

## ORIGINAL

Recibido: 25 de julio de 2017  
Aceptado: 16 de enero de 2018  
Publicado: 31 de mayo de 2018

## VALORACIÓN DE LA ESTANCIA EN UCI DESDE EL PUNTO DE VISTA DE PACIENTES Y FAMILIARES (\*)

Beatriz Gil-Juliá (1), Rafael Ballester-Arnal (1), M. Desamparados Bernat-Adell (2), Cristina Giménez-García (1) y Jesús Castro-Calvo (1).

(1) Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universitat Jaume I. Castellón de la Plana. España.

(2) Unidad Pre-departamental de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universitat Jaume I. Castellón de la Plana. España.

(\*)Financiación: Este trabajo ha sido realizado gracias a una ayuda de la Generalitat Valenciana (BFPI/2008/129) y del Ministerio de Educación y Ciencia (PSI2008-01642/PSIC).

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### RESUMEN

**Fundamentos.** La calidad asistencial es un aspecto primordial en el ámbito hospitalario general y particularmente en UCI. Nuestro objetivo fue analizar la valoración de pacientes y familiares sobre la estancia en UCI, y la influencia en dicha valoración de variables sociodemográficas y psicológicas.

**Métodos.** 71 pacientes críticos y 89 familiares de una UCI polivalente de la Comunidad Valenciana respondieron el Cuestionario de Valoración de la Estancia en UCI y la Escala de ansiedad-depresión hospitalaria durante 2014-2015. Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias. Asimismo, se utilizaron coeficientes de correlación (Pearson/Spearman), Prueba t de Student, análisis ANOVA y ecuaciones de regresión múltiple.

**Resultados.** Los resultados mostraron una valoración positiva en los pacientes tanto a nivel global (Media=4,06; DE=1,25) como en relación con distintos aspectos inherentes a UCI, destacando las atenciones/cuidados de los profesionales (Media=4,73; DE=0,68). Como aspectos más desagradables/molestos señalaron las escasas posibilidades de distraerse (Media=2,41; DE=1,38), la falta de silencio (Media=3,15; DE=1,19) y el régimen de visitas (Media=3,66; DE=1,04). Los familiares, evaluaron globalmente la estancia del paciente en UCI como "algo" agradable (Media=3,31; DE=1,76), y valoraron positivamente la mayoría de aspectos propios de la unidad. La valoración de la estancia en UCI mostró diferencias en algunos aspectos en función de variables sociodemográficas. Asimismo, la familia valoró más negativamente que el paciente su estancia en UCI.

**Conclusiones.** La valoración de la estancia en UCI en líneas generales fue positiva aunque con aspectos susceptibles de mejora. Conocer esta realidad es el paso previo a la puesta en marcha de medidas que refuercen lo bien valorado y mejoren los aspectos peor valorados para poder optimizar la calidad asistencial ofrecida.

**Palabras clave:** UCI, Pacientes, Familiares, Valoración, Calidad de la atención de salud.

Correspondencia  
Beatriz Gil-Juliá  
Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universitat Jaume I  
Av. Sos Baynat, s/n  
12071 Castellón (Spain)  
bgil@uji.es

### ABSTRACT

#### Assessment of the ICU stay from the point of view of patients and their relatives

**Background.** The quality of care is a key aspect in the general hospital setting and particularly in ICU. The objective of this study was to analyze the assessment of ICU stay by patients and relatives, as well as the influence of socio-demographic/psychological variables on this assessment.

**Methods.** 71 critically ill patients and 89 relatives answered the Questionnaire of the ICU stay assessment and the Hospital Anxiety-Depression Scale. Descriptive and frequency analyzes were performed. Likewise, correlation coefficients (Pearson/Spearman), Student's t test, ANOVA analysis and multiple regression equations were used.

**Results.** Results show a positive evaluation in patients, both globally (Mean=4,06; SD=1,25) and in relation to different and inherent to ICU aspects, highlighting the attention/care of professionals (Mean=4,73; SD=0,68). As unpleasant/annoying aspects, they show the scarce possibilities of distraction (Mean=2,41; SD=1,38), lack of silence (Mean=3,15; SD=1,19) and visits policy (Mean=3,66; SD=1,04). Families evaluate globally the patient stay in ICU as "something" pleasant (Mean=3,31; SD=1,76). They also assess most aspects of the unit positively and underline the care/attention of professionals and the attention to psychological needs. The valuation of the ICU stay shows differences in some aspects on the basis of socio-demographic variables. Likewise, family assesses more negatively the patient stay in ICU than patients do.

**Conclusions.** The general evaluation of the ICU stay was positive, although with aspects susceptible to be improved. To know this reality is the prior step to the implementation of those measures that reinforce the well-valued issues and improve the worst-valued aspects in order to optimize the quality of the offered care.

**Key words:** ICU, Patients, Relatives, Assessment, Quality of health care.

Cita sugerida: Gil-Juliá B, Ballester-Arnal R, Bernat-Adell MD, Giménez-García C, Castro-Calvo J. Valoración de la estancia en UCI desde el punto de vista de pacientes y familiares. Rev Esp Salud Pública.2018;92:31 de mayo e201805011.

## INTRODUCCIÓN

La calidad asistencial, definida como la atención terapéutica que es segura, adecuada, efectiva, eficiente, sigue los principios de justicia y está centrada en el enfermo<sup>(1)</sup>, es un aspecto primordial en el ámbito hospitalario general y de manera particular en el entorno de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Llevar a cabo una evaluación adecuada de la calidad asistencial ha sido motivo de preocupación entre los profesionales e instituciones sanitarias. Una muestra de su relevancia la encontramos, por ejemplo, en aquellos estudios que refieren que la calidad de los cuidados proporcionados y las mejoras implementadas pueden predecir experiencias más positivas de los pacientes con la asistencia que reciben<sup>(2)</sup>. Concretamente en el ámbito de los cuidados intensivos se han elaborado indicadores de calidad relacionados con la atención del enfermo crítico<sup>(3)</sup>. Si bien estos indicadores son importantes, no podemos obviar la relevancia que la percepción subjetiva de dicha calidad asistencial tiene en el bienestar y satisfacción de pacientes y familiares, sobre todo si tenemos en cuenta las particularidades del contexto de UCI.

