logro de los pacientes y por tanto en la economía de la institución. Cabe destacar que una de las categorías emergidas de las entrevistas con las enfermeras fue 'Mantener la visibilidad' En un sistema sanitario privado tan mercantilizado, hay un choque claro de valores entre los administradores hospitalarios y las enfermeras, las cuales pierden confianza en el sistema y esto dificulta el reclutamiento y retención de estas por parte de las instituciones que las contratan. Correlación entre un mayor sentimiento de reconocimiento de las enfermeras por parte de la institución y menor ratio enfermera-paciente y un menor nº de caídas de estos (Ray et al., 2002).</p> <p>En 2018 Marilyn Ray elaboró su Teoría del Cuidado Burocrático, relacionada con la elaborada junto a Turkel en el 2000. Surge de la dialéctica entre el cuidado humanístico (físico, espiritual, social, cultural, educativo) y su antítesis</p>	
--	--	--	---	--	---	---	--

que el cuidado burocrático (económico, político, legal y tecnológico).

CUESTIONARIOS DISEÑADOS EN LENGUA INGLESA PARA CONOCER LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON EL CUIDADO ENFERMERO Y/O SU SATISFACCIÓN

<p>Patient Satisfaction Instrument – PSI (Hinshaw y Atwood, 1982)</p>	<p>Medir la satisfacción con los cuidados enfermeros.</p> <p>Adaptación para uso hospitalario de la Risser Patient Satisfaction Scale diseñada para Atención Primaria.</p>	<p>25 ítems en 3 subescalas: - Aspectos técnicos-profesionales (7 ítems) - Aspectos interpersonales-educativos (7) - Aspectos interpersonales-confianza (11)</p> <p>Autoadministrado.</p> <p>Escala Likert de 5 puntos desde ‘Muy de acuerdo’ (1) hasta ‘muy en desacuerdo’ (5).</p>	<p>EEUU (inglés)</p> <p>Artículo en revista científica.</p> <p>N=506 pacientes medico quirúrgicos tanto hospitalizados como ambulatorios</p>	<p>Información no disponible.</p>	<p>VCs: 3 factores coincidentes con las subescalas teóricas.</p>	<p>CIn: $\alpha=.92$.</p>	<p>El texto original no se ha podido conseguir por lo que los datos se han obtenido de fuentes secundarias que indican que los autores han realizado 4 estudios para analizar las propiedades psicométricas del PSI pero encontraron inconsistencias en los factores y correlaciones internas erráticas (Lynn et al., 2007b).</p>	<p>No se han encontrado nuevas versiones del cuestionario posteriores.</p>
<p>La Monica-Oberst Patient Satisfaction – LOPSS (La Monica et al., 1986)</p>	<p>Se diseñó para conocer el efecto sobre la satisfacción de los pacientes de un entrenamiento realizado a las enfermeras oncológicas en empatía.</p> <p>Se inspira en los ítems de la Risser Patient Satisfaction Scales pero tratando de subsanar limitaciones de esta y de la PSI de Hinshaw y Atwood.</p>	<p>7 variables sociodemográficas 41 ítems que recogen comportamientos, actitudes y actividades enfermeras (17 redactados en sentido negativo, y 24 en sentido positivo). 3 subescalas: - Insatisfacción (17 ítems) - Apoyo interpersonal (13) - Buena impresión (11)</p> <p>Autoadministrada.</p> <p>Escala Likert de respuesta de 7 puntos, desde ‘Totalmente de acuerdo’ (1) hasta ‘totalmente en desacuerdo’ (7).</p>	<p>EEUU (inglés)</p> <p>Artículo en revista científica.</p> <p>3 estudios para llegar a la herramienta final.</p> <p>Estudio 1: N=75 (50 ítems/Likert-5)</p> <p>Estudio 2: N=100 (42 ítems/Likert 7)</p> <p>Estudio 3: N=664 (42 ítems/Likert 7)</p> <p>En todos los casos eran pacientes ingresados para recibir tratamiento oncológico.</p>	<p><i>Estudio 1:</i> Los participantes hicieron sugerencias sobre la legibilidad de los ítems y se modificaron varios de ellos para clarificarlos. Se formularon negativamente 17 de ellos al azar para evitar sesgo de aquiescencia.</p> <p><i>Estudio 2:</i> No hay datos disponibles sobre estos aspectos.</p> <p><i>Estudio 3:</i> TC del cuestionario a validar: 10 minutos.</p>	<p><i>Estudio 1:</i> VCo: Panel de expertos revisó los 25 ítems de la Risser Patient Satisfaction Scale y sugirieron nuevos ítems para disponer de un listado de comportamientos enfermeros que estuviesen relacionados con la satisfacción del paciente.</p> <p>Se obtuvieron 50 comportamientos que se ordenaron de forma aleatoria para ser completados por</p>	<p><i>Estudio 1:</i> No se realizan análisis de fiabilidad.</p> <p><i>Estudio 2:</i> CIn: $\alpha =.92$ (0.8 a .84 para las 3 subescalas).</p> <p><i>Estudio 3:</i> CIn: $\alpha =.84-.90$ para las 3 subescalas teóricas y .89-.92 para los 3 factores teóricos.</p>	<p>Se validó en población oncológica pero no contiene ítems específicamente relacionados con dicha enfermedad.</p> <p>Esta herramienta ha sido utilizada posteriormente en estudios internacionales para medir el impacto del ambiente de trabajo de las enfermeras y el burnout sobre la satisfacción de los pacientes en EEUU (Vahey et al., 2004), sobre el impacto y efecto sobre la satisfacción de la implementación de un modelo enfermero nuevo para la atención de pacientes oncológicos</p>	<p>LOPSS original versión corta validada para España (García Juárez et al., 2011; Sillero Sillero y Zabalegui, 2018) en 3 grupos poblacionales diferentes: mujeres con cesárea no planificada (n=120), con diabetes gestacional (n=78) y con extirpación no-oncológica del útero (n=109). Dado que el α de Cronbach era extremadamente alto (.98) se decidió acortar la escala pues se observó que se podían eliminar preguntas sin perder información. Quedó una herramienta de 28 ítems. La VCs se</p>

				<p>la muestra de pacientes. Escala Likert de 5 puntos para valorar la importancia del cada comportamiento en la satisfacción individual con el cuidado recibido. Se aplicó como criterio de corte una media en la puntuación igual o superior a 3.5 y una desviación estándar menor o igual a 1.11. Quedaron 42 ítems para el estudio 2.</p> <p><i>Estudio 2: VCs:</i> Correlación entre 2 de las 3 subescalas teóricas (comportamientos técnico-profesional y confianza) indica que se solapan ($r=.72$) pero no se hacen cambios en la estructura.</p> <p><i>Estudio 3: VCs:</i> 3 factores (llamados insatisfacción, apoyo interpersonal y buena impresión) que aunque coinciden en número con las</p>	<p>laringectomizados en China (He et al., 2021) o como inspiración para diseñar nuevas herramientas para conocer la satisfacción de ancianos institucionalizados en Italia (Masiero et al., 2006).</p> <p>En España, la versión de 12 ítems se ha aplicado en diversos estudios para conocer la satisfacción de los usuarios con respecto a la atención enfermera recibida (García Juárez et al., 2011; Sillero Sillero y Zabalegui, 2018).</p>	<p>analizó con las mismas pruebas que la herramienta original. En esta ocasión se obtuvieron 2 factores (insatisfacción, por un lado, apoyo interpersonal y buena impresión por otro), con los que explicaban el 60.2% de la varianza total emergida. VCr se midió correlacionando la puntuación total del test con la satisfacción global con el cuidado enfermero ($r=.46$; $p<.001$).</p> <p>LOPSS original versión para España (Cabrero Garcia y Richart Martinez, 1990). Se traduce y revisa por profesores universitarios que confirman su VCo. Se realizan cambios mínimos y se administra a 100 pacientes. Los resultados se publican cuando se tienen recogidos 40 cuestionarios por su similitud con los resultados de la validación de La Mónica et al. Del LOPSS original se considera que los resultados tenderán a confirmarse con la ampliación de la muestra. CIn: .92 y la correlación de cada ítem con la puntuación</p>
--	--	--	--	--	---	--

					<p>subescalas teóricas no lo hacen en la distribución de las preguntas y la denominación. Supusieron el 93.7% de la varianza total explicada. Se elimina 1 ítem.</p> <p>VCr discriminante frente a la Multiple Affect Adjective Check List (MAACL) Las correlaciones son bajas, pero estadísticamente significativas y negativas con depresión, ansiedad y hostilidad, por lo que se concluye que confirma la validez discriminante de la LOPSS pero que hay que seguir explorando otras posibles herramientas con las que correlacionar.</p>			<p>global entre .21 y .82. en 34 de los ítems estaban entre muy próximas a las obtenidas en la validación original entre .5 y .7. Estructura bifactorial.</p> <p>LOPSS-12 para España Tras finalizar el proceso de validación en español de la LOPSS, iniciado por Cabrero en su tesis doctoral, se obtuvo una herramienta abreviada de 12 ítems. CIn: $\alpha = .82$. La correlación entre la versión de 41 ítems y la de 12 es de .95. VCs: 2 factores también.</p>
<p>Supportive Nursing Behavior Checklist – SNBC (Gardner y Wheeler, 1987)</p>	<p>Determinar la percepción de los pacientes sobre cuánto apoyo supusieron para ellos determinados cuidados de las enfermeras.</p>	<p>52 ítems 8 factores subyacentes en el análisis de VCs(no se especifica cuántos ítems en cada subescala): - Disponibilidad - Cuidado físico - Cuidado individual - Control</p>	<p>EEUU (inglés) Artículo en revista científica. N=119 pacientes ingresados en el mismo servicio al menos 3 días en</p>	<p>No se ha encontrado información al respecto de estas cuestiones.</p>	<p>No se describe si se ha analizado la VCo. VDis Se han encontrado diferencias en la importancia otorgada a los</p>	<p>CIn: alfa de Cronbach= .96</p>	<p>Ha sido utilizado en trabajos académicos de máster (Ledzinski, 1990) y doctorado (Payne, 1985)</p>	<p>No se han encontrado nuevas versiones del cuestionario orientadas a pacientes.</p>

	Elaborado a partir de la revisión crítica de la literatura realizada por Gardner (Gardner, 1979).	<ul style="list-style-type: none"> - Confianza - Apoyo moral-motivación - Resolución de problemas - Información. <p>Escala Likert de 7 puntos desde 'No fue de apoyo' (1) a 'Supuso mucho apoyo' (7).</p> <p>Autoadministrada.</p>	plantas médicas, quirúrgicas o psiquiátricas.		comportamientos de apoyo según el servicio de hospitalización, la edad y el nivel de estudios.			
NewCastle Satisfaction with Nursing Scales (Thomas et al., 1996)	<p>Medir las experiencias de los pacientes en relación a acciones y actitudes que mostraban las enfermeras y su satisfacción con el cuidado enfermero y poder detectar diferencias entre servicios y grupos de pacientes.</p> <p>Los aspectos conceptuales de la escala no se basan en una teoría en concreto.</p>	<p>4 variables sociodemográficas.</p> <p>48 ítems.</p> <p>2 subescalas con diferente escala de respuesta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Experiencias con los cuidados enfermeros (26 ítems y escala Likert de 7 puntos desde 'Completamente en desacuerdo' (1) hasta 'Completamente de acuerdo' (7). - Satisfacción con los cuidados enfermeros (19 ítems con 5 opciones de respuesta desde 'Nada satisfecho' (1) hasta 'Completamente satisfecho' (5). 	<p>Inglaterra (inglés)</p> <p>Artículo en revista científica.</p> <p>N= 1559 pacientes de 20 plantas médicas y quirúrgicas de 5 hospitales.</p>	<p>TR: 81% (> ausencia de respuestas entre mujeres y de mayor edad 62.2 años de media, pero sin diferencias en la duración de estancia).</p> <p>No se detectaron diferencias ni en la percepción de la experiencia con el cuidado enfermero ni en la satisfacción en una submuestra de 43 pacientes a los que se les pidió responder entre responder en el hospital antes de</p>	<p>VCo: Entrevistas individuales y grupales con 150 pacientes para identificar qué consideran enfermería de calidad buena y mala. A partir del análisis de contenido se generan los ítems.</p> <p>VCr no se realiza.</p> <p>VCs: No se realizan las pruebas habituales para este tipo de validez. Los autores indican que se analiza esta</p>	<p>CIn: $\alpha = .91$ para la sección 1 y $\alpha = .96$ para la sección 2. Se decide no eliminar ningún ítem para asegurar que todos los aspectos identificados por los pacientes como importantes para la calidad de la enfermería tienen al menos una pregunta que los refleja.</p> <p>No se analiza la ET, sí se hace un RT (n=43) pero para conocer el impacto en las</p>	La versión validada para España ha sido extrapolada sin modificaciones para ser utilizada en Colombia en dos estudios con pacientes hospitalizados. En uno de ellos se han publicado los resultados cuantitativos acerca de la percepción de los pacientes sobre la atención enfermera (n=75) (Torres-Contreras y Buitrago-Vera, 2011), y, en el otro, se han publicado los resultados sobre las observaciones detalladas aportadas en las secciones de comentarios abiertos que se analizaron cualitativamente en una	NSNS versión para España en castellano y gallego – CUCACE (Alonso et al., 2005). Se tradujo y pilotó en 46 personas (25 en español y 21 en gallego), seleccionadas aleatoriamente de entre potenciales usuarios. Se retro-tradujo a inglés por nativo bilingüe y se envió a los autores originales para su comprobación. Se hicieron ajustes oportunos manteniendo mismo número de preguntas que NSNS original y mismas opciones de respuesta.

		<p>En la parte 3, tras las variables sociodemográficas se encuentran 3 ítems sobre detalles de su opinión con relación a la atención recibida en la unidad en general, de parte de las enfermeras y si esta puede mejorarse.</p> <p>Todas las secciones tienen un apartado para escribir comentarios en caso de que alguna de las opciones no se ajuste a lo que el paciente querría responder y este quiera hacer alguna aclaración.</p> <p>Autoadministrada.</p>		<p>irse de alta o en el domicilio (t test pareado; $p > .05$)</p>	<p>parte de la validez examinando la variación esperada en las puntuaciones en relación con la edad, el nivel educativo y la habilidad para identificar a una enfermera responsable de su cuidado por su nombre.</p> <p>Capacidad de detectar diferencias entre servicios y hospitales ($p < .001$)</p>	<p>respuestas del posible sesgo de discapacidad social.</p>	<p>muestra de 180 pacientes (Torres Contreras, 2010).</p> <p>En cuanto a la versión brasileña ha sido utilizada en ese país para obtener una evaluación de la perspectiva de los pacientes con respecto al cuidado enfermero recibido en 156 pacientes hospitalizados en un hospital público de Fortaleza-CE (Oliveira et al., 2014).</p> <p>Las autoras de la validación a ese idioma también publicaron los resultados obtenidos en la recogida de datos acerca de la percepción de los pacientes (Dorigan et al., 2015).</p> <p>También la validación hecha en Etiopía se ha utilizado por Ahmed et al. (2014) para conocer la satisfacción de 582 pacientes seleccionados aleatoriamente en varios hospitales del este del país.</p>	<p>De las características psicométricas de la versión española solo se midió la fiabilidad para las secciones 1 ($\alpha = .856$) y 2 ($\alpha = .975$). Posteriormente, la versión en castellano fue usada para adaptar y validar el cuestionario para Colombia (Manrique-Abril et al., 2021).</p> <p>NSNS versión para uso en Polonia Aunque la primera traducción a ese idioma de esta herramienta se realizó por Stanisławska et al., (2011), no se disponen de los resultados psicométricos ni de las modificaciones en las características de la misma al realizar la validación transcultural, dado que la publicación está en polaco y no se ha podido tener acceso al documento. Posteriormente, Dyk et al. (2014) realizan un estudio de adaptación descrito en Archives of Medical Science: AMS. No se modifica la estructura y contenido del cuestionario original. Se recogen datos en 6 hospitales entre 2006 y 2008 y se obtiene una muestra de 787 sujetos. CIn: $\alpha = .92$ para la sección 1 y $.98$ para la 2. VCr se</p>
--	--	--	--	---	---	---	--	--

								<p>analiza con 2 de las preguntas de la sección 3: ¿cómo valoraría su estancia en esta unidad? ($r=.612$; $p=.0001$) y ¿cómo valora la atención recibida por las enfermeras de esta unidad? ($r=.632$; $p=.0001$). No se analiza la VCs.</p> <p>En cuanto a la capacidad de diferenciar esta versión identifica diferencias en la experiencia y satisfacción en función del servicio y entre hospitales. En cuanto a la percepción de los pacientes hay diferencias significativas según la edad y el sexo de los encuestados. Los mayores de 60 años y hombres puntúan mejor su experiencia y satisfacción con el cuidado enfermero.</p> <p>NSNS original validada para Brasil – B-NSNS (Dorigan et al., 2014; Dorigan y Guirardello, 2013). VCo: Se realizó traducción, síntesis, retro-traducción por personas bilingües, evaluación por un comité de expertos hasta alcanzar 80% de acuerdo con la formulación y pilotaje</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								<p>en 40 pacientes para conocer la interpretabilidad de los ítems por parte de estos. N=351 pacientes de 13 servicios médicos y quirúrgicos de un hospital universitario de Campinas. TR medio: 8.27 min (min=5 y máx.=17). Se usó para el análisis de fiabilidad y validez el método Partial Least Square-Path Modeling. Se confirma la validez convergente y discriminante mostrando que las experiencias de cuidado tienen un impacto en la satisfacción ($r=.70$). CI: $\alpha=.86$ para sección 1 y $\alpha=.97$ para sección 2. La versión B-NSNS conserva 8 de los 19 ítems de la sección 1 y 18 de los 26 de la sección 2. En lugar de las preguntas sociodemográficas de la sección 3 del NSNS diseñan un formulario para recoger esas y otras variables relacionadas con el perfil del participante. Las escalas de respuesta se mantienen. En VCs se confirma la estructura de dos factores.</p> <p>NSNS original validez para Etiopía (Chaka, 2005). 28 ítems todos</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								<p>ellos con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos para medir el grado de satisfacción. 4 dimensiones: características de las enfermeras, información proporcionada/comunicación, actividades de cuidado y entorno de cuidado. Las propiedades psicométricas no han podido conocerse pues el proceso de validación se realizó como una tesis doctoral a la que no hemos podido tener acceso.</p> <p>NSNS original validada para México (Rodríguez-Herrera et al., 2021). Se tradujo de inglés a español por dos expertos independientes. Se mantuvo el mismo número de ítems y el tipo de escala. Se administró a una muestra de pacientes oncológicos para valorar el cuidado recibido en la hospitalización (n=235) y el recibido de manera ambulatoria en el Hospital de Día (n=63). Se analizó solamente la CI mediante alfa de Cronbach y la correlación de Pearsons (para la sec 1: $\alpha = .94$ y $r = .75$ y para la sec 2: α</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								=.94 y r=.91). Para la muestra de pacientes ambulatorios la consistencia fue baja lo cual los autores atribuyen a que no es una herramienta diseñada para valorar ese tipo de atención más corta (< 3h).
Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire – PSNCQQ (Laschinger et al., 2005)	<p>Disponer de una herramienta que representara la perspectiva del paciente y las características que para ellos eran sobresalientes.</p> <p>Elaborado a partir del cuestionario Patient Judgement of Hospital Quality (PJHQ) que diseñó la Corporación Hospitalaria americana tras extensa revisión de la literatura, grupos focales y un análisis de contenido de las respuestas literales de los pacientes a las preguntas sobre la calidad del hospital. (Meterko et al., 1990). Realizaron modificaciones para captar actividades de cuidado a lo largo de todo el proceso</p>	<p>22 preguntas (19 sobre cuidados enfermeros específicos y 3 para medir la satisfacción con la calidad general de la atención durante la estancia hospitalaria, la calidad general de la atención de enfermería y la intención de recomendar el hospital a familiares y amigos.</p> <p>9 subescalas teóricas: - Enfermería y atención diaria - Personal auxiliar y entorno hospitalario - Atención médica - Información - Admisiones - Alta y facturación - Calidad general de la atención y los servicios - Recomendaciones e intenciones - Resultados generales de salud.</p> <p>Escala Likert 5 puntos desde ‘Excelente’ (1) a ‘Pobre’ (5).</p> <p>Autoadministrada.</p>	<p>Canadá (inglés)</p> <p>Artículo en revista científica.</p> <p>N= 1041 pacientes de servicios médico-quirúrgicos.</p>	<p>TR: 34%.</p> <p>TC: 10-15 min (Western Health Sciences, 2022)</p> <p>Interpretabilidad: Grupos focales con enfermeras que valoraron la herramienta como clara en el lenguaje utilizado.</p>	<p>VCo: Grupos focales con enfermeras que valoraron la herramienta como precisa a la hora de reflejar lo que las enfermeras hacen.</p> <p>VCS: EFA y CFA. En ambos se extrae una solución con un solo factor.</p> <p>VPr: Se confirma por las cifras elevadas de varianza en la calidad general de la atención durante la estancia hospitalaria (64%), la calidad general de la atención de enfermería (73%) y la intención de recomendar el hospital (55%).</p>	<p>CIn: $\alpha =.97$</p> <p>No se hacen otras mediciones relacionadas con la fiabilidad.</p>	<p>El cuestionario se ha utilizado recientemente en diversos países de Oriente Medio.</p> <p>En Jordania con el objetivo de correlacionar la satisfacción de los pacientes con diferentes estilos de liderazgo enfermero (Alloubani et al., 2019).</p> <p>También la versión árabe se aplicó a una muestra de 96 pacientes con COVID-19 en Arabia Saudí para detectar debilidades y fortalezas en la atención enfermera (Alhowaymel et al., 2022).</p> <p>En Irán encontramos que este instrumento ha sido utilizado en dos estudios. Uno para determinar la sensibilidad moral de las enfermeras y la satisfacción de los pacientes ingresados en plantas médicas (Amiri et al., 2020). Otro para medir los cambios en la satisfacción de los pacientes con motivo de la participación en ensayo</p>	<p>PSNCQQ versión para Serbia (Alhowaymel et al., 2022). Varias traducciones inglés-serbio y retro-traducciones revisadas posteriormente por los 4 traductores implicados y 1 de los autores del estudio para delimitar la versión preliminar que fue enviada a 5 enfermeras hospitalarias experimentadas. N=240 pacientes quirúrgicos con al menos 1 día de hospitalización en un hospital regional terciario. CIn: $\alpha =.94$. VCS: Se testaron estructuras de 3, 2 y 1 factores. La última fue la que se consideró más interpretable a pesar de la pérdida de varianza total explicada que se consideró leve y que quedó en 51.7%. VPr también se midió al igual que en la herramienta original obteniendo 75%, 58% y 42% de la varianza respectivamente.</p>

	desde la admisión hasta el alta.						<p>clínico cuya intervención iba dirigida a mejorar la adherencia al régimen terapéutico y la calidad de vida en una muestra de pacientes en hemodiálisis (Zhianfar et al., 2020).</p>	<p>PSNCQQ versión árabe para Omán - PSNCQQ-Ar (Albashayreh et al., 2019). Se produjeron dos versiones elaboradas por dos traductores independientes bilingües uno de ellos sanitario y otro no. Un tercero comparó ambas traducciones y realizó sugerencias que fueron abordadas por ambos traductores y 2 de los investigadores. La retro-traducción se hizo de manera ciega con respecto a la PSNCQQ original y se llevó a cabo por 2 nuevos traductores independientes con perfiles sanitario y no sanitario. Las dos versiones resultantes fueron estudiadas por un panel de 6 expertos para evaluar la VL en cuanto a equivalencias semánticas, idiomáticas y conceptuales entre la versión original y la versión traducida. La herramienta quedó en 17 ítems, la escala de respuestas se mantuvo igual que la original Se puntuaron los ítems usando el IVC para valorar la relevancia de los ítems y del total de la escala, todos obtuvieron</p>
--	----------------------------------	--	--	--	--	--	--	---

								<p>puntuaciones por encima del valor mínimo recomendado para un panel de 6 integrantes. Se pilotó con 15 personas nativas arábicas a las que se solicitó que transmitiesen cualquier dificultad en la cumplimentación, las cuales fueron tenidas en cuenta para corregir el cuestionario. N=292 pacientes hospitalizados al menos 2 días. VCs: Modelo de 2 factores y 69.3% de la varianza total explicada. CIn: α Cronbach para cada uno de los factores: .83 y .96 respectivamente.</p> <p>PSNCQQ versión en TAMIL para la India (Kannan et al., 2020). Traducción y retro-traducción por 2 expertos internos y 3 externos al.l</p> <p>equipo investigador. Se modifica para recoger 8 ítems sobre comunicación, 11 sobre cuidado enfermero y 4 sobre percepción del paciente. Se retiran las preguntas sobre valoración de la atención general e intención de recomendación del centro. N=124 pacientes. CIn: α =.97.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