En este sentido, distintos estudios muestran factores relacionados con la escasa satisfacción tanto de la familia como del paciente. En el caso de los familiares destacan el nivel de información, el ambiente general de la unidad o la sala de espera, su participación en el proceso de toma de decisiones, la frecuencia con la que los sanitarios proporcionan información y el régimen de visitas<sup>(6,7,8,9)</sup>.

En el caso de los pacientes, los aspectos que suponen menor satisfacción están relacionados con su escasa inclusión en el proceso de toma de decisiones, tener poco control sobre los cuidados proporcionados, la sala de espera, la baja frecuencia de comunicación con los médicos y el ambiente de UCI<sup>(10,11)</sup>.

Los estudios realizados sobre la satisfacción o valoración de la estancia en UCI son en general escasos y de manera particular aquellos

llevados a cabo con pacientes todavía ingresados en la unidad ya que la gravedad de su situación médica dificulta de manera considerable su evaluación. De hecho, no hemos encontrado estudios sobre valoración de la estancia en UCI llevados a cabo con pacientes ingresados en UCI en el momento de la evaluación. Y el problema de evaluar a los pacientes una vez finalizado su ingreso es que las respuestas pueden estar sometidas a sesgos derivados del recuerdo de la experiencia vivida.

Atender estos aspectos sigue siendo importante sobre todo si pretendemos implementar mejoras en este contexto. El objetivo principal de este estudio fue precisamente analizar la valoración de pacientes y sus familiares sobre la estancia en UCI. Profundizando en el análisis de dicha valoración, se pretendía evaluar la existencia de diferencias en función de variables sociodemográficas como el género, estado civil, patología de ingreso, edad, nivel de estudios y parentesco con el paciente. Otro objetivo fue también analizar qué variables ejercían mayor influencia en la valoración de la estancia en UCI, incluyéndose para este propósito distintas variables sociodemográficas y el nivel de ansiedad-depresión. Por último, este estudio comparó la valoración que el propio paciente hacía de su estancia en UCI con la valoración de la familia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio sobre la valoración de la estancia en UCI de pacientes críticos y sus familiares en una UCI polivalente de la Comunidad Valenciana. La UCI contaba con 15 boxes individuales, favoreciéndose de esta manera la intimidad. La propia disposición de los boxes no facilitaba la visibilidad entre pacientes ni tampoco hacia el exterior de la unidad. En los casos en los que la situación médica lo permitía, los pacientes podían hacer uso de televisores, radio, etc., como medida de distracción. Por su parte, los familiares podían visitar a los pacientes en cuatro horarios diferentes pudiendo permanecer, entre visitas y antes de la información médica, en la sala de espera que había próxima a la unidad.

**Participantes.** Para la obtención de la muestra nuestro propósito fue incluir los ingresos consecutivos en la UCI durante enero 2014-julio 2015, tanto a los pacientes como a sus familiares teniendo en cuenta distintos criterios de inclusión (tabla 1).

**Tabla 1**  
**Criterios de inclusión para la muestra de pacientes y familiares/allegados**

PACIENTES CRÍTICOS	FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS
a. Ser mayor de 18 años.	a. Ser mayor de 18 años.
b. Situación médica que no prevea una corta estancia en UCI o alta probabilidad de resultados médicos favorables. Estancias >48 horas.	b. Ser familiar de un paciente cuya situación médica fuera alguna de las que se ha establecido anteriormente.
c. Pacientes que NO se encuentran en situación de coma, sedoanalgesiadados y que no presenten dificultades de comunicación sobre todo verbal. Asimismo, no presentarán dificultades con el idioma.	c. No presentar deterioro cognitivo aparente que les impidiese responder adecuadamente a las preguntas del estudio.
d. No cumplir criterios médicos que en un momento dado desaconsejen la intervención con el paciente.	d. No presentar dificultades con el idioma.
e. No haber sido diagnosticados recientemente de algún trastorno psicológico que pudiera interferir en la evaluación.	e. No haber sido diagnosticados recientemente de algún trastorno psicológico que pudiera interferir en la evaluación.

#### Instrumentos de medida:

- Instrumento ad hoc para la recogida de información sociodemográfica y médica.
- Cuestionario de Valoración de la Estancia en UCI. Este cuestionario diseñado por Ballester y cols. evalúa la percepción subjetiva de la calidad asistencial ofrecida en una UCI desde el punto de vista de pacientes y familiares. El instrumento presenta dos escalas. La primera (un ítem), valora de forma global cuán desagradable/aversiva está siendo la estancia en UCI con independencia de la situación médica del paciente. La segunda escala (quince ítems), proporciona información acerca de la valoración de pacientes y familiares sobre distintos aspectos propios de UCI, así como de los cuidados y atenciones de los diferentes agentes implicados en la unidad. Todos los ítems se responden siguiendo una escala tipo Likert de seis puntos (primera escala: 0=“muy desagradable” a 5=“muy agradable”; segunda escala: 0=“muy mal” a 5=“muy bien”). Este cuestionario presenta una fiabilidad evaluada a través de la consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,85.

- Escala de ansiedad y depresión (HADS)<sup>(12)</sup> de Zigmond y Snaith (1983). Se trata de una escala para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos. Esta escala, adaptada y validada al español<sup>(13)</sup> presenta adecuados índices de fiabilidad test-retest, consistencia interna y validez para la población española<sup>(13-15)</sup>.