<p>Patient's Assessment of Quality Scale-Acute Care Version – PAQS-ACV (Lynn et al., 2007b)</p>	<p>Disponer de una herramienta que permita a los pacientes evaluar el cuidado enfermero significativo que reciben durante la estancia hospitalaria.</p> <p>Basado en un estudio de Teoría Fundamentada en el que se realizaron entrevistas abiertas a 24 pacientes de plantas médicas, quirúrgica y obstétricas de 2 hospitales, uno público y otro privado, basadas en la pregunta “¿Cómo definiría o describiría la calidad de cuidado enfermero?” o en caso de que la respuesta no fluyese con dicho pregunta se les interrogaba acerca de cómo describirían o definirían a una “mala enfermera”.</p>	<p>45 ítems comprendidos en 5 dimensiones o subescalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individualización (17 ítems) - Características de la enfermera (12) - Cuidado (7) - Entorno (2) - Responsabilidad (6) <p>Autoadministrada.</p> <p>Escala Likert de 5 puntos desde ‘Muy en desacuerdo’ hasta ‘Muy de acuerdo’.</p>	<p>EEUU (inglés)</p> <p>Artículo en revista científica.</p> <p>N=1470 pacientes hospitalizados en 43 servicios médicos y quirúrgicos de 7 hospitales.</p>	<p>TC: 20-25 minutos.</p> <p>Interpretabilidad: Se midió en 10 pacientes primero y después en 150 más mediante la fórmula SMOG la legibilidad del PAQS-ACV cuyo resultado fue de 8.</p>	<p>VCo: Tras el estudio de Teoría Fundamentada se extrajeron 90 ítems que fueron revisados por 6 pacientes a los que se les pidió que indicaran si estaban en desacuerdo con alguno de ellos, si consideraban que alguno requería reformularse o si había algún área que considerasen importante en un buen cuidado enfermero que no estuviese presente. No cambiaron ni eliminaron ningún ítem. Se pilotó en una muestra de 448 pacientes que evaluaron mediante escala Likert de 6 puntos desde ‘Ninguna importancia’ (0) hasta ‘El mayor grado de importancia’ (5).</p> <p>VCs: Solución de 5 factores y 54% de la varianza total explicada. Se eliminaron 45 ítems por tener una carga factorial < de .4 o por tener cargas en 2 factores con</p>	<p>ET: Submuestra de 300 participantes cumplieron los 90 ítems de la versión inicial del cuestionario en 2 ocasiones separadas por 2 semanas de tiempo. Los resultados de la prueba T-RT oscilaron entre $r=.58$ y $.71$.</p> <p>En esta segunda ronda se incluyeron 5 ítems adicionales en los que se les consultaba por los comentarios realizados a familiares y amigos sobre la atención enfermera recibida y sobre el hospital con 4 opciones que iban desde ‘Mayoritariamente negativos’ (1) hasta ‘Mayoritariamente positivos’ (4). Otros 2 hacían alusión al grado de acuerdo con la preferencia de ser cuidado por las mismas enfermeras o en el mismo hospital si tuviese que</p>	<p>La misma metodología fue utilizada por las autoras de esta herramienta para diseñar otra de 77 ítems que midiese el cuidado proporcionado desde el punto de vista de las enfermeras. Este cuestionario es el NAQS-ACV(Lynn et al., 2007a) .</p>	<p>No se han encontrado otras versiones de este cuestionario.</p>
--	--	---	---	---	--	--	--	--

					<p>menos de .2 de diferencia entre una y otra.</p>	<p>reingresar, cuyas opciones iban desde 'Muy en desacuerdo' (1) hasta 'Muy de acuerdo' (4). El último pedía comparar su estado de salud actual con el que tenían en el momento del ingreso valorando también sobre 4 opciones que iban desde 'Mucho peor' (1) hasta 'Mucho mejor' (5). Por último, una semana después de la distribución del segundo cuestionario vía correo postal, los pacientes eran contactados telefónicamente para conocer en qué medida habían seguido las instrucciones de autocuidado dadas al alta. Según sus explicaciones se les asignaba un % de cumplimiento desde < del 25% hasta > del 75%.</p> <p>CI: α de Cronbach de .83 a .94 en 4 de los 5 factores. Solo uno tuvo una cifra inferior a la</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

						recomendada de .70, en concreto, .68 pero no es inusual en factores con sólo 2 ítems.		
Compassionate Care Assessment Tool - CCAT© (Burnell y Agan, 2013)	<p>Disponer de una herramienta para medir la relevancia de los elementos que componen el cuidado compasivo.</p> <p>Basado en 2 herramientas validadas previamente: The Spiritual Needs Survey de Galek et al. (2005) y la Caring Behaviors Inventory CBI-24 (Wu et al., 2006).</p>	<p>20 ítems. 4 subescalas: - Conexión significativa (8 ítems) - Expectativas del paciente (5) - Atributos del cuidado (4) - Practicante capaz (3)</p> <p>Heteroadministrada.</p> <p>Escala Likert de 4 puntos desde 'Nada importante' (1) hasta 'Extremadamente importante' (4).</p>	<p>EEUU (inglés)</p> <p>Artículo en revista científica.</p> <p>N= 250 pacientes hospitalizados al menos 24 horas en 9 servicios diferentes tanto médicos como quirúrgicos incluyendo 2 de cuidados intermedios post-UCI.</p>	Información no disponible.	<p>VCo: Herramienta preliminar con 28 ítems extraídos de entre los 10 de cada cuestionario que tuvieron mayor puntuación en una prueba con 110 pacientes y aquellos con las mayores correlaciones en las preguntas sobre 'Compasión y bondad' y 'Preocupación demostrada por parte de las enfermeras'. Evaluada a través de 3 miembros del comité de reconocimiento hospitalario, responsables de otorgar los premios DAISY a las Enfermeras Extraordinarias.</p> <p>VL: 25 enfermeras asistenciales y 5 pacientes evaluaron la validez aparente de la herramienta para medir el</p>	<p>CIn: α de Cronbach para cada una de las 4 subescalas entre .774 y .867.</p> <p>ET no se ha evaluado.</p>	No se encuentran estudios posteriores en los que se haya usado la versión original de la CCAT© ni la versión persa.	CCAT© versión persa validada para Irán (Vaisi-Raygani et al., 2021). Se tradujo al persa por 3 traductores, 1 de ellos nativo inglés. Las 3 versiones fueron comparadas por un supervisor y la versión resultante se retrotradujo y envió a la autora de la herramienta original para que diese su opinión. Interpretabilidad fue analizada con 15 pacientes para que opinen sobre la claridad y facilidad para comprender las preguntas. Se realizaron cambios mínimos en la formulación, manteniendo los 20 ítems de la herramienta original y añadiendo a la escala Likert de 4 opciones sobre la importancia de los cuidados por los que se pregunta, otra también de 4 opciones sobre la provisión de dichos cuidados, desde 'Nunca' (1) a 'Todo el tiempo' (4). N=300 pacientes ingresados al menos 3 días en plantas de medicina interna o quirúrgicas de entre 18

					cuidado compasivo. VCs: Solo se aporta información acerca de que se opta por la solución de 4 factores eliminando 8 de ellos para la versión final.			y 65 años. TR: 25 a 30 min. VCs: 4 factores como en la herramienta original tanto en relación a la importancia de los cuidados recibidos como a la provisión. CIn: α para el área de la importancia de los cuidados: .918 y α para provisión: .933. ET: CCI (n=30; T-RT con 2 semanas de diferencia): .848 para importancia y .907 para provisión.
Watson Caritas Patient Score - WCPS (Brewer y Watson, 2015)	Disponer de una herramienta para evaluar la experiencia subjetiva del paciente sobre los comportamientos de cuidado de las personas que les han atendido. Se basa en los 10 factores caritativos de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson.	5 ítems con 7 opciones de respuesta que van desde 'Nunca' (1) hasta 'Siempre' (7). Y 1 pregunta de respuesta abierta para reportar los momentos de cuidado o de falta de él que el paciente haya experimentado durante su estancia hospitalaria. Se acompaña de un segundo cuestionario con 10 variables sociodemográficas (edad, n° de problemas de salud, motivo ingreso, raza, grado de movilidad, nivel de estudios y grado actual de dolor). Autoadministrada.	EEUU (inglés) En conferencia presentación de la herramienta (Watson et al., 2010). En artículo de revista científica los resultados presentados en esta tabla (Brewer y Watson, 2015). N= 1010 pacientes de 48 unidades diferentes en 8 hospitales estadounidenses.	Información no disponible.	Información no disponible sobre si se ha evaluado la validez lógica o de contenido. VCs: 1 factor que explica el 76% de la varianza. VCr: 3 de los ítems de la WCPS correlacionaban con 2 de los ítems del Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS).	CIn: $\alpha=.90$. ET no evaluada.	No se han encontrado estudios que hayan usado la WCPS original o su versión en coreano posteriormente a la validación de dichas herramientas.	WCPS versión para Coreia (Im et al., 2020). Mismo n° de ítems y opciones de respuesta. N=240 pacientes de servicios de Medicina Interna y quirúrgicos. VCo: ICV=1.0 para cada uno de los ítems. VCr: Patient Perception of Hospital Experience with Nursing. R=.72 (p < .001). VCs: 1 factor que explica el 61% de la varianza. CIn: $\alpha=.94$.
Humanistic Relationship Importance Scale – HRIS-	Valorar desde el punto de vista de los pacientes aquello que más importa cuando se	24 ítems que reflejan 6 subescalas teóricas: - Apoyando la individualidad humana (4) - Elección sostenible (4)	Canadá (inglés) Tesis doctoral.	Interpretabilidad: De los dos paneles de expertos que revisaron la versión inicial del	VCo: Inicialmente se diseñaron 69 ítems (HRIS-69) que fueron	CIn: $\alpha=.97$. ET: Dos semanas después se les administró el	Como parte de su tesis doctoral la autora principal diseñó y validó paralelamente el cuestionario Humanistic	No se han encontrado otras versiones de este cuestionario ni del HRES.

<p>24 (Boscart, 2010)</p>	<p>relacionan con las enfermeras.</p> <p>Se basa en la Teoría de la Enfermería Humanística de Paterson y Zderad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad relacional (4) - Diálogo vivo (4) - Estando presente y fomentando el bienestar (4) - Más-ser (4) <p>Tras el análisis factorial las 6 subescalas teóricas se reinterpretaron en 5 factores denominados disponibilidad relacional, promoción de la calidad de vida diaria, reconocer y apoyar la elección, formar conexiones y apoyar la singularidad humana.</p> <p>Autoadministrada.</p> <p>Escala Likert de respuesta de 5 puntos desde 'Nada importante' (1) hasta 'Muy importante'(5).</p>	<p>N=40 pacientes de entre 21 y 96 años que residen en un centro clínico desde al menos 3 meses. Para el análisis de fiabilidad.</p> <p>N=249 pacientes en centros de larga estancia para el análisis de la VCs y un nuevo análisis de la CI.</p>	<p>cuestionario, los pacientes se encargaron de puntuar la facilidad para comprender los ítems basándose en su experiencia vivida</p> <p>TC: 30 min.</p>	<p>estudiados por un panel de expertos compuesto por 4 académicos revisaron la relevancia de los ítems a la hora de reflejar la teoría subyacente y recomendaron eliminar 14 ítems. Posteriormente un panel de 5 pacientes residentes en un centro de este tipo analizó la interpretabilidad y la relevancia de las preguntas y recomendó incluir 6 ítems adicionales.</p> <p>Tras administrar el cuestionario a la muestra de participantes también se eliminaron aquellos ítems con respuestas en blanco o en las que hasta un 75% de los participantes requirió explicaciones adicionales para poder responder.</p> <p>Tras todas las eliminaciones (en total 25) quedó un cuestionario de 24 preguntas que se</p>	<p>cuestionario una segunda vez (n=40. R=.73 con lo que la correlación es alta y positiva entre las dos mediciones pero en 9 ítems fue <.40indicando que eran inestables con el transcurso del tiempo por lo que ese consideraron para su eliminación.</p> <p>CIn con segunda muestra de pacientes: $\alpha=.92$.</p>	<p>Relationship Experience Scale (HRES) para medir desde la perspectiva de los pacientes la frecuencia o intensidad con la que las cualidades humanísticas asociadas a los cuidados recogidos en el HRIS estaban presentes en el personal de enfermería que les atendía (Boscart, 2010).</p>	
----------------------------------	--	--	---	---	---	--	--	--

					sometió al análisis de VCs.			
					VCs: 5 factores y 64.28% de la varianza.			
CUESTIONARIO PARA MEDIR ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL CUIDADO ENFERMERO								
Trust in Nurses Scale – TNS (Radwin et al., 2005; Radwin y Cabral, 2010)	<p>Medir la confianza de los pacientes en las enfermeras que les atienden.</p> <p>Basado en la teoría de rango medio elaborada por Radwin a partir de un estudio cualitativo llevado a cabo en Estados Unidos sobre la percepción de los pacientes oncológicos sobre el “cuidado centrado en el paciente” (Radwin, 2000)</p>	<p>6 ítems, 1 de ellos sobre la confianza global del paciente en las enfermeras y los otros 5 sobre la frecuencia de determinadas acciones específicas que fomentan dicha confianza y que las enfermeras han podido aplicar durante la atención al paciente.</p> <p>Autoadministrada.</p> <p>Para la pregunta 1 la escala de respuesta va de 0 a 10 (grado de confianza) y para las preguntas específicas la escala Likert es de 6 puntos desde 'Nunca' (1) hasta 'Siempre' (6).</p>	<p>EEUU (inglés)</p> <p>Artículo en revista científica.</p> <p>Estudio 1: Pilotaje con N= 66 pacientes oncológicos atendidos de forma ambulatoria en el Hospital de Día.</p> <p>Estudio 2: N= 187 pacientes onco-hematológicos.</p>	Interpretabilidad: El panel de 8 expertos que evaluó el contenido también analizó la claridad de los ítems.	<p><i>Estudio 1:</i> VCo: Panel compuesto por 8 expertos han valorado el contenido de los ítems.</p> <p>VL: Además, 6 pacientes fueron entrevistados para preguntarles por la aplicabilidad de los ítems de acuerdo con su experiencia.</p> <p>Vconvergente: Se analizó correlacionando el ítem a la escala y todas las cifras estaban por encima del valor mínimo deseable de .40 (r= .50 a .73).</p> <p>VCs: Un solo factor (Confianza en las enfermeras).</p> <p><i>Estudio 2:</i></p>	<p><i>Estudio 1:</i> CIn: $\alpha=.81$.</p> <p><i>Estudio 2:</i> CIn: para versión completa (5 ítems) $\alpha=.77$ y para versión sin ítem sobre ‘información precisa’ (4 ítems) $\alpha=.82$.</p>	Esta herramienta junto con otras nombradas en esta revisión fueron utilizadas para analizar la asociación entre la calidad de vida percibida (mediante EQ-5D-3L) y la calidad del cuidado enfermero (OPPQNCS), la individualidad percibida por el paciente (ICS-Patient) y la confianza en las enfermeras que le han atendido (TNS) en un estudio realizado con una muestra de 590 participantes procedentes de 4 países europeos (Charalambous et al., 2016).	TNS versión para varios países europeos (Stolt et al., 2016): El TNS se utilizó como parte de un estudio internacional sobre pacientes con cáncer (International Cancer Patient Study 2011-2013) (Charalambous et al., 2016). La adaptación lingüística se realizó de la misma manera para todos los países participantes. 2 traductores oficiales independientes tradujeron la herramienta original del inglés a los respectivos idiomas. El investigador principal de cada uno de ellos comprobó la primera traducción para asegurarse de que la terminología era adecuada. Después traductores oficiales realizaron la retro-traducción al idioma fuente. Todas las versiones inglesas producidas se discutieron en una

					<p>VCs: Se testó para versión de 5 ítems y versión de 4 ítems, en el que se elimina un ítem relacionado con la 'información precisa otorgada por la enfermera'. En ambos casos se obtuvieron soluciones con un solo factor subyacente y un % de varianza total explicada aceptable (66% y 53% respectivamente).</p>			<p>reunión de investigadores hasta que la equivalencia conceptual y de contenido fue alcanzada. Se pilotó en 102 pacientes de los 4 países (Chipre y Grecia 30 cada uno; Suecia 16 y Finlandia 28). No se realizaron cambios en la escala.</p> <p><i>TNS en griego para Chipre y Grecia.</i> N=150 pacientes de cada país</p> <p><i>TNS versión para Suecia.</i> N=140 pacientes</p> <p><i>TNS versión para Finlandia.</i> N=156</p> <p>VCs: en todos los países se obtuvo una solución de 1 único factor en el análisis de componentes principales y se confirmó mediante análisis de Rasch. La CIn se analizó mediante alfa de Cronbach y se movió en un rango de entre .78 y .95 para los diferentes países</p> <p>TNS versión para Turquía (Charalambous et al., 2016). Se tradujo al turco por 2 lingüistas, 3 enfermeras académicas y un oncólogo. La versión resultante fue</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								<p>revisada por 3 expertos en lengua inglesa independientes que la retrotradujeron. La versión original y estas otras fueron revisadas por 6 docentes enfermeras que realizaron sugerencias sobre la expresión. Tras las correcciones oportunas la VCo se evaluó por un panel de 8 enfermeras académicas y 2 oncólogos que valoraron la adecuación de los ítems al propósito de la herramienta y que además evaluaron claridad e inteligibilidad. Se pilotó en 20 personas primero y se procedió después a testarse en un n de 166 pacientes con cáncer de pulmón. VCs: Todos los criterios estadísticos de ajuste que se analizaron se consideraron aceptables, todos ellos entre .5 y .92. Como modelo de ecuación estructural se utilizó Chi-cuadrado (c2) cuyos valores por debajo de 5 también se consideran aceptables y en este caso eran de 2.92. CIn: $\alpha=.95$.</p> <p>TNS versión de 4 ítems para China (Zhao et al., 2017). Se tradujo al chino por un</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								<p>traductor oficial y se revisó por los autores ante de iniciar la retro-traducción por otro traductor independiente. La versión final se retocó tras ser estudiada por investigadores chino y de habla inglesa. Se pilotó en 10 pacientes para comprobar su interpretabilidad y a diferencia de la versión original la escala Likert para valorar frecuencia se redujo a 5 opciones. Posteriormente se administró a 190 pacientes de los cuales 70 cumplimentaron también un retest. CIn: $\alpha=.765$. ET: $r=.866$. VCs: 1 factor. VCon con la escala Nurse-Patient Trust Scale (japonesa y validada al chino, pero no disponible ni en español ni en inglés): $r=0.766$.</p> <p>TNS versión para Italia (Comparcini et al., 2021). Dos investigadores realizaron traducciones al italiano de la herramienta original de forma independiente, posteriormente las contrastaron y consensuaron las palabras a emplear y se retro-tradujo por un docente bilingüe que no conocía la herramienta</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

								original. La herramienta retrotraducida se envió a Radwin para que pudiese compararla con la TNS y evaluar la validez de contenido y equivalencia semántica. Se mantuvieron los 5 ítems y la escala Likert de 6 opciones, aunque los análisis de las características psicométricas se realizaron tanto sobre 5 como sobre 4 ítems. CIn: $\alpha=.79$ (5 ítems) y $.83$ (4 ítems). VCs: Mejores índices para la versión de 4 ítems (RMSE=.176 vs .150; SRM=.32 vs .047; CFI=.959 vs .932; TLI=.877 vs .864).
Percepción de los Cuidados Invisibles de Enfermería – PCCIE (Huércanos, 2011)	<p>Medir la frecuencia del Cuidado Invisible (CI) que proporcionan las enfermeras durante a hospitalización.</p> <p>Estudio etnográfico previo (observación participante y entrevistas en profundidad). Cuestionarios preexistentes (Care-Q, PCHE v1 y SERVQUAL), Revisión bibliográfica</p>	<p>36 ítems cerrados sobre el CI. 6 preguntas abiertas sobre la atención de enfermería 11 variables sociodemográficas 1 pregunta sobre satisfacción</p> <p>Escala Likert de 4 puntos desde (1) Nunca hasta (4) Siempre. Satisfacción de 0 a 10.</p>	<p>España</p> <p>Trabajo Fin de Máster</p> <p>N=30 pacientes dados de alta del hospital y seleccionados a través de centros de Atención Primaria</p>	<p>Interpretabilidad: 10 ciudadanos usuarios del sistema sanitario para que examinaran nuevamente la legibilidad y comprensión de los ítems</p>	<p>VCo: 13 expertas verificaron el significado, la relevancia y la pertinencia de cada uno de los ítems.</p> <p>VCs: ACP: 3 componentes o factores.</p> <p>No se analizó la VCr.</p>	<p>CIn: $\alpha =.946$.</p> <p>ET: CCI=.95</p>	<p>Los cambios realizados a partir de los resultados del piloto y los avances en la estructura y diseño de la herramienta se reportan en esta memoria de tesis.</p> <p>Esta versión inicial se ha utilizado en diversos Trabajos Fin de Grado y Fin de Máster en España y Latinoamérica</p>	<p>Se encuentran en marcha diversas validaciones tanto transculturales, como en otros grupos poblacionales. Se puede consultar los detalles en el ‘Prefacio’.</p>

<p>Presence of Nursing Scale - PONS (Kostovich, 2012)</p>	<p>Medir la percepción del paciente sobre la presencia de la enfermera en la relación que establece con ella.</p> <p>Inspirado en marcos teóricos como los de Enfermería Humanística de Paterson y Zderad (1976) y los diseñados en torno a la Presencia de Gardner (1992), McKivergin y Daubenmire (1994) y McKivergin y Day (1998). Se realizó a partir de un análisis de concepto realizado por la autora tras la revisión bibliográfica y la elaboración de una definición de "Presencia Enfermera" elaborada a partir de dicha revisión por 10 enfermeras asistenciales en activo.</p>	<p>5 variables sociodemográficas 25 ítems. No hay subescalas teóricas ni estadísticas 4 preguntas abiertas (experiencia con la presencia enfermera y satisfacción)</p> <p>Autoadministrada.</p> <p>Escala Likert de 5 puntos desde 'Nunca' (1) hasta 'Siempre' (5) en 24 de las preguntas y en la última pregunta la nomenclatura de las opciones va desde 'Muy negativamente' a 'Muy positivamente'.</p>	<p>EEUU</p> <p>Artículo en revista científica.</p> <p>N=330 pacientes hospitalizados al menos 2 días en plantas médico-quirúrgicas.</p>	<p>Interpretabilidad:</p> <p>El resultado obtenido con la Flesch Reading Ease Scale fue de dificultad standard. En cuanto al Índice de Gunning Fog el resultado fue de 7.51 lo cual se considera una puntuación ideal (por encima de 12 se considera un texto complicado de leer).</p> <p>No se aportan datos de TC ni de TR.</p>	<p>VCo:</p> <p>Inicialmente se plantearon 16 ítems que reflejaban atributos de la presencia enfermera para que los pacientes juzgasen la frecuencia con la que las enfermeras los demostraban. Se evaluó por un panel con las 4 autoras principales de los marcos teóricos que inspiraron el cuestionario. Se realizaron algunos cambios en base a sus sugerencias y se pilotó en 5 pacientes que aportaron comentarios a partir de los cuales se decidió añadir 9 ítems más a la escala y 1 pregunta inicial para determinar la percepción general sobre si hubo o no presencia enfermera antes de entrar a responder en detalle a las 25 cuestiones. Y se añadieron además 2 preguntas de respuesta abierta</p>	<p>CIn: $\alpha=.95$ para el total de la escala.</p> <p>ET (n=8): Se testó en 8 pacientes a los 4 días de completar el primero y en ambos casos estando aún hospitalizados. Correlación de Spearman mostró una asociación positiva $r=.729$ ($p>.05$).</p>	<p>La autora de la herramienta original en 2016 publicó un artículo con los resultados del diseño y validación de una versión para enfermeras (PONS-RN) en la que se explora la capacidad de estas para estar presentes con sus pacientes (Kostovich et al., 2016).</p> <p>Hansbrough y Georges (2019) consideraron que era preciso ampliar la evidencia disponible sobre las propiedades psicométricas de la PONS y llevaron a cabo un estudio en California con un grupo de pacientes que hubiesen estado hospitalizados en un servicio médico o quirúrgico al menos 2 días y cuya alta iba a producirse en menos de 24h (n=75). Añadieron una pregunta para puntuar su satisfacción con respecto al cuidado enfermero que les sirvió para medir la validez de criterio ($r=.78$; $p<.001$). Confirmaron la CIn obtenida por Kostovich, en este caso $\alpha=.94$. No se midieron otras propiedades psicométricas, pero recabaron información cualitativa mediante entrevistas, usando preguntas abiertas para conocer las razones por</p>	<p>No se han encontrado otras versiones de este cuestionario para pacientes.</p>
--	---	---	---	--	--	--	--	---

				<p>para que comentaran sus experiencias con la presencia enfermera y otros para puntuar su satisfacción. Las expertas revisaron de nuevo el cuestionario y se realizaron 3 cambios menores.</p> <p>VCs: No se realizó análisis factorial. Se estudió mediante la técnica de grupos-conocidos para valorar si la escala diferencia los miembros que sí se benefician de la presencia enfermera de los que no (usando la puntuación total en el PONS y la respuesta a la pregunta sobre si la presencia de la enfermera marcó una diferencia para ellos durante el ingreso).</p> <p>VCr: Al no disponerse de <i>Gold Standard</i> se analiza la correlación entre la puntuación global en el PONS y el grado de satisfacción del</p>	<p>las que los pacientes a determinados ítems les dieron una puntuación en alguno de los extremos de la escala, ya fuese 1 o 5. También añadieron preguntas de respuesta abierta para que todos los participantes que quisieran tuviesen la oportunidad de escribir comentarios. Esta información se codificó con ayuda de Atlas.ti. Las preguntas del PONS con peor valoración correspondían a temas como sentirse un objeto, no sentirse respetados y ausencia de cuidado de la relación enfermera-paciente. Las puntuaciones más elevadas coinciden con la percepción de una relación enfermera-paciente mejorada, sentimientos de un afrontamiento más efectivo y reducción de la ansiedad.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					paciente obteniéndose un resultado alto y positivo (r=.801).			
Comportamientos de las Enfermeras relacionados con su forma de Comunicación Observada por los Pacientes – CECOP (Müggenburg et al., 2015, 2013)	<p>Conocer la percepción de los pacientes hospitalizados acerca del comportamiento de las enfermeras respecto a su forma de comunicación.</p> <p>Basado en los resultados de entrevistas semi-estructuradas acerca de los elementos facilitadores de la relación enfermera-paciente de empatía y respeto y la comunicación verbal y no verbal que los pacientes observaban en las enfermeras que contribuían a promover esos elementos relacionales.</p>	<p><i>Versión inicial</i> 23 ítems para los que se ha analizado Interpretabilidad, VCo, VCr y CI.</p> <p>Escala Likert de 5 puntos desde ‘Siempre o casi siempre’ a ‘Casi nunca o nunca’</p> <p><i>Versión validada (CECOP-10):</i> 10 ítems para los que se ha analizado VCs y VCr y CI.</p> <p>Misma modalidad de escala de respuestas que la versión larga.</p> <p>2 factores extraídos del AFE: - ‘Comprensión empática’ (8 ítems) - ‘Respeto’ (2).</p> <p>3 ítems adicionales de valoración de la percepción sobre comprensión, respeto y satisfacción, evaluados mediante escala visual analógica de 0 a 10 puntos.</p> <p>Autoadministrada</p>	<p>México (español)</p> <p>Artículo en revista científica.</p> <p>N= 13 pacientes para análisis interpretabilidad.</p> <p>N=150 pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía para análisis de VCs, VCr y CIn.</p>	<p>Inicialmente se diseñaron 25 ítems derivados de las categorías del análisis cualitativo de 16 entrevistas a pacientes.</p> <p>Interpretabilidad: Se analizó la claridad de los ítems de la versión inicial con una muestra de pacientes hospitalizados y se realizaron ajustes en la formulación.</p>	<p>VCo: Panel de 6 expertas enfermeras y psicólogas que puntuaron la adecuación de cada ítem y de la escala global para medir los constructos sobre los que ha sido diseñada. IVC=.5 a 1.0 y VCG=.83. Se eliminan 2 ítems con IVC <.58.</p> <p>VCs: Análisis de racimos (clusters). Se eliminaron 13 que cumplían alguna de estas dos condiciones cargas factoriales <.50, aislados en los clusters, con correlaciones <.40 y con VCR <.83. Con los 10 ítems restantes se hizo ACP y Varimax y se obtuvo un modelo de 2 factores con una varianza total explicada de 54.58%.</p>	<p>CIn: Para versión de 23 ítems el $\alpha=.812$ y para la de 10 ítems $\alpha=.801$, siendo .817 para el factor de ‘Empatía’ y .78 para el de ‘Respeto’</p>	<p>Posteriormente, sus autoras lo han utilizado en un estudio cuasiexperimental para valorar el efecto sobre la opinión de los pacientes de un entrenamiento en habilidades de comunicación para enfermeras (Müggenburg et al., 2016).</p>	No se han encontrado otras versiones validadas de este cuestionario.

					<p>VCr convergente: Se analizó para la versión de 23 ítems y para la de 10 utilizando como <i>Gold Standard</i> una traducción literal al español de la 'Caring Assessment Tool' de Duffy (no se indica que se haya sometido a proceso de validación transcultural previamente). Correlación de Spearman de .544 ($p \leq .001$) usando la versión de 23 ítems y de .459 ($p \leq .001$) con la versión de 10 ítems.</p>			
<p>Patient Perceptions of Patient-Empowering Nurse Behaviours Scale - PPPNBS (Jerofke y Weiss, 2016)</p>	<p>Medir las percepciones de los pacientes con respecto a las acciones que las enfermeras realizan durante la hospitalización para empoderarles.</p> <p>Se basa en el modelo conceptual del empoderamiento enfermera-paciente formulado por</p>	<p>Versión inicial de 42 ítems. 7 dimensiones o subescalas teóricas que se confirmaron también en el análisis factorial: - Iniciación (5 ítems) - Acceso a la información (6) - Acceso al apoyo (9) - Acceso a los recursos (7) - Acceso a las oportunidades de aprender y crecer (4) - Poder informal (6) - Poder formal (5)</p>	<p>EEUU (inglés)</p> <p>Artículo en revista científica.</p> <p><i>Estudio piloto:</i> VCo y pequeña muestra de pacientes quirúrgicos con procesos oncológicos y pacientes con patología cardíaca para analizar CI y ET (2 sem) (n desconocida).</p>	<p>Fase 1: TR: 93.6% TC: 8 a 15 min.</p>	<p><i>Estudio piloto:</i></p> <p>VCo: Evaluada por panel de 5 expertos entre ellos pacientes y enfermeras que puntuaron la relevancia de cada uno de los 46 ítems iniciales del PPPNBS con el marco teórico en base a una clasificación de 4 puntuaciones. Se eliminó uno de ellos.</p>	<p><i>Estudio piloto:</i> CIn: α por encima de .70 pero no se especifica cifra exacta. ET: $r = .76$ ($p < .0001$) que confirma la fiabilidad T-RT.</p> <p><i>Fase 1:</i> ET: Completaron el RT 317 pacientes ($r =$</p> <p>Análisis de la correlación entre ítems (45) y</p>	<p>No se han encontrado estudios que hayan usado la PPPNBS en versión larga o corta en inglés o en su versión en chino posteriormente a la validación de dichas herramientas.</p>	<p>PPPNBS-35 validada para China (Zhou et al., 2019). Se realiza la traducción separadamente de la herramienta original de 42 ítems por dos estudiantes de postgrado de Medicina. Ambas versiones se comparan y sintetizan en una escogiendo las palabras más adecuadas. A continuación 2 estudiantes extranjeros desconocedores del PPPNBS-42 realizaron la retro-traducción. El</p>

<p>Laschinger et al. (2010) y en el análisis de concepto de empoderamiento en supervivientes de cáncer y enfermeras llevado a cabo por Jerofke (2013).</p>	<p>Escala Likert de 11 puntos para indicar la frecuencia con la que con la que los pacientes sienten que la enfermera ha realizado determinados comportamientos de empoderamiento, con opciones desde ‘Nunca’ (0) hasta ‘Siempre’ (10)</p> <p>Heteroadministrada por teléfono tras el alta.</p> <p>Posteriormente se acortó a 22 ítems (ver fase 2).</p>	<p><i>Fase 1:</i> N= 395 pacientes crónicos y quirúrgicos y PPPNBS versión de 45 ítems. VCs, VCr convergente, Validez predictiva (VPr), CIn y ET.</p> <p><i>Fase 2:</i> Con los mismos datos se explora la VCs, convergente y predictiva de una versión más corta del cuestionario (22 ítems).</p>			<p><i>Fase 1:</i> <i>VCr convergente</i> entre la puntuación total de la PPPNBS y la pre-alta PAM13. Es una escala de 13 ítems que miden creencias, conocimientos y confianza con respecto para la participación activa en el cuidado de salud. R=.25; p<.001</p> <p><i>VPr</i> analizando mediante regresión lineal bivariable la puntuación total de la PPPNBS de 42 ítems en comparación con la PAM13(Patient Activation Measure) tras el alta y con la medida del Mental Component Summary (MCS) y Physical Component Summary (PCS) del cuestionario de calidad de vida SF-36 tras 6 semanas del alta. Correlación positiva con la PAM13 y con la PCS y el</p>	<p>subescalas para explorar redundancias. Se eliminan 3 ítems CIn (42 ítems): $\alpha=.98$</p>		<p>tercer paso consistió en que los dos investigadores principales también bilingües. Revisaron la consistencia tanto lingüística como cultural de las retro-traducciones frente a la versión original. VCo: 5 enfermeras supervisoras de diferentes servicios y una enfermera docente familiarizada con el concepto de empoderamiento revisaron la relevancia de cada ítem y de la escala en conjunto con respecto al concepto teórico. La puntuación de IVC de la escala es de .94 y la de los ítems estuvo entre .83 y 1.00 para todos ellos tras la eliminación de 2 ítems que no reflejaban a juicio de las expertas la situación clínica, social y cultural del país. Se llevó a cabo un estudio piloto con 20 pacientes de diferentes niveles educativos y se añadió en ciertas preguntas que resultaban de difícil comprensión ejemplos ilustrativos. TR: 10 a 20 min. VCs: n=276 para la realización de un AFE del que se extrae un modelo de 6 factores y tras el cual se decide eliminar 3 ítems más por tener cargas factoriales bajas. Se</p>
--	--	--	--	--	--	---	--	--

					<p>PPPNBS-42. No la hay con la MCS.</p> <p>VCs: El análisis factorial confirma la presencia de las 7 subescalas teóricas con las que se contaba al diseñar el cuestionario.</p> <p><i>Fase 2:</i> VCr convergente para la versión de 22 ítems también .25 y $p < .001$.</p> <p>VPr: Correlación significativa y positiva entre la PAM13 tras el alta y la PPPNBS-22. No hay asociación significativa con la PCS y MCS.</p> <p>VCs: El AFC demuestra una mejor bondad de ajuste de la versión corta que explica el 98% de la varianza de la versión larga.</p>			recluta una n de 241 nuevos pacientes para realizar el AFC pues no coincide el número de factores con la PPPNBS original. Se mantiene esa estructura. CIn se analiza mediante alfa de Cronbach que es .96 para el total de la escala. Se da por validada la versión para China con 35 ítems y conservando las opciones de respuesta de la herramienta en inglés.
--	--	--	--	--	---	--	--	--

CUESTIONARIOS DISEÑADOS EN LENGUA NO INGLESA PARA MEDIR LA CALIDAD Y LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON EL CUIDADO ENFERMERO

Good Nursing Care Scale for Patients - GNCS-P (Leino-Kilpi,	Evaluar la satisfacción de los pacientes con la calidad del	<i>Versión original:</i> 116 ítems. 6 subescalas teóricas (no se especifica cuántos ítems en cada una:	Finlandia (finés) Trabajo académico publicado en el repositorio de la	<i>Versión original:</i> No se dispone de información al respecto.	<i>Versión original:</i> No se dispone de información publicada acerca de las pruebas de	<i>Versión original:</i> CIn: $\alpha = .75$.	Existe una versión para enfermeras (GNCS-N) que fue diseñada entre 1990 y 1994 paralelamente al	GNCS-P para pacientes quirúrgicos (Leinonen et al., 2001). VCo: Se eliminaron ítems de la herramienta
--	---	--	--	---	---	--	---	---

<p>1990; Stolt et al., 2019)</p>	<p>cuidado enfermero.</p> <p>Se basa en el marco teórico elaborado por la autora del instrumento en su tesis doctoral. A través de varios estudios empíricos en los que se realizaron análisis de ensayos cortos sobre lo que enfermeras (n=513) y estudiantes de enfermería (n=81) consideran un buen cuidado enfermero, grabaciones de situaciones de cuidado enfermero y observaciones de la puesta en escena clínica de los estudiantes, añadido a las 192 entrevistas a diferentes grupos de pacientes se estableció el marco conceptual denominado 'Buen Cuidado Enfermero' con una parte relativa al paciente y otra a la enfermera, con 4 y 6 dimensiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Características del personal - Actividades - Condiciones previas - Entorno - Proceso asistencial - Estrategias de empoderamiento de los pacientes <p>Escala Likert de 6 puntos desde 'Nunca' (1) hasta 'Siempre' (6) y una alternativa adicional con la respuesta 'No lo sé'.</p> <p><i>*Nota: Gran parte de la información sobre la GNCS-P solo se encuentra en finés. Los datos que se han podido averiguar proceden de fuentes secundarias</i></p> <p><i>Versión corta:</i></p> <p>40 ítems Escala Likert de 4 opciones de respuesta donde (1) es 'Totalmente en desacuerdo' y (4) 'Totalmente de acuerdo' y opción adicional (0) 'No tengo opinión'.</p>	<p>Universidad de Turku.</p> <p>Autoadministrado</p> <p>Población: Desconocida.</p> <p><i>Versión corta:</i></p> <p>N=480 pacientes de áreas quirúrgicas.</p>		<p>validez que se hicieron.</p> <p>Solo hemos encontrado una referencia a que el análisis factorial apoya parcialmente la estructura teórica y se indica la necesidad de desarrollar más estudios de VCs (Rehnström et al., 2003).</p> <p><i>Versión corta:</i></p> <p>Unidimensionalidad y el 64.4 % de la varianza total explicada, aunque hay 7 preguntas que no se ajustan al modelo y se sugiere que en posteriores usos de la herramienta se eliminen.</p>	<p>Entre .63 a .95 según las subescalas.</p> <p>ET: r=.79 (no se disponen de datos sobre tiempo entre T-RT ni n)</p> <p><i>Versión corta:</i></p> <p>El análisis de Rasch equivalente al α de Cronbach fue de .81.</p>	<p>desarrollo de la GNCS-P que ha sido también validada a otros idiomas como el alemán o el mongol (Galan et al., 2019; Glarcher et al., 2016).</p> <p>En la Universidad de Turku, donde Helena Leino-Kilpi es docente, se ha seguido trabajando con estudiantes de doctorado en la adaptación y aplicación de la escala a diversas poblaciones e idiomas. Los resultados solo están disponibles en finés y no han podido consultarse para ser incluidos en esta revisión (Istomina, 2011; Kalam-Salminen, 2005).</p>	<p>original que no eran aplicables a la atención en quirófano quedando 79 ítems. La adecuación de los ítems en términos de contenido y formulación se evaluó con 20 pacientes y 19 enfermeras de quirófano, 5 cirujanos y 4 anestesiistas. Se eliminaron 26 y añadieron 2 quedando 54 ítems para el análisis de la CIn. La escala Likert de respuestas fue de 5 puntos desde 'Totalmente en desacuerdo' (1) hasta 'Nada de acuerdo' (5) y la opción 0 se usó para indicar si el paciente no podía evaluar ese aspecto. N=874 pacientes. CIn: α=.71 a .86 para cada subescala teórica, pero 5 de ellas por debajo de .70. No se hicieron otras pruebas de validez y fiabilidad. Esta adaptación a su vez ha sido traducida y analizada en su CIn para utilizada en China (Zhao, 2011).</p> <p>GNCS-P para pacientes oncológicos en tratamiento de radioterapia (Siekkinen et al., 2008). Se escogieron 41 ítems de 4 dimensiones de las 6 existentes en la GNCS original. Escala Likert de 4 opciones y una</p>
---	---	---	---	--	--	---	---	---

	teóricas respectivamente.							<p>para seleccionar ‘No Sé’. N=135 pacientes de un hospital universitario de Finlandia. TR= 89%. CIn: Alfa de Cronbach características del personal ($\alpha=.79$), actividades de cuidado ($\alpha=.84$), entorno ($\alpha=.52$) y proceso ($\alpha=.39$).</p> <p>GNCS-P para Suecia (Rehnström et al., 2003). Se tradujo al sueco por Rehnström la versión de 116 ítems y se revisó por la autora de la herramienta original que es bilingüe. Se eliminaron 2 ítems por no ser relevantes para el contexto sanitario sueco. Estudio piloto con 26 pacientes quirúrgicos que hubiesen estado al menos 3 días ingresados. CIn: alfa de Cronbach entre .65 y .95. Tras el pilotaje se revisó la redacción y relevancia de cada ítem en la cultura sueca. Se eliminaron 20 ítems redundantes o no relevantes. Se cambiaron todos los ítems restantes para que reflejaran ‘buen cuidado’ en lugar ‘cuidado enfermero’ para darle una perspectiva multidisciplinar. Todas las cuestiones se</p>
--	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--

								<p>transformaron en afirmaciones y la escala de respuesta se sustituyó por grado de acuerdo en lugar de frecuencia.</p> <p>Interpretabilidad analizada por 10 pacientes que puntuaron de 1 a 4 el grado de dificultad de comprensión de los 94 ítems. Menos de un 10% se consideraron difíciles de entender por 8 o más participantes. VCo: 10 enfermeras expertas de servicios de cirugía puntuaron de 1 a 4 la relevancia de los ítems. 16 ítems no lograron un 80% de acuerdo en su relevancia o claridad. N=447 participantes. TR: 83%. CIn: $\alpha=.79$ (se elimina 1 ítem para alcanzar esa cifra). ET: CCI: .75. VCs: Solución de 7 factores y 71 ítems que explica el 79% de la varianza. Factores se han denominado: Cuidado profesional, Cuidado, actividades y entorno, Comunicación, Apoyo, Entorno físico, Alta y Respeto.</p> <p>GNCS-P versión para pacientes quirúrgicos para Turquía (Donmez y Ozbayir, 2011). AT: La investigadora principal tradujo el</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								<p>cuestionario al turco y un panel de 3 enfermeras docentes y 2 enfermeras de prácticas seleccionaron las afirmaciones mejor expresadas en dicho idioma. 2 personas bilingües que no conocían la GNCS-P original la tradujeron y ambas versiones fueron comparadas. Se hicieron algunos ajustes. VCo e interpretabilidad de los ítems evaluada con 10 expertos. Se mantuvieron las preguntas y escala de respuesta fue de 4 puntos. N=346 pacientes quirúrgicos de 11 hospitales diferentes. VCs: 7 factores que explican el 68.94% de la varianza. CIn: $\alpha=.93$ para el total de la escala. En esta versión el cuestionario tiene 32 ítems. En el mismo estudio se validó la GNCS-N a este idioma también.</p>
<p>Patient Satisfaction with Nursing Care Instrument - PSNCI (Merkouris et al., 1999)</p>	<p>Obtener un instrumento de medida de la satisfacción del paciente con el servicio enfermero.</p> <p>No está inspirado en ningún modelo o teoría específico.</p>	<p>29 preguntas, 17 de las cuales directamente relacionadas con la enfermería, 12 relativas al ambiente hospitalario.</p> <p>Heteroadministrado.</p> <p>6 subescalas (no se especifica cuántos ítems en cada una):</p>	<p>Grecia (griego)</p> <p>Artículo de revista académica.</p> <p>N=103 pacientes ingresados durante al menos 3 días en 6 plantas de Medicina Interna y Cirugía de un hospital</p>	<p>TC: 12 a 27 min.</p> <p>Interpretabilidad</p> <p>evaluada por 10 pacientes seleccionados de forma aleatoria y se pilotó con otros 15 para corregir las expresiones difíciles de entender.</p>	<p>VCo:</p> <p>Se preparó una batería de 255 ítems a partir de la revisión bibliográfica y de los comentarios recogidos a todos los pacientes dados de alta de una planta médica</p>	<p>CIn: $\alpha=.94$ para el total de la escala.</p> <p>ET no se midió porque se consideró que la evolución del estado de salud del paciente podía ser una variable de confusión en</p>	<p>No se han encontrado estudios que hayan recogido datos mediante la PSNCI.</p>	<p>No se han encontrado otras versiones de este cuestionario.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Relación interpersonal y tiempo disponible - Competencia técnica y respuesta - Información (transmisión y recepción) - Comida - Limpieza - Mantenimiento de una atmósfera de descanso <p>Escala Likert de 4 puntos desde 'Nada satisfecho' (1) hasta 'Muy satisfecho' (4).</p>	<p>universitario de Atenas.</p>		<p>(n=154) durante 3 meses y entrevistas semiestructuradas a 10 pacientes seleccionados de manera aleatoria. en las que se pidió a los pacientes que hablasen sobre su experiencia con respecto a cada pregunta y después que puntúen en una escala Likert de 4 puntos su satisfacción con cómo se abordó cada cuestión por parte de las enfermeras. Los ítems se elaboraron con intención de cubrir estas áreas: asistencia con las actividades de la vida diaria, tratamiento- aspectos técnico, manejo del dolor, información, enseñanza, monitoreo, velocidad de respuesta, disponibilidad, continuidad de cuidado, cortesía, respeto, preocupación- comunicación, consideración de las preferencias</p>	<p>las diferencias que podría haber entre las respuestas al test y al retest.</p>		
--	--	---	---------------------------------	--	--	---	--	--

					<p>personales y ambientales elementos como el mantenimiento de la atmósfera de descanso, la comida y limpieza. Un panel de expertos puntuó los ítems según IVC de 4 puntos.</p> <p>VCs: 6 factores que explican el 68.8% de la varianza.</p> <p>VCr concurrente: Se analizó la correlación de la puntuación global sobre la satisfacción del paciente en todas las preguntas de la escala con una pregunta que se les planteaba a los pacientes sobre la efectividad global que consideraban que tenían los hospitales griegos.</p> <p>VPr: Se correlacionó la puntuación global con dos preguntas, una hacía alusión al deseo de que el mismo equipo de enfermeras le atendiesen en el</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

					futuro y su intención de recomendar a ese personal a otros pacientes. La correlación de Pearson fue de $r=.84$ y de Spearman $r=.86$ ($p<.01$).			
Individualized Care Scale - ICS (Suhonen et al., 2000a, 2000b; Suhonen, 2002; Suhonen et al., 2002, 2005, 2007a)	<p>Medir desde el punto de vista del paciente cómo la individualidad es apoyada a través de las intervenciones enfermeras y como su individualidad es percibida en su propio cuidado durante la hospitalización.</p> <p>Basado en la definición y operacionalización del concepto de Cuidado Individualizado realizado por la autora a partir de la revisión bibliográfica realizada. De ella se asume que el Cuidado Individualizado se consigue mediante actividades enfermeras en dos ámbitos: el paciente en su problema clínico</p>	<p>34 ítems.</p> <p>Autoadministrado.</p> <p>2 partes separadas con 17 ítems cada una, denominadas ICSA ideada para evaluar desde el punto de vista de los pacientes cómo se lleva a la práctica la individualidad a través de intervenciones de enfermería específicas e ICSB que mide la percepción de individualidad en su propio cuidado. Cada una tiene 3 subescalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características individuales en la situación clínica causada por la hospitalización (7) - Situación personal vital del paciente (4) - Facilitar la participación en la toma de decisiones del cuidado (6) <p>Escala de respuesta de 5 opciones desde 'Totalmente en desacuerdo' (1) hasta 'Totalmente de acuerdo' (5).</p>	<p>Finlandia (finés).</p> <p>Artículos en revista científica y tesis doctoral.</p> <p>Año 2000 (artículos científicos)</p> <p><i>Fase I(ICS-115):</i></p> <p>Panel 7 expertas para evaluar adecuación del contenido de los ítems.</p> <p>Panel 15 expertas para puntuar claridad y relevancia de los ítems.</p> <p>N=26 que habían sido dados de alta para evaluar interperabilidad.</p> <p><i>Fase II (ICS-43) y III (ICS-37) para análisis de fiabilidad y validez:</i></p> <p>N₁= 203 adultos de servicios médicos,</p>	<p>TC: 15 minutos.</p> <p><i>Fase II (2000):</i></p> <p>Interpretabilidad: La herramienta de 43 ítems se pilotó en 26 pacientes para que hiciesen comentarios sobre la claridad de los ítems, sobre el formato del cuestionario y experiencia de uso.</p> <p>TR: 86.3%, 203 cuestionarios contestados frente a los 235 pacientes a los que se les entregó.</p> <p><i>Fase V:</i></p> <p>Se contrastó mediante t-test los resultados de los mayores de 65 años (n=39) pero no se obtuvieron diferencias significativas en base a esa característica. Tampoco las hubo en función del nivel</p>	<p><i>Fase I:</i></p> <p>VCo: Inicialmente se plantearon 115 ítems que fueron revisados por un panel de 6 enfermeras expertas y una investigadora universitaria para valorar si se consideraban relevantes para el tema nuclear. Tras eliminar e incluir varias cuestiones, quedó una batería de 93 ítems que fue revisada por 15 enfermeras expertas que puntuaron la relevancia y claridad de los mismos en una escala de 4 puntos y fueron eliminados 50 los cuales a juicio de al menos 3 o más expertas esta era escasa o nula (1 o 2 puntos sobre 4).</p> <p><i>Fase IV (2002):</i></p>	<p><i>Fase II (2000):</i></p> <p>CIn: α de Cronbach está entre .83 y .85 para los 3 factores. Se eliminaron todos los ítems que en la correlación inter-ítem no alcanzaron $r=.3$. Viendo además que por debajo de esa cifra varias de las preguntas eran aquellas con formulación negativa se decidió eliminar de la escala todas las de ese tipo quedando 37 ítems para analizar en la VCs.</p> <p>Se hizo un análisis del alfa de Cronbach de forma separada para los > de 65 años para conocer si presentaban dificultades a la</p>	<p>En 2004, se publica un estudio para aclarar indicadores sobre el modelo teórico. Se utilizó el modelo de ecuaciones estructurales LISREL SIMPLIS usando estimación de máxima verosimilitud para probar los parámetros del modelo hipotético deducido de la literatura previa (Suhonen et al., 2004).</p> <p>En 2006, se publicaron resultados que indican que una mayor edad, peor calidad de vida y un nivel educativo alto son características asociadas a una postura más crítica con el Cuidado Individualizado recibido por parte de las enfermeras (Suhonen et al., 2006).</p> <p>En 2007 se publican los resultados de un estudio que concluye que el Cuidado Individualizado al paciente por parte de las enfermeras (medido mediante el ICS), correlaciona positivamente con la</p>	<p>ICS adaptación transcultural simultánea para varios países (Europa y EEUU) (Suhonen et al., 2010a).</p> <p>El cuestionario en su versión final de 38 ítems se tradujo y adaptó para 4 países: Grecia, Suecia, Reino Unido y EEUU para realizar un estudio comparativo. La adaptación transcultural se hizo en 6 pasos: (1) traducción y retrotraducción en Finlandia por traductores oficiales a sueco e inglés, (2) retrotraducción de los 2 idiomas de nuevo al finés por traductores diferentes, (3) revisión por grupo de monolingües y bilingües de la equivalencia semántica con la original, (4) la herramienta en inglés británico se evaluó por un grupo focal con al menos un representante de cada país, se hicieron cambios menores en la</p>