**Procedimiento.** Con la finalidad de identificar a pacientes y familiares de UCI susceptibles de participar en el estudio, un psicólogo del equipo de investigación acudía a las sesiones clínicas diarias de la UCI para conocer la situación clínica y evolución de cada enfermo. En cuanto a los familiares, el psicólogo contactaba con ellos aprovechando el tiempo de información y las visitas al paciente. Los posibles participantes fueron informados del objetivo y características del estudio, así como de la voluntariedad, anonimato y confidencialidad de los datos, siendo necesaria la obtención del consentimiento informado. Aquellos familiares que aceptaron participar en el estudio fueron citados para

la sesión de evaluación, en función de su disponibilidad. Cabe señalar que la valoración de la estancia en UCI, que formaba parte de una investigación más amplia, tenía lugar al final de todo el proceso de evaluación psicológica.

Este estudio fue aprobado por el comité ético de investigación clínica del hospital y se llevó a cabo de acuerdo a las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki.

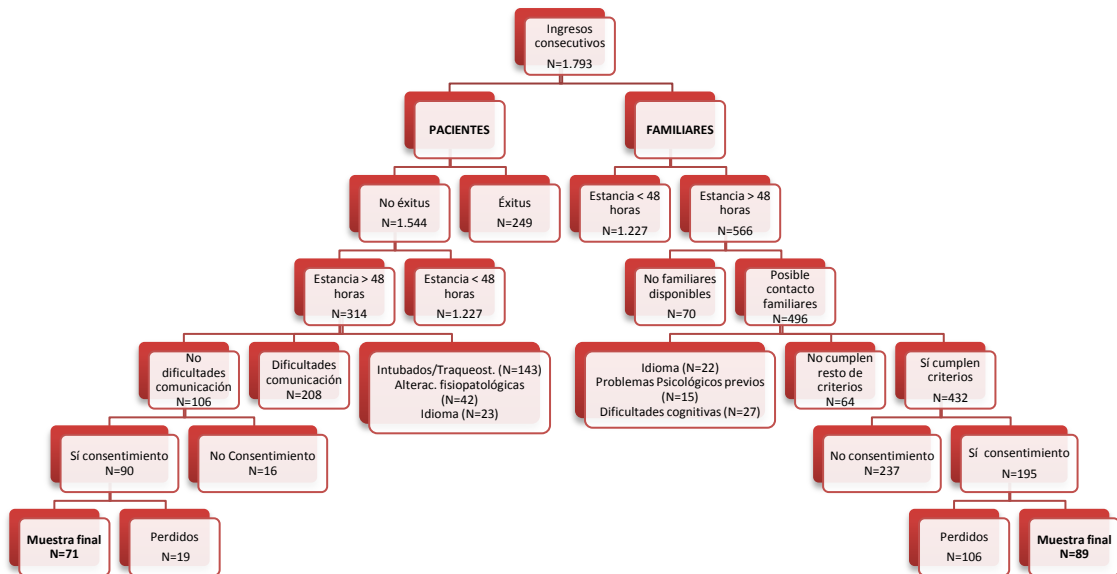
**Análisis estadísticos.** Los datos han sido analizados con el paquete estadístico SPSS 21. Se han realizado análisis descriptivos y de frecuencias para describir las características principales de la muestra. Asimismo, se han utilizado coeficientes de correlación (Pearson/Spearman), Prueba t de Student y análisis ANOVA para analizar la valoración de la estancia en

función de variables sociodemográficas y clínicas. Finalmente, se han realizado ecuaciones de regresión múltiple para analizar qué variables ejercen mayor influencia en la valoración de pacientes y familiares sobre su estancia en UCI.

## RESULTADOS

A partir de los ingresos consecutivos durante el periodo de investigación y teniendo en cuenta distintos factores (por ejemplo, índice de mortalidad, acceso a los familiares, voluntariedad, etc.) así como los criterios de inclusión descritos, en el estudio se incluyeron un total de 160 sujetos (71 pacientes y 89 familiares) (figura 1). La edad media de pacientes y familiares fue de 54,07 (DE=17,31) y 46,31 años (DE=15,29) respectivamente. La tabla 2 muestra las principales características sociodemográficas de la muestra.

**Figura 1**  
**Proceso de selección de la muestra final de pacientes y familiares.**



**Resultados descriptivos de la valoración realizada por los pacientes.** Respecto a la valoración global de la estancia en UCI, sin considerar los problemas derivados de su situación médica, los pacientes presentaron una puntuación media de 4,06 (DE=1,25) en una escala entre 0 y 5. Concretamente, el 80,7% de los pacientes valoró su estancia en UCI como bastante/muy agradable, mientras que para el 6,4% fue bastante/muy desagradable. En cuanto a la valoración de aspectos concretos de UCI, los resultados mostraron que la mayoría de ítems (excepto tres) fueron valorados de forma positiva con puntuaciones superiores a los cuatro puntos (tabla 3). Así, en términos de porcentaje los pacientes valoraron “muy bien” la atención

recibida de los distintos profesionales sanitarios (entre 75,8% y 80,6%), la atención a los familiares (70,5%), los cuidados médicos y la atención de necesidades psicológicas de pacientes y familiares (69%). En cambio, los aspectos con peor valoración fueron las posibilidades de distraerse y el silencio o tranquilidad en la sala, valorados como muy/bastante mal por el 24,1% y 8,2% de los pacientes respectivamente. La tabla 4 muestra los porcentajes obtenidos en las distintas opciones de respuesta de la valoración de la estancia según los pacientes.