<p>y su reacción a la hospitalización y el contexto personal del paciente. Un tercer elemento a destacar es la participación del paciente en la toma de decisiones facilitada por las intervenciones de la enfermera.</p>		<p>quirúrgicos y obstétricos sin un tiempo mínimo de ingreso establecido como criterio de inclusión y que hubiesen sido ingresados de junio a septiembre de 1996 y hubiesen recibido ya el alta.</p> <p>N= 22 pacientes de la muestra anterior fueron contactadas a las 2 semanas para análisis de ET.</p> <p>Año 2002 (tesis doctoral):</p> <p>La versión a validar en fase IV y V fechas tiene 38 ítems (1 más que el que se indica en las publicaciones de 2000). Entendemos en la disertación de 2002 se presentan nuevas modificaciones, pero dado que la tesis no está en inglés ni accesible de manera pública no se ha encontrado una descripción detallada de las razones del cambio.</p> <p><i>Fase IV (ICS-38 ítems) para análisis de contenido e interpretabilidad:</i></p>	<p>educativo de los pacientes.</p> <p><i>Fase VI:</i> Mediante t-test se estudiaron diferencias entre subgrupos por estado de salud o tipo de cirugía (ambulatoria o no). No se encontraron diferencias significativas para ninguno de ellos (p<.05).</p> <p><i>Fase VII:</i> TR: 82%</p>	<p>VCo: Panel de 18 enfermeras quirúrgicas estiman que hay 2 ítems poco relevantes y 1 poco claro, pero no se especifica que se decidan eliminar.</p> <p><i>Fase III (2000):</i> VCs: Con N₁ solución de 3 factores tras el AFE que explican el 51.4 % de la varianza siguiendo el criterio de .3 como carga factorial mínima para no ser eliminado.</p> <p><i>Fase V:</i> VCs: Resultados AFC no disponibles. En fuente secundaria se nombra que en esta ocasión también se obtuvo solución de 3 factores.</p> <p><i>Fase VI:</i> VCs: AFC (ACP y Promax+ LISREL SIMPLIS) 3 factores y el 65% de la varianza explicada en el caso de la ICSA y</p>	<p>hora de responder (n=28). El α difería con respecto a los participantes de menor edad como mucho en un .06 siendo en todas las subescalas aun así una cifra alta (entre .83 y .94 en todas ellas). Se analizó si en ese colectivo se respondió con mayor frecuencia 'No lo sé' y se confirmó que en 3 preguntas la proporción de ese tipo de respuesta fue alta (Suhonen et al., 2000b)</p> <p>ET: Se estudió la correlación entre los resultados de test y retest (N=22; 2 sem T-RT). Los coeficientes de fiabilidad fueron de .65 para la subescala PIa, .79 para PIb y .82 para FPS que fue la nomenclatura que se les dio inicialmente a las 3 partes del cuestionario antes de decidir que eran 2 partes con 3 subescalas cada una).</p>	<p>satisfacción (medida mediante la Patient Satisfaction Scale; Kim, 1988), la autonomía del paciente y la calidad de vida relacionada con la salud (mediante el 15D questionnaire) (Suhonen et al., 2007b).</p> <p>En 2010, las autoras de la ICS original publicaron el proceso de diseño y validación de la ICS-Nurse con la misma estructura de 34 ítems de la versión para pacientes (que pasa a llamarse ICS-Patient) y la misma escala de respuestas, con el objetivo de conocer desde el punto de vista de las enfermeras el Cuidado Individualizado (Suhonen et al., 2010b). Esta escala se adaptó y testó en diversos países europeos en un estudio comparativo entre República Checa, Grecia, Chipre, Hungría y Finlandia con enfermeras de servicios quirúrgicos (Suhonen et al., 2012b). También se ha adaptado y validado para Holanda (Theys et al., 2021) o Turquía (realizado por Sendir en 2010 solo para la parte A; citado por Demirel y Turan, 2021) en trabajos diferentes y ha sido usada en el caso de Turquía también para evaluar la relación del Cuidado Individualizado y la innovación en</p>	<p>formulación y se borraron 2 ítems de cada parte (ICSA/ICSB) que se consideraron similares: ICS-34. (5) Cada país realizó un grupo focal como el descrito anteriormente con la versión inglesa y se prepararon en este paso las versiones griega y americana siguiendo el proceso de traducción-retrotraducción-revisión por enfermeras o estudiantes de doctorado respectivamente para explorar contenido y claridad de los ítems. (6) Pilotaje de los instrumentos en muestras que iban desde 16 pacientes (EEUU) a 56 (Suecia) después del cual no se consideró realizar ningún cambio. N=1126 pacientes de servicios ortopédicos y de trauma para análisis de las propiedades psicométricas. El país que más pacientes aportó a la muestra fue Finlandia con 410 y el que menos EE UU con 33. TR en países europeos entre 73% (Suecia) y 86% (Grecia) y de 11% en EEUU. CIn: α de Cronbach para cada parte (ICSA/ICSB) en Finlandia de .92 y .90, en Grecia .97 y .97, en</p>
---	--	--	---	--	---	--	--

		<p>Panel 18 enfermeras con 5 años de experiencia en cirugía para nueva revisión de VCo.</p> <p>Pilotaje con 17 pacientes quirúrgicos para valorar interpretabilidad.</p> <p><i>Fase V para análisis de fiabilidad, validez y contraste de grupos para comprobar dificultades de uso en población anciana.</i></p> <p>N₂=279 pacientes quirúrgicos.</p> <p>Año 2005 (artículo científico):</p> <p><i>Fase VI:</i></p> <p>N₃= 454 pacientes quirúrgicos de 3 hospitales que hubiesen recibido el alta entre octubre y diciembre de 2001.</p> <p>Año 2007 (artículo científico):</p> <p><i>Fase VII:</i></p> <p>N₄=861 pacientes de 6 hospitales en Finlandia atendidos en servicios de Medicina Interna,</p>	<p>el 61% en la ICSB.</p> <p>Dichas soluciones factoriales coinciden con los 3 ámbitos extraídos de la revisión teórica inicial a partir de la que se diseñaron los ítems.</p> <p><i>Fase VII:</i></p> <p>VCr convergente con la Schmidt Perception of Nursing Care Survey (SPNCS) y la Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale (OPPQNCS). Las correlaciones de la ICS (A/B) con las subescala de Individualización de la SPNCS fue r=.64/.66 y la subescala de Ver al paciente de forma individual de la OPPQNCS fue r=.68/.71.</p>	<p><i>Fase VI (Año desconocido):</i></p> <p>CIn: α= .94 para la ICSA (y sus subescalas entre .88 y .89) y α=.93 para ICSB (y entre .83 y .89 para sus subescalas).</p> <p>Además de compararse las α según la edad como ya hiciesen en la fase II, en esta ocasión exploraron también diferencias en función del nivel educativo, el estado de salud y el tipo de cirugía, pero no se obtuvieron diferencias significativas ($p<.05$) en ese valor entre los subgrupos.</p> <p>La equivalencia entre las dos partes del cuestionario, ICSA e ICSB fue analizada encontrando correlación alta y positiva ($r=.876$; $p<.0001$)</p> <p>ET para la versión de 38</p>	<p>estudiantes de último curso de grado.</p> <p>Por otra parte, la ICS-Nurse, se ha usado para conocer la percepción de enfermeras de residencias de larga estancia en Finlandia (Suhonen et al., 2012a) o para comparar las características de las enfermeras y el efecto de estas en su valoración sobre el Cuidado Individualizado en un estudio que involucró a 7 países (Idvall et al., 2012).</p> <p>Otros usos que se le ha dado son medir la variabilidad en la puntuación antes y después de la aplicación de una intervención de atención centrada en el paciente (patient-centered care) en Bélgica (Castro et al., 2020) y estudios comparativos de la percepción del Cuidado Individualizado entre enfermeras y pacientes contrastando resultados obtenidos mediante ICS-Nurse e ICS-Patient en diversas poblaciones (Papastavrou et al., 2016; Suhonen et al., 2012b; Theys et al., 2021). Si nos centramos específicamente en población relacionada con la oncología, encontramos también estudios comparativos de la percepción paciente-enfermera (Altinisik y</p>	<p>Suecia .93 y .92, en Reino Unido .97 y .95 y en EEUU .94 y .93. Las correlaciones interítem fueron aceptables (.37 a .77). Las cargas factoriales son similares entre países explicando entre el 58.2% (ICSB; Finlandia) y 79.7% (ICSA e ICSB; Reino Unido) de la varianza total. La comparativa de los resultados de la percepción de los pacientes sobre el Cuidado Individualizado en los países europeos, se puede consultar en una publicación de 2008 de la revista International Journal of Nursing Studies (Suhonen et al., 2008). Land y Suhonen (2009) por su parte realizaron una publicación mostrando los resultados de Reino Unido específicamente.</p> <p>Versión para Canadá (Petroz et al., 2011). Se administró la versión inicialmente diseñada para Reino Unido y se contrastó con el <i>Gold Standard</i> SPNCS de Schmidt. N=419 pacientes con artroplastia de rodilla o cadera. Alfa de Cronbach: .94. Concluyen que no hay</p>
--	--	---	---	--	---	--

			Cirugía u Obstetricia.			<p>ítems no ha sido evaluada.</p> <p><i>Fase VII:</i></p> <p>CI: Alfa de Cronbach: .97.</p>	<p>Arikan, 2022) o que buscan correlaciones entre la percepción de la calidad del cuidado y la individualidad (Kousoulou et al., 2019) o entre el estado de salud del paciente hospitalizado, la calidad de la atención, la individualidad y la confianza en la enfermera (Charalambous et al., 2016b).</p> <p>Ha sido utilizado por Stolt (Altinisik y Arikan, 2022) como <i>Gold Standard</i> para evaluar la validez de criterio del cuestionario Finnish Person Centered Care Climate Questionnaire-Patient.</p> <p>Esta herramienta junto con otras nombradas en esta revisión fueron utilizadas para analizar la asociación entre la calidad de vida percibida (mediante EQ-5D-3L) y la calidad del cuidado enfermero (OPPQNCS), la individualidad percibida por el paciente (ICS-Patient) y la confianza en las enfermeras que le han atendido (TNS) en un estudio realizado con una muestra de 590 participantes procedentes de 4 países europeos (Charalambous et al., 2016b).</p>	<p>consistencia en el análisis factorial.</p> <p>ICS-34 para Turquía (Acaroglu et al., 2011). Traducción y retro-traducción para lograr equivalencia semántica. VCo con panel de expertos y N=120 pacientes antes del alta. CI: Se analizó el α en las dos partes de la escala (ICSA= .92 e ICSB= .93). VCs: 3 factores y 65% y 62% de la varianza total explicada respectivamente en las escalas A y B.</p> <p>ICS original versión para Italia (Acaroglu et al., 2011). Se ha hecho la adaptación lingüística de la herramienta al italiano, pero no se han encontrado estudios que hayan comprobado sus propiedades psicométricas.</p> <p>ICS-34 ítems versión para Alemania (Köberich et al., 2015; Pöhler, 2010). La adaptación lingüística de la herramienta al alemán se realizó mediante traducción de la versión en inglés, retro-traducción posterior por 2 enfermeras y traductor oficial para analizar</p>
--	--	--	------------------------	--	--	--	---	---

								<p>inconsistencias. La investigadora principal y una psicóloga clarificaron algunas ambigüedades para poder utilizarla en población psiquiátrica y se procedió a administrarse (N=90). CIn: Se analizó el α en las dos partes de la escala (ICSA= .93 e ICSB= .91). Para cada una de las 3 subescalas las α se movieron entre .65 y .90. ET: $r=$.887 (ICSA) y .876 (ICSB). VCs: El resultado es poco concluyente pues hay varios ítems que no se pueden posicionar en un solo factor. VCon media al correlacionar la herramienta con la subescala “Experiencia” de la Smoliner Scale que evalúa la percepción de los pacientes en el proceso de toma de decisiones en el cuidado enfermero ($r=$.61).</p> <p>Köberich para comprobar de nuevo las propiedades psicométricas de la escala alemana en una población más amplia y variada recogió datos en una n de 606 pacientes de 20 servicios de 5 hospitales diferentes del país. TR: 79.1%. VCs: 1 sola dimensión. CIn: $\alpha=$.95 (ICSA) y .93 (ICSB).</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								<p>ICS versión para España (Rodríguez-Martín et al., 2019). La herramienta se tradujo a español por un traductor y un docente en Enfermería que eran bilingües y se retro-tradujo a continuación para valorar discrepancias. Un panel de 3 enfermeras doctoras y con amplia experiencia asistencial revisaron su relevancia y ambigüedades. Se pilotó en una muestra de 30 pacientes para verificar la comprensión adecuada de los ítems por parte de estos. Ninguno se consideró difícil de entender. N=118 pacientes de un Hospital de Talavera de la Reina de distintos servicios médico-quirúrgicos que hubiesen estado ingresados al menos 48h. La cumplimentación se hacía durante el ingreso. CIn: $\alpha=.966$ (ICSA) y $.969$ (ICSB). VCs: 3 factores que explican el 75.25% de la varianza en ICSA y el 76.5% en ICSB. Se mantienen los 34 ítems y la escala Likert de 5 puntos para la versión española.</p>
The Night Nursing Care Instrument –	Disponer de una herramienta para medir el cuidado	2 variables sociodemográficas. 11 ítems.	Suecia (sueco)	Interpretabilidad: Tras la evaluación de la VCo se	VCo: Inicialmente se diseñaron 16	CIn: α de Cronbach para el total de la escala	Paralelamente, se diseñó otra escala para medir la percepción de las	NNCI-P validado para Colombia (Rodríguez-Gázquez et al., 2012).

<p>Patient version – NNCI-P (Johansson et al., 2005)</p>	<p>que las enfermeras proporcionan en el turno de noche.</p> <p>Inspirado en el modelo teórico de las 14 necesidades de Virginia Henderson.</p>	<p>3 dimensiones teóricas: - Intervenciones enfermeras (6 ítems) - Intervenciones médicas (delegadas) (2) - Evaluación (3)</p> <p>Autoadministrada salvo requerimiento de ayuda por petición del paciente. En esos casos la auxiliar del turno de mañana que es cuando se administraba ayudaba al paciente.</p> <p>Escala Likert de 5 puntos desde ‘Completamente en desacuerdo’ (1) hasta ‘Completamente de acuerdo’ (5) y opción adicional para indicar ‘No aplica’.</p>	<p>Artículo en revista científica.</p> <p>N= 80 pacientes hospitalizados al menos 1 noche en plantas médicas.</p>	<p>analizó este aspecto por parte de 4 pacientes y se realizaron ajustes en los ítems, pero se mantuvieron los 11 que habían quedado del paso anterior.</p>	<p>ítems que fueron evaluados por 5 enfermeras expertas en el ámbito del cuidado en el turno de noche. Se eliminaron 5.</p> <p>VCs: Se analizó separadamente para cada dimensión teórica. Cada una de ellas mostró un único factor. 1) 46% de la varianza, 2) 57% y 3) 61%.</p>	<p>.88 y para cada dimensión .77, .25 y .66 respectivamente.</p>	<p>enfermeras del turno de noche con respecto a su trabajo. Los resultados están publicados en el mismo artículo.</p>	<p>Se validó junto con la versión para enfermeras. Aquí solo se muestran los resultados del proceso en la población de pacientes. Traducción literal a español por parte de dos investigadoras de forma individual. Se compararon las traducciones y se eligió la mejor manera de expresar cada ítem. Se realizó retro-traducción por un traductor experto y se comparó con la original. No se precisaron cambios. VCo: 5 pacientes hospitalizados evaluaron la legibilidad y semántica y se mejoraron algunos ítems. VCs: 3 factores como en el NNCI original, las varianzas para cada uno fueron 50.68%, 70.28% y 66.33%. CIn: α global =.88.</p>
<p>Percepción del Cuidado Humanizado de Enfermería - PCHE (Rivera Álvarez y Triana, 2007)</p>	<p>Conocer la percepción del paciente hospitalizado o su cuidador familiar permanente en la Clínica del Country acerca de los cuidados humanizados que proporcionan las enfermeras.</p>	<p><i>Versión inicial (2008):</i></p> <p>50 ítems distribuidos en las 9 categorías teóricas indicadas en la columna anterior.</p> <p>Escala Likert de 4 puntos desde ‘Nunca’ (1) hasta ‘Siempre’ (4).</p> <p><i>Versión 2 (2011)(no publicado):</i></p>	<p>Colombia (español)</p> <p>Artículo en revista científica.</p> <p>Autoadministrado y heteroadministrado</p> <p><i>2008:</i> N=9 pacientes y 3 cuidadores permanentes (Reina Gamba y Vargas Rosero, 2008).</p>	<p><i>2008:</i> Interpretabilidad: Mediante índice cuantitativo de aceptabilidad entre población de pacientes y cuidadores (.94).</p> <p><i>2015:</i> Interpretabilidad: Se hicieron ajustes semánticos antes de la aplicación de la</p>	<p><i>2008:</i> VCo: Análisis cualitativo por parte de 11 expertas del Grupo de Investigación para Latinoamérica y el Caribe en la Plataforma Científica de Colciencias que aportaron recomendaciones y análisis</p>	<p><i>2015:</i> CIn: $\alpha=.96$</p>	<p>Este cuestionario en sus diversas versiones ha sido ampliamente en Sudamérica, para conocer el punto de vista del paciente con respecto a los comportamientos humanizados que las enfermeras tienen con ellos entre otros en el ámbito de los cuidados críticos (Joven Beltrán, 2017), en adultos con patología médica</p>	<p>PCHE-2015 validada para Chile (Malpica Tinoco, 2017). La adaptación sociolingüística de ajuste lingüística se hizo con 60 personas seleccionadas aleatoriamente no institucionalizadas que revisaron las preguntas e incluyeron comentarios sobre su claridad, vocablos</p>

	<p>Basado en los resultados del estudio fenomenológico realizado por Alvis, Moreno y Muñoz (2002) en el que extrajeron 9 categorías del análisis cualitativo: sentimientos del paciente, apoyo emocional, apoyo físico, características de la enfermera, cualidades del hacer de la enfermera, proactividad de la enfermera, priorización del ser cuidado, empatía y disponibilidad para la atención.</p>	<p>32 ítems distribuidos en 6 categorías derivadas de la Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson.</p> <p><i>Versión 3 (2015)</i> (González-Hernández, 2015):</p> <p>Se mantuvieron los 32 ítems, pero fueron reformulados y distribuidos en diferente orden en base a los 3 factores obtenidos en el AFE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cualidades del hacer de Enfermería (7 ítems) - Apertura a la comunicación enfermera-paciente (8) - Disposición para la atención (17). <p>Escala Likert de 4 puntos desde 'Siempre' (4) a 'Nunca' (1).</p>	<p>2015: N= 176 para análisis de la interpretabilidad.</p> <p>N=320 pacientes hospitalizados con problemas digestivos, respiratorios o neurológicos.</p>	<p>versión 2 del instrumento. Se administró a la muestra y se ajustaron 12 formulaciones y se cambió el sentido de la escala Likert.</p>	<p>cuantitativo mediante IVC: .83.</p> <p>También se utilizó el índice de aceptabilidad empleado con los pacientes y en este caso el resultado fue de .78.</p> <p>2015: VCo y VL: Un panel de 8 enfermeras expertas de áreas asistenciales, docente y administrativas revisaron la claridad, precisión, comprensión, relevancia y pertinencia. Índice de acuerdo: .92 e IVC: .98.</p> <p>VCs: AFE: 3 factores que explican el 55.5% de la varianza.</p>		<p>compleja (Monje V. et al., 2018a) o en pacientes oncológico en los estudios de (2017) y Navarrete-Correa et al (Navarrete-Correa et al., 2021). También se ha testado el instrumento para evaluar el cuidado proporcionado por estudiantes de enfermería (Campiño-Valederrama et al., 2019).</p>	<p>confusos para el español-chileno y sugerencias de cambios para una mejor comprensibilidad para la población chilena. Se hacen modificaciones hasta alcanzar un 100% de comprensión. Estudio piloto con pacientes hospitalizados (n=19). CIn: α de Cronbach=.92. V. convergente medida a través de la correlación con la escala "Percepción del Cuidado Humanizado brindado por el Profesional de Enfermería". R=.73.</p>
<p>Percepción del Cuidado Humanizado brindado por el Profesional de Enfermería - PCHPE (Hermosilla Ávila et al., 2016)</p>	<p>Evaluar la percepción del paciente hospitalizado con respecto al cuidado humanizado recibido por las enfermeras.</p>	<p>3 variables sociodemográficas 36 ítems 7 subescalas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vivencia de la enfermera (8) - Procedimientos y cuidados (8) - Relación profesional de enfermera-paciente (8) 	<p>Chile (español)</p> <p>Artículo en revista científica.</p> <p>N= 35 pacientes para estudio piloto de la VCo e interpretabilidad.</p>	<p>Interpretabilidad: Tras pilotaje no se precisaron cambios gramaticales.</p>	<p>VCo: Se diseñaron inicialmente 30 ítems, 3 por cada factor del modelo teórico. 14 expertos licenciados y doctores en enfermería con al menos 3 años de</p>	<p>CIn: α=.835 (n=35) y .45 (n=100).</p>	<p>No se han encontrado estudios que hayan recogido datos mediante este cuestionario.</p>	<p>No se han encontrado otras versiones de este cuestionario.</p>

	Basado en los 10 factores caritativos de Jean Watson.	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñanza-aprendizaje (4) - Expresión de sentimientos (4) - Espiritualidad (2) - Diferenciación del cuidado (2) <p>Escala Likert 5 puntos desde 0='Nunca' hasta 5='Siempre'</p>	N= 100 pacientes ingresados al menos 48h en un hospital de alta complejidad.		<p>experiencia asistencial evaluaron la pertinencia de los ítems. Se añadieron 6.</p> <p>VCs: AF muestra un modelo de 7 factores que explican el 64.46% de la varianza.</p>			
Nurse Caring Behaviours Scale – NCBS (Piredda et al., 2017)	<p>Disponer de una herramienta para medir los comportamientos de cuidado de las enfermeras.</p> <p>Se basa en una revisión de 14 instrumentos de medida ya validados, de los cuales 9 están basados en algunas de las teorías más conocidas (Watson, Swanson, Benner, Howard, Turkel y Ray) y en las características del cuidado expuestas por Finfgeld-Connett en su metasíntesis (2008).</p>	<p>3 variables sociodemográficas</p> <p>14 ítems, sin subescalas.</p> <p>Escala Likert de 4 puntos sobre la frecuencia con la que las enfermeras tienen cada uno de los comportamientos de cuidado.</p> <p>1 pregunta sobre valoración global del cuidado enfermero recibido con respuesta Likert de 4 puntos (calidad).</p>	<p>Italia (italiano)</p> <p>Artículo de revista científica.</p> <p>N=2001 pacientes de servicios de Hematología y Neurofisiopatología ingresados durante al menos 2 días en un hospital universitario de Roma.</p>	<p>Interpretabilidad: Fue comprobada pilotando la escala en una muestra de 50 pacientes.</p> <p>TR: 36.4%.</p> <p>No se aportan datos sobre el TC.</p>	<p>VL y VCo: Inicialmente se diseñaron 28 ítems que fueron revisados por un panel de 6 expertas, 2 de ellas enfermeras gestoras con más de 15 años de experiencia en el área, una docente y 2 enfermeras clínicas expertas en “caring touch”. Evaluaron tanto la claridad, la facilidad de uso y la adecuación de los ítems. Basándose en sus sugerencias se eliminaron 13 ítems.</p> <p>VCs: Se dividió la muestra en dos mitades de las cuales una fue utilizada para AFE y la otra para AFC. Se eliminó</p>	<p>CIn: Se evaluó mediante sistema de ecuaciones no lineales (SEM****). .943 para el AFE y .956 para AFC.</p> <p>Se alcanzó la invariancia completa de los ítems de la escala (Chi Cuadrado 335.87; df 194 (p<.001)) en la tercera comparación del modelo. No se detectaron diferencias significativas de medias latentes entre las submuestras.</p>	No se han encontrado estudios que hayan recogido datos mediante el NCBS.	No se han encontrado otras versiones de este cuestionario.

					1 ítem por tener carga factorial baja (.35). Solución factorial indica que hay un solo factor latente que no coincide con las 3 características del cuidado que refleja Finfgeld-Connett.			
Nursing Care Interpersonal Relationship Questionnaire – NCIRQ (Pereira Borges et al., 2018)	<p>Medir la relación interpersonal en el cuidado enfermero.</p> <p>Basado en el sistema Interpersonal de la Teoría del Logro de Imogene King (King, 2007) que se compone de 5 dimensiones.</p>	<p>31 ítems.</p> <p>Escala Likert de 4 opciones desde ‘Nunca’ (1) hasta ‘Siempre’ (4).</p>	<p>Brasil (portugués)</p> <p>Artículo de revista científica.</p> <p>N= 950 pacientes de hospitales primario, secundario y terciario ingresados al menos durante 24 horas.</p>	<p>Interpretabilidad: Para realizar un análisis semántico de la batería inicial de 44 ítems se hizo un estudio piloto (n=66 pacientes). Se hicieron los cambios oportunos a la luz de las dificultades observadas en la comprensión y a los ajustes sugeridos por la muestra.</p>	<p>VCo: Se elaboraron inicialmente 44 ítems que fueron evaluados por un panel de 9 enfermeras, de las cuales 5 eran académicas y 4 asistenciales de 4 estados de Brasil diferentes. IVC fue mayor o igual a .78 en todos ellos.</p> <p>TRI: Se logró la convergencia en el tercer intento de calibración con 32 ítems de los 44 iniciales pero se realizó un 4° intento con 31 ítems en el cual se encontraron menos errores estándar. Se concluyó que ese número de ítems era el modelo adecuado y se realizó un 5° análisis para el</p>	CIn: $\alpha=.90$ y McDonald’s Omega= .92.	No se han encontrado estudios que hayan recogido datos mediante el NCIRQ.	No se han encontrado otras versiones de este cuestionario.

proceso de anclaje de 9 ítems.

Los parámetros de la TRI demostraron la existencia de una elevada discriminación de los ítems en 28 de los 31 pero se optó por mantener los 3 que presentaban baja discriminación porque no distorsionaban la calibración.

Se analizó también la función informativa del test (o sus siglas en inglés TIF***) indicando que hay más información en el rango de 25 a 45 puntos. Esto significa que la escala es más apropiada para medir niveles de relación interpersonal que se encuentran en ese rango, es decir, mide con mayor precisión la baja efectividad en la relación interpersonal.

<p>Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale – OPPQNCS (Radwin et al., 2003)</p>	<p>Analizar la calidad del cuidado enfermero percibida por pacientes oncológicos.</p> <p>Elaborada para operacionalizar la teoría de rango medio que estos mismos autores elaboraron sobre la atención de enfermería oncológica de alta calidad a partir de entrevistas a pacientes. Los atributos enfermeros que representan una alta calidad del cuidado son 8: conocimiento profesional, continuidad, atención, coordinación, compañerismo, individualización, compenetración y cuidado (Radwin, 2000; Radwin y Alster, 1999)</p>	<p><i>Versión inicial:</i> 112 afirmaciones que describen actividades enfermeras. Sometidos a interpretabilidad y VCo. Quedaron 59 ítems para VCs y CI. Tras estos análisis la herramienta final consta de 40 ítems.</p> <p>8 dimensiones teóricas que quedan en 4 tras el AFE se les denominaron: Responsabilidad (22 ítems) Individualización (10) Coordinación (3) Competencia (5)</p> <p>2 preguntas abiertas: En general, ¿cómo describiría la calidad del cuidado enfermero que ha recibido como paciente con cáncer? Y En general, ¿cómo se siente con respecto a las enfermeras.</p> <p>11 variables sociodemográficas.</p> <p>Escala Likert de 6 puntos desde 'Nunca' (1) hasta 'Siempre' (6) con posibilidad de responder también 'No lo sé' o 'No importa'.</p> <p><i>Versión corta:</i> 18 ítems manteniendo los 4 factores y escala de respuesta.</p>	<p>EEUU (inglés)</p> <p>Artículo de revista científica.</p> <p>N=436 pacientes onco-hematológicos en tratamiento activo para el cáncer que hubiesen sido atendidos de manera ambulatoria u hospitalaria.</p>	<p><i>Versión inicial:</i> Interpretabilidad: 1 experto en metodología revisó la claridad de los ítems.</p> <p>TR: 79%</p>	<p><i>Versión inicial:</i> VCo: El metodólogo evaluó también la relevancia y coincidencia de los ítems con la teoría. 27 fueron eliminados.</p> <p>Posteriormente, 9 expertos de los cuales 4 eran pacientes oncológicos analizaron mediante escala Likert de 4 puntos la congruencia de cada ítem con la subescala en la que se encontraba. IVC para determinar proporción de puntuaciones 3 y 4. Se retuvieron 59 ítems que cumplieron con el criterio de IVC > 0 = a .79.</p> <p>Se analizaron ítems con valores perdidos, respuestas de 'NS' o 'NA'. Si alguno tenía >10% de alguna de estas respuestas se eliminó, quedando así 45 ítems.</p>	<p><i>Versión inicial:</i> CIn: $\alpha = .99$ para el total de la escala y especialmente elevada en las dimensiones de 'Responsabilidad' e 'Individualización' (.99 y .97 respectivamente. Para la escala de 'Coordinación' el $\alpha = .87$ y para 'Competencia' = .95.</p> <p><i>Versión corta:</i> CIn: $\alpha = .97$ para el total de la escala. Y para las subescalas: .95, .93, .87 y .95 respectivamente.</p>	<p>Este cuestionario en su versión corta ha sido utilizado para conocer también la percepción de los pacientes sobre la atención recibida por parte de los estudiantes de enfermería en prácticas (Can et al., 2008).</p> <p>Esta herramienta junto con otras nombradas en esta revisión fueron utilizadas para analizar la asociación entre la calidad de vida percibida (mediante EQ-5D-3L) y la calidad del cuidado enfermero (OPPQNCS), la individualidad percibida por el paciente (ICS-Patient) y la confianza en las enfermeras que le han atendido (TNS) en un estudio realizado con una muestra de 590 participantes procedentes de 4 países europeos (Charalambous et al., 2016b).</p> <p>También se ha utilizado para el estudio comparativo entre Grecia, Chipre, Suecia y Finlandia de las percepciones de los pacientes oncológicos con respecto al cuidado enfermero recibido durante la hospitalización de al menos 48 h (Adam et al., 2017).</p>	<p>No se han encontrado nuevas versiones del cuestionario. A pesar de haberse usado en un estudio internacional multicéntrico en Europa, no se han encontrado resultados de los procesos de validación a esos idiomas.</p>
---	--	--	--	--	---	--	---	---

					<p>VCs: EFA reveló 4 factores y 80.5% de la varianza. Se eliminaron 5 ítems que pertenecían de forma ambigua a más de un factor o que tenían cargas factoriales <.40.</p> <p><i>Versión corta:</i> Para elegir los ítems a eliminar se tuvieron en cuenta los resultados de la regresión escalonada (R²), tomando las preguntas de las escalas 'Responsabilidad' e 'Individualización' (por ser las que mayor α Cronbach presentan) como variables independientes y la puntuación total de la escala como variable dependiente. Se eliminaron ítems de ambas hasta quedar una herramienta de 18 ítems. Las correlaciones entre escalas fueron .689-.805.</p>			
Cuestionario para medir la Calidad con los	Valorar la satisfacción percibida por los	6 variables sociodemográficas. 24 ítems.	España (Español)	Interpretabilidad: Se evaluó por los 34 profesionales de	VCo: 34 enfermeros de UCIC de España	CIn: $\alpha=.969$ (global) y entre	No se han encontrado estudios que hayan recogido datos mediante	No se han encontrado otras versiones de este cuestionario.

<p>Cuidados de Enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos Cardiológicos (Sierra Talamantes et al., 2009)</p>	<p>pacientes de UCICs con respecto a los cuidados enfermeros.</p> <p>No se basa en ninguna teoría preexistente.</p> <p>Ítems basados en los resultados de un estudio fenomenológico en el que entrevistaron a 16 pacientes que habían salido de la UCI y estaban en la planta de hospitalización de Cardiología. 3 dimensiones teóricas: Comunicación, Profesionalidad y Comodidades.</p>	<p>3 subescalas teóricas: - Comunicación - Profesionalidad - Comodidades</p> <p>Opciones de respuesta dicotómica (Sí/No) o Likert de 4 puntos donde (1) corresponde a ‘Muy bien’ y (4) a ‘Mal’ según a pregunta. Se da una alternativa adicional: ‘No sabe’.</p> <p>4 preguntas abiertas sobre el trato, la atención sanitaria enfermera, su voluntad de recomendar esa UCIC y aspectos mejorables.</p>	<p>Artículo en revista científica.</p> <p>N=30 pacientes ingresados al menos 48h en la UCI de un hospital universitario (Valencia).</p>	<p>UCIC que participaron también en la VCs. Los ítems con un desacuerdo entre los participantes de más de un 20% se modificaron.</p> <p>Tras los cambios realizados 10 pacientes opinaron y verificaron la comprensión de las preguntas.</p> <p>TR: 60%</p> <p>No se dispone de datos sobre el TC.</p>	<p>evaluaron la idoneidad de los ítems en relación a las dimensiones teóricas y se les solicitó que sugiriesen aspectos que a su juicio deberían estar presentes en la herramienta de medición.</p> <p>No se hicieron otros análisis de validez.</p>	<p>.86 y .94 para cada dimensión.</p> <p>ET (n=24): Retest en los 2-5 días posteriores al test. En la prueba de los rangos con Wilcoxon no hubo diferencias significativas en ninguna pregunta.</p>	<p>este cuestionario ni que hayan comprobado otras características psicométricas.</p>	
<p>Evaluación de la Calidad del Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos – EVACALEN (Ramírez Perdomo et al., 2013)</p>	<p>Determinar la calidad del cuidado de enfermería que perciben los usuarios.</p> <p>Basado en las categorías de estructura, proceso y resultado de Donabedian (1992) y en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson (1979).</p>	<p>44 ítems.</p> <p>3 categorías teóricas de Donabedian mencionadas en la columna anterior.</p> <p>Likert 3 puntos: Malo, Regular, Bueno.</p>	<p>Colombia (español)</p> <p>Artículo en revista científica.</p> <p>N= 119 pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos de IV nivel de la ciudad de Neiva que hubiesen estado al menos 48 horas hospitalizados en el servicio.</p>	<p>Información no disponible.</p>	<p>VCo: Se evaluó mediante un panel de expertos docentes de 3 universidades. Puntuaron cada ítem según la fórmula de validez de contenido propuesta por Lawshe: a) ítem que necesita ser contextualizado: la formulación del ítem no es clara y el vocabulario no es adecuado para la población diana</p>	<p>CIn: $\alpha=.843$ para 48 ítems y .848 para 44 ítems que finalmente se conformaron la escala</p> <p>No se realizan más pruebas de fiabilidad del instrumento.</p>	<p>No se han encontrado estudios que hayan recogido datos mediante el EVACALEN.</p>	<p>No se han encontrado otras versiones de este cuestionario.</p>

					o b) no necesita ser contextualizado: el ítem está redactado de forma clara, el vocabulario es apropiado y fácilmente comprensible para la población diana. A partir de esta revisión quedaron 48 ítems.			
					No se realizan más pruebas de validez del instrumento.			
Quality of Oncology Nursing Care Scale – QONCS (Charalambous y Adamakidou, 2014)	Disponer de un cuestionario específico para pacientes con cáncer en el que se explore desde su visión la calidad de cuidado enfermero proporcionado en el contexto oncológico y de la actitud de la enfermera. No está basado en ninguna teoría o modelo. Se realizó una exploración del concepto de calidad del cuidado enfermero desde la perspectiva de	<i>Versión inicial:</i> Primera fase: Se elaboró una batería de 85 ítems que se sometieron a VCo e interpretabilidad. <i>Versión final:</i> 34 ítems divididos en 6 subescalas: - Ser valorado - Ser respetado - Ser cuidado por enfermeras comunicativas y que apoyan - Ser consolidado (seguridad y confianza) - Cuidado religioso y espiritual - Sentido de pertenencia Escala Likert de 5 puntos desde ‘Altamente en desacuerdo’ (1) hasta ‘Altamente de acuerdo’ (5).	Chipre (griego). Artículo de revista científica. <i>Estudio piloto (QONCS-45):</i> N=100 pacientes oncológicos ingresados de 3 hospitales, 2 chipriotas y 1 griego. <i>Validación final (QONCS-34):</i> N=418 pacientes oncológicos de los mismos hospitales (n=274 de Chipre y n=144 de Grecia).	Interpretabilidad: N=15 pacientes ingresados valoraron la comprensión de los ítems y la viabilidad de la batería de 45 ítems que quedaron y su formato de respuestas. TR en la validación final: 76.9%.	<i>Estudio piloto:</i> VCo: Panel de 11 enfermeras expertas debían clasificarlos en una de las 6 áreas principales que conforman la calidad del cuidado enfermero emergidos de la revisión, con un consenso del 75%. Los que no lo alcanzaron se eliminaron. De los 62 ítems que quedaron, las expertas evaluaron el nivel de relevancia de cada ítem: esencial (3), interesante pero	<i>Estudio piloto:</i> CIn: $\alpha=.80$. Se eliminan aquellos ítems que correlacionan muy alto entre sí porque indican redundancia (no se especifica la cifra de corte). <i>Validación final:</i> CIn: α de Cronbach entre .83 y .91 para cada subescala. ET: Test administrado el segundo día de ingreso y el retest a los 4 días de cumplimentar el test. R=.79.	Se utilizó junto con la ICS para la percepción de los pacientes con el Cuidado Individualizado y la calidad de este. Tras correlacionar los resultados se llega a la conclusión de que es necesario proporcionar una atención enfermera más personalizada como medio para lograr una alta calidad en la atención de enfermería (Kousoulou et al., 2019). Los datos sobre la opinión de los pacientes con respecto a la calidad del servicio enfermero que se obtuvieron en la validación final del QONCS original, se unificaron con los datos recogidos en la validación de la versión checa	QONCS versión para la República Checa (Charalambous et al., 2017) AT: Se usó el modelo de Brislin para configurar la versión traducida y adaptada al checo. Se mantuvo el número de ítems y el formato de escala de respuesta. N=192 pacientes con cáncer. CI: $\alpha=.85$ para el total de la escala y .89, .70, .74, .73 y .71 para cada una de los 5 factores. QONCS versión validada en árabe para Egipto, Jordania y Omán (Abu Sharour et al., 2021). Se usó el modelo de Brislin para hacer la traducción del instrumento. Se

	<p>pacientes, defensores del paciente y enfermeras desde un método fenomenológico hermenéutico. Se consideró que había 6 pilares en el concepto: ser valorado, ser respetado, ser cuidado por enfermeras comunicativas y que apoyan, ser consolidado (en relación con la sensación de seguridad y confianza generada por la enfermera), Cuidado religioso y espiritual, sentido de pertenencia.</p>				<p>no esencial (2), irrelevante (1) para calcular el RVC y con este el IVC para el total de la escala. Solo se mantuvieron los ítems con $RVC > 0 = a .73$ y se procedió a continuación a evaluar la interpretabilidad.</p> <p>VCs: AFE: Se eliminan aquellos ítems con carga factorial menor de .30.</p> <p><i>Validación final</i></p> <p>VCo: RVC entre .73 y 1.00. Buena validez de contenido según el criterio de las expertas (CVI=.84).</p> <p>VCs: 5 factores y 68.53% de la varianza total explicada. Cambia la denominación con respecto a los planteados en la revisión del concepto teórico. Factor 1: “Ser apoyado y confirmado” con 16 ítems. F2: “Cuidado espiritual” con 6 ítems. F3:</p>		<p>(Charalambous et al., 2017).</p> <p>Los resultados de los 3 países para los que se ha validado la versión árabe también encuentran diferencias significativas entre los países, teniendo mejor puntuación las enfermeras en Omán y la peor en Egipto (Abu Sharour et al., 2022).</p>	<p>mantuvo el número de ítems y el formato de escala de respuesta. N=517 pacientes. oncológicos CI para cada una de las subescalas teóricas: α de Cronbach fue de .88, .84, .87, .83, .89 y .86 respectivamente. VCs: coincide con los resultados de AFE de la herramienta original.</p>
--	---	--	--	--	--	--	---	--

					“Sentido de pertenencia” con 5. F4: “Ser valorado” con 4. F5: “Ser respetado” con 3 ítems.			
Nursing Intensive-Care Satisfaction Scale – NICSS (Romero García, 2016)	<p>Disponer de una herramienta que permita evaluar la satisfacción con los cuidados enfermeros en el contexto del paciente crítico desde la perspectiva del propio paciente.</p> <p>Basado en las 4 dimensiones extraídas en el estudio de Teoría Fundamentada realizado para conceptualizar el concepto de satisfacción con el cuidado enfermero de los pacientes de UCI, las cuales fueron: (a) visión holística de la persona, (b) formas de comunicación, (c) comportamientos profesionales y (d) consecuencias de los cuidados (Romero-García et al., 2013).</p>	<p>Inicialmente equipo investigador de enfermeras con 15 años de experiencia y un experto en desarrollo y evaluación de herramientas elaboran 82 ítems distribuidos en las 4 dimensiones teóricas nombradas.</p> <p>Versión final: 49 ítems 4 subescalas teóricas: - Visión holística de la persona (20 ítems) - Formas de comunicación (6) - Comportamientos profesionales (11) - Consecuencias de los cuidados (12)</p> <p>Escala Likert de 6 opciones desde ‘Muy en desacuerdo’ (1) hasta ‘Muy de acuerdo’ (6).</p>	<p>España (español)</p> <p>Tesis doctoral</p> <p>N= 200 pacientes ingresados en una de las 3 UCIs de un hospital de tercer nivel (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau) de Barcelona cuya estancia mínima sea de 48 horas.</p>	<p>Interpretabilidad: N=30 pacientes dados de alta de UCI participaron en analizar este punto y la VCo. Juzgaron la facilidad de cumplimentación del NICSS, si resultaba fatigoso, si los ítems de la escala global reflejaban los aspectos necesarios para conocer su nivel de satisfacción y el tiempo empleado en contestarlo. A partir de esta información y de la descrita en la VCo se redujo la escala de 88 ítems a 49.</p> <p>TC: 10-15 min.</p>	<p>VCo: El panel de 39 pacientes que evaluó la interpretabilidad valoraron las características de cada ítem, identificando los ítems repetidos, incompresible, difíciles de responder, y los que tenían dos variables en la misma pregunta.</p> <p>VCs: AFC muestra un ajuste aceptable la estructura del modelo teórico de 4 factores. Se analizó mediante método de Mínimos Cuadrados. La bondad de ajuste del modelo se analizó mediante la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) que fue estadísticamente significativa y la razón de ajuste fue aceptable (4.53). El</p>	<p>CI_n: $\alpha = .95$</p> <p>ET: Un submuestra de 64 pacientes (32% del total) rellenó por segunda vez el cuestionario al menos 48h después del primer test. CCI=.83.</p>	<p>Los resultados de la satisfacción de los pacientes de esta muestra y la correlación de ese dato con las variables sociodemográficas y clínicas recogidas fueron publicados en la revista Australian Critical Care (Romero-García et al., 2019).</p>	<p>No se han encontrado otras versiones de este cuestionario.</p>

					<p>GFI bueno y el RMSE de 0.070 como apropiado al encontrarse entre 0.05 y 0.08</p> <p>Índices de ajuste incremental cercanos a 0.9.</p> <p>VCr: Se midió con la Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS) en su versión validada al castellano. Correlación moderada a alta con la mayoría de las cuestiones planteadas (extremos: 0.42-0.68) excepto con ítem 52 sobre expectativas satisfechas (extremos: 0.00-0.06).</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

CUESTIONARIOS PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON RELACIÓN A DIVERSOS ASPECTOS DE LA ATENCIÓN ENTRE ELLOS LA PROPORCIONADA POR LAS ENFERMERAS

DISEÑADOS EN LENGUA INGLESA

Valuing Patients as Individuals Scale – VPAIS (Coyle y Williams, 2001; Jones et al., 2018)	Medir la frecuencia y distribución de las experiencias de ‘amenaza a la identidad’ de los pacientes ingresados.	<i>Versión inicial:</i> Se elaboraron 100 afirmaciones sobre actitudes que generan amenazas a la identidad que se sometieron a VCo e interpretabilidad quedando	Escocia (inglés) Artículo en revista científica. <i>Versión inicial:</i> N=97 pacientes hospitalizados en	<i>Versión inicial:</i> Interpretabilidad: Tras la VCo un grupo diferente de 6 personas no integrantes del equipo investigador respondieron a las	<i>Versión inicial:</i> VCo: 4 personas no integrantes del equipo investigador puntuaron si consideraban cada ítem como una	<i>Versión actualizada:</i> Se analizó la CIn sobre la versión de 31 ítems que quedó tras la VCs.	En la versión inicial llamaba la atención que las mujeres eran más críticas en sus respuestas por lo que podíamos pensar en la posibilidad de inequidad o peor atención hacia las mujeres	VPAIS versión corta (uVPAIS-short) (Jones et al., 2018). Con los 9 ítems que presentaban las cargas factoriales más altas y añadiendo otro de la escala completa que hacía
---	---	--	--	--	---	--	---	---

<p>Se elaboró a partir los resultados de la tesis doctoral de Coyle en la que realizó un estudio de Teoría Fundamentada para explorar la insatisfacción o descontento, estudiando cómo las personas hablaban de sus decepciones en la atención sanitaria (Coyle, 1997). A partir de este se desarrolló el concepto de ‘amenaza a la identidad personal’ pues se vio que la percepción del paciente sobre sí mismo y su identidad se veía amenazada por experiencias que eran percibidas como deshumanizadas, cosificadoras, devaluadoras y desempoderadoras . El cuestionario surge para identificar la frecuencia de dichas amenazas.</p> <p>En 2017 se publica una actualización del cuestionario a raíz</p>	<p>72 ítems distribuidos en 7 subescalas teóricas: Personalización, empoderamiento, respeto, información, proximidad y disponibilidad del personal, impacto en la vida y miscelánea.</p> <p><i>Versión actualizada (uVPAIS):</i> Se revisan las herramientas relacionadas con la centralidad del paciente en el cuidado elaboradas desde el 2000 hasta el 2016, a partir de estas se diseñan 124 ítems para cubrir áreas que no fueron recogidas en la versión inicial del VPAIS. Se redactaron en forma de afirmaciones positivas y negativas. Se revisan y depuran en 3 fases hasta obtener una versión de 88 ítems que se sometió a análisis de CI y VCs. Finalmente se obtuvo una herramienta validada con 31 ítems (14 de los cuales orientados a valorar a las enfermeras). 3 factores que se denominaron: - Cuidado y Respeto (13 ítems), - Comprensión y compromiso (11) - Preocupaciones del Paciente (7).</p> <p>Escala Likert de 5 puntos desde ‘Totalmente de acuerdo’ (5) hasta ‘Totalmente en</p>	<p>servicios de Medicina General, Cirugía y Otorrinolaringología a a los que se les entrega el cuestionario al alta y se les da una semana para cumplimentarlo y devolverlo por correo.</p> <p><i>Versión actualizada:</i> N=290 pacientes.</p>	<p>preguntas mediante la escala Likert o la opción de No aplicable. Se les instó a que respondieran a una pregunta abierta al final del cuestionario para valorar el diseño y lenguaje utilizados. Se hicieron modificaciones en la formulación, pero ningún ítem fue eliminado.</p> <p>TR: 43%</p> <p>No hay datos sobre el TC.</p> <p><i>Versión actualizada (uVPAIS):</i></p> <p>Interpretabilidad: 6 integrantes del Grupo de Pacientes y Público (GPP) del Servicio Nacional de Salud británico (NHS) revisaron la comprensión de los 52 ítems remanentes tras la VCo con el panel de expertos multidisciplinar. Aquellos poco claros o confusos tras la revisión de la interpretabilidad y VCo en las rondas 2 y 3 se eliminaron quedando 88 ítems para ser sometidos a VCs y fiabilidad.</p>	<p>actitud positiva o negativa del servicio recibido. Todas las afirmaciones en las que no hubo acuerdo entre ellos se eliminaron quedando 72 ítems.</p> <p><i>Versión actualizada:</i></p> <p>VCo:</p> <p><u>Fase 1:</u> La expresión, relevancia y adecuación de la batería de ítems nuevos añadidos tras la revisión de la bibliografía (124 ítems) fue revisada por un panel multidisciplinar de expertos del NHS (Servicio de salud británico) en dos rondas. Finalmente quedaron 52.</p> <p><u>Fase 2:</u> Los 6 miembros del GPP participantes puntuaron la importancia de cada ítem con el constructo (‘Ser tratado como un individuo’). También crearon</p>	<p>α de Cronbach para cada factor obtenido en la VCS: .94 (Factor 1), .92 (F2) y .78 (F3).</p>	<p>en el NHS. En cambio, en la uVPAIS fueron las mujeres las que tenían más probabilidad de reportar haber sido tratadas como una persona que los hombres. Los hombres informaban menos de que sus preocupaciones se trataban de manera centrada en la persona en comparación con las mujeres. Ambas cosas eran menos reportadas también en mayores de 65 años que en personas por debajo de esa edad.</p>	<p>aumentar significativamente el α al ser añadido, se preparó una versión con 10 ítems que se sometió a análisis psicométrico de nuevo con los datos ya disponibles, aunque no se aportan resultados concretos de fiabilidad ni de validez para esta versión solo se menciona que presenta una buena correlación interfactores y sigue siendo sensible a las diferencias de sexo como la uVPAIS.</p>
--	---	---	---	---	--	--	---

	<p>del movimiento del 'patient-centered care' surgido en Reino Unido en la década de los 2010.</p> <p>No es exclusivo de enfermeras, también contiene preguntas concretas sobre los médicos.</p>	<p>desacuerdo' (1) y opción adicional de 'No aplica'.</p>		<p>TR: 37%</p>	<p>ítems adicionales que consideraban relevantes.</p> <p><u>Fase 3:</u> 2 grupos focales cada uno con 6 enfermeras expertas de 34 servicios médicos y quirúrgicos de diferentes hospitales del NHS analizaron los ítems para revisar a cuáles les faltaba claridad, cuáles creían que podían ser problemáticos e identificar si faltaba alguno. Se invitó también a médicos, pero ninguno quiso participar. Ninguno de los ideados por el GPP fue modificados o eliminados.</p> <p>VCr: Se usó la subescala de 6 ítems sobre satisfacción general del Patient Satisfaction Questionnaire de Ware, Snyder y Wright (1976). Correlaciones positivas y moderadas entre esta y la uVPAIS muestran que cuanto más</p>			
--	--	---	--	-----------------------	---	--	--	--

					<p>valorados como personas se siente, mayor es la satisfacción con la atención.</p> <p>VCs: (N=219, tras eliminar los que tenían más del 10% de valores perdidos o que respondieron No aplica). Se retuvieron los ítems con cargas factoriales >.40 y aquellos que tenían carga > 0 = en un factor y mayor o = a .35 en otro. Quedó una solución final de 31 ítems y 3 factores.</p> <p>Vdiscriminante en las respuestas entre variables como la edad, el sexo y la raza. No se detectaron diferencias significativas en esta última pero sí en las dos primeras.</p>			
<p>Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems – HCAHPS (Agencia para la</p>	<p>Evaluar el aspecto funcional (no técnico) de los servicios de salud, para disponer de un indicador de calidad estandarizado que pueda ser público</p>	<p>No está centrado solamente en la medición del trabajo enfermero. 68 ítems que fueron sometidos a interpretabilidad y validez de contenido. Posteriormente adaptados</p>	<p>EEUU (inglés)</p> <p>Artículos en revistas científicas.</p> <p>N= 19720 pacientes de 130 hospitales de 3 estados diferentes que ya hubiesen</p>	<p>Interpretabilidad: 31 entrevistas individuales para conocer qué dominios, qué terminología opciones de respuesta no</p>	<p>VCo: Los CSMM solicitaron comentarios al contenido de la herramienta y su adecuación para medir la calidad del cuidado mediante</p>	<p>Fiabilidad para detectar diferencias entre hospitales por encima de .70 en 6 de los 7 factores y en el otro es de .66.</p>	<p>Westbrook et al. (2014) realizaron un estudio para revisar de nuevo la herramienta concluyendo al contrario que en los estudios previos que varias cuestiones no parecen jugar un papel importante en la</p>	<p>Child HCAHPS diseñada para población pediátrica (Toomey et al., 2015) Esta herramienta se elaboró siguiendo los siguientes pasos: revisión exhaustiva de la literatura y de las</p>