**Influencia de las variables sociodemográficas y psicológicas en la valoración de los pacientes.** Al analizar las diferencias en función de

**Tabla 2**  
**Principales características sociodemográficas de la muestra**

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	PACIENTES (N=71)			FAMILIARES (N=89)		
	Media	DE		Media	DE	
<b>Edad</b>	54,07	17,31		46,31	15,29	
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Categorías	N	%	Categorías	N	%
<b>Género</b>	Hombres	52	73,2	Hombres	24	27
	Mujeres	19	26,8	Mujeres	65	73
<b>Nivel de estudios</b>	Sin estudios	4	7,7	Sin estudios	3	3,7
	Primarios	35	67,3	Primarios	43	52,4
	Secundarios	10	19,2	Secundarios	20	24,4
	Universitarios	3	5,7	Universitarios	16	29,5
<b>Estado civil</b>	Casados/pareja	36	70,6	Casados/pareja	61	72,6
	Sin pareja	15	29,4	Sin pareja	23	27,4
<b>Patología ingreso</b>	Coronario	27	39,7	-	-	-
	Enfermedad médica	14	20,6	-	-	-
	Séptico	7	10,3	-	-	-
	Respiratorio	7	10,3	-	-	-
	Traumatismo no operado (sin SNC)	7	10,3	-	-	-
	Traumatismo no operado (SNC)	4	5,9	-	-	-
	Neuroquirúrgico	2	2,9	-	-	-
<b>Parentesco</b>	-	-	-	Pareja	34	40
	-	-	-	Hijo/a	32	37,6
	-	-	-	Hermano/a	5	5,9
	-	-	-	Padre/madre	11	13
	-	-	-	Otro familiar	3	3,5

DE= Desviación Estándar

**Tabla 3**  
**Puntuaciones medias de los ítems del Cuestionario de Valoración de la estancia en UCI según pacientes y familiares**

Ítem	PACIENTES		FAMILIARES		t	sig. p≤,050	
	Media	DE	Media	DE			
¿En qué grado está siendo agradable/desagradable su estancia en UCI sin considerar los problemas médicos?	4,06	1,25	3,31	1,76	<b>2,83</b>	<b>0,005</b>	
<b>Valoración de los siguientes aspectos</b>	1. Cuidados médicos	4,68	0,50	4,64	0,67	0,40	0,689
	2. Atención de los médicos	4,73	0,52	4,59	0,73	1,21	0,228
	3. Atención de las/os enfermeras/os	4,73	0,68	4,42	0,80	<b>2,37</b>	<b>0,019</b>
	4. Atención de las/os auxiliares de enfermería	4,73	0,68	4,52	0,69	1,73	0,085
	5. Claridad de la información recibida	4,41	0,88	4,31	0,93	0,63	0,531
	6. Cantidad de la información recibida	4,29	0,96	4,12	0,94	1,09	0,276
	7. Trato por parte del personal de enfermería	4,73	0,52	4,47	0,66	<b>2,45</b>	<b>0,016</b>
	8. Afecto/apoyo emocional del personal de enfermería	4,53	0,84	4,05	1,16	<b>2,68</b>	<b>0,008</b>
	9. Respeto a la intimidad	4,47	0,74	4,31	0,85	1,17	0,246
	10. Atención a los familiares	4,67	0,54	4,36	0,87	<b>2,40</b>	<b>0,018</b>
	11. Atención de necesidades psicológicas en paciente y familia	4,62	0,64	4,79	0,57	-1,66	0,099
	12. Calidad de las instalaciones (comodidad, higiene...)	4,37	0,75	4	0,99	<b>2,43</b>	<b>0,016</b>
	13. Posibilidades de distraerse	2,41	1,38	2,03	1,68	1,40	0,164
	14. Silencio o tranquilidad en la sala	3,15	1,19	3,68	1,22	<b>-2,53</b>	<b>0,013</b>
	15. Régimen de visitas	3,66	1,04	3,99	1,01	-1,86	0,066

DE= Desviación Estándar

distintas variables sociodemográficas de la valoración de la estancia en UCI tanto a nivel global como en relación con aspectos más concretos de la unidad, no se encontraron diferencias significativas en función del género. En función del estado civil, si bien no se obtuvieron diferencias significativas en la valoración global de la unidad por parte de los pacientes, sí se encontraron diferencias significativas en la valoración de los cuidados médicos ( $t=2,13$ ;  $p=,039$ ) -más valorados por los pacientes sin pareja-, y en la valoración de las posibilidades de distraerse ( $t=-2,07$ ;  $p=,045$ ) -aspecto mejor valorado por los pacientes con pareja-. En función de la patología de ingreso no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los aspectos considerados. En relación con la edad de los pacientes, los resultados tampoco mostraron correlaciones significativas a nivel global ( $r=0,09$ ;  $p=,499$ ). Sin embargo,

al analizar los diferentes ítems que componen la escala se observó que la valoración de la “atención médica recibida” correlacionaba de forma negativa a nivel estadístico con la edad ( $r=-0,36$ ;  $p=,005$ ). En cuanto al nivel de estudios las correlaciones no fueron significativas en ninguno de los aspectos valorados.

Finalmente, al realizar un análisis de regresión para conocer qué variables independientes podían explicar la valoración global de la estancia en UCI de los pacientes, encontramos que las variables demográficas y médicas (patología de ingreso), así como la puntuación total en depresión no eran predictoras de esta valoración, mientras que la ansiedad sí predecía la valoración global de la estancia ( $\beta=-0,39$ ;  $p=,038$ ) explicando por sí sola el 11,9% de la varianza.

**Resultados descriptivos de la valoración realizada por los familiares.** Sin tener en

cuenta la situación médica que motivó el ingreso, los resultados mostraron a nivel global una puntuación media de 3,31 (DE=1,76) en una escala entre 0 y 5. Así, a nivel global la estancia fue valorada como bastante/muy agradable por el 61,1% de los familiares frente al 23,6% que la valoraron como bastante/muy desagradable. En cuanto a la valoración de aspectos inherentes al contexto de UCI, la mayoría de ítems fueron valorados de forma positiva con puntuaciones superiores a los cuatro

puntos (tabla 3). En este sentido, los resultados mostraron que el 83,8% de los familiares valoraron “muy bien” la atención de las necesidades psicológicas de pacientes y familiares. De la misma forma fueron “muy bien” valorados con porcentajes comprendidos entre el 70-57% los cuidados y atenciones del resto de profesionales sanitarios incluidos médicos y enfermería. Atendiendo a las valoraciones más negativas podemos ver que sólo cinco ítems fueron “muy mal” valorados por los familiares, si