<p>Investigación y Calidad del Sistema Sanitario, 1995-2003)</p>	<p>y sirva para clasificar los centros y ayude en la toma de determinadas decisiones por parte de pacientes, servicios de seguros y profesionales sanitarios. Se busca que sus ítems complementen otras cuestiones que los centros ya usan para valorar a calidad interna.</p> <p>Para su diseño, la Agencia para la Investigación y Calidad del Sistema Sanitario solicitó propuestas de herramientas ya existentes o ítems que midiesen la perspectiva de los pacientes sobre el cuidado hospitalario. Recibieron 7 propuestas que se analizaron para ver de qué manera reflejaban los dominios de la calidad del cuidado que el Instituto de Medicina describió en su informe sobre la atención centrada</p>	<p>a español latinoamericano (Hurtado et al., 2005), y expuestos a revisión y comentarios públicos con idea de poder acortar el instrumento. Tras VCs y VCo la herramienta quedó en 16 ítems distribuidos en 7 subescalas estadísticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación enfermera (3) - Comunicación médica (3) - Contexto físico (2) - Responsabilidad sobre necesidades paciente (2) - Comunicación sobre medicinas (2) - Control dolor (2) - Información al alta (2) <p>Opciones de respuesta para las preguntas sobre la experiencia de cuidado mediante escala Likert, siendo (1) Nunca y (4) Siempre.</p> <p>Puntuación de 0 a 10 para las preguntas que valoran satisfacción global</p> <p>Se complementa con 5 variables sociodemográficas y de satisfacción global con respecto al hospital haciendo un total de 32 cuestiones que se agrupan en atención recibida por las enfermeras (4), atención recibida por los médicos (3), ambiente del hospital (2), experiencias en este hospital (8), al</p>	<p>sido dados de alta de plantas médicas, quirúrgicas u obstétricas y que hubiesen pasado al menos una noche en el hospital.</p>	<p>funcionaban para los usuarios.</p> <p>Antes de pilotarse los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CSMM o sus siglas en inglés CMS) publicaron una nota y el borrador del instrumento en el Registro Federal para pedir comentarios públicos al mismo.</p> <p>TR: 40.1%.</p>	<p>publicación de la misma de manera pública en el Registro Federal. Se redujo a 33 ítems (Keller et al., 2005)</p> <p>VCs: AFE y análisis de los ítems. Estructura de 6 factores cuya denominación cambió significativamente con respecto al modelo teórico. Se eliminaron 4 ítems por ausencia de correlación o por ser esta baja y 2 más por no discriminar entre componentes, quedando 27 (O'Malley et al., 2005).</p> <p>VCo II: Se hicieron 14 grupos focales para evaluar de los 27 ítems cuáles eran más significativos y apropiados para reflejar cada dimensión. Se eliminan 3.</p> <p>El equipo investigador revisó los 24 ítems restantes y decidió por consenso a la luz</p>	<p>CIn: alfa de Cronbach entre .51 y .88 para cada factor.</p>	<p>percepción de la calidad global hospitalaria. Los resultados psicométricos bajo su criterio no llegan a los estándares para considerar que la herramienta es válida y fiable y se sugiere continuar con su refinamiento. El grupo de Líderes en Experiencias de Pacientes también reclaman una actualización de la encuesta (Pfeifer, 2019; Salzberg et al., 2019)</p> <p>En EEUU, el sistema de pago de los seguros Medicare a los hospitales (reembolso de los costes y pago prospectivo), está basado en parte en la satisfacción de los pacientes con la atención. Esta es una herramienta estandarizada de uso nacional para lograr esas métricas, por ello, son muchas las publicaciones en las que se hace referencia al HCAHPS (más de 300 en Pubmed) (Mazurenko et al., 2017). Ha sido utilizado en múltiples estudios con diferentes finalidades: Cuantificar el “cuidado perdido” (missed care) (Orique et al., 2017), establecer correlaciones entre la opinión de las enfermeras con respecto a los comportamientos de cuidado de sus supervisoras/es hacia ellas</p>	<p>escalas de medida de calidad pre-existentes, entrevistas con expertos, grupos focales para evaluación de contenido e interpretabilidad, pruebas piloto del borrador de la encuesta, un trabajo de campo nacional con 69 hospitales en 34 estados, análisis psicométrico y pruebas de usuario final. N=17727 padres de niños hospitalizados en plantas médicas o quirúrgicas. TR: 17.1%. Consta de 39 ítems sobre la experiencia de hospitalización con buenos resultados de fiabilidad y validez.</p> <p>Versión en español para EEUU (Hurtado et al., 2005) Se elaboró paralelamente a la herramienta original. VCo e interpretabilidad mediante 12 entrevistas para para valorar la equivalencia cultural de la versión traducida al español. En el estudio de validación de la herramienta inicial se testó también esta pues un 3% de la muestra (n=586 de los 19720 contestaron en este idioma). La VCo, las correlaciones ítem-escala, la estructura</p>
---	---	--	--	---	---	---	---	--

	<p>en el paciente titulado "Cruzando el abismo de la calidad: un nuevo sistema de salud para el siglo XXI". (1) Respeto a los valores del paciente, (2) Preferencias y necesidades expresadas, (3) Coordinación e integración del cuidado, (4) Información, comunicación y educación, (5) Confort físico, (6) Soporte emocional, (7) Involucrar familia y amigos, (8) Transición y continuidad del cuidado y (9) Acceso al cuidado (Institute of Medicine, 2001). Además se realizaron 16 grupos focales con usuarios para identificar qué aspectos de la experiencia hospitalaria eran más relevantes para ellos (Sofaer et al., 2005), se habilitó un chat y un correo electrónico para recibir</p>	<p>salir del hospital (3), valoración global del hospital (2), datos personales (5).</p>			<p>de los resultados acortar más la herramienta dejándola en 16 preguntas y desdoblado una de los 6 factores obtenidos en 2 teniendo en cuenta el significado de las preguntas contenidas quedando por tanto distribuidos en 7 subescalas.</p> <p>VCs II: Se hizo AFC sobre la versión de 16 ítems y 7 factores usando el modelo de ecuación estructural. La bondad de ajuste del modelo fue excelente (IAC=.98; IANN=.97).</p>		<p>y la experiencia hospitalaria del paciente (Kostich et al., 2021), el impacto específico de la satisfacción de los pacientes en servicios de Traumatología (Watts et al., 2021), etc.</p> <p>También se ha empleado con estudiantes de enfermería para el aprendizaje de la herramienta, el análisis de la práctica y la empatía para con el paciente (Milligan, 2021).</p> <p>Las versiones intermedias de 32, 24 y final de 16 ítems se han usado en diferentes hospitales en EEUU para continuar recabando datos y desarrollando y manteniendo la escala (Kostich et al., 2021).</p>	<p>factorial y la asociación entre los 7 factores de calidad de la atención con la calificación del hospital y la intención de recomendar el hospital son similares entre esta versión y la inglesa. La confiabilidad de la CI fue significativamente menor para en participantes de habla hispana en cinco de los siete factores, pero en general se consideraron equivalentes lingüísticamente hablando.</p> <p>HCAHPS validada para 5 países europeos y 7 idiomas (Squires et al., 2012). Se adaptó mediante traducción y retro-traducción la escala de 66 ítems a holandés, finés, francés, alemán, griego, italiano y polaco. N=70 pacientes evaluaron VCo mediante escala de relevancia con resultado de buena o excelente para todas ellas. No se han encontrado evaluaciones psicométricas posteriores de todos ellos, solo de la versión para Holanda (Arah et al., 2006),</p> <p>HCAHPS validada al árabe para Arabia</p>
--	---	--	--	--	--	--	--	---

	<p>comentarios y se hicieron reuniones con las partes interesadas y proveedores de servicios (Goldstein et al., 2005).</p>							<p>Saudí (Bruyneel et al., 2017). Se tradujo siguiendo 4 pasos: (1) traductores bilingües cualificados tradujeron el HCAHPS del inglés al árabe; (2) la versión árabe se volvió a traducir al inglés y fue revisada por expertos para garantizar la precisión del contenido (equivalencia del contenido); (3) se verificaron las similitudes y diferencias de las versiones en inglés y árabe (equivalencia semántica); (4) dos personas bilingües independientes realizaron la revisión final de las versiones por separado y acordaron una versión final similar y equivalente a la original en inglés en contenido y significado. 18 ítems. N=727 pacientes. CI: $\alpha=.90$ y VCs: estructura de 9 factores.</p> <p>HCAHPS para Malasia (Zun et al., 2019). El HCAHPS original de 22 ítems (de los cuales 16 son sobre su experiencia reciente en el hospital y 2 sobre satisfacción global) se tradujo al malayo. La VCo se realizó con un panel de expertos de 10</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

miembros, incluidos pacientes. La prueba piloto de VL de la versión HCAHPS-malaya se realizó con 10 pacientes dados de alta. El AFE (n=200 pacientes) mostró 9 factores y CI: $\alpha=.844$.

DISEÑADOS EN LENGUA NO INGLESA

<p>Quality from the Patient's Perspective – QPP (Larsson et al., 1998; Wilde et al., 1994; Wilde Larsson y Larsson, 2002)</p>	<p>Derivar de la teoría nombrada debajo un instrumento de medida que permita conocer la calidad de la atención.</p>	<p>No se centra en exclusiva en acciones de cuidado enfermero.</p> <p><i>1994 - Versión inicial:</i> 150 ítems para medir las 4 dimensiones desglosadas en 27 subcategorías del análisis cualitativo que se sometieron a VCo e interpretabilidad quedando en 69.</p> <p>Tras VCs se reduce a 56 ítems. De los cuales 9 son usados 2 veces una para referirse a enfermeras y otra a médicos. Esta es considerada la versión larga validada del QPP.</p>	<p>Suecia (sueco)</p> <p>Artículo en revista científica.</p>	<p><i>1994- Primera versión:</i></p> <p>Interpretabilidad: 10 pacientes voluntarios puntuaron la claridad y comprensibilidad de los ítems después de la fase de VCo. Se eliminan 21 ítems.</p>	<p><i>1994- Primera versión:</i></p> <p>VCo: Panel multidisciplinar de 10 expertos para evaluar la congruencia de los ítems con el modelo teórico. Se eliminan 60 ítems.</p>	<p><i>1994- Primera versión:</i></p> <p>CIn: α para cada factor entre .77 y .87.</p>	<p><i>1994- Primera versión:</i></p> <p>En la comparación entre grupos destaca que los pacientes con estancias más largas dan puntuaciones más elevadas en la escala de realidad percibida. Mientras que las diferencias entre subgrupos de edad, sexo, experiencia hospitalaria previa eran poco significativas.</p>	<p>QPP versión adaptada al noruego y para uso en población en cuidados paliativos - QPP-PC (Sandsdalen et al., 2015). N=128 pacientes. TR: 67%. 4 dimensiones y 24 ítems. RMSEA: .109 y CIn: α entre .59 y .86. Se requieren más estudios para perfeccionar esta versión. El QPP-PC se debe usar con precaución como herramienta de medida de la experiencia reportada por el paciente (PREM).</p>
	<p>Basado en la Teoría de la Calidad del Cuidado elaborada a partir de un estudio de Teoría Fundamentada realizado por los mismo autores de la herramienta (Wilde et al., 1993).</p>	<p>Todos los factores tenían 2 escalas Likert de 5 puntos, una para evaluar la realidad percibida (1=Totalmente en desacuerdo a 5= Totalmente de acuerdo), otra para la importancia subjetiva de cada ítem para el paciente (1=Ninguna importancia a 5=Muy alta importancia). Una tercera escala para medir la calidad personal</p>	<p><i>1994:</i> N=181 pacientes con enfermedades infecciosas.</p>	<p>TR: 68%.</p>	<p>VCs: Análisis factorial muestra modelo de 4 factores que coinciden con las 4 dimensiones del modelo teórico. Se eliminaron 13 ítems por tener cargas factoriales <.40. Quedando 56 ítems.</p>	<p><i>1998- Versión revisada:</i></p>	<p><i>2002- Versión corta:</i></p> <p>En la comparación entre la versión larga y la corta, la puntuación obtenida en la escala de importancia subjetiva atribuida a varios aspectos del cuidado en la versión corta es mayor por lo que se concluye que no mide totalmente lo que mide la versión larga. También los coeficientes de fiabilidad en la versión corta son modestos por lo que se recomienda elegir la opción larga si es posible.</p>	<p>QPP versión para valorar la calidad de la atención intraparto – QPP-I (Wilde-Larsson et al., 2010). Seleccionaron 22 ítems de las versiones larga y corta del QPP y añadieron 10 nuevos extraídos de un estudio con método Delphi (Sandin Bojó et al., 2004). Dimensionalidad</p>
			<p><i>1998-Versión revisada:</i> N=661 pacientes mayores de 16 años e ingresados al menos 2 días en servicios médicos, quirúrgicos, obstétricos y ortopédicos.</p>	<p><i>1998- Versión revisada:</i></p>	<p><i>1998-Versión revisada:</i></p> <p>VCs: Se estudió dimensionalidad mediante SEM. Se consideró el ajuste de modelo con RMSEA de</p>	<p>CIn: α entre .76 y .93 para cada una de las 4 dimensiones y en las dos escalas.</p>		
			<p><i>2002- Versión corta:</i> N=162 pacientes de las mismas características de la muestra anterior de plantas médicas y quirúrgicas de 2 hospitales suecos.</p>	<p><i>2002- Versión corta:</i></p>		<p><i>2002- Versión corta:</i></p>		
				<p>TR: 79%.</p>		<p>CIn: α de Cronbach por dimensiones y escalas (realidad percibida e importancia subjetiva de los cuidados). Competencia médico técnica: .67 y .70; Condiciones físico-técnicas: No aplica por respuesta</p>		

		<p>donde se pregunta por estado físico de salud y percepción de bienestar. 5 opciones de respuesta desde ‘Muy pobre’ (1) hasta ‘Muy bueno’ (5).</p> <p>4 dimensiones: Competencia médico-técnica, condiciones físico-técnicas, enfoque orientado a la identidad y ambiente socio-cultural.</p> <p><i>1998- Versión revisada:</i> Tras varias aplicaciones en pacientes y estudiantes de enfermería se elimina un ítem y se añaden 9. Quedando una escala de 64 ítems. La escala Likert se reduce a 4 opciones y se evalúa cada pregunta en dos escalas: realidad percibida en cuanto a la calidad del cuidado y la importancia subjetiva de esos cuidados. Se analiza dimensionalidad.</p> <p>Tras análisis de validez, se cambia el contenido de algunos ítems y para la dimensión de condiciones físico-técnicas las opciones de respuesta se sustituyen por alternativas dicotómicas (Sí/No). Se añaden y dividen preguntas quedando 68 ítems aparentemente y 66 ítems.</p> <p>4 escalas y 17 subescalas: - Competencia médico-técnica (11 ítems)</p>			<p>.05. Durante la construcción del modelo se eliminaron 4 ítems por los índices elevados que presentaban. RMSEA=.046, $\chi^2(1118) = 2534.50$, $p < 0.00$. 1 factor general y 20 factores subordinados.</p> <p>VCo: Tras VCs se añade 1 ítem y se desdoblan otros distribuyéndose en 2 factores subordinados adicionales: rutinas y ocupación significativa, a la luz de los resultados del estudio realizado con este cuestionario en población anciana (Wilde et al., 1995).</p> <p><i>2002- Versión corta:</i> Correlación de Pearson entre los ítems de la versión larga y corta. Varían en la fuerza de correlación, pero todas son significativas excepto una.</p>	<p>dicotómica y .65; enfoque orientado a la identidad: .91 y .89; atmósfera socio-cultural .72 y .85.</p>	<p>Tanto la herramienta corta como la larga han sido utilizadas en múltiples estudios tanto observacionales como experimentales.</p> <p>No ha sido validado al español en su versión original ni en su versión corta. Únicamente hemos encontrado adaptada a nuestro idioma la QPP-I (Donate-Manzanares et al., 2017).</p>	<p>(SEM): 1 factor general, 32 ítems y 10 subescalas. RMSEA=.046 e IC del 90%. Otros índices de bondad de ajuste del modelo fueron NFI: .946, GFI: .914, AGFI: .866 y chi cuadrado 55.6 ($df=36.00$; $p<.001$). CIn: α entre .73 y .93. Recomiendan añadir Hacén una adenda posteriormente en la que sugieren incluir 2 ítems adicionales a esta versión de 32, uno en la dimensión teórica de Competencia médico-técnica: ‘Recibí la mejor ayuda posible con mi higiene personal’ y otro en la de Condiciones físico-técnicas: ‘He recibido líquidos y comida que me gustaron’. Escalas Likert también de 4 puntos y de 2 tipos, una para valorar frecuencia de los cuidados recibidos y otra importancia de los mismos.</p> <p>QPP versión para parejas en tratamiento de fecundación in vitro – QPP-IVF (Holter et al., 2014). Un panel de expertos tanto en infertilidad como en el uso de la QPP seleccionaron ítems de las versiones corta y larga. 13 se</p>
--	--	--	--	--	--	---	--	---

		<p>- Condiciones físico-técnicas (10)</p> <p>- Aproximación orientada a la identidad (30)</p> <p>- Atmósfera socio-cultural (15)</p> <p><i>2002- Versión corta:</i> 24 ítems extraídos a partir de los 14 con mayor carga factorial, los 4 considerados más importantes por estudios en los que se usó (resultados no publicados) y 6 que proceden de la fusión de preguntas de la versión larga.</p>						<p>transcribieron literalmente, 18 se adaptaron a esta población y 13 nuevos ítems se diseñaron a a partir de bibliografía especializada. A estas se añadieron cuestiones abiertas y otras cerradas sobre variables sociodemográficas y clínicas. La VL, VCo e interpretabilidad fue evaluada por 8 expertos del personal sanitario y 13 hombres y mujeres infértiles.</p> <p>N=655 pacientes. TR: 67.5%. VCs: Para las 4 dimensiones teóricas aparecen en el AFE 10 factores/subescalas subyacentes. CIn: α >.70 en mujeres en casi todas las subescalas. En hombres cifras un poco menores, pero valores aceptables. Tras estos dos análisis se eliminan ítems dejando 30 para la versión para mujeres y 29 para hombres. VCon correlación significativa con el módulo de tratamiento opcional del FertiQoL. ET: Submuestra de 92 pacientes contestaron al RT a los 10 días. CCI: Entre .74 y .79.</p> <p>QPP corta adaptada a pacientes con cáncer de próstata operados</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	--

								(Christiansen et al., 2021) Creada con 30 ítems a partir de la versión corta del QPP y algunos ítems tomados de la EPIC-CP y revisados por 5 usuarios para evaluar interpretabilidad. N=265 pacientes. TR: 73.4%. VCs: Extracción de factores mediante EFA e imputación de valores perdidos para poder comparar con los resultados de estudios previos. 2 factores que explican el 61% de la varianza. No coincidentes con el modelo teórico o el resto de estudios. No se han publicado otros resultados relacionados con las características psicométricas.
Patient Experience Questionnaire – PEQ (Pettersen, 2004)	Tener una medida de la experiencia de los usuarios con respecto a los servicios de salud proporcionados. Basado en las dimensiones del metaanálisis sobre la satisfacción con la atención médica realizado por Hall y Dornan (1990): Calidad general, humanidad, competencia, resultado,	<i>Segunda versión:</i> 35 ítems con una escala de respuestas ordinal de 10 puntos y en 16 de ellos la opción de responder ‘No aplicable en mi caso’. Sobre esta se aplicaron las pruebas psicométricas mostradas en la tabla. <i>Versión final:</i> Se presentan 10 escalas basadas en el AFE y las consideraciones teóricas: - Información sobre las futuras molestias - Servicios enfermeros - Comunicación	Noruega (noruego) Artículo en revista científica. N= 19578 pacientes dados de alta 6 semanas antes de servicios de Medicina Interna y Cirugía de 14 hospitales estratificados por zonas geográficas y tamaño del centro.	TR: 53%. No hay información disponible sobre TC y análisis de la interpretabilidad.	VCs: EFA: Se analizó en 26 ítems de los 35 diseñados. 4 de ellos porque tuvieron más de un tercio de pacientes que respondieron que no les aplicaba la pregunta, 2 porque correlacionaban con la mayoría de los otros ítems y 3 porque eran indicadores de los resultados médicos	CIn: Los 6 factores del AFE y las 3 categorías teóricas tuvieron un α de Cronbach entre .71 y .82 para los 6 factores obtenidos tras la VCs. Y .61 para la subescala teórica de Organización, .67 para a de Información de la medicación y .83 para la de Satisfacción General.	En 2007 fue utilizado en un estudio en 62 hospitales de Noruega para valorar la asociación entre las experiencias de los pacientes, aspectos de la atención sanitaria proporcionada y características de los pacientes ingresados con enfermedades somáticas (Danielsen et al., 2007).	Aunque hay varios cuestionarios con las mismas siglas no se ha encontrado que sean adaptaciones de este sino herramientas diferentes.

	<p>instalaciones, continuidad de la atención, acceso, información, coste, burocracia y atención a problemas psicosociales. En 1998 se elaboró una <i>versión inicial</i> cuyos resultados psicométricos no se han podido obtener por estar únicamente publicados en Noruego (Guldvog et al., 1998). Esta primera versión que se denominó PS-RESKVA (acrónimo en noruego de Satisfacción del Paciente, Resultados y Calidad) sirvió como punto de partida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Información sobre exámenes - Contacto con los allegados - Servicios médicos - Hospital y equipamiento - Información sobre medicación - Organización - Satisfacción general <p>6 cuestiones específicas sobre las enfermeras y varias relativas a su labor sin personalizar en el colectivo o referidas a la plantilla del hospital de forma genérica.</p> <p>Escala 0 a 10 (frecuencia, satisfacción, opinión)</p>			<p>esperados más que de la experiencia de cuidado. De los 26, 6 fueron eliminados al no tener cargas factoriales mayores de .3. Solución de 6 factores y una varianza total explicada del 67%. A partir de este resultado se construyeron escalas de puntuación sumatorias (Deselle, 2005). Para ello se excluyen varios ítems y se fusionan otros distribuidos en los 6 factores, de estos el factor 3 lo desdoblan en 3 teniendo 7 escalas extraídas del AFE. Con los ítems eliminados se crean 3 categorías teóricas más denominadas: Información sobre la medicación, satisfacción general y Organización.</p>	<p>ET (n=150) a las 2 semanas. CCI= .62 a .85 (en 5 de las 10 subescalas fue > .70).</p>		
--	---	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Tabla de elaboración propia.

LEYENDA DE SIGLAS E INTERPRETACIÓN DE ALGUNOS CONCEPTOS:

CIn: Consistencia interna; ET: Estabilidad temporal. TRI: Teoría de Respuesta a los ítems. VL: Validez lógica; VCo: Validez de contenido; VCs: Validez de constructo; V.Cr: Validez de criterio; VPr: Validez de predictiva; VCon: Validez Convergente. TC: Tiempo de cumplimentación; TR: Tasa de respuesta. AFE: Análisis Factorial Exploratorio. AFC: Análisis Factorial Confirmatorio. CCI: Coeficiente de Correlación Intraclase. AT: Adaptación transcultural. IVC: Índice de Validez de Contenido. RVC: Ratio de validez de contenido. VCG: Validez de Contenido General.

*IVC: Oscila entre -1 y +1 y se asigna por cada experto en base a tres opciones: que el ítem sea esencial para evaluar el constructo, que sea útil pero se pueda prescindir de él o que se considere innecesario y deba eliminarse del cuestionario. Cuanto más próximo a +1 más relevante se considera su mantenimiento en la escala a validar (Coyle y Williams, 2001).

Interpretación del Índice de Facilidad de Lectura de Flesch (o sus siglas en inglés FRE) y del Grado de Legibilidad Flesch-Kincaid (FK).

FRE score	Reading difficulty	Estimated FK reading grade level
91-100	Very easy	US Grade 5 or 11-year-old
81-90	Easy	US Grade 6
71-80	Fairly easy	US Grade 7
61-70	Standard	US Grade 8-9 or 13-15-year-old
51-60	Fairly difficult	US Grade 10-12
31-50	Difficult	US Grade 13-16
0-30	Very difficult	College graduate

FRE=Flesch reading ease, FK=Flesch-Kincaid

Fuente: Tabla extraída de Jindal and MacDermid (2017)

**TRI con diferentes modelos de análisis como el de Rasch u otros, es un sistema para estimar estadísticamente los parámetros de los sujetos y los ítems de un modelo teórico latente a partir de las respuestas observables (Prieto and Delgado, 2010). Busca subsanar limitaciones de la Teoría Clásica de los Test como la dependencia de la validación a las características de la muestra en la que se ha testado, la asunción de la equivalencia de ítems, la asunción del error estándar de medición y los problemas de equiparación de la prueba.

***TIF o IIF (ítem information function): se utiliza partiendo de la premisa de que no todos los ítems son igual de informativos en un test por lo que es una prueba que permite discriminar cuales aportan más información sobre el concepto teórico latente en el cuestionario. (Para más información sobre las características del TRI, pruebas e interpretaciones ver Capítulo 12 en el libro de Streiner y Norman, 2008).

**** SEM: modelo de ecuaciones estructurales no lineales (propio de la TRI) y que se interpreta de forma similar al alfa de Cronbach. RMSEA: root mean square error of approximation. IAC: Índice de Ajuste Comparativo (en inglés CFI). IANN: Índice de Ajuste No Normativo (en inglés NNFI). IBA: Índice de Bondad de Ajuste (GFI). IABA: Índice ajustado de bondad de ajuste (AGFI en inglés). IMAP: Índice de medidas ajustadas por parsimonia (PNFI en inglés)

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO V.1.1. DE
15 DE NOVIEMBRE DE 2012

Documento de consentimiento informado para la participación en el estudio titulado:

“Construcción y validación de un instrumento para medir la percepción del Cuidado Invisible de enfermería recibido por pacientes con patología onco-hematológica en el entorno hospitalario”

A cumplimentar por el/la paciente

D/Dña.....

Confirmando que he sido suficientemente informado/a acerca de la investigación en la que acepto participar, la cual es un trabajo de tesis doctoral de Isabel Huércanos Esparza, alumna de doctorado de la Universidad de Zaragoza.

Entiendo que esta investigación pretende explorar los cuidados que los profesionales de enfermería (enfermeras, enfermeros y auxiliares) realizan en su trabajo hospitalario a través de la percepción de los usuarios y familiares como receptores de dicho cuidado. Los objetivos del estudio son, por un lado, elaborar herramientas que sirvan para evaluar dicho trabajo, por otro lado, conocer las expectativas, necesidades, demandas y sugerencias que puedan aportar usuarios y familiares para mejorar la calidad en la atención hospitalaria.

Los métodos empleados para la recolección de datos consistirán en la cumplimentación por mí mismo/a de tres cuestionarios, dos de ellos acerca de mi percepción sobre la atención recibida por el personal de enfermería, el otro, acerca de mi calidad de vida. Me comprometo a cumplimentar los cuestionarios en dos ocasiones, el intervalo de tiempo entre la primera y la segunda será generalmente de 15 a 21 días.

Doy permiso para que los datos obtenidos de mis respuestas sean utilizados para la posterior publicación de la tesis de la investigadora y otras publicaciones científicas que se puedan realizar. Así mismo, doy mi consentimiento para que se puedan consultar ciertos datos de mi historia clínica, únicamente por la investigadora, con el fin exclusivo de complementar información que pueda aparecer incompleta en el cuestionario, relacionada con mi edad, lugar de residencia, diagnóstico y fecha del mismo, tiempo y lugar de ingreso, tratamiento recibido y evolución del proceso de enfermedad oncológica, otras enfermedades que me han sido diagnosticadas.

He sido convenientemente informado de que todos estos datos se recogerán y manejarán de manera confidencial y anónima de acuerdo con la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal y con la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

Al aceptar participar en este estudio comprendo que mi colaboración es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando lo desee, sin necesidad de dar explicaciones y sin que este hecho tenga ningún tipo de repercusión en mi atención en el hospital por parte de ningún profesional que me atiende.

Doy permiso para que el análisis de la información obtenida pueda ser contrastado por otros colaboradores de la investigación con el fin de garantizar su adecuación y fidelidad a la realidad.

Así doy mi consentimiento para participar en este estudio:

Firma del participante:	Fecha:
Firma de la investigadora:	Fecha:

A cumplimentar por el/la cuidadora familiar principal:

D./Dña.
como cuidador/a principal de mi familiar durante su hospitalización.

Comprendo y acepto la metodología que se empleará en la investigación y que aparece debidamente explicada anteriormente.

En mi caso, me comprometo a cumplimentar el cuestionario acerca de la percepción que tengo sobre el cuidado que el personal de enfermería ha dispensado a mi familiar durante su estancia hospitalaria e indirecta o directamente a mí también como persona que ha acompañado durante la hospitalización a la persona enferma.

Informo de que cumplimento el cuestionario únicamente en el caso de que mi familiar no se encuentre en disposición de hacerlo por sí mismo, bien por motivos físicos, como pueden ser fatiga severa o disconfort, o bien por no ser capaz de comprender adecuadamente las preguntas o expresarse por escrito en español, haciendo constar el motivo en el propio cuestionario.

Los únicos datos que se conocerán de mí son edad, sexo, parentesco y tiempo estimado que he dedicado a acompañar a la persona enferma. Al igual que con los datos del paciente, se garantiza la confidencialidad de mis datos, el anonimato y la posibilidad de retirarme del estudio en cualquier momento si así lo deseo, sin que este hecho tenga ningún tipo de repercusión en la atención a mi familiar ni hacia mí.

Así doy mi consentimiento para participar en este estudio:

Firma del participante:	Fecha:
Firma de la investigadora:	Fecha:

Para cualquier duda relacionada con el estudio, puede llamar al teléfono 692.130.869.

Gracias por su colaboración.

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO V.1.2. DEL
9 DE MARZO DE 2020

Documento de consentimiento informado para la participación en el estudio titulado:

“Construcción y validación de un instrumento para medir la percepción del Cuidado Invisible de enfermería recibido por pacientes con patología onco-hematológica en el entorno hospitalario ”

A cumplimentar por el/la paciente

D/Dña.....

Confirmando que he sido suficientemente informado/a acerca de la investigación en la que acepto participar, la cual es un trabajo de tesis doctoral de Isabel Huércanos Esparza, alumna de doctorado de la Universidad de Zaragoza.

Entiendo que esta investigación pretende explorar los cuidados que los profesionales de enfermería (enfermeras, enfermeros y auxiliares) realizan en su trabajo hospitalario a través de la percepción de los usuarios como receptores de dicho cuidado. Los objetivos del estudio son, por un lado, elaborar una herramienta que sirva para evaluar dicho trabajo, por otro lado, conocer las expectativas, necesidades, demandas y sugerencias que puedan aportar los usuarios para mejorar la calidad en la atención hospitalaria.

Los métodos empleados para la recolección de datos consistirán en la cumplimentación por mi mismo/a de tres cuestionarios, dos de ellos acerca de mi percepción sobre la atención recibida por el personal de enfermería, el otro, acerca de mi calidad de vida. Me comprometo a cumplimentar los cuestionarios en dos ocasiones, con un intervalo de tiempo entre ambos que será generalmente de 7 a 30 días.

Doy permiso para que los datos obtenidos de mis respuestas sean utilizados para la posterior publicación de la tesis de la investigadora y otras publicaciones científicas que se puedan realizar. Así mismo, doy mi consentimiento para que se puedan consultar ciertos datos de mi historia clínica, únicamente por la investigadora, con el fin exclusivo de complementar información que pueda aparecer incompleta en el cuestionario, relacionada con mi edad, lugar de residencia, diagnóstico y fecha del mismo, tiempo y lugar de ingreso, tratamiento recibido y evolución del proceso de enfermedad oncológica, otras enfermedades que me han sido diagnosticadas.

He sido convenientemente informado de que todos estos datos se recogerán y manejarán de manera confidencial y anónima de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales y el Reglamento General de Protección de Datos (RGDP 2016/679) y únicamente serán utilizados para el trabajo de investigación al que se hace referencia. Podré ejercer mi derecho de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de mis datos, de limitación y oposición a su tratamiento contactando con la investigadora responsable en el siguiente teléfono: 692130869 o en el correo electrónico: isabelhuercanosesparza@gmail.com.

Al aceptar participar en este estudio comprendo que mi colaboración es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando lo desee, sin necesidad de dar explicaciones y sin que este hecho tenga ningún tipo de repercusión en mi atención en el hospital por parte de ningún profesional que me atiende.

Doy permiso para que el análisis de la información obtenida pueda ser contrastado por otros colaboradores de la investigación con el fin de garantizar su adecuación y fidelidad a la realidad.

Así doy mi consentimiento para participar en este estudio:

Firma del participante:	Fecha:
Firma de la investigadora:	Fecha:

A cumplimentar por el/la cuidadora familiar principal:

D./Dña.
como cuidador/a principal de mi familiar durante su hospitalización.

Comprendo y acepto la metodología que se empleará en la investigación y que aparece debidamente explicada anteriormente.

En mi caso, me comprometo a cumplimentar los cuestionarios acerca de la percepción que tengo sobre el cuidado que el personal de enfermería ha dispensado a mi familiar durante su estancia hospitalaria e indirecta o directamente a mí también como persona que ha acompañado durante la hospitalización a la persona enferma. Informo de que cumplimento el cuestionario únicamente en el caso de que mi familiar no se encuentre en disposición de hacerlo por sí mismo, bien por motivos físicos, como pueden ser fatiga severa o disconfort, o bien por no ser capaz de comprender adecuadamente las preguntas o expresarse por escrito en español, haciendo constar el motivo en el propio cuestionario.

Los únicos datos que se conocerán de mí son edad, sexo, parentesco y tiempo estimado que he dedicado a acompañar a la persona enferma. Al igual que con los del paciente, se garantiza la confidencialidad de mis datos, el anonimato y la posibilidad de retirarme del estudio en cualquier momento si así lo deseo, sin que este hecho tenga ningún tipo de repercusión en la atención a mi familiar ni hacia mi, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales y al Reglamento General de Protección de Datos (RGDP 2016/679).

Los datos que aporte únicamente serán utilizados para el trabajo de investigación al que se hace referencia. Podré ejercer mi derecho de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los mismos, así como de limitación y oposición a su tratamiento contactando con la investigadora responsable en el siguiente teléfono: 692130869 o en el correo electrónico: isabelhuercanosparza@gmail.com.

Así doy mi consentimiento para participar en este estudio:

Firma del participante:	Fecha:
Firma de la investigadora:	Fecha:

Para cualquier duda relacionada con el estudio, puede contactar con la investigadora responsable del estudio por las vías de contacto facilitadas anteriormente.

Gracias por su colaboración.

ANEXO 4. HOJA DE INSTRUCCIONES PARA LA
CUMPLIMENTACIÓN DEL PCIE-H

Estudio acerca de la percepción de los usuarios con respecto al cuidado proporcionado por el personal de enfermería durante la hospitalización

Estimado/a Sr/Sra.:

Recientemente usted o un familiar suyo ha sido hospitalizado/a, pedimos su colaboración para conocer cuál ha sido su opinión con respecto a los cuidados recibidos por parte del personal de enfermería. Conocer sus necesidades y expectativas nos permitirá mejorar la atención que se le presta desde el hospital. Para ello, le solicitamos que dedique unos minutos a cumplimentar los cuestionarios que se adjuntan.

Su aportación resulta muy valiosa para nosotros.

Solicitamos que siempre que sea posible sea la persona que ha sido hospitalizada la que cumplimente los cuestionarios. Sólo en caso de que dicha persona no se encuentre en condiciones de responder puede hacerlo por el familiar o persona más allegada al paciente.

Podrá observar que en algunas preguntas se hace referencia a “la enfermera”, con este término nos referimos de forma general a las enfermeras, enfermeros y auxiliares de enfermería que le han atendido mientras ha estado ingresado/a. Como suele haber diferencia en la forma de trabajar de las personas, piense en lo que es más habitual en el trato recibido por las enfermeras, enfermeros y auxiliares, en este caso, NO preguntamos por la atención de médicos y médicas (salvo que se especifique en la pregunta).

Al final del cuestionario puede añadir cualquier cosa que desee que considere relevante en la atención sanitaria que ha recibido.

Garantizamos que la participación en este estudio es completamente anónima (ver consentimiento informado anexo).

Al tratarse de un cuestionario que deseamos validar, será preciso que cumplimente el mismo en dos ocasiones espaciadas entre sí. Usted y la persona que le entregue el cuestionario podrán acordar el mejor momento para realizarlo.

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 5. CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL
CUIDADO INVISIBLE DE ENFERMERÍA DURANTE LA
HOSPITALIZACIÓN (PCIE-H) – VERSIÓN PARA
VALIDACIÓN

Iniciales del paciente/familiar: _____ Fecha: _____ CÓDIGO

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

ES IMPORTANTE QUE RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS

Contesta el cuestionario: Paciente Cuidador/a familiar

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

Sin estudios titulados Primarios Secundarios Universitarios

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

Fecha de nacimiento _____ Parentesco con el paciente _____

Marque con una X: Mujer Hombre

Tiempo estimado que ha dedicado a acompañar a su familiar enfermo en el hospital (expresado en horas por día) _____

Cuido también de mi familiar enfermo en el domicilio:

Si No En caso de que la respuesta sea afirmativa ¿cuánto tiempo lleva cuidándole? _____

Motivo por el cual el/la paciente no puede responder al cuestionario _____

Datos referentes al paciente:

Fecha de nacimiento _____

Marque con una X: Mujer Hombre

Lugar de residencia _____ ¿En qué hospital ha estado ingresado/a? _____

Servicio (planta) en el que estuvo ingresado _____ Mes del último ingreso _____

¿Cuánto duró su estancia en el hospital? _____ Motivo del ingreso _____

¿Tiene usted alguna otra enfermedad? (Especifique) _____

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

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10

(Nada satisfecho)

(Muy satisfecho)

A continuación, marque con una X **una única respuesta**, la que estime oportuna para cada pregunta con respecto a su último ingreso. RECUERDE: SOLO EN RELACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERIA de la planta en la que estuvo ingresado, **no** personal del Hospital de Día y tampoco médicos/as.

(Usamos el femenino pero incluye a enfermeros y auxiliares hombres)

EJEMPLO:

P3. ¿Acudía a comprobar cómo estaba usted aunque no la hubiera llamado?

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

<p><i>P1. ¿Se preocupaba la enfermera por cómo se encontraba incluso cuando la situación más grave ya había pasado?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P2. Aunque no era su enfermera de referencia en ese turno ¿se preocupaba por su situación?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P3. ¿Acudía a comprobar cómo estaba usted aunque no la hubiera llamado?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P4. ¿Le atendió con rapidez cuando la llamó?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P5. ¿Considera que la enfermera le dedicó el tiempo adecuado que usted necesitó?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P6. ¿Le dijo como avisar si necesitaba algo o tenía algún problema?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P7. ¿Se mostró dispuesta a aclararle las dudas que le surgieron durante el ingreso?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P8. ¿Intentó tranquilizarle dándole la información que usted necesitaba en un momento dado?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P9. ¿Le dio ánimos cuando los necesitó?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P10. ¿Le dedicó momentos y/o espacios para hablar sobre temas que le preocupan o interesan sobre su proceso, con usted y/o su familia?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P11. ¿Ha sentido que la enfermera en algún momento ha tratado de ponerse en su lugar para comprender la situación por la que usted estaba pasando?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>
<p><i>P12. ¿Utilizó la enfermera un lenguaje comprensible para dirigirse a usted?</i></p> <p>Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/></p>

<i>P13. ¿Se ha sentido acompañado por la enfermera/o durante su estancia hospitalaria?</i>									
Nunca	<input type="checkbox"/>	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>
<i>P14. ¿Se sentó cerca de usted para hablar?</i>									
Nunca	<input type="checkbox"/>	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>
<i>P15. ¿Se sintió reconfortado cuando lo necesitó?</i>									
Nunca	<input type="checkbox"/>	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>
<i>P16. ¿Le atendió con delicadeza?</i>									
Nunca	<input type="checkbox"/>	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>
<i>P17. ¿Le ofreció una taza de té o café, zumo, una revista, etc., o le preguntó si necesitaba algo?</i>									
Nunca	<input type="checkbox"/>	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>
<i>P18. ¿Estuvo atenta para administrarle la medicación cuando tuvo dolor?</i>									
Nunca	<input type="checkbox"/>	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>
<i>P19. ¿Procuró que el entorno de la habitación fuera confortable, para facilitarle comodidad y descanso?</i>									
Nunca	<input type="checkbox"/>	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>
<i>P20. ¿Le tuvo en cuenta, haciéndole preguntas y escuchándole? (sobre su proceso, sus gustos, sus costumbres, etc.)</i>									
Nunca	<input type="checkbox"/>	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>
<i>P21. ¿Realizó otro tipo de acciones para disminuir el dolor, la fiebre, la inflamación, vómitos, (...) cuando la medicación no era efectiva o no era posible proporcionarle más medicación? ¿Cuales?_____</i>									
Nunca	<input type="checkbox"/>	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>
<i>P22. ¿Procuró preservar su intimidad durante el aseo y las curas?</i>									
Nunca	<input type="checkbox"/>	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>
<i>P23. ¿Le enseñó algunas pautas (cómo tomar la medicación, dieta, ejercicio, etc.) para prevenir la recaída de la enfermedad o para llevar un manejo de la enfermedad adecuado en su domicilio?</i>									
Nunca	<input type="checkbox"/>	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>
<i>P24. ¿Se encargó de coordinar las actividades del resto de profesionales (médicos, trabajadores sociales, auxiliares, fisioterapeutas, celadores, etc.) para que se le administrara una atención apropiada?</i>									
Nunca	<input type="checkbox"/>	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>
<i>P25. ¿Supo cómo actuar en cada momento?</i>									
Nunca	<input type="checkbox"/>	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>
<i>P26. ¿Cree que la enfermera tomó sus propias decisiones para cuidarle mejor?</i>									
Nunca	<input type="checkbox"/>	Casi nunca	<input type="checkbox"/>	A veces	<input type="checkbox"/>	Casi siempre	<input type="checkbox"/>	Siempre	<input type="checkbox"/>

<i>P27. ¿Procuró que su familia participara en su cuidado, enseñándoles lo necesario de cara al alta?</i>				
Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
<i>P28. ¿Tuvo en cuenta a su familia y su situación durante el ingreso, cuidando también de ellos de alguna manera?</i>				
Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
<i>P29. ¿Considera que la enfermera fue sincera con usted durante su proceso de enfermedad?</i>				
Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
<i>P30. ¿Procuró preservar su intimidad al darle información delicada?</i>				
Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
<i>P31. ¿Fue amable con usted en su ingreso en el hospital?</i>				
Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Casi siempre <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>

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

<i>P32. ¿La enfermera se presentó diciéndole su nombre la primera vez que le atendió?</i>	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> _____
<i>P33. ¿Está satisfecho/a con el cuidado de las enfermeras <u>durante el último ingreso</u>?</i>	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Indique de 0 a 10 su grado de satisfacción: _____
<i>P34. ¿Considera que la enfermera/o ocupa un lugar importante en el equipo de profesionales sanitarios que le atendieron?</i>	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> _____
<i>P35. ¿Tiene usted confianza y seguridad en las enfermeras/os que le han atendido?</i>	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> _____
<i>P36. ¿Está satisfecho/a con la manera en que se ha resuelto el problema de salud que motivó su ingreso?</i>	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> _____
<i>P37. ¿Está satisfecho con el médico/a que le ha atendido?</i>	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> _____

Le pedimos un último esfuerzo, por favor, desde su experiencia en el hospital, en cuanto a la atención recibida por el personal de enfermería durante su ingreso (Puede escribir por detrás de esta hoja)

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

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

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

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

P42. Le agradeceríamos que nos hiciera sugerencias para mejorar la atención de enfermería (puede escribir por detrás de la hoja)

P43. En concreto, ¿cómo diría que es su satisfacción con la atención que ha recibido por parte de las enfermeras/os durante el ingreso sobre el que ha opinado a lo largo de este cuestionario?

Nada satisfecho Poco satisfecho Satisfecho Bastante satisfecho Muy satisfecho

P44. Para finalizar, ¿qué importancia cree que tienen los cuidados sobre los que le hemos preguntado en el cuestionario para su bienestar y/o recuperación?

Nada importantes Poco importantes Son importantes Bastante importantes Muy importantes

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 6. CUESTIONARIO DE CALIDAD DEL
CUIDADO DE ENFERMERÍA(CUCACE)-VERSIÓN
ESPAÑOLA DEL NEWCASTLE SATISFACTION WITH
NURSES SCALE (NSNS)

Unidad

Hospital

Paciente

Hora

CUCACE
Cuestionario de Calidad de Cuidados de
Enfermería.
Versión en castellano del NSNS (The Newcastle
Satisfaction with Nursing Scales)

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
SOBRE SU OPINIÓN DE LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMERAS

CONTENIDO DE ESTAS PREGUNTAS

Estas preguntas tratan sobre la asistencia que usted ha recibido durante su estancia en el Hospital. Se le hacen preguntas sobre los cuidados de las enfermeras y se le pide la opinión sobre el trato que le han dado. Finalmente también se le pedirán algunos datos personales.

Le agradeceríamos que responda con toda sinceridad. No piense demasiado en cada una de las preguntas. La primera impresión, tal vez sea mejor que una respuesta larga y meditada.

Si no está seguro de alguna respuesta, por favor, dé la mejor contestación que pueda o escriba sus comentarios detrás de la pregunta en la hoja en blanco destinada para ello.

Su nombre y dirección no aparecen en ninguna parte de esta encuesta. Su información no será usada en ningún sitio donde usted pueda ser identificado personalmente.

CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería)
Versión en castellano del NSNS (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales)

SECCIÓN 1 : SU EXPERIENCIA DE LOS CUIDADOS DE LAS ENFERMERAS (EJEMPLO)

El primer apartado de preguntas trata sobre su experiencia en los cuidados recibidos de las enfermeras durante su estancia en la Unidad. Las preguntas consisten en una afirmación hecha, con siete posibilidades para responder. Para contestar a las preguntas, ponga un círculo en el número que mejor describa su experiencia. En esta página le damos dos ejemplos que le indican cómo dar respuesta a las preguntas.

Ejemplo 1

Si las enfermeras están en silencio de noche, usted responderá a esta pregunta haciendo un círculo en el número 7 que significa "Completamente de acuerdo". Su respuesta tiene que aparecer de la forma siguiente:

Las enfermeras estaban en completo silencio en el turno de noche

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	⑦

Ejemplo 2

Si las enfermeras no están nunca bien uniformadas, usted tiene que responder a la pregunta haciendo un círculo en el número 1. Esto significa "Completamente en desacuerdo". Su respuesta tiene que aparecer de la forma siguiente:

Estaban bien uniformadas las enfermeras.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
①	2	3	4	5	6	7

Si no sabe como responder a alguna pregunta, conteste lo mejor que pueda escribiendo sus comentarios en la hoja en blanco destinada para tal fin.

SECCIÓN 1 : SU EXPERIENCIA EN LOS CUIDADOS DE LAS ENFERMERAS

Por favor, responda sólo una vez poniendo un círculo en la respuesta que crea conveniente.

1. Era fácil relacionarse con las enfermeras.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

2. Las enfermeras favorecían a unos enfermos sobre otros.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

3. Las enfermeras no me informaban suficientemente sobre mi tratamiento.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

4. Las enfermeras se despreocupaban fácilmente.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

5. Las enfermeras tardaban mucho tiempo en llegar cuando se les llamaba.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

6. Las enfermeras me daban información sólo cuando yo la necesitaba.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería)
Versión en castellano del NSNS (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales)

7. Las enfermeras no parecían saber lo que yo estaba padeciendo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

8. Las enfermeras apagaban las luces demasiado tarde por la noche.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

9. Las enfermeras me mandan hacer cosas antes de estar preparado.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

10. A pesar de lo ocupadas que estaban las enfermeras, ellas buscaban tiempo para mí.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

11. Yo veía a las enfermeras como amigas.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

12. Las enfermeras pasaban tiempo apoyando a los pacientes que se encontraban mal.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

13. Las enfermeras me visitaban regularmente para asegurarse de que estaba bien.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

14. Las enfermeras permitían que la situación las desbordase.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

15. Las enfermeras no tenían interés en mí como persona.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

16. Las enfermeras me explicaron lo que me estaba pasando.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

17. Las enfermeras me explicaban lo que iban hacerme antes de hacerlo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

18. Las enfermeras le decían al siguiente turno lo que estaba pasando con mis cuidados.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

19. Las enfermeras sabían qué hacer sin depender de los médicos.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

20. Las enfermeras solían irse y olvidar lo que le pedían los pacientes.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

21. Las enfermeras se aseguraban de que los pacientes tuvieran intimidad cuando la necesitaban.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

22. Las enfermeras tenían tiempo para sentarse y hablar conmigo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

23. Los médicos y las enfermeras trabajaban juntos como un equipo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

24 Las enfermeras no parecían saber lo que sus compañeras estaban haciendo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

25. Las enfermeras sabían lo mejor que hacer en cada momento.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

26. Había un buen ambiente en la Unidad gracias a las enfermeras.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

SECCIÓN 2 : SUS OPINIONES SOBRE LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMERAS

CÓMO CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS

En este apartado le pedimos sus opiniones sobre los cuidados que ha recibido de las enfermeras durante su estancia en esta Unidad.
Para cada pregunta ponga un círculo en el número que mejor se adapte a su modo de pensar.

Queremos saber su opinión sobre su estancia en esta Unidad.

		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
1	La cantidad de tiempo que las enfermeras pasan con usted.	1	2	3	4	5
2	La capacitación de las enfermeras para hacer bien su trabajo.	1	2	3	4	5
3	Había siempre una enfermera cerca si la necesitaba.	1	2	3	4	5
4	El número de enfermeras que conocían sus cuidados.	1	2	3	4	5
5	La rapidez con la que acudían cuando las llamaban.	1	2	3	4	5
6	La manera en que las enfermeras le hacían sentir como en casa.	1	2	3	4	5
7	La cantidad de información que las enfermeras le daban acerca de su situación y tratamiento.	1	2	3	4	5
8	La frecuencia con la que las enfermeras comprobaban que se encontraba bien.	1	2	3	4	5
9	La amabilidad de las enfermeras.	1	2	3	4	5
10	La manera en que las enfermeras le explicaban las cosas.	1	2	3	4	5
11	La forma como las enfermeras informaban a su familia.	1	2	3	4	5
12	El modo de hacer su trabajo las enfermeras.	1	2	3	4	5
13	El tipo de información que las enfermeras daban acerca de su situación y tratamiento.	1	2	3	4	5
14	El trato que recibió de las enfermeras como persona.	1	2	3	4	5
15	La forma como las enfermeras escuchaban sus	1	2	3	4	5

CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería)

Versión en castellano del NSNS (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales)

		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
	preocupaciones.					
16	La cantidad de libertad que le fue dada en la planta.	1	2	3	4	5
17	La disponibilidad de las enfermeras a responder a sus demandas.	1	2	3	4	5
18	El grado de intimidad que le proporcionaron las enfermeras.	1	2	3	4	5
19	La conciencia de las enfermeras sobre sus necesidades.	1	2	3	4	5

CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería)
 Versión en castellano del NSNS (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales)

SECCIÓN 3 : DATOS PERSONALES

Estas preguntas están centradas en sus datos personales. Para entender sus respuestas necesitamos alguna información sobre su persona.