**Tabla 4**  
**Porcentajes en las distintas opciones de respuesta de los ítems del Cuestionario de Valoración de la estancia en UCI según los pacientes**

Ítem	Muy desagradable	Bastante desagradable	Algo desagradable	Algo agradable	Bastante agradable	Muy agradable
En qué grado está siendo agradable/desagradable su estancia en UCI sin considerar los problemas médicos	3,2	3,2	4,8	8,1	33,9	46,8
Valoración de los siguientes aspectos	Muy mal	Bastante mal	Algo mal	Algo bien	Bastante bien	Muy bien
1. Cuidados médicos	0	0	0	1,6	29	69,4
2. Atención de los médicos	0	0	0	3,2	21	75,8
3. Atención de las/os enfermeras/os	0	1,6	0	3,2	14,5	80,6
4. Atención de las/os auxiliares de enfermería	0	1,6	0	3,2	14,5	80,6
5. Claridad de la información recibida	0	1,6	1,6	11,5	24,6	60,7
6. Cantidad de la información recibida	0	1,6	3,3	14,8	24,6	55,7
7. Trato por parte del personal de enfermería	0	0	0	3,2	21	75,8
8. Afecto/apoyo emocional del personal de enfermería	1,6	0	0	6,5	25,8	66,1
9. Respeto a la intimidad	0	0	3,2	4,8	33,9	58,1
10. Atención a los familiares	0	0	0	3,3	26,2	70,5
11. Atención de necesidades psicológicas en paciente y familia	0	0	1,7	3,4	25,9	69
12. Calidad de las instalaciones (comodidad, higiene...)	0	1,6	0	6,5	43,5	48,4
13. Posibilidades de distraerse	10,3	13,8	29,3	24,1	15,5	6,9
14. Silencio o tranquilidad en la sala	1,6	6,6	24,6	19,7	37,7	9,8
15. Régimen de visitas	1,6	1,6	8,1	25,8	43,5	19,4

**Tabla 5**  
**Porcentajes en las distintas opciones de respuesta de los ítems del Cuestionario de Valoración de la estancia en UCI según los familiares**

Ítem	Muy desagradable	Bastante desagradable	Algo desagradable	Algo agradable	Bastante agradable	Muy agradable
<b>En qué grado está siendo agradable/desagradable su estancia en UCI sin considerar los problemas médicos</b>	9,7	13,9	8,3	6,9	26,4	34,7
Valoración de los siguientes aspectos	Muy mal	Bastante mal	Algo mal	Algo bien	Bastante bien	Muy bien
<b>1. Cuidados médicos</b>	0	1,3	0	2,6	26	70,1
<b>2. Atención de los médicos</b>	0	1,3	0	6,6	22,4	69,7
<b>3. Atención de las/os enfermeras/os</b>	0	0	2,6	11,8	26,3	59,2
<b>4. Atención de las/os auxiliares de enfermería</b>	0	0	0	11	26	63
<b>5. Claridad de la información recibida</b>	0	1,3	5,2	9,1	29,9	54,5
<b>6. Cantidad de la información recibida</b>	0	0	9,1	11,7	37,7	41,6
<b>7. Trato por parte del personal de enfermería</b>	0	0	0	9,2	34,2	56,6
<b>8. Afecto/apoyo emocional del personal de enfermería</b>	2,7	1,4	4,1	16,4	30,1	45,2
<b>9. Respeto a la intimidad</b>	0	1,3	4	5,3	41,3	48
<b>10. Atención a los familiares</b>	0	2,7	0	9,5	33,8	54,1
<b>11. Atención de necesidades psicológicas en paciente y familia</b>	0	1,4	0	0	14,9	83,8
<b>12. Calidad de las instalaciones (comodidad, higiene...)</b>	1,3	1,3	4	14,7	46,7	32
<b>13. Posibilidades de distraerse</b>	32,9	4,3	17,1	25,7	12,9	7,1
<b>14. Silencio o tranquilidad en la sala</b>	2,7	4,1	8,1	18,9	40,5	25,7
<b>15. Régimen de visitas</b>	1,3	1,3	5,3	14,5	44,7	32,9

bien los porcentajes encontrados en esta opción de respuesta fueron reducidos. Concretamente, los familiares valoraron como “muy mal” las posibilidades de distraerse (32,9%), con apenas quejas extremas en el apoyo emocional recibido por enfermería (2,7%), el silencio en la sala (2,7%), la calidad de las instalaciones (1,3%) y el régimen de visitas (1,3%). En la **tabla 5** se muestran los porcentajes obtenidos en las distintas opciones de respuesta de la valoración de la estancia según los familiares.

**Influencia de las variables sociodemográficas y psicológicas en la valoración de los familiares.** Al analizar las diferencias en la

valoración de la estancia en UCI en función de distintas variables sociodemográficas (género, estado civil, grado de parentesco, edad y nivel de estudios), a nivel global no se obtuvieron diferencias ni relaciones estadísticamente significativas. Tampoco se hallaron diferencias/relaciones significativas en la valoración de aspectos más concretos de la unidad en función del género, grado de parentesco y nivel de estudios. En cambio, en función del estado civil observamos diferencias significativas en la valoración de la “atención de los médicos” ( $t=-2,16$ ;  $p=,035$ ), la “cantidad de la información recibida” ( $t=-3,08$ ;  $p=,003$ ) y el “silencio y tranquilidad en



la sala” ( $t=-2,54$ ;  $p=,013$ ), que fueron mejor valorados por los familiares con pareja. Asimismo, observamos relación significativa y positiva entre la edad y la valoración de la “atención médica recibida” ( $r=0,36$ ;  $p=,002$ ), la “cantidad” y “claridad de la información” ( $r=0,34$ ;  $p=,003$  y  $r=0,23$ ;  $p=,048$ , respectivamente), el “trato por parte del personal de enfermería” ( $r=0,27$ ;  $p=,023$ ) y el “silencio en la sala” ( $r=0,32$ ;  $p=,006$ ). La edad también correlacionó a nivel significativo con la valoración del “respeto a la intimidad” ( $r=-0,25$ ;  $p=,039$ ) aunque en este caso la relación fue negativa.

En el análisis de regresión, las variables independientes consideradas fueron las distintas variables sociodemográficas y las puntuaciones en ansiedad y depresión de los familiares. Sin embargo, estas variables analizadas, tanto de forma individual como conjunta, no precedían a ningún nivel la valoración de la estancia en UCI de los familiares.

**Resultados diferenciales entre la valoración realizada por pacientes y familiares.** Profundizando en el estudio de la valoración de la estancia en UCI se realizó el análisis diferencial entre pacientes y familiares. Dicho análisis mostró diferencias significativas a nivel estadístico tanto a nivel global ( $t=2,83$ ;  $p=,005$ ) como en la valoración de aspectos más concretos. Así se obtuvieron diferencias significativas en la valoración de la atención ( $t=2,37$ ;  $p=,019$ ), el trato ( $t=2,45$ ;  $p=,016$ ) y apoyo emocional ( $t=2,68$ ;  $p=,008$ ) recibido del personal de enfermería, así como en la valoración de la atención a los familiares ( $t=2,40$ ;  $p=,018$ ), la calidad de las instalaciones ( $t=2,43$ ;  $p=,016$ ) y el silencio en la sala ( $t=-2,53$ ;  $p=,013$ ). Estas diferencias mostraron una mejor valoración por parte de los pacientes en todos los aspectos citados a excepción de la valoración del silencio en la sala, que fue mejor valorado por los familiares (tabla 3).

## DISCUSIÓN

Nuestros resultados informan de una valoración positiva tanto a nivel global como en

relación con distintos aspectos inherentes a la estancia en UCI, al igual que se observa en la literatura revisada<sup>(16,17,18)</sup>. Entre estos aspectos destacarían las atenciones y cuidados de los distintos profesionales sanitarios de UCI, incluidos los psicólogos, que durante un tiempo estuvieron trabajando en la Unidad para el desarrollo de un proyecto de investigación del que forma parte el presente trabajo. Si bien podemos comprobar que los pacientes en líneas generales valoran de forma positiva su estancia en la unidad, es necesario analizar las cuestiones consideradas como más desagradables o molestas durante su estancia puesto que pueden influir en su bienestar. En este sentido cobrarían protagonismo las escasas posibilidades de distraerse, la falta de silencio en la sala y el régimen de visitas (restringido).

Resultados similares se han encontrado en otros estudios, sobre todo en relación con la falta de tranquilidad en la sala<sup>(10,11,19,20,21,22,23)</sup>, con niveles de ruido dentro de UCI por encima de los internacionalmente recomendados<sup>(24,25,26)</sup> y con el régimen de visitas<sup>(10,27)</sup>. Respecto a las posibilidades de distracción del paciente en UCI, aspecto que se muestra muy importante en nuestro estudio, la literatura revisada no contempla trabajos relacionados. Si bien es cierto que éste sería un tema secundario, especialmente al principio de la estancia en la unidad dada la gravedad del paciente, su importancia aumentaría a medida que se alargara el tiempo en UCI, pudiendo influir en el estado emocional del paciente.

En cuanto a la valoración diferencial de la estancia en UCI de los pacientes, a nivel global no se han obtenido diferencias significativas en función de ninguna de las variables consideradas. Tan sólo se han obtenido diferencias/correlaciones significativas en la valoración de algunos aspectos en función del estado civil y la edad de los pacientes.

Atendiendo al papel predictor de determinadas variables sobre la valoración de la estancia en UCI, desde un punto de vista teórico habría parecido lógico pensar que las distintas variables demográficas, médicas

(patología de ingreso) y emocionales podrían ser importantes para explicar la valoración global que los pacientes hacen de su estancia en UCI. Sin embargo, los resultados muestran que sólo la ansiedad predice esta valoración, niveles más altos de ansiedad explicarían una valoración más negativa. Es importante tener este dato en consideración dada la escasez de estudios que analizan factores explicativos de la valoración de la estancia en UCI. En la literatura revisada tan sólo hemos encontrado un estudio que analiza la influencia de características sociodemográficas de los pacientes sobre su satisfacción en UCI, no habiéndose obtenido influencia alguna<sup>(10)</sup>.

Por su parte, los familiares valoran a nivel global la estancia de su ser querido en UCI como “algo” agradable. No obstante, no podemos desestimar que para casi una cuarta parte de los familiares la estancia en UCI ha sido bastante/muy desagradable. Los distintos aspectos inherentes a la unidad han sido valorados en su mayor parte de forma positiva. Destacan las valoraciones sobre los cuidados y atenciones de los profesionales sanitarios de UCI, al igual que muestran otros estudios previos<sup>(28,29)</sup>, y de manera especial la atención de las necesidades psicológicas de pacientes y familiares. Este hecho pone de relieve la importancia que tiene en este contexto aliviar el sufrimiento y malestar psicológico. Otros aspectos importantes como la claridad de la información recibida y el respeto a la intimidad, también han sido valorados positivamente. En cambio, los aspectos con menor valoración han sido el silencio en la sala y las posibilidades de distraerse, siendo este último el que ha recibido una valoración más negativa. Todos estos resultados van en la línea de los obtenidos en estudios previos realizados con familiares de la misma UCI<sup>(30)</sup>. Sin embargo, los resultados relativos al respeto de la intimidad difieren de los encontrados en otros trabajos<sup>(31,32,33)</sup>.

En nuestro estudio las valoraciones positivas sobre el respeto a la intimidad pueden deberse a que los pacientes se encuentran en

habitaciones (boxes) individuales dentro de una sala mayor. Respecto al silencio en la sala de UCI, los familiares no lo valoran de forma negativa, si bien creen que sería un aspecto a mejorar. Estos datos van en la línea de la literatura científica revisada sobre el nivel de ruido objetivo que hay en UCI, originado por el ritmo de trabajo y la alta tecnología<sup>(22,34)</sup>. Y finalmente, en cuanto a las posibilidades de distracción, aun habiendo sido el aspecto con valoración más negativa tanto en el presente estudio como en uno preliminar<sup>(35)</sup>, cabe decir que tan sólo hemos encontrado un estudio relacionado, en el que para los familiares es importante considerar la inclusión de dispositivos audio/visuales para que los pacientes puedan distraerse cuando están despiertos<sup>(36)</sup>.

Profundizando en el estudio de la valoración de la estancia en UCI por parte de los familiares, a nivel global no se han obtenido diferencias significativas en función de ninguna de las variables sociodemográficas consideradas, si bien se han obtenido diferencias/correlaciones significativas en función del estado civil y la edad en la valoración de algunos aspectos concretos.

Respecto al papel predictor de determinadas variables sobre la valoración de la estancia en UCI de su ser querido, hemos comprobado que dicha valoración no parece ser explicada por ninguna de las variables consideradas.

Finalmente, tras comparar la valoración de los pacientes sobre su estancia en UCI con las expectativas de los familiares al respecto, encontramos diferencias en la valoración global, de manera que la familia valora de forma más negativa que el paciente su estancia en la unidad. Esta tendencia general de la familia a sobreestimar el malestar del paciente también se ha reflejado en otros estudios<sup>(37)</sup>. Igualmente, se observan diferencias en la valoración de otros aspectos como la atención, el trato y apoyo emocional recibido del personal de enfermería, la atención a los familiares, la calidad de las instalaciones y el silencio en la sala. Cabe señalar que todos estos aspectos también han sido peor valorados por los

familiares a excepción de la valoración del silencio en la sala. El hecho de encontrar diferencias entre la valoración de pacientes y familiares hace cuestionarnos hasta qué punto los familiares podrían ser representantes adecuados de la opinión de los pacientes, en línea de los resultados obtenidos recientemente en otro estudio en el que se han obtenido grados de concordancia entre débiles y moderados (38) en la satisfacción de pacientes y familiares.

Nuestro estudio presenta limitaciones como la representatividad de la muestra, ya que los datos corresponden a una sola UCI. Actualmente no se incluye la figura del psicólogo como parte del equipo multidisciplinar de UCI, por lo que hemos tenido dificultades para evaluar a pacientes y familiares de otras unidades. El elevado grado de sufrimiento emocional que conlleva la incertidumbre y la cercanía de la muerte en este contexto, parecen señalar por cuestiones éticas la figura del psicólogo clínico especializado en el ámbito de salud como la persona idónea para llevar a cabo la evaluación en este contexto. En este sentido, parte de la pérdida de muestra de nuestro estudio podría ser explicada por la inexistencia en plantilla de un psicólogo durante todo el tiempo de seguimiento, lo que ha hecho imposible que se recogieran más datos. Por otro lado, el personal de enfermería, que también habría podido encargarse de la obtención de los datos, suele estar sometido en estas Unidades a una excesiva carga asistencial que le dificulta estar disponible para tareas de investigación.

Otra limitación ha sido el tamaño muestral, condicionado por la dificultad de evaluar durante el ingreso en un contexto de las características de UCI. Cabe subrayar la falta de trabajos realizados con pacientes críticos y sus familiares estando todavía ingresados en UCI y de manera particular aquellos que analizan la valoración diferencial en función de variables sociodemográficas y psicológicas, lo cual ha limitado la comparación de nuestros resultados, pero al mismo tiempo apuntan hacia la originalidad de este estudio.

En conclusión, la valoración de la estancia en UCI en líneas generales podemos considerar que

ha sido positiva a nivel global y en relación con distintos aspectos concretos de la unidad, destacando, sobre todo, las atenciones y cuidados de los profesionales sanitarios tanto en pacientes como en familiares. No obstante, los familiares valoran peor que los pacientes de forma global la estancia en UCI. En cuanto a los aspectos peor valorados, en el grupo de pacientes destacarían las posibilidades de distracción, el silencio en la sala y el régimen de visitas coincidiendo con los familiares sobre todo en las escasas posibilidades de distracción. Asimismo, cabe señalar que no se han obtenido diferencias significativas en la valoración global de la estancia en función de variables sociodemográficas si bien éstas sí aparecen en algunos aspectos concretos. Estos hallazgos permiten acercarnos a la realidad del ingreso en UCI como paso previo a la puesta en marcha de medidas que refuercen lo bien valorado y mejoren los aspectos peor valorados, optimizando la calidad asistencial ofrecida.

Consideramos relevante por lo tanto seguir investigando en el papel predictor de determinadas variables sobre la valoración que pacientes y familiares hacen de la estancia en UCI, incluyendo variables de personalidad y otras relacionadas con la estancia como experiencias previas de ingreso en UCI, duración del ingreso, momento de la encuesta, expectativas de supervivencia y sedación del enfermo.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a pacientes, familiares y profesionales de UCI su especial colaboración en el presente estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
2. Cramm JM & Nieboer AP. High-quality chronic care delivery improves experiences of chronically ill patients receiving care. *Int J Qual Health Care* 2013; 25: 689-695.
3. Martín MC, Cabré L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, Castillo F, Galdós P, Roca J, Saura RM. & Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), Sociedad Española

- de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) & Fundación Avedis Donabedian (FAD). Indicadores de calidad en el enfermo crítico. *Med Intensiva* 2008; 32: 23-32.
4. Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *Journal of Clinical Nursing* 2002; 11: 575-584.
5. Llubia C, Canet J. Unidades de cuidados críticos: la difícil tarea de la información. *Med Clin* 2000; 114: 141-143.
6. Hunziker S, McHugh W, Sarnoff-Lee B, Cannistraro S, Ngo L, Marcantonio E & Howell M. Predictors and correlates of dissatisfaction with intensive care. *Crit Care Med* 2012; 40(5):1554-1561.
7. Hwang DY, Yagoda D, Perrey HM, Tehan TM, Guanci M, Ananian L, Currier PF, Cobb JP & Rosand J. Assessment of satisfaction with care among family members of survivors in a neuroscience intensive care unit. *J Neurosci Nurs* 2014; 46(2):106-116.
8. Khalaila R. Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nurs Stand* 2014; 28(43):37-44.
9. Plakas S, Taket A, Cant B, Fouka G & Vardaki Z. The meaning and importance of vigilant attendance for the relatives of intensive care unit patients. *Nursing in critical care* 2013; 19:243-254.
10. Mosleh S, Alja'afreh M, Lee AJ. Patient and family/friend satisfaction in a sample of Jordanian Critical Care Units. *Intensive and Critical Care Nursing* 2015; 31: 366-374.
11. Kalfon P, Mimoz O, Auquier P, Loundou A, Gauzit R, Lepape A, Laurens J, Garrigues B, Pottecher T, Mallédant Y. Development and validation of a questionnaire for quantitative assessment of perceived discomforts in critically ill patients. *Intensive Care Med* 2010; 36: 1751-1758.
12. Zigmond AS & Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983; 67: 361-370.
13. Tejero A, Guimerá EM, Farré JM. & Peri JM. Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista Departamento Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona* 1986; 13: 233-238.
14. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L & Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry* 2003; 25: 277-283.
15. Quintana JM, Padierna A, Esteban C, Arostegui I, Bilbao A & Ruiz I. Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish Version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003; 107: 216-221.
16. Heyland DK, Tranmer JE, Kingston General Hospital ICU Research Working Group. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary results. *J Crit Care* 2001; 16: 142-149.
17. Stricker KH, Kimberger O, Brunner L, Rothen HU. Patient satisfaction with care in the intensive care unit: Can we rely on proxies? *Acta Anaesthesiol Scand* 2011; 55:149-156.
18. Holanda MS, Ots E, Domínguez MJ, García A, Ruiz A, Castellanos A, Wallman R, Llorca J. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Med Intensiva* 2015; 39:4-12.
19. Mylén J, Nilssona M, Berteröb C. To feel strong in an unfamiliar situation; Patients' lived experiences of neurosurgical intensive care. A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2016; 32: 42-48.
20. Johansson L, Bergbom I, Wayne KP, Ryherd E & Lindahl B. The sound environment in an ICU patient room-A content analysis of sound levels and patient experiences. *Intensive and Critical Care Nursing* 2012; 28: 269-279.
21. Lawson N, Thompson K, Saunders G, Saiz J, Richardson J, Brown D, Ince N, Caldwell M, Pope D. Sound Intensity and Noise Evaluation in a Critical Care Unit. *Am J Crit Care* 2010; 19: 88-98.
22. Rosea L, Nonoyama M, Rezaie S, Fraser I. Psychological wellbeing, health related quality of life and memories of intensive care and a specialised weaning centre reported by survivors of prolonged mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing* 2014; 30: 145-151.
23. Organización Mundial de la Salud (WHO). Community Noise Environmental Health Criteria Document, External Review Draft. Geneva: WHO Publishing, 2002.
24. Darbyshire JL, Young JD. An investigation of sound levels on intensive care units with reference to the WHO guidelines. *Crit Care* 2013; 17(5): R187.
25. Stafford A, Haverland A & Bridges E. Noise in the ICU. What we know and what we can do about it. *Am J Nurs* 2014; 114: 57-63.
26. Novaes MAFP, Aronovich A, Ferraz MB, Knobel E. Stressors in ICU: patients' evaluation. *Intensive Care*

Med 1997; 23: 1282-1285.

27. Ayllón N, Álvarez M, González M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva* 2007; 18: 159-167.

28. Tastan S, Iyigun E, Ayhan H, Kılıçkaya O, Yılmaz AA, Kurt E. Validity and reliability of Turkish version of family satisfaction in the intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice* 2014; 20: 320-326.

29. Sarode V, Sage D, Phong J, Reeves J. Intensive care patient and family satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2015; 28: 75-81.

30. Bernat MD, Tejedor R, Sanchís J. ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos? *Enfermería Intensiva* 2000; 11: 3-9.

31. Frídh I, Forsberg A, Bergbom I. End-of-life care in intensive care units – family routines and environmental factors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2007; 21: 25-31.

32. Plakas S, Cant B, Taket A. The experiences of families of critically ill patients in Greece: A social constructionist grounded theory study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2009; 25: 10-20.

33. Moen EK, Näden D. Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2015; 31: 285-293.

34. Konkani A, Oakley B. Noise in hospital intensive care units—a critical review of a critical topic. *J Crit Care* 2012; 27: 522.e1-522.e9.

35. Gil B. Afectación emocional de pacientes y familiares en una Unidad de Cuidados Intensivos [Trabajo de Investigación no publicado]. Castellón: Universitat Jaume I; 2010.

36. Lam SM, So HM, Fok SK, Li SC, Ng CP, Lui WK, Heyland DK, Yan WW. Intensive care unit family satisfaction survey. *Hong Kong Med J* 2015; 21: 435-443.

37. Myhren H, Tøien K, Ekeberg Ø, Karlsson S, Sandvik L, Stokland O. Patients' memory and psychological distress after ICU stay compared with expectations of the relatives. *Intensive Care Med* 2009; 35: 2078-2086.

38. Holanda MS, Marina N, Ots E, Lanza JM, Ruiz A, García A, Gómez V, Domínguez MJ, Hernández MA, Wallmann R, Llorca J, Grupo HU-CIC. Satisfacción en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): la opinión del paciente como piedra angular. *Med Intensiva* 2017; 41(2):78-85.