Si usted no sabe responder a alguna pregunta, dé por favor, una respuesta adecuada escribiendo su opinión en la hoja de comentarios.

1. Diga si es hombre ó mujer Hombre 1
(ponga por favor un redondel donde co- Mujer 2
rresponda)

2. ¿Cuántos años tiene? Años:

3. ¿Qué estudios hizo?

4. ¿Cuántas noches pasó en la Unidad? Nº de noches.....

5. ¿Cómo valora usted la atención recibida de las enfermeras en esta Unidad?

Muy mala	Mala	Poca	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
1	2	3	4	5	6	7

6. En su conjunto, ¿como valoraría su estancia en esta Unidad?

Muy mala	Mala	Poca	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
1	2	3	4	5	6	7

7. ¿La atención de las enfermeras podría ser mejorada en algún aspecto?

Si 1

No 2

Comentarios

.....
.....
.....
.....
.....

Otros comentarios que desearía hacer

.....
.....
.....

....., día.....del mes de.....año.....
(lugar)

AGRADECEMOS SU AMABLE COLABORACIÓN

Nota : Por favor, meta su cuestionario completo en el sobre previsto para el cierre. A continuación introdúzcalo en el buzón de la Unidad. Toda su información será anónima. Gracias.

CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería)
Versión en castellano del NSNS (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales)

ANEXO 7. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA: EQ-
5D-3L



Cuestionario de Salud

Versión en español para España

(Spanish version for Spain)

Spain (Spanish) © 1992 EuroQol Group. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Group

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades Cotidianas (*ej, trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre*)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

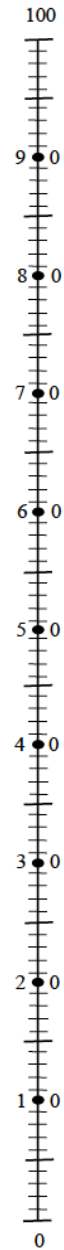
- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice "Su estado de salud hoy" hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

**Su estado
de salud
hoy**

El mejor estado
de salud
imaginable



El peor estado
de salud
imaginable

ANEXO 8. DICTAMEN FAVORABLE DEL COMITÉ
ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE ARAGÓN
(CEICA)

CEIC Aragón (CEICA)

Dña. María González Hinjos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 20/06/2012, acta CP12/2012 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

Título: Cuidados invisibles de enfermería percibidos por usuarios y cuidadores familiares en unidades de oncología y cardiología

Versión protocolo: junio 2012

Versión hoja de información al paciente: v 1.0 junio 2012

Investigador: Isabel Huércanos Esparza; HCU Lozano Blesa

1º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

2º. Por lo que este CEIC emite un **DICTAMEN FAVORABLE**.

Lo que firmo en Zaragoza, a 20 de junio de 2012

Fdo:



Dña. María González Hinjos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

ANEXO 9. NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS AL COMITÉ
ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE ARAGÓN
(CEICA)

A/A del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón

Dña. Isabel Huércanos Esparza, con DNI 72.809.314-P y domicilio en calle Rodrigo Rebolledo 36 de Zaragoza, actuando en calidad de doctoranda en el programa de doctorado Ciencias de la Salud, al que fue admitido en septiembre de 2010 bajo el RD 1393/2007 y cuya permanencia prorrogó posteriormente amparándose en el RD 99/2011, bajo la dirección de las Dras. Concepción Germán Bes y Lourdes Jiménez Navascués.

NOTIFICA

las modificaciones que se reflejan en las versiones 2 y 3 de su proyecto de tesis en los apartados que a continuación se describen:

- Título

Reformulación del título sustituyendo el propuesto inicialmente “Cuidados invisibles de enfermería percibidos por enfermos hospitalizados y cuidadores familiares en unidades de oncología y cardiología” finalmente por “Construcción y validación de un instrumento para medir la Percepción del Cuidado Invisible de Enfermería recibido por pacientes con patología onco-hematológica en el entorno hospitalario”

- Marco conceptual

Se eliminan los párrafos referentes a los estudios de Kerstin Üvnas porque finalmente no se han medido variables hormonales, constantes vitales y otros parámetros físicos en el estudio y los párrafos referentes a la magnitud de las enfermedades cardíacas y el impacto de los cuidados enfermeros en estos pacientes pues se ha eliminado este grupo de población del estudio por cuestiones prácticas y tiempo. Este se ha enfocado como estudio puramente psicométrico.

- Objetivos

Reescritura y matización de los objetivos con el fin de adaptarlos a la realidad encontrada al iniciar el trabajo de campo y las limitaciones enfrentadas durante el mismo que han obligado a modificaciones en el diseño y por tanto en los objetivos.

Así, los objetivos iniciales eran:

Objetivo general

- Validar el cuestionario “Percepción del Cuidado Invisible de Enfermería” en diferentes grupos de población (oncología y cardiología).
- Determinar la relación existente entre las variables estructurales, como son el ratio enfermera-paciente, la estructuración de las tareas o la evaluación que se realiza del trabajo enfermero en los hospitales y la administración de cuidados invisibles por parte del colectivo enfermero.

Objetivos específicos:

- Determinar indicadores de fiabilidad como consistencia interna y estabilidad temporal, además de la validez de contenido, constructor y criterio, del cuestionario.
- Analizar parámetros como estado general, percepción de calidad de vida, niveles de estrés, niveles de dependencia, tiempo de ingreso, satisfacción de los usuarios en relación con el cuidado invisible recibido.
- Conocer qué factores estructurales están influyendo en la administración o no del CI y de qué manera lo están haciendo, explorando la opinión, vivencias y sentimientos de lo que esto supone para los profesionales.

Y fueron sustituidos por los siguientes:

Objetivo principal

1. Validar el cuestionario PCIE-H para la medición de la frecuencia, relevancia y satisfacción con el Cuidado Invisible enfermero que tienen los pacientes adultos con patología onco-hematológica.

Objetivos específicos

- 1.1. Analizar la estabilidad temporal y consistencia interna del instrumento como elementos para valorar su fiabilidad.
- 1.2. Analizar la validez de criterio y constructo de las preguntas incluidas en el cuestionario como medidas para comprobar la validez del test.

Objetivos secundarios

2. Describir el perfil sociodemográfico, clínico y funcional de los pacientes participantes en el estudio y correlacionarlo con la satisfacción y percepción con respecto al cuidado enfermero recibido.
3. Describir el perfil sociodemográfico y la dedicación al cuidado de los familiares participantes en el estudio y correlacionarlo con la satisfacción y percepción con respecto al cuidado enfermero recibido.
4. Cuantificar el grado de satisfacción global y específico de los participantes con respecto al cuidado recibido por parte del personal enfermero.
5. Determinar la imagen que los participantes tienen del personal de enfermería y los cuidados proporcionados por este.
6. Analizar las razones por las que los participantes refieren conservar recuerdos de las enfermeras que les han atendido.
7. Identificar los aspectos que los participantes consideran importantes, negativos y mejorables de la atención recibida por parte del personal de enfermería.
8. Medir la frecuencia de los cuidados enfermeros invisibles recibidos por los pacientes onco-hematológicos durante su estancia hospitalaria.

- Perspectiva y tipo de estudio

Modificación del diseño a uno con recogida de datos exclusivamente cuantitativa.

- Población y muestra

A partir de la reunión con la Dirección de Enfermería del Hospital y las supervisoras y el jefe de servicio de Oncología, viendo los criterios de inclusión y exclusión y las características de la población diana, el tipo de cuestiones del instrumento a validar y la necesidad de hacer recogida de datos en dos tiempos (test-retest), se decidió conjuntamente que la recogida de datos se centrara en el Hospital de Día Onco-hematológico por ser el lugar idóneo para contactar a los pacientes evitando el sesgo de deseabilidad social en la cumplimentación del cuestionario y facilitando el contacto para el retest. Por tanto, quedó descartada la utilización de una muestra de pacientes con patología cardíaca como estaba previsto inicialmente.

Así mismo, la participación de personal de enfermería mediante entrevistas en profundidad y grupos de discusión también quedó descartada debido a la prolongada duración de la recogida de datos para el proceso de validación de la herramienta solo en la población de pacientes onco-hematológicos y la inexistencia de financiación para este estudio, lo cual dificultaba la apertura de la recogida de datos a 3 grupos de población diferentes.

Por otra parte, las reuniones mantenidas con los informantes clave, expertos en el área en el que se iba a llevar a cabo el trabajo de campo, hicieron que algunos de los criterios de selección también hayan sido retocados. Por un lado, se redujo a 3 días el tiempo mínimo de ingreso que se requería para poder participar en el estudio y se dejó abierto el tiempo máximo. Por otro lado, para detectar el deterioro cognitivo o la capacidad mental, física y anímica del candidato/a no se hizo uso del cuestionario Pfeiffer pues solo hubiese detectado el primer aspecto. Se consideró más apropiado para evaluar cualquiera de estas circunstancias hacer una breve entrevista al paciente y acompañante a modo de comprobación de dicha capacidad y se procedió a descartar aquellos que estaban diagnosticados de una enfermedad mental o que tenían algún deterioro cognitivo. En aquellos casos en los que la imposibilidad de responder por parte del paciente provenía de problemas de lectoescritura en español o de fatiga o disconfort severos debidos a la enfermedad o los efectos secundarios del tratamiento, se les dio la posibilidad a los cuidadores familiares principales de ayudar o responder por el paciente. Además, se eliminó el criterio que indicaba que el ingreso se limitase a 2011, dado el retraso en el inicio de la recogida de datos y la dificultad de reclutamiento. Éste se sustituyó por el requerimiento de que hubiesen estado ingresados en los últimos 12 meses. Se añadió como criterio de inclusión que fuesen capaces de comunicarse en español.

La elección de la estrategia de muestreo, tuvo que ser modificada al cambiar el escenario de reclutamiento. En este servicio de Hospital de Día no existía un registro informatizado de los pacientes en tratamiento activo, por lo que el muestreo planteado inicialmente fue sustituido por un muestreo no aleatorio y consecutivo.

- Variables

Eliminación de la variable sociodemográfica *Ocupación* y adición de la variable *Motivo del Ingreso*.

En la versión 2 del protocolo se organizan de manera más estructurada las variables y su método de codificación en una tabla. Se eliminan aquellas que tenían que ver con parámetros fisiológicos del paciente, así como las estructurales y las relativas a los profesionales pues esos objetivos han sido eliminados.

- Recogida y análisis de datos

Se incorporó un Gold Standard diferente al previsto inicialmente como parte del proceso de validación de criterio. La herramienta elegida fue el cuestionario Cuestionario de Calidad de los Cuidados de Enfermería (CUCACE), versión traducida y validada al castellano del cuestionario Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS). Se consideró más apropiado que el SERVQUAL por ser un cuestionario íntegramente elaborado para medir la satisfacción con respecto al cuidado enfermero.

Se eligió un cuestionario de Calidad de Vida simplificado en sustitución del SF-36 mencionado en el proyecto de tesis. El cuestionario escogido para medir esta variable fue el EQ-5D-3L.

El primer periodo de recogida de datos se realizó en diferentes periodos entre 2012 y 2015. Tras el análisis preliminar de los mismos, se consideró que para mantener la potencia de los resultados del estudio psicométrico se debían descartar los cuestionarios que tuviesen valores perdidos en lugar de realizar imputación matemática de los mismos. Por ello en 2020 se decidió volver a retomar la recogida de datos, hasta alcanzar 70 sujetos adicionales que cumplieren los criterios de selección y llegar así a superar los 200 sujetos mínimos necesarios para tener un análisis sólido para la validación de constructo del instrumento PCIE-H.

Se especifican las pruebas estadísticas concretas que se utilizan en el estudio psicométrico.

- Consideraciones éticas

El primer periodo de recogida de datos finalizó antes de la entrada en vigor del Reglamento General de Protección de Datos (RGDP 2016/679 y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales por tanto no hubo modificaciones en este apartado en la v2 del protocolo. En cambio, para la reanudación de la recogida de datos en 2020 se aplicaron los cambios relativos a la nueva normativa y que quedan reflejados tanto en el protocolo V.3. como en el consentimiento informado v.1.2. que se adjuntan.

- Cronograma

En ambas enmiendas al protocolo presentadas se reajusta el cronograma recalculando los plazos previstos para cada fase del estudio.

ANEXO 10. ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y DE
FINALIDAD DE USO EN ESTUDIOS DE
INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL CLÍNICO
UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y DE FINALIDAD DE USO EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

D/Dña: Isabel Huércanos Esparza con DNI 72809314P domiciliado en Zaragoza dependiente de la institución Hospital Clínico Lozano Blesa con título de proyecto "Cuidados Invisibles de enfermería percibidos por pacientes y cuidadores familiares hospitalizados en unidades de oncología y cardiología", asume que está sujeto al deber de secreto con respecto a los datos a los que tenga acceso y, por tanto, estará obligado a no reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información a la que pueda tener conocimiento con motivo de la realización de un proyecto de investigación dentro del Sector Zaragoza III. Solo podrán divulgarse, en medios y con fines exclusivamente científicos los resultados derivados de los objetivos propios de la investigación, aunque siempre asegurando que no existe posibilidad alguna, bien directa o indirectamente, de identificar personalmente a los pacientes

El solicitante se reconoce con capacidad para obligarse a cumplir el presente Acuerdo de Confidencialidad y No Divulgación de Información en base a las siguientes **ESTIPULACIONES:**

Primera.- El solicitante únicamente podrá utilizar la información para fines ligados a la realización del proyecto de investigación, comprometiéndose a mantener la más estricta confidencialidad de la información, aún después de la conclusión de dicho proyecto.

Segunda.- Que, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, el acceso a la Historia Clínica con fines de investigación obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

Tercera.- En caso de que la información resulte revelada o divulgada por cualquier medio (impreso, gráfico, electrónico, etc.) por el solicitante, de cualquier forma distinta del objeto de este Acuerdo, ya sea de carácter doloso o por mera negligencia, será responsable de acciones civiles o penales en su contra emprendidas por la autoridad correspondiente.

Cuarta.- El solicitante se obliga a devolver la información en cualquier momento en el supuesto que existiere un cese de la relación entres ambas partes por cualquier motivo.

Quinta.- El presente Acuerdo entrará en vigor en el momento de la firma por ambas partes, extendiéndose su vigencia de forma indefinida.

En Zaragoza a 4 de junio de 2012

Firma de la Dirección

LA DIRECTORA DE HOSPITAL CLINICO
salud
servicio aragonés
de salud
Fdo:
HOSPITAL CLINICO
UNIVERSITARIO
LOZANO BLESA
DIRECCIÓN
Fdo.: ROSARIO CABEZUDO PALLES

Firma del Solicitante

Fdo:

ANEXO 11. PERMISO DE USO DEL CUESTIONARIO
CUCACE

Para que conste donde proceda,

Yo Pilar Gayoso Diz, co-autora del estudio de validación al castellano del instrumento de valoración de cuidados de enfermería The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS), confirmo que Dña. Isabel Huércanos Esparza tiene nuestro permiso para utilizar el instrumento adaptado producto de dicho proceso de validación (CUCACE) como parte de la recogida de datos de su tesis doctoral.

Santiago de Compostela, 21 de Febrero de 2018

Firma:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pilar Gayoso-Diz', enclosed within a large, stylized circular flourish.

Dra. Pilar Gayoso-Diz

As co-author of the validation study in Spanish for the nursing care assessment instrument The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS), I confirm that Mrs. Isabel Huércanos Esparza has our permission to use the validated instrument (CUCACE) as part of the data collection of her thesis.

In witness whereof, for all pertinent purposes I hereby issue the present certificate.

Santiago de Compostela, 21st February 2018

Signature:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pilar Gayoso-Diz', enclosed within a large, stylized circular flourish.

Mrs. Pilar Gayoso-Diz, PhD MD

ANEXO 12. VERSIÓN VALIDADA DEL CUESTIONARIO
PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO
INVISIBLE DE ENFERMERÍA DURANTE LA
HOSPITALIZACIÓN (PCIE-H)

● FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO

● CÓDIGO PARTICIPANTE:

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA PERCEPCIÓN DEL

CUIDADO INVISIBLE DE ENFERMERÍA EN LA HOSPITALIZACIÓN

PCIE-H



● EDAD

● SEXO MUJER
[MARQUE CON UNA X] HOMBRE

● NIVEL DE ESTUDIOS QUE HA CURSADO
[MARQUE CON UNA X]

- SIN ESTUDIOS TITULADOS
- PRIMARIOS
- SECUNDARIOS OBLIGATORIOS
- SECUNDARIOS OPCIONALES (BACHILLER) / FORMACIÓN PROFESIONAL
- FORMACIÓN PROFESIONAL SUPERIOR
- UNIVERSITARIOS MEDIOS (DIPLOMATURA / GRADO)
- UNIVERSITARIOS SUPERIORES (LICENCIATURA / MASTER)
- DOCTORADO

- LUGAR DE RESIDENCIA
- NOMBRE DEL HOSPITAL EN EL QUE HA ESTADO INGRESADO
- SERVICIO DE INGRESO
- FECHA DE INICIO DEL INGRESO FECHA DE FIN DEL INGRESO
- DURACIÓN DE SU ESTANCIA HOSPITALARIA (EN DÍAS)
- ENFERMEDAD O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
- MOTIVO DEL INGRESO
- OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS SI
 NO

- P.01 ● ¿FUE AMABLE CON USTED EN SU INGRESO EN EL HOSPITAL?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.02 ○ ¿LE TUVO EN CUENTA, HACIÉNDOLE PREGUNTAS Y ESCUCHÁNDOLE? (SOBRE SU PROCESO, SUS GUSTOS, SUS COSTUMBRES, ETC.)
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.03 ○ ¿TUVO EN CUENTA A SU FAMILIA Y SU SITUACIÓN DURANTE EL INGRESO, CUIDANDO TAMBIÉN DE ELLOS DE ALGUNA MANERA?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.04 ○ ¿LE DIJO CÓMO AVISAR SI NECESITABA ALGO O TENÍA ALGÚN PROBLEMA?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.05 ○ ¿UTILIZÓ LA ENFERMERA UN LENGUAJE COMPRESIBLE PARA DIRIGIRSE A USTED?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.06 ○ ¿CONSIDERA QUE LA ENFERMERA LE DEDICÓ EL TIEMPO ADECUADO QUE USTED NECESITÓ?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.07 ○ ¿HA SENTIDO QUE LA ENFERMERA EN ALGÚN MOMENTO HA TRATADO DE PONERSE EN SU LUGAR PARA COMPRENDER LA SITUACIÓN POR LA QUE USTED ESTABA PASANDO?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.08 ○ ¿SUPO CÓMO ACTUAR EN CADA MOMENTO?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.09 ○ ¿ACUDÍA A COMPROBAR CÓMO ESTABA USTED AUNQUE NO LE HUBIERA LLAMADO?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.10 ○ ¿SE HA SENTIDO ACOMPAÑADO POR LA ENFERMERA/O DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.11 ○ ¿SE SINTIÓ RECONFORTADO CUANDO LO NECESITÓ?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.12 ○ ¿SE PREOCUPÓ LA ENFERMERA POR SU SITUACIÓN AUNQUE NO FUESE SU ENFERMERA DE REFERENCIA EN ESE TURNO?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.13 ○ ¿SE PREOCUPABA LA ENFERMERA POR CÓMO SE ENCONTRABA INCLUSO CUANDO LA SITUACIÓN MÁS GRAVE YA HABÍA PASADO?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE

- P.14 ¿DEDICÓ MOMENTOS Y/O ESPACIOS PARA HABLAR SOBRE TEMAS QUE LE PREOCUPABAN O INTERESABAN SOBRE SU PROCESO, CON USTED Y/O SU FAMILIA?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.15 ¿LE DIO ÁNIMOS CUANDO LOS NECESITÓ?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.16 ¿LE ATENDIÓ CON DELICADEZA?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.17 ¿PROCURÓ PRESERVAR SU INTIMIDAD DURANTE EL ASEO Y/O LAS CURAS?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.18 ¿SE SENTÓ CERCA DE USTED PARA HABLAR?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.19 ¿CONSIDERA QUE LA ENFERMERA FUE SINCERA CON USTED DURANTE SU PROCESO DE ENFERMEDAD?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.20 ¿SE ENCARGÓ DE COORDINAR LAS ACTIVIDADES DEL RESTO DE PROFESIONALES (MÉDICOS, TRABAJADORES SOCIALES, AUXILIARES, FISIOTERAPEUTAS, CELADORES,...) PARA QUE SE LE ADMINISTRARA UNA ATENCIÓN APROPIADA?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.21 ¿PROCURÓ PRESERVAR SU INTIMIDAD AL DARLE INFORMACIÓN DELICADA?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.22 ¿ESTUVO ATENTA PARA ADMINISTRARLE LA MEDICACIÓN CUANDO TUVO DOLOR?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.23 ¿REALIZÓ OTRO TIPO DE ACCIONES PARA DISMINUIR EL DOLOR, LA FIEBRE, LA INFLAMACIÓN, VÓMITOS, (...) CUANDO LA MEDICACIÓN NO ERA EFECTIVA O NO ERA POSIBLE PROPORCIONARLE MÁS MEDICACIÓN? SI ES ASÍ, ¿CUÁLES?.....
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.24 ¿CREE QUE LA ENFERMERA TOMÓ SUS PROPIAS DECISIONES PARA CUIDARLE MEJOR?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.25 ¿PROCURÓ QUE SU FAMILIA PARTICIPARA EN SU CUIDADO, ENSEÑÁNDOLES LO NECESARIO DE CARA AL ALTA?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE
- P.26 ¿LE ENSEÑÓ ALGUNAS PAUTAS (CÓMO TOMAR LA MEDICACIÓN, DIETA, EJERCICIO, ETC.) PARA PREVENIR LA RECAÍDA DE LA ENFERMEDAD O PARA LLEVAR UN MANEJO DE LA ENFERMEDAD ADECUADO EN SU DOMICILIO?
- NUNCA CASI NUNCA A VECES CASI SIEMPRE SIEMPRE

ANEXO 13. APÉNDICE OPCIONAL AL CUESTIONARIO
PCIE-H DE USO OPCIONAL



ANEXO AL CUESTIONARIO

PCIE-H

- EN LÍNEAS GENERALES, PARA SU BIENESTAR Y/O RECUPERACIÓN ¿QUÉ IMPORTANCIA CREE QUE TIENEN LOS CUIDADOS SOBRE LOS QUE LE HEMOS PREGUNTADO EN EL CUESTIONARIO?

NADA IMPORTANTES	·	POCO IMPORTANTES	·	IMPORTANTES	·	BASTANTE IMPORTANTES	·	MUY IMPORTANTES
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

[VALORE DE 1 A 10, RODEANDO CON UN CÍRCULO]

- LA SATISFACCIÓN GENERAL QUE TIENE CON RESPECTO A SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL DURANTE ESTE INGRESO SOBRE EL QUE HA OPINADO:

NADA SATISFECHO	1	·	2	·	3	·	4	·	5	·	6	·	7	·	8	·	9	·	10	MUY SATISFECHO
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

COMENTARIOS

- LA SATISFACCIÓN GENERAL QUE TIENE CON RESPECTO A LA ATENCIÓN QUE HA RECIBIDO POR PARTE DE LAS ENFERMERAS/OS DURANTE ESTE INGRESO SOBRE EL QUE HA OPINADO:

NADA SATISFECHO	1	·	2	·	3	·	4	·	5	·	6	·	7	·	8	·	9	·	10	MUY SATISFECHO
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

COMENTARIOS

- LA IMPORTANCIA QUE CONSIDERA QUE TIENE LA ENFERMERA/O DENTRO DEL EQUIPO DE PROFESIONALES SANITARIOS QUE LE ATENDIERON:

NADA SATISFECHO	1	·	2	·	3	·	4	·	5	·	6	·	7	·	8	·	9	·	10	MUY SATISFECHO
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

COMENTARIOS

- EL GRADO DE CONFIANZA Y SEGURIDAD QUE TIENE USTED EN LAS ENFERMERAS/OS QUE LE HAN ATENDIDO DURANTE SU INGRESO:

NADA SATISFECHO	1	·	2	·	3	·	4	·	5	·	6	·	7	·	8	·	9	·	10	MUY SATISFECHO
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

COMENTARIOS

PARA FINALIZAR NOS GUSTARÍA PODER DISPONER DE INFORMACIÓN ALGO MÁS EXTENSA Y DETALLADA ACERCA DE SU EXPERIENCIA DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO. ESTO NOS AYUDARÁ A CONOCER MEJOR LOS ASPECTOS ADECUADOS Y MEJORABLES DEL SERVICIO PROPORCIONADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.
[PUEDE SOLICITAR OTRA HOJA SI NECESITA MÁS ESPACIO PARA RESPONDER.]

/01 ● ¿QUÉ HA SIDO LO MÁS IMPORTANTE PARA USTED CON RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA POR PARTE DE LAS ENFERMERAS/OS?

.....
.....
.....
.....

/02 ● ¿SE HAN CUMPLIDO LAS EXPECTATIVAS QUE USTED TENÍA SOBRE LAS ENFERMERAS/OS QUE LE HAN ATENDIDO? EN CASO DE QUE SU RESPUESTA SEA NO, ¿PODRÍA INDICARNOS QUÉ HA ECHADO EN FALTA?

.....
.....
.....
.....

/03 ● ¿QUÉ HA SIDO LO PEOR EN CUANTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA?

.....
.....
.....
.....

/04 ● ¿RECUERDA EL NOMBRE DE ALGUNA ENFERMERA/O O AUXILIAR? SI ES ASÍ, ¿PODRÍA INDICARNOS CUÁL ES EL MOTIVO QUE LE HACE RECORDARLO?

.....
.....
.....
.....

/05 ● SI ASÍ LO DESEA PUEDE REALIZAR SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

.....
.....
.....
.....

• MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN •

