



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Ansiedad y Satisfacción con el Cuidado y Toma de Decisiones de la familia en las Unidades de Cuidados Intensivos: La enfermera referente en la gestión de casos de atención familiar al paciente crítico”

Garazi Larrazkueta Martínez De Antoñana

Junio, 2014

Trabajo Fin De Máster

A todas las familias que atendieron mis palabras en aquellos momentos delicados y a las personas que me ofrecieron las suyas en los momentos de desconocimiento.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	10
1.1	GESTIÓN DE CASOS	11
1.2	CONCEPTOS DE LA MEDICINA INTENSIVA. ENTORNO DE LA UCI	12
1.3	CONCEPTO DE LA ANSIEDAD.....	13
1.4	LA ENFERMERA COMO ESLABÓN EN LA COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA	14
1.5	PROCESO DE TOMA DE DECISIONES. SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA 15	
1.6	¿DE DÓNDE VIENEN LOS CONCEPTOS ATENCIÓN FAMILIAR Y TOMA DE DECISIÓN? EL DUELO: SATISFACCIÓN AL FINAL DE LA VIDA.....	17
2	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.	20
3	OBJETIVOS	21
4	HIPÓTESIS	22
5	MATERIAL Y MÉTODOS	24
5.1	TIPO DE ESTUDIO.....	24
5.2	SUJETOS A ESTUDIO	24
5.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN.....	24
5.4	TIEMPO DE ESTUDIO	25
5.5	ESCENARIO	25
5.6	VARIABLES A MEDIR.....	27
5.7	INSTRUMENTOS	28
5.8	PROCEDIMIENTOS A SEGUIR PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS	29
6	RESULTADOS	33
6.1	PERFIL DE LA POBLACIÓN ACCESIBLE: PACIENTES	33
6.2	LA MUESTRA DEL ESTUDIO	41
6.3	PERFIL DE LA MUESTRA: FAMILIARES	42
6.4	RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SOBRE SATISFACCIÓN SF-ICU(24).....	47
6.4.1	ANÁLISIS DE LA PRIMERA PARTE DEL CUESTIONARIO: SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO 49	
6.4.2	ANÁLISIS DE LA SEGUNDA PARTE DEL CUESTIONARIO: SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES.....	59
6.5	RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SOBRE ANSIEDAD STAI	62

6.5.1	ANSIEDAD RASGO.....	62
6.5.2	ANSIEDAD ESTADO.....	66
6.6	CORRELACIÓN BIVARIADA ENTRE LOS CUESTIONARIOS SF-ICU(24) DE SATISFACCIÓN Y STAI DE ANSIEDAD.....	70
7	DISCUSIÓN.....	72
8	LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y ESTRATEGIAS DE CONTROL:	82
9	CONCLUSIONES	84
10	BIBLIOGRAFÍA.....	87
11.	ANEXOS	88
11.	1 ANEXO1: Consentimiento informado y Permiso del Comité de Ética.....	88
11.	2. ANEXO2: Carta de presentación y hoja de recogida de datos	90
11.	3. ANEXO3: Cuestionario STAI de ansiedad	93
11.	4. ANEXO4: Cuestionario SF-ICU(24) de satisfacción en la UCI.....	94
11.	5. ANEXO5: Tabla análisis Anova. Satisfacción por Unidad.....	96
11.	6. ANEXO6: Tabla Comparación de los Subapartados 3-6 con el grado de Parentesco/Afinidad.....	101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla1. Media y desviación típica de los Días de estancia totales ^ Unidad.....	34
Tabla2. Frecuencias de Días de Estancia ^ Unidades.....	35
Tabla3. Medias de Edad ^ Motivo de Ingreso.....	38
Tabla4. Porcentaje y frecuencia de Éxitus ^ Unidad.....	38
Tabla5. De contingencia Éxitus ^ Motivo de Ingreso.....	39
Tabla6. Medias de Edad del paciente y familiar ^ Sexo. Significancia del 0,054.....	43
Tabla7. De contingencia Situación Laboral ^ Estudios del Familiar encuestado.....	43
Tabla8. De Contingencia Grado de Parentesco/Afinidad ^ Frecuencia de Contacto con el paciente por Semana.....	44
Tabla9. Suma y Medias de la Puntuación del cuestionario SF-ICU(24).....	47
Tabla10. Correlación por apartado de Cuidado ^ Información y Toma de Decisiones. SF-ICU (24).....	48
Tabla11. Frecuencia y Porcentaje de respuesta.....	51
Tabla12. Análisis Anova. Comparación Subapartados 2 y 4 ^Sexo.....	53
Tabla13. Análisis Anova. Comparación Subapartados 1 y 5 ^ Estado Civil.....	55
Tabla14. Análisis Anova. Comparación Subapartados 2-4 ^ Situación Laboral.....	56
Tabla15. Análisis Anova. Comparación Subapartados 1, 5 y 6 ^ Experiencia previa de ingreso en la UCI.....	58
Tabla.16. Medias y Desviación Típica de STAI.....	62
Tabla.17. Análisis Anova. Comparación de Ansiedad Rasgo ^ Estudios Realizados del Familiar.....	64
Tabla.18. Análisis Anova. Comparación de Ansiedad Rasgo ^ Situación Laboral del Familiar.....	65
Tabla.19. de contingencia (Chi-cuadrado). Estudios Realizados ^ Situación Laboral en el familiar.....	65
Tabla20. Análisis Anova. Comparación de la Ansiedad Rasgo con la Residencia con el paciente.....	65
Tabla21. Análisis Anova de la Ansiedad Estado ^ Grado de Parentesco/Afinidad.....	69
Tabla22. Análisis Anova de la Ansiedad Estado ^ Terapias de Sustento de Vida.....	69
Tabla23. Correlación SF-ICU(24) ^ Ansiedad Rasgo ^ Ansiedad Estado.....	70
Tabla24. Correlación de los subapartados SF-ICU(24) ^Ansiedad Rasgo ^ Ansiedad Estado.....	71

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura1. Diagrama por sectores del porcentaje de la población accesible ^ Unidad.....	33
Figura2. Dispersión de la Edad ^ Unidades.....	35
Figura3. Motivo de Ingreso ^Unidad.....	37
Figura4. Porcentaje y frecuencia de Éxitus ^ Unidad.....	39
Figura5. Muestra por sectores.....	41
Figura6. Cuestionario SF-ICU(24). Medias de Satisfacción en el Rango de Puntuación.....	45
Figura7. Análisis Anova por gráfico. Satisfacción Total SF-ICU(24)^Unidad.....	48
Figura8. Análisis Anova por gráfico. Satisfacción subapartado Cuidados ^Unidad.....	49
Figura9. Análisis Anova por gráfico. Satisfacción Sala de Espera^Unidad.....	53
Figura10. De barras. Frecuencias Ítem 10 de la segunda parte del cuestionario SF-ICU(24).....	59
Figura11. Análisis Anova por gráfico. Satisfacción Información y Toma de decisiones ^Unidad.....	60
Figura12. Diagrama simple por puntos del percentil Ansiedad Rasgo.....	62
Figura13. Análisis Anova por gráfico. AR ^Unidad.....	63
Figura14. Diagrama simple por puntos del percentil Ansiedad.....	66
Figura15. Análisis Anova por gráfico. AE ^Unidad.....	67

1 INTRODUCCIÓN

“Las palabras son, por supuesto, la más poderosa droga utilizada por el ser humano”. Así lo especificaba Rudyard Kipling.¹

A lo largo de estas últimas décadas hemos tenido un avance espectacular en torno a la sanidad, no sólo respecto al desarrollo de la tecnología y Medicina clínica-terapéutica², sino también, respecto a la transición de paradigmas. Hemos pasado desde un paradigma Mecanicista, donde al enfermo se le atendía por categorías o sistemas independientes como si fuera una máquina y donde la enfermedad era el centro de atención, hasta el **paradigma de la Totalidad**. En este último, se empezó a ver al enfermo como un paciente con necesidades básicas que englobaban la atención a la persona en todas sus áreas bio-psico-socio y espirituales y se comenzó a concebir la salud no como ausencia de enfermedad, sino como un estado independiente de la enfermedad.³ Sin embargo, a pesar de este cambio demostradamente beneficioso en el trato con los usuarios y en la concepción de la salud-enfermedad, cada vez es mayor la información y la confianza que los usuarios requieren en la relación lineal profesional-usuario, dado al gran desarrollo mediático y tecnológico de la sociedad. En definitiva, ha surgido un **empoderamiento informático** del paciente y la familia.²

Por otro lado, el desarrollo de las disciplinas profesionales y la potenciación del trabajo inter- e intra-disciplinar ha promovido que cada vez más, la comunicación se convierta en un punto imprescindible para un cuidado de calidad. El **desarrollo de la propia disciplina enfermera** ha influido en conseguir una mayor autonomía en la práctica profesional y a su vez, a tener un mayor reconocimiento del rol enfermero en la sociedad española con una ampliación de competencias. Las cuatro principales competencias enfermeras, cara a brindar cuidados integrales al paciente y al entorno de éste, se dividen en:⁴

- Desarrollo de la práctica según los principios legales y éticos que rigen la profesión.
- Desarrollo de un pensamiento crítico.
- Administración y gestión de cuidados.
- Establecimiento de relaciones de forma eficaz.

Tal y como indica esta última, **la comunicación enfermera resulta imprescindible en la profesionalidad competente que se ha de desarrollar.**

Sin embargo, a pesar de haber visto un avance en el valor humano respecto a una atención de calidad en el paciente y su entorno cercano, parece que el interés creciente de búsquedas de evidencias científicas diagnósticas y terapéuticas para la mejora de los resultados en la salud, ha ido cediendo importancia al ámbito bioético en lo referente al trato cercano y de iguales. La beneficencia y no maleficencia, junto al principio de justicia, son **principios éticos** cuyos significados están muy arraigados en el día a día del profesional sanitario.

En la misma línea, el principio de autonomía del paciente explica el deber de respetar la capacidad de las personas y de respetar a que éstas realicen actos con conocimiento de causa y sin coacción, sin coartar la libertad moral de los individuos.⁵ Haciendo referencia a la frase de Rudyard Kipling, la palabra como unidad integrante de la información, resulta la herramienta imprescindible en el principio de autonomía, el cual está implícito mediante el consentimiento informado en nuestra práctica diagnóstica y terapéutica habitual. El **consentimiento informado**, tal y como expresa la palabra, es el que tiene lugar en el seno de la relación sanitario-usuario, en virtud del cual, el sujeto competente o capaz recibe del sanitario información que le capacita para participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Esto implica la necesidad de una información comprensible y adaptada a las características cognitivas y personales del paciente y/o familiares o tutores legales.⁶

Reiterando en lo anteriormente mencionado, el profesional es el responsable de suministrar toda la información que requiere el usuario para **fomentar su autonomía en la toma de decisiones de manera consciente y deliberada**. De la misma forma que el paciente doliente busca apoyo asistencial para el diagnóstico y tratamiento de su dolencia e implica los principios de beneficencia y no maleficencia, el **principio de autonomía, tan importante en nuestro medio, se refiere al requerimiento de un apoyo informático**, donde uno o varios usuarios en ausencia de conocimientos sanitarios buscan ayuda profesional y especializada en base a su dolencia.⁵ Es por ello, que la atención sanitaria engloba todos y cada uno de los principios éticos mencionados, imprescindibles para una atención de calidad. **La comunicación resulta un punto importante para cumplir con esta atención de calidad, cumpliendo los principios bioéticos de la sociedad.**

1.1 GESTIÓN DE CASOS

El cambio de la sociedad y los avances tecnológicos y médicos, junto al desarrollo de las competencias enfermeras a una Diplomatura y Grado, reflejan una necesidad de seguir

implicándose en la gestión de las necesidades integrales de la población, con el fin de brindar un cuidado eficaz y eficiente a largo plazo. Aquí surgió el perfil de Gestión de Casos (GC) enfermeros, el cual se creó a partir de la necesidad de obtener mejoras en la atención asistencial de la comunidad o Servicios de Atención Primaria (SAP), de la necesidad de reducir costes a largo plazo y de lograr la salud y autogestión personal de los usuarios con el cuidado.

La GC es considerada como el mejor vehículo que reúne todos los cuidados y tratamientos necesarios para las personas en condiciones de complejidad a largo plazo. Así, las funciones de la enfermera gestora de casos se resumen en ocho grandes áreas de actuación: asesorar y gestionar el paciente a domicilio; elaborar una guía de cuidados basada en la evidencia y personalizada por el paciente para el cual, la/el enfermera/o trabajará activamente con el médico de Atención Primaria (AP) asignado a cada paciente; monitorizar proactivamente al paciente; empoderizar al paciente; impulsar la autogestión del paciente; coordinar el trabajo de los proveedores en los diferentes niveles de servicios sanitarios a través de la guía de cuidados personalizada; gestionar y facilitar la transición del paciente desde los centros sanitarios a otros centros o domicilio; educar y dar soporte a los cuidadores; y acceder y coordinarse con los servicios sociales.⁷

Teniendo en cuenta que este perfil nuevo profesional surgió con el fin de establecer una atención integral y continua junto a diferentes cuerpos e instituciones profesionales del ámbito sanitario, no tardaron en investigar su eficacia en Unidades Especiales. Un estudio de la Unidad de Diálisis en el *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*, pilotó a una enfermera gestora de casos o **enfermera referente** para ser el profesional principal en el rol de apoyo al paciente crónico dializado en funciones de tratamiento, educación sanitaria, soporte psicológico o rehabilitación terapéutica.⁸ Esta competencia desarrollada de la disciplina enfermera se tradujo en una atención de calidad que aumentó la satisfacción de los usuarios con el Sistema de Salud.

1.2 CONCEPTOS DE LA MEDICINA INTENSIVA. ENTORNO DE LA UCI

La Medicina Intensiva se refiere a *“la concentración de conocimientos y de recursos de todo tipo (humanos, tecnológicos, arquitectónicos) necesarios para atender de una forma coordinada y continuada al paciente en una etapa de su enfermedad caracterizada por la gravedad o potencial que pone en peligro su vida”*.⁹ La Unidad de Paciente Crítico es un servicio destinado a acoger a aquellos pacientes gravemente enfermos o con posibilidades de evolucionar a la gravedad, así como también a aquellos pacientes que son sometidos a cirugías

de mayor riesgo y que, por lo tanto, requieren una observación más estricta de sus funciones vitales. El paciente grave o crítico es aquel que tiene afectado uno o más sistemas de su cuerpo, lo que lo pone en riesgo vital o en riesgo de quedar con graves secuelas.¹⁰ El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) supone una actividad urgente que necesita la coordinación y organización suficiente de todos los medios humanos y materiales existentes para proporcionar una atención exquisita a la persona que viene. La procedencia de los pacientes puede ser muy variada: pueden provenir de unidades coronarias para la realización de técnicas que posteriormente precisen control hemodinámico en UCI; también podrían provenir del quirófano programado, de urgencias (generalmente siendo estos últimos los casos más graves), y de otras áreas de hospitalización por necesidad de una asistencia urgente o parada (generalmente de quirófano); además los traslados medicalizados de otros hospitales también son otro lugar de procedencia.¹¹

La UCI es un medio hostil para toda persona que desconoce el manejo del aparataje. Las alarmas, el sentimiento de dependencia a las máquinas con su consiguiente sensación de falta de control y la alta cantidad de tubuladuras y conexiones que rompen la integridad cutánea del paciente, condicionan a un aumento del umbral de la ansiedad dentro del núcleo familiar. Un estudio que habla sobre la satisfacción de los familiares con el servicio de UCI y lo compara con la percepción de estas necesidades por parte del profesional intensivista, dice que *“el ingreso en la UCI supone un estrés para el paciente y sus familiares, que está condicionada no sólo por la gravedad del paciente, sino también por las dificultades en la comunicación que existen con éste y la familia”*. Añade que, *“debido a la inestabilidad del paciente el profesional se centra más en la observación y monitorización estrecha del mismo, de forma que, aunque considera que es necesario tener en cuenta los requerimientos de la familia, la realidad es que pasan a un segundo plano; como muestra un estudio que objetiva que sólo la mitad de los familiares de UCI entienden lo que el médico les dice acerca del pronóstico, diagnóstico o el tratamiento del paciente”*.¹²

1.3 CONCEPTO DE LA ANSIEDAD

La ansiedad, tal y como la define Leibovich de Figueroa en 1991, *“es sinónimo de preocupación, inquietud, intranquilidad y desasosiego ante acontecimientos futuros o situaciones”*. Cía define la ansiedad normal como una *“emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un peligro presente o futuro”* y que *“tiene la función de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación de peligro”*. Su duración está relacionada con la magnitud y con la resolución del problema que lo desencadenó. Lo que convierte a la ansiedad en patológica es la intensidad,

duración y frecuencia de aparición exagerada en relación al estímulo o situación que le dio origen, o incluso, en ausencia de éste.¹³

Varios autores diferencian la Ansiedad Rasgo (AR) y la Ansiedad Estado (AE) como áreas de medición de este concepto. La AR se refiere a una medida estable de las diferencias individuales, es decir, como una característica unitaria relativamente permanente de la personalidad. La AE por su parte, es definida como una condición emocional transitoria que fluctúa a través del tiempo.¹³ De esta manera, surgen varias escalas de medida validadas que diferencian y dan información sobre las dos áreas de la ansiedad, como es la escala STAI o el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo.¹³

1.4 LA ENFERMERA COMO ESLABÓN EN LA COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA

La enfermería ha demostrado ser un eslabón importante en el curso de esta atención de calidad. Este sector profesional es la fuerza más visible a la hora de brindar apoyo y educación en el entorno sanitario, ya que el establecimiento de una relación enfermera-paciente-familia viene dado en base al gran contacto profesional en el curso de la enfermedad de los usuarios, desde el ingreso hasta el alta del paciente del Sistema Sanitario.

Es por ello, que varios estudios han defendido la importancia del rol enfermero a la hora de cuidar al paciente en su globalidad, incluyendo a la familia dentro de esa integridad. Según el estudio de *Bloomer M., Lee S. y O'Connor M.*, los cuidados integrales que se desarrollan entre la familia y la/el enfermera/o capacita al profesional a conocer de cerca la estructura social de la familia, la dinámica y los sistemas de valores; los cuales darán pie a individualizar los cuidados. Pese a esto, aún no es visible el rol de la enfermería en las reuniones con la familia, como por ejemplo, a la hora de dar información médica. Esto justifica la labor enfermera no reconocida en lo referente a la información y calidad de vida.¹⁴ Según el estudio de *García Díaz F.* en *“Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud”*, demuestra que *“es de suma utilidad que la enfermería se implique en labores de información a las familias. Las encuestas a familiares en la UCI confirman repetidamente que los familiares valoran muy positivamente la información de enfermería, que incluye aspectos tan apreciados para éstos como: estado de ánimo, calidad del sueño, apetito, etc.”*²

El mismo estudio de *Bloomer M., Lee S. y O'Connor M.*, que habla sobre la comunicación entre profesionales intensivistas y la familia, refiere que la insuficiente e inadecuada comunicación entre éstos es una queja común. La familia califica la comunicación como el asunto más importante a tener en cuenta. Esto último se explica por la existencia de altos niveles de

ansiedad y depresión entre los familiares de los pacientes ingresados en la UCI; síntomas que influyen sobre la satisfacción de los miembros de la familia y sobre los sentimientos de soporte emocional en relación a la toma de decisiones.¹⁴

Es por ello, que los cuidados a los pacientes de la UCI se extiende a la familia, donde la enfermera es la figura más visible en este soporte y educación, al estar más tiempo que cualquier otro profesional con el paciente y su entorno. No obstante, es importante remarcar lo que el estudio de *Bloomer M., Lee S. y O'Connor M.* reafirma: la provisión enfermera del cuidado directo al paciente se estima en un ratio de 1:1, pero este estudio reitera que la enfermería sólo era incluida en un 25% de los encuentros con la familia, aunque se supiera que estos profesionales tenían información importante a tener en cuenta sobre aspectos integrales del paciente y de la familia. El estudio defiende que la enfermería debería ser incluida en el equipo colaborador, donde cada miembro pudiera aportar perspectivas e información diferente, pero al mismo tiempo, relevante en el proceso de asistencia.¹⁴

1.5 PROCESO DE TOMA DE DECISIONES. SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA

Un estudio de *Critical Care Medicine* dice que el 20% de las muertes en EEUU ocurren en la UCI y que la mayor parte de las decisiones tomadas en estas unidades se engloban a la limitación terapéutica. Dado que los pacientes de la UCI muchas veces son incapaces de expresar sus preferencias terapéuticas y valores por su estado de sedación, la toma de decisión terapéutica siempre viene tomada por un sucesor.¹⁵ Un estudio de *Critical Care Nurse*, refiere que una comunicación efectiva y consistente con la familia del paciente crítico es una de las necesidades más importantes y el predictor más fuerte de la Satisfacción con el Cuidado. La comunicación incluye tomar a la familia como miembros activos en la toma de decisión. Aún así, muchas veces la comunicación puede ser complicada por la dinámica de la familia y la falta de entrenamiento en habilidades de comunicación por parte de enfermería y los intensivistas. Además, según la misma revista, la falta de tiempo y falta de un seguimiento integral en un continuo y los objetivos poco claros, también pueden ser factores que interfieren en la comunicación eficaz.¹⁶

Si volvemos al estudio a nivel estatal de *“Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional”*, refiere que *“respecto a la relación y calidad de la información con el personal médico y de enfermería, el profesional entrevistado coincidía con los familiares en que conocían el nombre del médico que atiende a su familiar, y no así el de enfermería, que sólo lo conocían algunas veces o casi nunca.”* Aún así,

la valoración por parte del familiar de su relación con enfermería reflejaba ser fluida, en comparación con la percepción que tenía el personal sanitario respecto a la misma cuestión. De igual manera, la información diaria que se ofrecía a pie de cama, a pesar de ser muy bien valorada por el familiar que la recibía, no era así valorado por los profesionales (65%), que creían que la forma de informar era poco o nada acogedora. Por último, se debe recalcar que aunque ambos grupos referían haber sido informados de la situación clínica del paciente al ingreso, aproximadamente la mitad de los profesionales creían que los familiares no habían comprendido la información administrada.¹²

He aquí la razón por la que este estudio defiende que la comunicación con los familiares debería ser evaluada con regularidad, ya que esto acarrearía la posibilidad de tomar decisiones de calidad en conjunto, sobre el tratamiento a seguir. Defienden que *“todo ello evitaría en cierta medida, los síntomas de estrés postraumático que desarrollan muchos de los pacientes críticos”*.¹²

El estudio de *Critical Care Nurse* demuestra que un algoritmo basado en la evidencia sobre el proceso de información, mejora la satisfacción de los miembros de la familia respecto a la atención recibida por los profesionales de la UCI. El indicador más significativo resultó ser la percepción de la familia sobre el trabajo en equipo de toda la plantilla de profesionales sanitarios antes (64%) y después (83%) de ejecutar el algoritmo, con una p o diferencia significativa de 0.4. Respecto a la percepción de la asiduidad con que la familia se integraba en la toma de decisiones, también evidenciaron una diferencia significativa del 48% al 68% después de pasar el algoritmo (p de 0,09). Aunque el indicador de la cantidad de soporte y ánimo dado a la familia no fuera significativo antes y después de ejecutar el algoritmo, también fueron unos valores muy positivos de cambio. Por último, cabe mencionar que este estudio demostró su eficacia a la hora de identificar la necesidad de una reunión inmediata entre familiares y profesionales, para trabajar ciertos aspectos del proceso y desarrollo del paciente. Es remarcable mencionar que casi, la mitad de estas reuniones tuvieron que ver con la toma de decisión en la limitación terapéutica¹⁶, por lo que una vez más, se pone de manifiesto la importancia que tiene trabajar la comunicación lineal profesional-familia en estas situaciones que se precisa apoyo emocional y una capacidad de comprensión y de toma de decisiones óptima.

El algoritmo de este estudio concluye que es imprescindible poner a un médico y a un/a enfermero/a de referencia para cada paciente y valora la necesidad de ampliar la atención

conjunta con más disciplinas profesionales en el curso de la enfermedad del paciente en la UCI; por ejemplo, la integración de un trabajador social en el equipo interviniente.¹⁶

En definitiva, las diferentes estrategias de comunicación que se han planteado, muestran el resultado final positivo que un proceso de información interdisciplinar y de calidad tendría sobre el proceso de toma de decisiones, donde se le hace partícipe en el control de la situación al usuario o familiar y donde se sienta apoyado por los profesionales.

1.6 ¿DE DÓNDE VIENEN LOS CONCEPTOS ATENCIÓN FAMILIAR Y TOMA DE DECISIÓN? EL DUELO: SATISFACCIÓN AL FINAL DE LA VIDA

Tal y como se venía indicando hasta ahora, la toma de decisión y el sentimiento de autocontrol de éste, está en consonancia con la Satisfacción con la Información recibida y con el Cuidado administrado al paciente crítico. En una síntesis de la bibliografía consultada, se podría decir que la satisfacción está influenciada por diferentes categorías: por un lado, por las características del medio en la UCI; por otro lado, por las características personales de los familiares cercanos junto al proceso fisiológico del duelo; y por último, por las características de los profesionales y el equipo multidisciplinar que lo atiende, con especial hincapié en el papel de la enfermería.

Estos factores y características están en completa consonancia con el proceso del duelo, otra situación muy común en las UCIs. La palabra duelo proviene del término latino “dolus” que significa dolor. Este concepto se refiere a un proceso de adaptación normal y natural de respuesta emotiva a la pérdida de alguien o algo, que requiere restablecer el equilibrio personal y familiar roto con la muerte del ser querido y que en el transcurso del cual, asumimos, asimilamos, maduramos y superamos la pérdida. Es importante recalcar que se trata de un proceso personal y único aunque suela producir reacciones humanas comunes. Se considera que el duelo comienza cuando el ser querido fallece, aunque existe un tipo de duelo anticipado, donde el individuo ya ha ido procesando la pérdida de éste antes de su fallecimiento.¹⁷

En lo referente a esta línea, los Cuidados Paliativos han demostrado ser la especialidad con más auge en la competencia de cuidados al final de la vida. Gracias a estudios realizados en esta área, han sido validados cuestionarios para valorar la experiencia de morir o el proceso de duelo en los familiares. Estos cuestionarios se han usado con el fin de medir los cuidados mediante indicadores como: el manejo del confort y de los síntomas del paciente, el soporte emocional, la información y la educación, la comunicación y competencia profesional y otros

indicadores cualitativos.¹⁸ Gracias a los Cuidados Paliativos se puede decir que estos cuestionarios han sido referentes en otros ámbitos, como es el caso del cuestionario validado SF-ICU(24) de Satisfacción del Cuidado y de Satisfacción con la Información recibida y con el proceso de Toma de Decisiones en la UCI.

El estudio de *Gallagher R.* y *Krawczyk M.* que valora la percepción y la satisfacción de los familiares en las últimas 48 horas de vida del paciente en diferentes unidades e instituciones sanitarias, refleja que aunque en los resultados generales existe satisfacción con los cuidados ofrecidos al paciente en la UCI y en otras unidades, se estima peor valoración en la labor de comunicación con la familia y la promoción de soporte emocional a los familiares y amigos del paciente. Dicho estudio realiza que el 57% de los familiares no eran informados siempre sobre las condiciones de los pacientes, que el 30% sentían que recibían menor información de la que necesitaban para comprender sobre las condiciones médicas del paciente y que el 46% referían necesitar mayor información sobre el proceso de morir y sobre el tratamiento; además, un 22% tenían dificultad para la comprensión de la información. Una minoría de estos familiares expresaban frustración por la inexistencia de una llamada de seguimiento del trabajador social o del enfermero/a, y por la inexistencia de una expresión de condolencia por el médico referente del paciente.¹⁸

Una publicación que habla sobre cómo los médicos comunican al paciente y a la familia aspectos relacionados con el final de la vida y cómo estos aspectos de la práctica de cuidados intensivos difiere o no a nivel internacional, dice que: en las decisiones sobre el final de la vida los doctores intensivistas de países sureños de Europa involucran menos al paciente y a la familia que los intensivistas de Reino Unido y Suiza. Añade que las decisiones sobre el final de la vida fueron discutidas con la familia en el 68% de los casos, siendo de nuevo más habitual en los países del norte que en los centrales o del sur. Además, las enfermeras eran involucradas más comúnmente en estas decisiones en los países del norte. Respecto a esta última idea, los encuestados del norte y centro de Europa (especialmente Reino Unido, Francia y Suiza) reclamaban que las enfermeras fueran involucradas en dicha toma de decisiones, donde existe un 80% de cumplimiento frente al 40% en el Sur de Europa.¹

No obstante, el estudio de *Gallagher R.* y *Krawczyk M.* refiere que otro factor relacionado con la satisfacción en el cuidado al final de la vida es el ratio del personal, el cual está positivamente valorado en las UCIs y las Unidades de Cuidados Paliativos. Una de las características mejor valoradas es el tiempo disponible para dar soporte a la familia, el cual está más directamente relacionado con las residencias y no tanto con las UCIs.¹⁸

En conclusión a este estudio, cabría destacar las características óptimas que puede llegar a brindar el entorno de la UCI para desarrollar una atención familiar de calidad. La importancia que los Cuidados Paliativos les han dado a los familiares desde que surgió esta disciplina, no es más que un referente para identificar similitudes con los pacientes críticos y las Unidades Críticas y para poder justificar la necesidad de actuación, tanto en la atención, como en la comunicación familiar de esta área de cuidados.

2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

La enfermera como referente en la GC casos de la atención familiar en el proceso fisiopatológico del paciente o, en su caso, en el proceso de duelo, requiere una competencia comunicativa profesional que le ayude a hacer frente a esta situación de manera eficaz para ofrecer unos cuidados terapéuticos de calidad¹⁷ Este Trabajo de Investigación pretende objetivar la necesidad de gestionar por la enfermería la atención a los familiares en el proceso de enfermedad del paciente en la UCI y, más comúnmente en el proceso de duelo. Explorando qué es lo que sabe el familiar, qué es lo que está dispuesto a saber y cuál es su estado de ánimo,¹⁸ se justificará la necesidad de un proceso comunicativo eficaz en un continuo que sirva para la reducción de la ansiedad y en consecuencia, para aumentar la Satisfacción con el Cuidado percibido, la Información recibida y el proceso de Toma de Decisiones. Y es que, al igual que se recomienda establecer un continuo comunicativo con los usuarios por un solo profesional médico cuando se dan malas noticias,² este Trabajo de Investigación pretende valorar la precisión de una enfermera referente en la atención al familiar.

3 OBJETIVOS

Principal o general

- Conocer la Satisfacción General y la Satisfacción relacionada con los Cuidados, la Información y la Toma de Decisiones del familiar cercano de los pacientes ingresados en las UCIs del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
- Conocer el nivel de ansiedad del familiar cercano de los pacientes ingresados en las UCIs de HUCA.

Secundarios o específicos

- Valorar si una mayor ansiedad repercute en el nivel de Satisfacción General y de la Satisfacción relacionada con los Cuidados, la Información y la Toma de Decisiones del familiar cercano de los pacientes ingresados en las UCIs de HUCA.
- Conocer si existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad y satisfacción del familiar cercano de los pacientes ingresados en las UCIs de HUCA, vinculadas a las variables socio-demográficas del familiar y a las variables relacionadas con el enfermo (Edad y Sexo, Motivo de Ingreso, disposición y suma de las Terapias de Sustento de Vida, Días de Estancia en la UCI y Éxito).
- Comparar los resultados de ansiedad, la Satisfacción General y la Satisfacción relacionada con el Cuidado, la Información y la Toma de Decisiones del familiar cercano de los pacientes ingresados entre las Unidades Críticas: UCI Polivalente y Cardíaca y las Unidades de Cuidados Intermedios de HUCA.

4 HIPÓTESIS

Hipótesis alternativa (H_1)

- Existe una correlación negativa entre el nivel de ansiedad y el nivel de Satisfacción General y de la Satisfacción relacionada con los Cuidados, la Información y la Toma de Decisiones del familiar cercano de los pacientes ingresados en las UCIs de HUCA.
- Existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad, en el nivel de Satisfacción General y en la Satisfacción relacionada con los Cuidados, la Información y la Toma de Decisiones del familiar cercano de los pacientes ingresados en las UCIs de HUCA, con las variables socio-demográficas del familiar y las variables relacionadas con el enfermo (Edad y Sexo, Motivo de Ingreso, disposición y suma de las Terapias de Sustento de Vida, Días de Estancia en la UCI y Éxitus).
- Existen diferencias significativas entre el nivel de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo; entre la ansiedad y el nivel de Satisfacción General; entre los subapartados de la Satisfacción relacionada con los Cuidados y la Satisfacción con la Información y la Toma de Decisiones; y entre estos subapartados y la ansiedad del familiar cercano de los pacientes ingresados en la UCI Polivalente y Cardíaca, y de las Unidades de Cuidados Intermedios del HUCA.

Hipótesis nula (H_0)

- No existe una correlación negativa entre el nivel de ansiedad y el nivel de Satisfacción General y de la Satisfacción relacionada con los Cuidados, la Información y la Toma de Decisiones del familiar cercano de los pacientes ingresados en las UCIs de HUCA.
- No existen diferencias significativas entre el nivel de ansiedad, el nivel de Satisfacción General y la Satisfacción relacionada con los Cuidados, la Información y la Toma de Decisiones del familiar cercano de los pacientes ingresados en las UCIs de HUCA, con las variables socio-demográficas del familiar y las variables relacionadas con el enfermo (Edad y Sexo, Motivo de Ingreso, disposición y suma de las Terapias de Sustento de Vida, Días de Estancia en la UCI y Éxitus).

- No existen diferencias significativas entre el nivel de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo; entre la ansiedad y el nivel de Satisfacción General; entre los subapartados de la Satisfacción relacionada con los Cuidados y la Satisfacción con la Información y la Toma de Decisiones; y entre estos subapartados y la ansiedad del familiar cercano de los pacientes ingresados en la UCI Polivalente y Cardíaca, y de las Unidades de Cuidados Intermedios del HUCA.

5 MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Este Trabajo de Investigación es un estudio descriptivo transversal, observacional y prospectivo.

5.2 SUJETOS A ESTUDIO

Los encuestados serán el familiar principal o en su defecto, familiar cercano de los pacientes ingresados en la UCI Polivalente y Cardíaca y en las Unidades de Cuidados Intermedios del HUCA.

5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

Inclusión

- Familiar principal o en su defecto, familiar cercano, mayor de 18 años, de **todos** los pacientes que de forma consecutiva hayan ingresado en la UCI Polivalente y Cardíaca y en las Unidades de Cuidados Intermedios del HUCA y que estén hospitalizados por un tiempo mínimo de 72 horas, en el periodo de recogida de datos.
- Que hayan accedido a participar voluntariamente en el estudio y firmen el consentimiento informado (*Anexo1*).
- Que hayan cumplimentado al menos el 80% de cada cuestionario de recogida de datos, dentro del correspondiente periodo de estudio.

Exclusión

- Familiar principal o en su defecto, familiar cercano, menor de 18 años, del paciente ingresado en la UCI Polivalente y Cardíaca y en las Unidades de Cuidados Intermedios del HUCA, con un tiempo de hospitalización de menos de 72 horas.
- Que no haya dado su consentimiento para participar en el estudio.

- Que no hayan cumplimentado al menos el 80% de cada cuestionario de recogida de datos dentro del correspondiente periodo de estudio.

5.4 TIEMPO DE ESTUDIO

La recogida de datos se llevó a cabo en el periodo establecido del 10 de Marzo de 2014 hasta el 14 de Abril del mismo año en el HUCA.

5.5 ESCENARIO

Este estudio se enroló en las UCIs del HUCA. Las Unidades de Cuidados Críticos del HUCA se componen de la UCI Polivalente y la Unidad de Cuidados Intermedios del quinto piso en el edificio de Covadonga u Hospital de Residencia, y de la UCI Cardíaca y la Unidad de Cuidados Intermedios del segundo piso en el edificio General u Hospital General. La UCI Polivalente está compuesta por tres áreas denominadas área A, área B y área C, cada una de ellas con 8 camas. Por otro lado, la unidad de cuidados intermedios está compuesta por otras 8 camas. La UCI Cardíaca contiene 10 camas. En total, el escenario del HUCA lo componen 34 camas. No obstante, no hay que desestimar las unidades que encadenan el traslado del paciente crítico desde las anteriores unidades a la Unidad de Cuidados Intermedios de la 3ª planta del edificio de Covadonga (compuesta por 8 camas), la UCI Intermedia Cardíaca (compuesta por 6 camas), la Unidad de Coronarias y otras Unidades de Hospitalización donde el paciente era trasladado.

El ratio enfermera-paciente en las Unidades de Cuidados Intensivos del HUCA es de 2, mientras que en las Unidades de Cuidados Intermedios, el ratio puede subir hasta 3. Este número suele cumplirse estrictamente en todo el complejo.

Respecto al horario de visitas, la UCI Polivalente y la Unidad de Cuidados Intermedios del edificio de Covadonga del HUCA son las únicas que mantienen un horario ampliado de 12,30h a 14,30h y de 16h a 21h. En la UCI Cardíaca y en la Unidad de Cuidados Intermedios los horarios de visita son restringidos: de 10,30h a 11h y de 19h a 19,30h.

La información médica sobre la situación diaria del paciente en la UCI Polivalente siempre se da en el turno de mañanas excepto los sábados y festivos que, en este caso, se da a la tarde. En la UCI Cardíaca es a las 11h. En todas las unidades el lugar donde se les da la información médica es en los despachos preparados para ello, aunque en la UCI Polivalente los sábados y festivos la información es dada a pie de cama del paciente. No obstante, cabe resaltar que

existen ocasiones habituales en las que no se cumple con el lugar cerrado que brinda el despacho para dar la información diaria del paciente; dándose la información en ese caso, a pie de cama del paciente. Estas ocasiones habituales pueden ser cuando la evolución clínica del usuario no ha presentado cambios respecto a los días previos.

Por último, se debe mencionar que cada paciente tiene un médico referente, aunque se realicen sesiones clínicas diarias con el equipo médico y, en el caso de la UCI Polivalente, con la enfermera referente. En estas sesiones clínicas se pone en común el desarrollo clínico del paciente y los planes que se llevarán a cabo, existiendo una comunicación interactiva.

Todas las unidades disponen de un panfleto que explican qué son las Unidades Críticas y su funcionamiento, incluso dan una explicación corta y general de los aparatajes que se pueden encontrar en los boxes.

Cabe destacar que al contrario que en las Unidades Polivalentes, en las Cardíacas no existen salas de espera, por lo que los familiares tienen que esperar hasta la apertura de puertas por el comienzo de la visita, en el pasillo que comunica la Unidad Crítica y la Unidad Intermedia. Por otro lado, las Unidades Polivalentes disponen de una sala de espera con asientos y ventanas en cada una. El tamaño de cada una es en proporción a las camas de cada unidad, aunque en muchas ocasiones, los familiares no disponen de asientos libres para sentarse. Respecto a la luminosidad, la sala de la Unidad Intermedia es más luminosa que la de la Unidad Crítica. Generalmente estas salas son silenciosas y ambas disponen de carteles informativos en las paredes o corchos.

Valorando las unidades por dentro, las Unidades Cardíacas tienen una infraestructura y un mobiliario más nuevo que las Unidades Polivalentes. Así mismo, la distribución de los boxes es más clara en las Unidades Cardíacas, disponiendo en una primera vista lineal las camas situadas a lo largo de los ventanales. Por esta razón, las Unidades Cardíacas tienen más luminosidad que las Polivalentes. Por otro lado, generalmente el ambiente de las unidades es tranquilo, aunque puede existir alguna interrupción puntual en la hora de la visita por algún procedimiento médico o enfermero que se tenga que realizar; en este caso, siempre se le intenta restablecer a la familia este tiempo que se le ha restado para visitar al paciente. Y para finalizar con este apartado, referente a la intimidad del paciente, hay que destacar que en las Cardíacas aparte de existir más boxes cerrados en proporción a la Unidad de Cuidados Polivalente, los boxes que no están cerrados disponen en general una mampara de cristal y los que no, disponen de cortinas que se corren a la hora de las visitas. A vista general, en las

Unidades de Cuidados Polivalentes hay menos intimidad, ya sea por la distribución de camas aunque también haya cortinas para separarlas.

5.6 VARIABLES A MEDIR

Las variables modificadoras o de confusión que se han recogido son las socio-demográficas del familiar y las que recogen información general del paciente. Por otro lado, está la variable Unidad que separa a los pacientes según su lugar de ingreso. Todas estas integran la hoja de recogida de datos, plasmado en el *Anexo2*.

El primer grupo de variables, es decir, el que integra las socio-demográficas de los familiares, es el siguiente. Referente a los datos personales, está la Edad expresada en pregunta abierta y registrada como valor discreto, el Sexo expresado en valor dicotómico *Hombre/Mujer* y el Estado Civil expresado en tres respuestas cerradas: *Soltero/Casado o en Pareja/Divorciado o Separado*. Respecto a los datos académicos se recoge la variable Estudios Académicos expresado en opciones politómicas. *Sin Estudios realizados/Estudios Primarios o Formación Profesional/Estudios Universitarios*. La variable Situación Laboral recoge las opciones *Activo/Desempleado/Jubilado/Ama de Casa*. En el apartado de datos de Parentesco y Afinidad se recogen los datos expresados en: *Grado I y II de Consanguinidad/Grado III y IV de Consanguinidad y Grado I y II de Afinidad/Otros*.

Respecto a la residencia o no con el paciente²¹, también se recoge una variable dicotómica *Si/No* seguido de la Frecuencia con que el familiar ve al paciente en caso de que la respuesta sea negativa. Este último ítem se expresa en *Más de Una Vez por Semana/Una Vez por Semana/Entre Una y Tres Veces al Mes/Menos frecuencia que la indicada hasta ahora*. Otra variable a recoger es la Residencia en Oviedo en una respuesta dicotómica *Si/No*. Esta variable se recoge con intención de medir si el traslado al hospital y el tiempo invertido para ello pueden influir en el nivel de satisfacción o ansiedad del familiar.

Referente a los datos sobre la carga de trabajo, se valora si tiene más personas dependientes a su cargo (entendiendo la dependencia como persona no autónoma mayor de 18 años), si siente que tiene apoyo y ayuda por otros miembros de su familia y si ha experimentado en alguna otra ocasión el ingreso en la UCI de algún miembro de la familia. Las tres variables se recogen en respuestas dicotómicas *Si/No*. Por último, también se valora la frecuencia con la que visita semanalmente al enfermo¹⁹, dejando una respuesta abierta para que sea contestada por el familiar.

Las variables que recoge el encuestador principal sobre el paciente han sido las siguientes. Referente a los datos del paciente se recogen la Edad y el Sexo de la misma forma que con los familiares y los Días de Ingreso en la UCI^{21,22}; esta última como pregunta abierta y expresada en valor discreto. Además, también se recoge el motivo de ingreso dividido en ^{15,21,22}: *Cardiovascular/Respiratorio/Neurológico/Gastrointestinal* y *Hepático/Infeccioso/Oncológico/Trauma/Otros*. En los tipos de Terapias de Sustento de vida^{16,22} se recogen las siguientes respuestas politómicas: *Ventilación Mecánica/Teses de Laboratorio/Administración de Drogas Amina/Nutrición Enteral/Hidratación/Terapia de Reemplazo Renal*.

Para finalizar con la hoja de recogida de datos, el encuestador principal también recoge la variable Éxitus del paciente en un valor dicotómico *Si/No*.

5.7 INSTRUMENTOS

Para la recogida de datos se han utilizado dos escalas validadas y adaptadas a la población española: la escala STAI de ansiedad y la escala SF-ICU(24) para la valoración de la Satisfacción del familiar principal o cercano con el Cuidado, con la Información recibida y con el proceso de Toma de Decisiones.

La escala STAI²⁰ (*Anexo3*) o en Español, Inventario de Ansiedad Estado Raso mide mediante una autoevaluación de 40 ítems el nivel actual de ansiedad y la predisposición para responder al estrés. Los primeros 20 ítems pertenecen a la subescala de Ansiedad Estado (AE), la cual mide la ansiedad que padece en ese preciso momento la persona. La segunda mitad de los ítems, del 21 al 40, pertenece a la subescala de ansiedad Rasgo (AR). Éste identifica cómo se siente la persona habitualmente. Su cumplimentación precisa de 5 a 10 minutos y la persona contesta a cada ítem dándole una puntuación de 0 a 3: *0=Nada/Casi nunca*, *1=Algo/A veces*, *2=Bastante/A menudo*, *3=Mucho/Casi siempre*. La puntuación directa para cada subescala oscila en un rango entre 0 y 60, indicando las puntuaciones más altas mayores niveles de ansiedad.

Por otro lado, tenemos el cuestionario de Satisfacción Familiar con el Cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos© o SF-UCI(24)²¹ (*Anexo4*), el cual consta de dos partes. La primera parte principal, que se refiere a la Satisfacción con el Cuidado administrado al paciente y al familiar, presenta 14 ítems que se podrían dividir en 7 subescalas según el tema de valoración: 4 de

cuidado al paciente ingresado, 4 de cuidado al familiar encuestado, 2 de valoración de las habilidades y competencias de la enfermería y de su comunicación, 1 de valoración de las habilidades y competencias de los intensivistas, 1 del ambiente de la unidad, 1 de la sala de espera y 1 de valoración del nivel y cantidad de cuidados administrados al paciente. Las preguntas se responden según la escala Likert en seis posibles respuestas ordinales del 0 al 5, siendo: 0=No Aplicable, 1=Mal/Nada Satisfecho, 2=Suficiente/Ligeramente Insatisfecho, 3=Bien/Principalmente Satisfecho, 4=Muy Bien/Muy Satisfecho, 5=Excelente/Completamente Satisfecho. El decimocuarto o último ítem, por su parte, sólo da 5 posibles respuestas de tipo ordinal, siendo: 1=Nada Satisfecho, 2=Ligeramente Insatisfecho, 3=Principalmente Satisfecho, 4=Muy Satisfecho, 5=Completamente Satisfecho.

La segunda parte sobre la Satisfacción con la Información recibida y la Toma de Decisiones consta de 10 ítems que al igual que en la anterior, ésta también se podría dividir en 2 subapartados: los primeros 6 valoran la información recibida por los intensivistas y el personal de UCI y los 4 restantes, el proceso de toma de decisiones. La primera subescala se respondería, al igual que la anterior escala Likert, con una puntuación ordinal del 0 al 5, con 6 posibles respuestas. Los ítems 7, 8 y 9 por su parte, se valoran ordinalmente mediante respuestas escalonadas, puntuadas del 1 al 5 (véase *Anexo4*). Por último, el último ítem número 10 se refiere a una respuesta dicotómica (*Si/No*) que valora si el familiar encuestado ha dispuesto del tiempo adecuado para plantear sus preocupaciones y para que éstas hayan sido contestadas.

5.8 PROCEDIMIENTOS A SEGUIR PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

Obtención de datos

Antes de comenzar el estudio se contactó con la/os supervisora/es de enfermería de las unidades implicadas para explicar los objetivos de la investigación y valorar su viabilidad.

Una vez obtenido el permiso pertinente del Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, así como la autorización de la dirección del hospital para iniciar el estudio, se contactó de nuevo con la/os supervisora/es de enfermería para establecer el periodo de recogida de datos y depositar los sobres correspondientes en cada área de la unidad estudiada.

El procedimiento de contacto con los familiares encuestados fue el siguiente: cuando un paciente reunía los criterios de inclusión establecidos, en la hora de las visitas se contactaba personalmente con el familiar principal o cercano a pie de cama del paciente y se le explicaba el objetivo de la investigación, pidiéndoles su colaboración voluntaria. Si accedían a rellenar los cuestionarios, se les pedía firmar el consentimiento informado.

Antes de entregarles la hoja de recogida de datos y los cuestionarios, se ponía un código no identificativo del paciente con el número del box, explicándoles que esto nos permitiría recoger las variables del paciente una vez que el resto estuviese cumplimentado por el familiar y poder así, completar la totalidad de los datos del estudio. Al mismo tiempo, se les aseguró que una vez recogidos los datos, en ningún momento se identificaría al paciente con nombres y apellidos.

Con la entrega de la hoja de recogida de datos, también se les ofreció una carta de agradecimiento y de presentación del estudio en vía papel (*Anexo2*).

Se estimó que la cumplimentación de los cuestionarios sumarían un total de 20 minutos de duración. Con la intención de asegurar un ambiente relajado y tranquilo y la posibilidad de aclarar posibles dudas, se ofrecieron las encuestas principalmente en el periodo de visitas de la tarde. La selección del turno de tarde vino dado por dos razones: la primera, que en el turno de tarde generalmente la carga de trabajo es menor para el profesional enfermero y la segunda razón, porque es posible que se evite un sesgo de información si el familiar no recibe la información médica justo antes de la cumplimentación de las encuestas. Tal y como ya se ha explicado, dicha información médica siempre se da en el turno de mañanas, excepto los sábados y festivos que, en ese caso, se da a la tarde.

A todos los miembros participantes se les daba la opción de auto-cumplimentar la encuesta en sus respectivos hogares, donde pudiesen tener el tiempo y el ambiente óptimo para ello. Esta estrategia se valoró especialmente para las Unidades Cardiacas, ya que dada la restricción del horario de visitas a 30 minutos por la mañana y a una hora por la tarde, el riesgo de pérdida del tamaño muestral podría ser mayor que en las Unidades Polivalentes. El turno de tarde resultó ser el mejor momento para captar a los familiares; por una parte, por existir mayor flexibilidad horaria de las visitas y por otra, porque había un ambiente más relajado respecto a la mañana.

A aquellas personas que preferían cumplimentar los cuestionarios en la propia unidad mediante una entrevista personal, se buscaba un escenario tranquilo para ello, como era la

sala de espera. Este método ayudó a identificar más personalmente la opinión subjetiva de los encuestados sobre su situación familiar y sobre puntos de mejora en el entorno de las unidades.

Cuando la encuesta era respondida por los familiares principales o cercanos de los pacientes ingresados, éstas eran devueltas y agrupadas en el sobre de cada unidad o área de unidad. A todas ellas se les asignaba un número identificativo ordinal a medida que eran recogidas por el investigador principal.

También se recogieron la Edad y el Sexo del Paciente, el Motivo de Ingreso, los Días de Estancia en las Unidades Críticas y la variable Éxitus, de la totalidad de la población accesible para obtener un perfil general de los pacientes ingresados en las Unidades Críticas.

Una vez completado el periodo de recogida de datos se procedió a su análisis.

Análisis de datos

Los datos se analizaron utilizando el programa Microsoft Office Excel y el programa estadístico SPSSv17. Todo paciente ingresado en las Unidades Críticas en el periodo indicado obtuvo un número identificativo, ya fuesen pacientes de familiares encuestados, como los no encuestados. Esto sirvió para medir la totalidad de la población accesible. El análisis de los datos se realizó dándole a α un valor de 0,05, por lo que la probabilidad significativa fue del 95%.

El análisis de la ansiedad se realizó siguiendo los criterios de corrección del test STAI, donde se calculó cuantitativamente la AR y la AE partiendo de un cálculo específico según la variable del género del familiar.

Por otro lado, el cuestionario SF-ICU(24) se analizó calculando la media de satisfacción de cada ítem, subapartado y apartado de la escala (el relacionado con el cuidado y el relacionado con la información y la toma de decisiones), para finalizar con un cálculo de Satisfacción Total de la encuesta. El primer apartado ofrece una puntuación posible entre 0 y 70, dividido en los siguientes valores establecidos: *0-14 Nada satisfecho, 15-28 Escasamente Satisfecho, 29-42 Satisfecho, 43-56 Muy Satisfecho y 57-70 Totalmente Satisfecho*. El segundo apartado oscila entre la puntuación 0 y 50, baremándolos de la siguiente manera: *0-10 Nada Satisfecho, 11-20 Escasamente Satisfecho, 21-30 Satisfecho, 31-40 Muy Satisfecho y 41-50 Totalmente Satisfecho*. De esta forma, la puntuación global de satisfacción se moverá entre los rangos 0 y 120 y su evaluación se realizó de la siguiente manera: *0-24 Nada Satisfecho, 25-48*

Escasamente Satisfecho, 49-72 Satisfecho, 73-96 Muy Satisfecho y 97-120 Totalmente Satisfecho.

Se realizó un análisis descriptivo con pruebas de tendencia central entre los valores de ansiedad y satisfacción especificados en los párrafos anteriores, con las variables socio-demográficas del paciente y familiar y la variable Unidad. Primero se procedió al análisis univariante de cada variable midiéndolas por frecuencias y medias y posteriormente, se procedió al análisis bivariante de cada variable por la variable Unidad, mediante el análisis Anova en el caso de las variables cuantitativas y la tabla de contingencia en el caso de las variables cualitativas o nominales. En este análisis también se incluyeron las variables de satisfacción y ansiedad. Finalmente, mediante el análisis por correlaciones, se procedió a comparar los valores cuantitativos de ambos cuestionarios.

Selección muestral

Se realizó un pilotaje para integrar a la totalidad de los familiares principales y cercanos que pasaron por las Unidades de Cuidados Críticos Polivalentes y Cardiacas y por las Unidades de Cuidados Intermedios del HUCA. Se seleccionó de manera consecutiva a todos aquellos sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión mencionados en el periodo establecido.

6 RESULTADOS

6.1 PERFIL DE LA POBLACIÓN ACCESIBLE: PACIENTES

Los resultados de este estudio corresponden a las Unidades de Cuidados Críticos y a las Unidades de Cuidados Intermedios del HUCA. Se escogió como población accesible a 198 sujetos que durante el periodo del 10 de Marzo del 2014 al 14 de Abril del mismo año ingresaron en las unidades Polivalentes y Cardiacas de las mencionadas áreas. En este apartado se analizó descriptivamente el perfil del paciente ingresado en las unidades mediante variables de espacio-tiempo y socio-demográficas:

Unidad y Días de Estancia

En el análisis por frecuencias **la población mayoritaria es la UCI Polivalente con un total de 97 sujetos (un 48,9%)**, ya que ésta es la más grande de todas con 24 camas divididas en tres áreas. Por su parte, un total de 64 pacientes fueron ingresados en la UCI Cardíaca (32,3% de la población accesible). En la UCI Cardíaca con 10 camas, los días de estancia son menores y la frecuencia de ingreso mayor, comparándolo con la UCI Polivalente: una media de 6,68 días en la UCI Cardíaca frente a los 10,12 días en la Polivalente. Por último, La Unidad Crítica de Intermedios Polivalente cumple un ratio de 37 pacientes (un 18,7% de la población accesible) con una media de 7,46 días de estancia.

Se debe mencionar que de los sujetos de la **Unidad de Cuidados Intermedios Cardíaca** integrados dentro de la población accesible, sólo se registraron a aquellos que fueron trasladados desde la UCI Cardíaca, es decir, a un total de 38 pacientes de los 64 que ingresaron en la UCI Cardíaca. Este grupo integraba a un 19,19% de la población accesible y **cumplían con una media de 1,73 días de estancia** en la unidad.

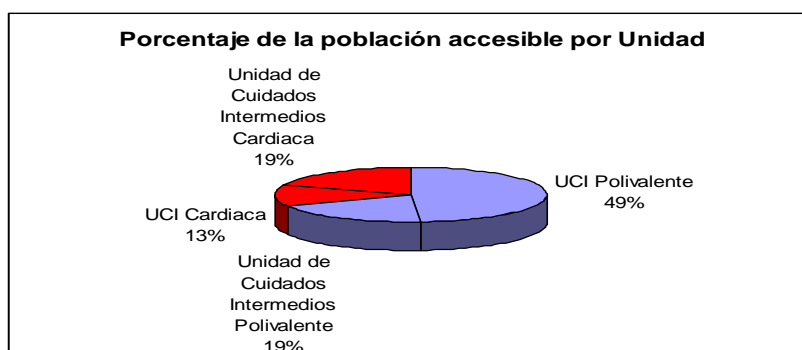


Figura1. Diagrama por sectores del porcentaje de la población accesible ^ Unidad

Si se compara los Días de Estancia por Unidad, no existe diferencia significativa, aunque sí sugestiva, con un valor p de 0,065. Los datos demuestran que existe mucha variabilidad en los registros de Días de Estancia en cada Unidad, ya que la desviación típica en todas las unidades se acerca a la media e incluso la sobrepasa.

Días de Estancia Totales en la Unidad			
Unidad	N	Media	Desviación típica
Perdidos	27		
UCI Polivalente	77	10,16	11,089
UCI Cardíaca/Unidad de Cuidados Intermedios Cardíaca	59/38	6,66/1,73	5,489
Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente	35	7,46	8,493
TOTAL	198	8,40	9,073

Tabla1. Media y desviación típica de los Días de estancia totales ^ Unidad

Analizando la frecuencia de los días por unidad se puede observar cómo en las Unidades Polivalentes predomina una estancia de 1 a 8 días, mientras que en las Unidades Cardíacas, el grupo de estancia más amplio ronda de 2 a 6 días. Cabe destacar que en las **Unidades Intermedias predomina la estancia de un solo día** porque éstas son una estancia transitoria antes de pasar a una unidad de hospitalización. Por otro lado, la **Unidad Intermedia Cardíaca es la que menor periodo de estancia cumple (de 1 a 5 días, con predominio de un solo día)**; tal y como se mencionará más adelante, el motivo de ingreso que prima en las Unidades Cardíacas son las cirugías cardíacas programadas y no tanto, un suceso crítico de restablecimiento de la salud.

A pesar de ello, no se han encontrado diferencias significativas respecto a la suma de Terapias de Sustento de Vida por Unidad, por lo que no parece existir relación entre la utilización de estas terapias (Ventilación Mecánica, Teses de Laboratorio, Administración de Drogas Aminas, Nutrición Enteral, Hidratación y Terapia de Reemplazo Renal) y la fisiopatología característica de cada unidad. La utilización de las terapias de Sustento de Vida, no parecen alargar la estancia en las Unidades Críticas.

Días de estancia	Unidad Polivalente			Unidad Cardíaca		
	Estancia Total	UCI	Intermedios	Estancia Total	UCI	Intermedios
1 día	4	4	7	1	1	9
2 días	8	10	4	6	22	7
3 días	10	13	11	5	8	7
4 días	8	7	6	9	10	7
5 días	10	9	5	12	7	4
6 días	4	5	4	9	5	0
7 días	4	5	2	2	0	1
8 días	5	5	3	4	0	0

Tabla2. Frecuencias de Días de Estancia ^ Unidades

Sexo y Edad

Analizando los pacientes de la población accesible, una **mayoría del 61,1% eran hombres** frente al 38,9% de las mujeres, siendo la **media de edad de 64,01 años**. Existe diferencia significativa ($p = 0,002$) en la Edad respecto a las Unidades, pero no así en el Sexo: los hombres siguen siendo un porcentaje mayor frente a las mujeres en todas las unidades y la edad media en cada una de ellas varía en dos años menos en la UCI Polivalente (62 años), en 4 años más en la UCI Cardíaca (68,42 años) y en cuatro años menos en la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente (60,68 años).

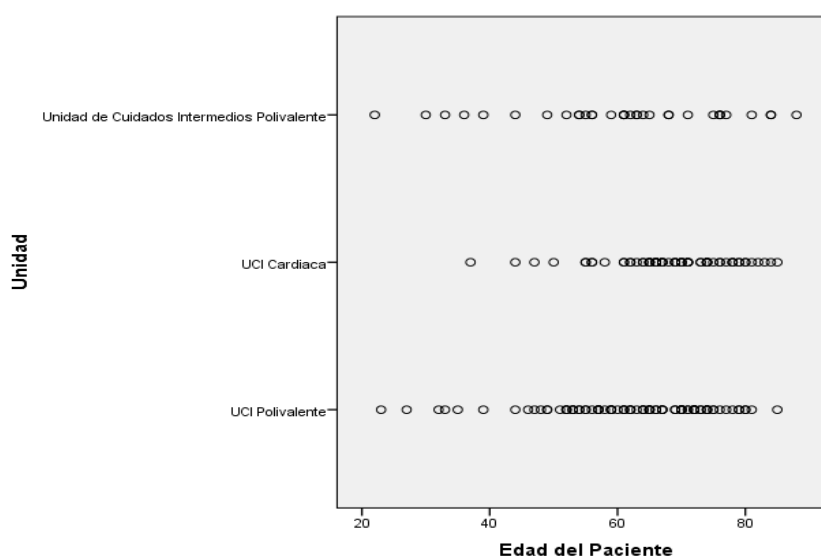


Figura2. Dispersión de la Edad ^ Unidades

Es interesante analizar la dispersión de la Edad por Unidades, ya que en este caso, la desviación típica no es muy alta al concentrarse la mayor parte de los casos en un rango de edad específico a cada unidad. En el gráfico se puede comprobar cómo la mayor parte de los sujetos **de las Unidades Cardiacas se sitúan en un rango de 60 a más de 80 años**, lo que indica que la patología cardiaca se caracteriza en esta tercera edad. Por otro lado, **en la UCI Polivalente el rango común se sitúa en un espacio más amplio entre 50 y 80 años**. Tal y como se verá a continuación, esto puede explicar la variabilidad en el motivo de ingreso de los pacientes. Por último, se podría destacar la **gran dispersión por edad en la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente**; de nuevo, la variabilidad de afectación orgánica por sistemas es más amplia y menos crítica al ser la unidad intermedia entre la UCI y hospitalización, donde existe un amplio abanico de gente joven.

Motivo de Ingreso

Como se venía mencionando, el **motivo de ingreso principal en las Unidades Cardiacas son las cirugías programadas** como, recambios valvulares, bypasses y prótesis aórticas. Estas fisiopatologías forman parte de aproximadamente **un 70%**, siendo el restante 25% (se ha calculado un 5% de pérdida de datos) ingresos por patología aguda o complicación crónica de la enfermedad: endocarditis, Infartos Agudos de Miocardio (IAM), Paradas Cardio-Respiratorias (PCR), taponamientos cardiacos etc. Esto puede explicar la tendencia de ingreso de la tercera edad y el tiempo de estancia corto y programado en estas unidades.

En la UCI Polivalente, al igual que en Intermedios, el motivo de ingreso principal es el neurológico (30,52%) por procesos de ACV, hemorragias y hematomas de las diferentes cavidades neurológicas secundario a Traumatismos Craneoencefálicos (TCE). En menor medida, también ha habido procesos epilépticos. Respecto a los restantes sistemas de afectación existe una leve diferencia entre las dos unidades: en la UCI Polivalente los siguientes motivos de ingreso que se lucen son el **gastrointestinal y hepático (20%) y respiratorio (17,89%)**, seguido del infeccioso (12,63%). **En la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente** por su parte, los siguientes motivos de ingreso **aparte del neurológico (27,7%), son el respiratorio (16,6%) y traumático (16,6%)**, seguido de, una vez más, del infeccioso por procesos sépticos (13,8%).

Las afectaciones respiratorias se identifican por Insuficiencias Respiratorias Agudas (IRA) o Insuficiencias Respiratorias Crónicas (IRC) Agudizadas, generalmente por procesos neumónicos. Dentro de las afectaciones gastrointestinales y hepáticas existe gran variabilidad,

como es la pancreatitis y la colecistitis aguda, los cuadros diarreicos y hemorrágicos y las cirugías mayores, como esplenectomías y colecistectomías. También ha existido un caso de trasplante hepático.

Siguiendo con el análisis por frecuencias, los Politraumas (PLT) también son un motivo de ingreso referente (8,42%), siendo los procesos oncológicos (1,05% en la UCI Polivalente y 2,7% en la Intermedia) y otros motivos de ingreso (intoxicaciones e intentos autolíticos, procesos ginecológicos-obstétricos y postoperatorios y pruebas no especificadas en el registro) los más infrecuentes de ambas unidades con un 4,21% en la UCI Polivalente y un 11,1% en la Intermedia.

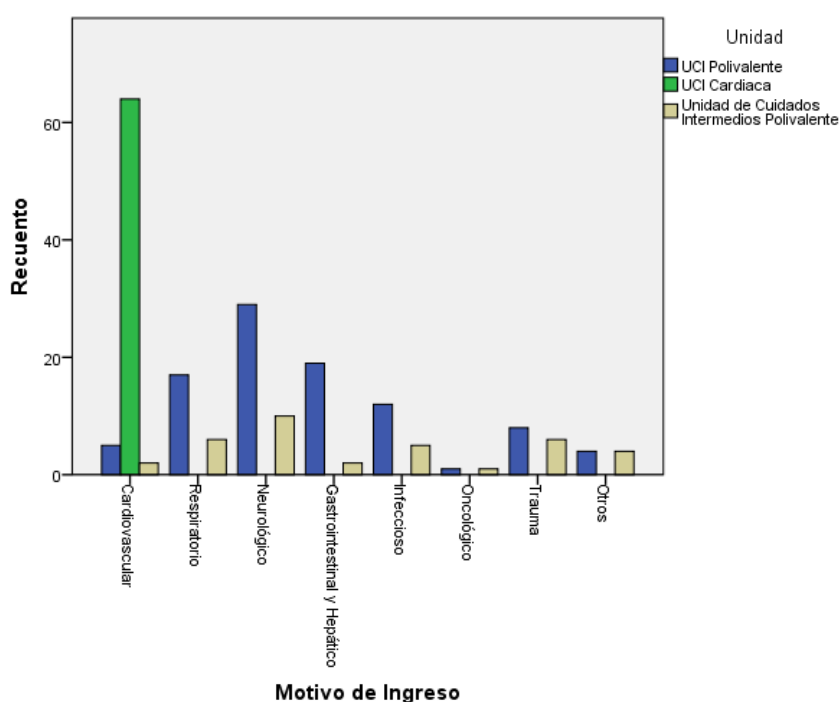


Figura3. Motivo de Ingreso ^Unidad

Con todo lo analizado hasta ahora se observa que, efectivamente, la edad más dispersa se sitúa en la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente, por lo que puede existir una relación de la edad joven con el hecho de que el tercer escalón de motivo de ingreso más habitual en Intermedios sea el traumático. De hecho, si se compara la variable Motivo de Ingreso con la Edad en una tabla de contingencia mediante el análisis Chi-Cuadrado, existe una significancia de $p = 0,00$ y se puede observar cómo **la media de la edad traumática (55,15 años)** disminuye significativamente de la media de edad total (64,13 años). Además, al tener una desviación típica más pronunciada que los demás motivos de ingreso, hace pensar que efectivamente, **existe un rango de edad más amplio, comenzando desde las edades más tempranas.**

Una vez más, la afección cardiológica coincide con la edad más anciana en unos 68,35 años de media. La media de edad de la afección oncológica sería la más baja con un valor de 48 años, aunque se debe tener en cuenta que sólo existen dos casos registrados y que la desviación típica entre ellas es bastante alta.

Edad del Paciente			
Motivo de Ingreso	N	Media	Desviación típica
Cardiovascular	71	68,35	9,875
Respiratorio	20	66,45	8,678
Neurológico	37	63,03	11,857
Gastrointestinal y Hepático	16	61,94	13,249
Infeccioso	14	64,00	10,677
Oncológico	2	48,00	21,213
Trauma	13	55,15	20,619
Otros	7	47,00	14,387
Total	180	64,13	12,804

Tabla3. Medias de Edad ^ Motivo de Ingreso

Éxitus

Referente al porcentaje de éxitus en el periodo estudiado en dichas unidades, existe un 14,6% de muertes frente a los 79,8% de supervivientes (5,6% de pérdida del dato), habiendo un **porcentaje mayor en la UCI Polivalente (62%)** que en las Unidades Cardiacas (17,24%) y que en la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente (20,6%) con un valor significativo de $p = 0,003$.

		Unidad			Total
		UCI Polivalente	UCI Cardiacas	Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente	
Éxitus	Perdidos	10	1	0	11 (5,6%)
	Sí	18 (62%)	5 (17,24%)	6 (20,6%)	29 (14,6%)
	No	69 (43,6%)	58 (36,7%)	31(19,6%)	158 (79,8%)
Total		97	64	37	198 (100%)

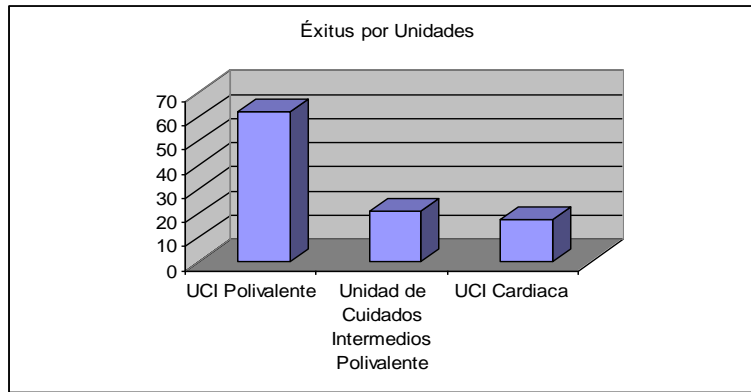


Tabla y Figura4. Porcentaje y frecuencia de Éxito ^ Unidad

Si se analiza la frecuencia de Éxito por Motivo de Ingreso en una tabla de contingencia (análisis Chi-Cuadrado), se puede comprobar que predominan por igual el cardiovascular, neurológico e infeccioso con 6 casos cada uno, aunque les sigue de cerca el gastrointestinal y hepático (5 casos) e infeccioso (4 casos). Con esto se puede decir que aunque la probabilidad de muerte por motivo cardiovascular sea la primera, la suma del resto de afecciones en una misma unidad hace que la UCI Polivalente sea la que obtenga un valor más alto, ya sea por magnitud de la unidad, como por variabilidad de afecciones críticas.

		Motivo de Ingreso								Total
		Cardiovascular	Respiratorio	Neurológico	Gastrointestinal y Hepático	Infeccioso	Oncológico	Trauma	Otros	
Éxito	0	1	0	4	0	3	0	1	1	10
	Sí	6	4	6	5	6	0	2	0	29
	No	64	19	29	16	8	2	11	7	156
Total		71	23	39	21	17	2	14	8	195

Tabla5. De contingencia Éxito ^ Motivo de Ingreso

Perfil del paciente

En definitiva, se puede concluir que el perfil del paciente es el siguiente:

- Predominancia del género masculino (aproximadamente el 61%) con una edad media de 64 años.
- El rango de edad del paciente de la UCI Cardíaca se sitúa entre 60 y 80 años, con una probabilidad de muerte de aproximadamente 17% (n6/N29). El motivo de ingreso predominante sería la cirugía cardíaca programada (70%), con una estancia media de 6,6 días. En la Unidad de Cuidados Intermedios predomina la estancia de un sólo día.
- El rango de edad del paciente de la UCI Polivalente es de 50 a 80 años, con predominio de las afecciones neurológicas (32,5%), seguidas por la afección gastrointestinal/hepática (20%) y respiratoria (17,9%). Su estancia media es de 10 días. La probabilidad de éxitus es del 62% (n18/N29).
- El rango de edad es disperso en la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente, con predominio de las afecciones neurológicas (27,7%), seguidas por las traumáticas (16,6%) y respiratorias (16,6%). La media de los días de estancia es de 7,5 días, con mayor frecuencia de las estancias de un solo día. La probabilidad de éxitus es de aproximadamente un 20% (n6/N29).

6.2 LA MUESTRA DEL ESTUDIO

De los 198 de la población accesible que ingresaron en el periodo estudiado en las Unidades Críticas o Intermedias Polivalentes y Cardiacas, se entregaron aproximadamente 94 encuestas, de las cuales, fueron recogidas **75**; es decir, **un 37,87% de la población accesible**. Hubo una pérdida de 19 encuestas (25,3%) que no se devolvieron. Esto quiere decir que hay un **alto porcentaje de respuesta con aproximadamente un 75%**.

12 personas rechazaron participar en el estudio, es decir, un 6,06% de la población accesible y los 92 sujetos restantes, un 46,46%, fueron las pérdidas por incumplir con los criterios de inclusión en el estudio o por la imposibilidad de contactar con los familiares a la hora de la visita durante el ingreso del paciente. Estas últimas razones podrían ser varias, como por ejemplo, la poca o nada frecuencia de visitas al paciente por los familiares o el éxitus del paciente antes de poder contactar con los familiares.

Se estima que se ha encuestado un ratio de **2,03 pacientes por cama en la UCI Polivalente, un 1,87 en la Unidad Intermedia Polivalente y un valor entorno a 3 en la UCI Cardiacca**, teniendo en cuenta que en esta última sólo se tomó como población accesible la UCI y los pacientes trasladados desde ahí a Intermedios.

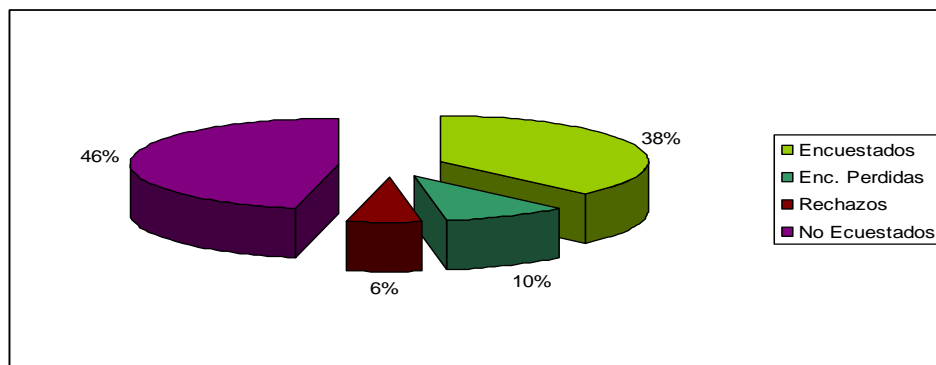


Figura5. Muestra por sectores

6.3 PERFIL DE LA MUESTRA: FAMILIARES

Sexo y Edad

Analizando el perfil del encuestado, es decir, al familiar cercano o principal del paciente ingresado en las Unidades Críticas o Intermedias Polivalentes y Cardíacas, existe una **media de edad de 51,25 años**, siendo el **género femenino el predominante frente al masculino con un 71,2%**, frente a un 28,8%.

Si se compara la edad según el sexo, no existen diferencias significativas, con un 55,18 de media de edad del género masculino frente a un 49,74 de media de edad del género femenino. La cuidadora principal en términos generales, es más joven que el cuidador.

Estado civil y Grado de Parentesco/Afinidad

Si se analiza la frecuencia del estado civil de los encuestados aparece una predominancia del **estado casado o en pareja con un 74,7%**. La siguiente categoría más contestada sería el estado de soltero con un 14,7% y las demás categorías (divorciado/separado y viudo) llegan escasamente a un 4% y a un 2,7% respectivamente. Ha esto se le suma un 4% que no responden al ítem.

Si se compara estos resultados con la variable de parentesco o afinidad en una tabla de contingencia (Chi-Cuadrado), la mayoría pertenecen a un **primer grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos, abuelos o nietos) con un 57,3%**. En menor medida, destaca el primer grado de afinidad (cónyuge, suegros, yernos, nueras o cuñados) con un 29,3%. Por su parte, el grado III y IV de consanguinidad (tíos, sobrinos, primos, etc.) y otras categorías, como podrían ser los amigos, sólo llegan a un 5,3% y a un 2,7% respectivamente. La pérdida de datos por no responder esta variable es del 5,3%.

La media de edad por sexos es menor en los encuestados que en los pacientes con una variabilidad de $p= 0,054$, pudiendo ser los hijos y hermanos los que mayormente contestaron las encuestas, en vez de la mujer o el marido del paciente.

Sexo			
Edad			Media
	Hombre	Mujer	TOTAL
Paciente	63,84	64,26	64,01
Familiar Principal o Cercano	55,18	49,74	51,25

Tabla6. Medias de Edad del paciente y familiar ^ Sexo. Significancia del 0,054

Datos Académicos y Laborales

Una mayoría, con **un 60% de los contestados, tienen estudios Primarios o Formación Profesional**. La diferencia es amplia con la segunda categoría de los estudios Universitarios (30,7%) y con la tercera categoría o sin estudios finalizados (6,7%). Existe un 2,7% de no respuesta.

Referente a la situación laboral, hay una predominancia del **estado activo con un 40%** respecto a las demás categorías: jubilado un 24%, ama de casa un 21,3% y desempleado un 13,3%, con una frecuencia que no responden del 1,3%.

Si se analiza la contingencia (Chi-Cuadrado) entre Situación laboral y Estudios Realizados, se puede observar cómo **la parte activa de la muestra son aquellos que han realizado estudios Primarios y Formación Profesional, con una mayoría de los que realizaron estudios Universitarios**. A su vez, se observa la tendencia minoritaria de sujetos sin estudios finalizados.

		Estudios Realizados por el Familiar				Total
		No Contesta	Sin Estudios Finalizados	Primarios/Formación Profesional	Universitarios	
Situación Laboral del Familiar	No Contesta	1	0	0	0	1
	Activo	0	1	13	16	30
	Desempleado	0	2	7	1	10
	Jubilado	1	0	13	4	18
	Ama de Casa	0	2	12	2	16
Total		2	5	45	23	75

Tabla7. De contingencia Situación Laboral ^ Estudios del Familiar encuestado

Residencia con el paciente y Frecuencia de contacto con el paciente

No existe mucha diferencia entre la convivencia o no del familiar principal o cercano con el paciente, aunque predomina la respuesta afirmativa frente a la negativa con un 57,3% frente a un 41,3% (con un 1,3% que no responden). Entre los encuestados que refieren no convivir con

el paciente, un 57,14% lo ve más de una vez a la semana en la vida diaria, frente al 17,85% que lo ve sólo una vez a la semana. Sorprendentemente existe diferencia entre los encuestados que refieren ver al paciente con una frecuencia de una a tres veces al mes (7,14%), frente a los que dicen verlo con menor frecuencia que la indicada hasta ahora (17,85%).

		Frecuencia de Contacto con el Paciente					Total
		Residen con el paciente/No contesta	Más de una vez por semana	Una vez a la semana	Entre una y tres veces al mes	Menos frecuencia que la indicada hasta ahora	
Grado de Parentesco/Afinidad	No Aplicable/No Contesta	3	0	0	0	1	4
	Grado I y Grado II consanguinidad (padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos)	23	13	3	1	3	43
	Grado III y Grado IV consanguinidad (tíos, sobrinos, primos, etc.)	1	0	1	1	1	4
	Grado I y Grado II afinidad (cónyuge, suegros, yernos, nueras, cuñados)	20	1	1	0	0	22
	Otros (amigos, etc.)	0	2	0	0	0	2
Total		47	16	5	2	5	75

Tabla8. De Contingencia Grado de Parentesco/Afinidad ^ Frecuencia de Contacto con el paciente por Semana

En esta tabla de contingencia (Chi-Cuadrado) se puede observar que la gran mayoría (23) de los padres, hijos, abuelos, nietos o hermanos, no puntúan en la variable de Frecuencia de Contacto con el Familiar en la vida diaria porque ya residen con el paciente. No obstante, de los familiares de este mismo grupo que no residen con el paciente, la gran mayoría (13) refiere verlo más de una vez por semana.

La gran totalidad de los encuestados, con un grado I y II de afinidad, podrían ser los cónyuges porque son los que residen con el paciente. Esto fue característico al analizar el grado de satisfacción y ansiedad en este grupo.

Residencia en Oviedo y Frecuencia de Visita al Hospital por Semana

Frente a la pregunta de si **viven en Oviedo**, la **respuesta negativa fue la que predominó frente a la afirmativa, con un 65,3%** frente al 33,3%. Existe un 1,3% de los familiares que no contestaron a este ítem. Esto pone en evidencia que se precisa movilización hasta el hospital en diferentes transportes móviles para ir a visitar al paciente. Aunque mediante el análisis Anova no exista diferencia significativa de la variable Residencia en Oviedo con los Días de Estancia de la muestra del paciente ($p = 0,731$) y con la Frecuencia de Visitas al Hospital por Semana ($p = 0,357$), teniendo en cuenta que **la media de estas visitas es de 6,65 días a la semana**, la movilización diaria al hospital puede ser un factor importante a tener en cuenta frente al análisis de la ansiedad. Este análisis se realizó más adelante.

Persona Dependiente a cargo del familiar encuestado y Apoyo Familiar

Analizando los resultados sobre las preguntas referidas a la carga personal del familiar, una mayoría inmensa **(88%) refirieron no disponer de personas mayores de 18 años no autónomas a cargo de su cuidado**, frente a una minoría del 12% que sí tenían.

Por otro lado, nuevamente existe una inmensa mayoría del **80% de los encuestados que respondieron afirmativamente a la pregunta de si disponían de apoyo familiar** en la ayuda y/o acompañamiento del proceso de enfermedad del paciente. Un 10,7% refirieron no disponer de ese apoyo familiar. Cabe destacar en esta pregunta que en total **fueron 7 personas (un 9,3%) las que no contestaron a esta variable**, la cual destaca frente al número de las demás variables no contestadas.

Experiencia previa de ingreso de algún familiar en la UCI

No existe mucha diferencia en la pregunta de si habían vivido con anterioridad el ingreso de un familiar en el área de Cuidados Críticos, con un 56% de respuestas negativas frente a un 42,7% de respuestas afirmativas (y un 1,3% que no contestaron). No obstante, es interesante ver que un 43% ya han conocido el funcionamiento de la Unidad Crítica anteriormente. Esta variable junto a las últimas tres mencionadas (personas dependientes a su cargo, apoyo familiar e ingreso anterior de un familiar en las Unidades Críticas), se tuvieron en cuenta en su posterior valoración de la ansiedad por su caracterización con la carga del cuidador principal.

Perfil del familiar principal o cercano

En conclusión, se podría definir el perfil del encuestador como:

- Mujer (71,2%) de aproximadamente 50 años de edad, casada o en pareja (74,7%), con estudios Primarios o Formación Profesional (60%) y principalmente, en estado activo (40%).
- La relación con el paciente ingresado es de padre, hijo/a, hermano/a, abuelo/a o nieto/a (57,3%), predominando probablemente la identidad de hijo/a que vive con él (53,48%).
- Predominantemente sin residir en Oviedo (65,5%), no dispone de personas no autónomas a su cargo (88%) y sí, apoyo emocional para hacer frente a esta situación (80%).
- Indiferentemente de si han experimentado un previo ingreso de algún familiar en las Unidades Críticas (56% sí, frente al 42,7% no), generalmente acuden al hospital todos los días de la semana a visitar al paciente.

6.4 RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SOBRE SATISFACCIÓN SF-ICU(24)

La media de Satisfacción General de la encuesta que habla sobre el cuidado al paciente y al familiar, de la información al familiar y de su proceso en la toma de decisiones, se analizó desde la media derivada de la suma de todos los ítems, obteniendo un valor aproximado de **89 puntos**. Teniendo en cuenta que el rango de puntuación del cuestionario va de 0 a 120, se observó que el **nivel de Satisfacción General se sitúa en “Muy Satisfecho/a” (dentro del rango de 73 a 96)**.

Subapartados										TOTAL
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	1º	2º		
Cuidado al paciente por el personal de la UCI	Cuidado y trato al familiar por el personal de UCI	Competencia profesional y comunicación con la enfermera	Habilidad y Competencia de los intensivistas	Ambiente de la UCI	Sala de espera de la UCI	Grado de Satisfacción con el nivel o cantidad de Cuidados administrados al Paciente en la UCI	Información provista	Toma de Decisiones		
N Válido	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
Suma de puntos por subapartado	1072	1219	600	324	257	205	333	1873	836	6719
Media	53,46 (Rango 0-70)						36,12 (Rango 0-50)		89,58 (Rango 0-120)	

Tabla9. Suma y Medias de la Puntuación del cuestionario SF-ICU(24)

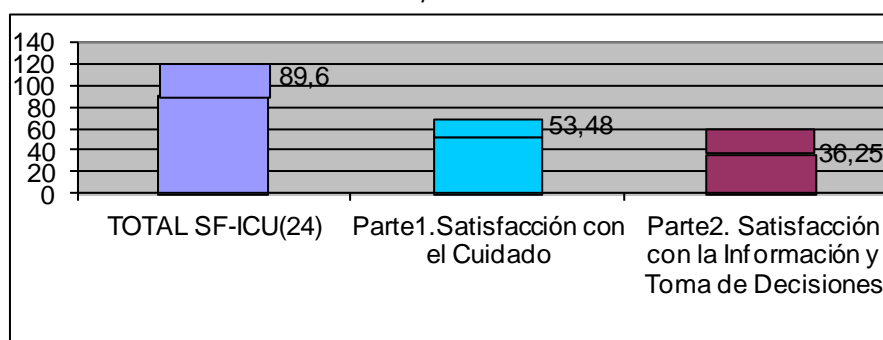


Figura6. Cuestionario SF-ICU(24). Medias de Satisfacción en el Rango de Puntuación

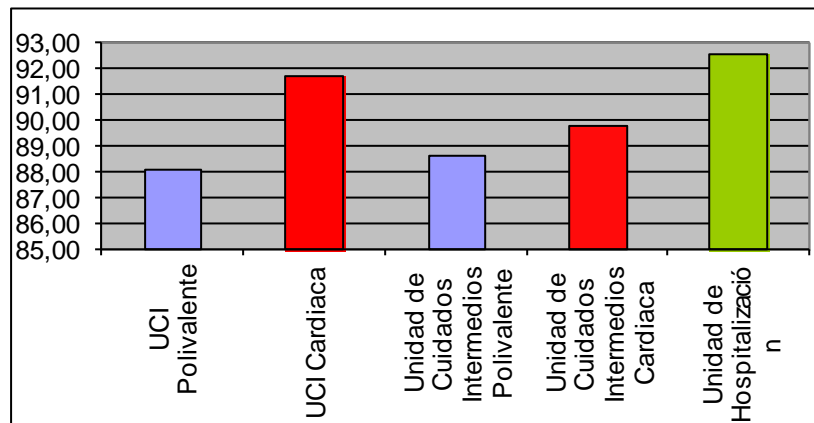


Figura7. Análisis Anova por gráfico. Satisfacción Total SF-ICU(24)^Unidad

En el análisis Anova no existe un valor significativo de la Satisfacción General y de la satisfacción por subapartados respecto a las diferentes unidades en donde el familiar principal o cercano cumplimentó la encuesta (ver *Anexo5*). Según lo analizado, no existe diferencia significativa en el nivel de satisfacción con la permanencia en diferentes Unidades Críticas o, en su caso, con el alta del paciente a las unidades de hospitalización.

No obstante, en el análisis por gráficos se aprecia un **nivel de satisfacción mayor en las Unidades de Hospitalización (92,53 en un rango de 0 a 120)** si se compara con las **Unidades Críticas** y a su vez, las **Unidades Cardiacas presentan un nivel general mayor de satisfacción que las Polivalentes**. Sorprende la puntuación de la UCI Polivalente, con 88 puntos en el rango de 0 a 120.

Existen varias características que podrían influir en la Satisfacción General dentro del funcionamiento, dinámica e infraestructuras de cada Unidad Crítica; y aunque la correlación entre los dos subapartados muestren una significancia estadística de $p = 0,00$ con una correlación positiva, es preciso analizar por separado cada subapartado del cuestionario.

Correlación por apartados del cuestionario SF-ICU(24)		Puntuación Total de la Satisfacción con el Cuidado	Puntuación Total de la Satisfacción con la Información y la Toma de Decisiones
Puntuación Total de la Satisfacción con el Cuidado	Correlación de Pearson	1	0,505
	Sig. (bilateral)		<0,001
	N	75	75
Puntuación Total de la Satisfacción con la Información y la Toma de Decisiones	Correlación de Pearson	0,505	1
	Sig. (bilateral)	<0,001	
	N	75	75

Tabla10. Correlación por apartado de Cuidado ^ Información y Toma de Decisiones. SF-ICU (24) 48

6.4.1 ANÁLISIS DE LA PRIMERA PARTE DEL CUESTIONARIO: SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO

La media de satisfacción de esta primera parte del cuestionario es de **53,46 puntos en un rango de 0 a 70, por lo que estamos hablando de una Satisfacción “Buena” o “Principalmente Satisfecho/a” respecto al cuidado al paciente y al familiar.**

Con la misma tendencia que la valorada en la Satisfacción General de SF-ICU(24) por Unidad, la puntuación más alta en esta parte del cuestionario la han proporcionado los familiares de las Unidades de Hospitalización cuando los pacientes eran dados de alta de las Unidades Críticas (55,6 puntos en un rango de 0 o a 70). Sorprende que en esta primera parte de la Satisfacción con el Cuidado, la unidad peor valorada respecto al cuidado recibido haya sido la Unidad Intermedia Cardíaca, con 51 puntos en el rango de 0 a 70. No obstante, se debe recalcar que la muestra por categorías de unidad no es representativa, ya que sólo 6 sujetos contestaron la encuesta en esta unidad.

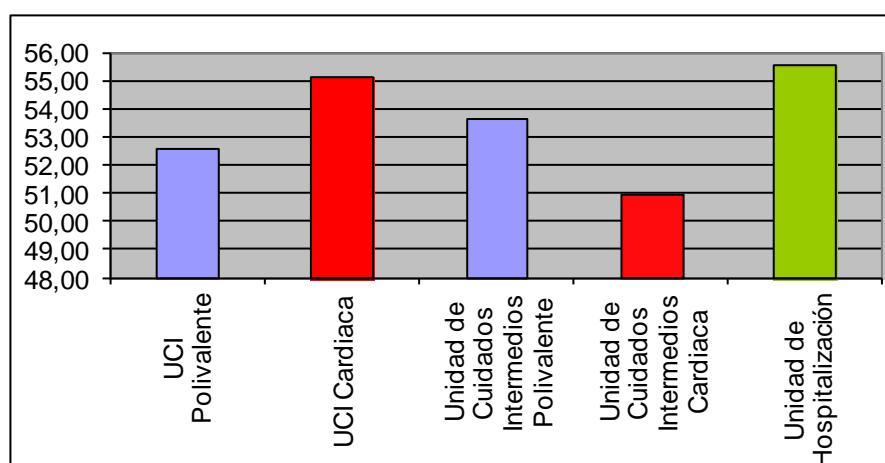


Figura8. Análisis Anova por gráfico. Satisfacción subpartado Cuidados ^Unidad

Análisis univariante: medias por ítems y subpartados

Esta primera parte se divide en diferentes subescalas. Por una parte, se valora la percepción del familiar respecto al cuidado administrado a los pacientes (4 ítems) y la satisfacción con el trato hacia los propios familiares (4 ítems). Por otro lado, se valorar la percepción de los familiares sobre la habilidad y competencia de los profesionales de enfermería (2 ítems) y de los médicos (1 ítem). Por último, se valora la percepción de éstos sobre el ambiente de la unidad y de la sala de espera (1 ítem respectivamente). Además, se realiza una última pregunta general sobre el grado de satisfacción con el nivel y cantidad de cuidados administrado al paciente. El análisis de los resultados de esta primera parte del cuestionario se realizó individualmente en 14 ítems y en 7 subpartados.

1er Subapartado: satisfacción del cuidado al paciente

El primer ítem que puntúa el **cuidado brindado al familiar ingresado** obtuvo una media de **4,51 puntos en un rango del 1 al 5**. Éste valora la percepción del familiar principal o cercano respecto a la preocupación y cuidado (cortesía, respeto y solidaridad) que la plantilla profesional le ha administrado al paciente. En una puntuación del 1 al 5, el valor del ítem estaría situado en **“Muy Bien” o “Muy Satisfecho”**, siendo el ítem mejor valorado de la primera parte.

En los siguientes 3 ítems de este subapartado que valora la satisfacción del familiar con el manejo de los síntomas del paciente, las puntuaciones se clasifican en **“Bien/Principalmente Satisfecho” en el manejo del dolor y de la agitación (3,53 y 3,29 puntos respectivamente) y “Suficiente/Ligeramente Insatisfecho” en el manejo de la disnea (2,96 puntos)**.

Cabe destacar el **alto porcentaje de encuestados que respondieron a los ítems de los síntomas como “No Aplicable” o simplemente, no los respondieron**. La valoración de “No Aplicable” pudiera deberse a diversas causas, como la ausencia de estos síntomas en el paciente o el desconocimiento para valorar el curso de la enfermedad y su sintomatología.

En la siguiente tabla se puede observar la frecuencia y el porcentaje que respondieron como “No Aplicable” (o la ausencia de respuesta) en los primeros 14 ítems del cuestionario. Se puede observar cómo la frecuencia más alta está en el ítem del manejo de la agitación, lo que por lógica puede indicar que la agitación no es un signo común en todo el proceso fisiopatológico de los pacientes y que por lo tanto, aparece con menor frecuencia que las anteriores.

Ítems primera Parte de SF-ICU(24)	N	Frecuencia	Porcentaje (%)
1.1. Preocupación y Cuidado hacia el Paciente por el personal de la UCI	75	1	1,3
1.2. Manejo del Dolor	75	13	17,3
1.3. Manejo de la Disnea o dificultad respiratoria	75	17	22,6
1.4. Manejo de la Agitación	75	20	26,6
1.5. Consideración de las Necesidades hacia el Familiar por el personal de UCI	75	4	5,3
1.6. Apoyo Emocional al Familiar por el personal de UCI	75	5	6,6
1.7. Coordinación del Cuidado al Paciente por el personal de UCI	75	3	4
1.8. Preocupación y Cuidado al Familiar por el personal de UCI	75	4	5,3

1.9. Habilidad y Competencia de la Enfermería	75	4	5,3
1.10. Comunicación del Familiar con Enfermería	75	6	8
1.11. Habilidad y Competencia de los Intensivistas	75	5	6,6
1.12. Ambiente de la Uci	75	6	8
1.13. Sala de Espera	75	5	6,6
1.14. Grado de satisfacción con el Nivel o Cantidad de Cuidados administrados al paciente por el personal de UCI	75	10	13,33

Tabla11. Frecuencia y Porcentaje de contestación “No Aplicable” o no respuesta

2º Subapartado: satisfacción con el trato y cuidado al familiar encuestado

Este subapartado se refiere al trato de la plantilla de la unidad hacia los propios familiares encuestados. En el primer ítem se valora la **consideración e interés mostrado por los profesionales hacia las necesidades del familiar principal o cercano**, el cual se ha respondido con una media de **4,15 puntos (“Muy Bien/Muy Satisfecho”)** en un rango del 1 al 5. En el segundo ítem se valora el **apoyo emocional provisto por los profesionales**, el cual se ha puntuado con una **media de 3,79 puntos (“Bien/Principalmente Satisfecho”)**. Donde se valorara la **coordinación y el trabajo en equipo** de todo el personal de la unidad, el ítem es respondido con un **4,21 (“Muy Bien/Muy Satisfecho”)**. En este subapartado también se valora la **preocupación y cuidado de los profesionales**, pero en este caso **hacia los familiares**. La puntuación se ha valorado en **“Muy Bien/Muy Satisfecho” con unos 4,11 puntos de media**.

3er Subapartado: satisfacción respecto a la habilidad, competencia y comunicación con enfermería

En el tercer subapartado donde se valora un primer ítem para puntuar la **habilidad y competencia de los profesionales de enfermería referente a los cuidados administrados a los pacientes**, éste ha sido respondido con una puntuación de **4,21 o “Muy Bien/Muy Satisfecho”**. También se valora un segundo ítem respecto a la **frecuencia de la comunicación con los propios familiares principales o cercanos**: éste se ha valorado con **un 3,79 o “Bien”**.

4º Subapartado: satisfacción respecto a la habilidad y competencia de los intensivistas

En el undécimo ítem de la primera parte de la encuesta, donde se valora la **habilidad y competencia de los médicos intensivistas referente a la atención provista al paciente**, los familiares principales o cercanos lo han puntuado alto con una media de **4,32 puntos (“Muy Bien/Muy Satisfecho”)**.

5º y 6º Subapartado: satisfacción con el ambiente de la Unidad y con la sala de espera

Referente al **ambiente en general de la Unidad Crítica o Intermedia y al ambiente de la sala de espera**, los ítems se han valorado con un **3,43 y un 2,73 respectivamente (“Bien/Principalmente Satisfecho” y “Suficiente/Ligeramente Insatisfecho”)**.

7º Subapartado: satisfacción de acuerdo al nivel o cantidad de cuidados administrados al paciente

Por último, cuando se refiere al último ítem de la encuesta que valora la Satisfacción General del familiar de acuerdo al **nivel o cantidad de cuidados brindados al paciente por los profesionales de la unidad**, se encuentra la segunda puntuación más alta de esta primera parte del cuestionario: un **4,44 puntos** de media. Coincidiendo con la misma valoración del primer ítem (preocupación y cuidado al paciente por el personal de la Unidad), indica que la mayoría de los encuestados están **“Muy Satisfechos/as” con el cuidado percibido hacia su ser querido**.

Como se puede observar en la *Tabla 11*, el porcentaje de sujetos que no contestan al ítem es también alto (13,33%).

Comparación de la Satisfacción con el Cuidado en subapartados, por Unidad. Análisis Anova

Como ya se ha mencionado anteriormente, en el análisis bivariante no se han encontrado diferencias significativas por unidades en la satisfacción de cada subapartado (véase *Anexo 5*). Aún así, los ítems referidos al ambiente de la unidad y a la sala de espera son los que han mostrado unos valores más significativos (sig. de 0,344 y 0,117 respectivamente).

En el ítem que se valora el ambiente de la UCI los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intermedios Cardiacos muestran mayor satisfacción frente a los demás, con hasta más de un punto de diferencia: 4,17 de satisfacción en la Unidad Cardíaca frente a 3,06 de satisfacción en la UCI Polivalente. El concepto de “ambiente” puede vincular aspectos como: ruido, iluminación, comodidad en la cama e intimidad; limpieza, orden, medios de que dispone el paciente y mobiliario; e incluso, el ambiente donde se da la información médica a los familiares¹².

Respecto al **ítem de la sala de espera, la UCI Cardíaca lleva la peor puntuación (1,78 puntos de media)** comparándolo con la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente (3,11 puntos de media), la cual adquiere la puntuación más satisfactoria en comparación con la media general de 2,73 del propio ítem.

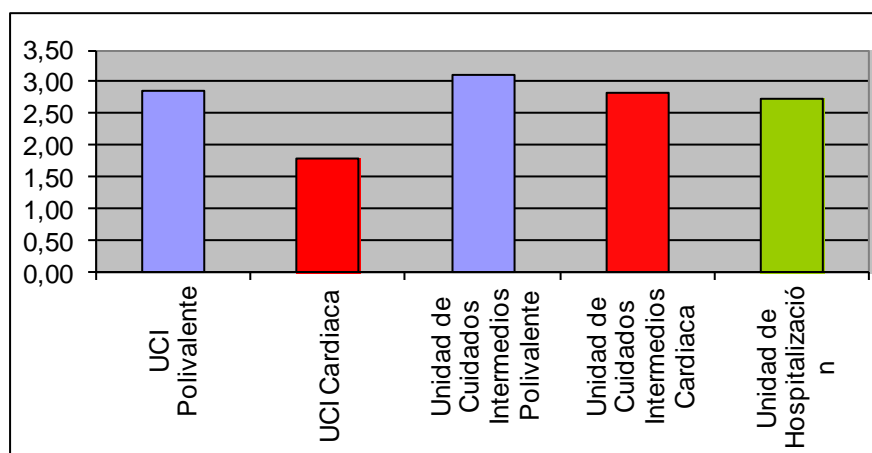


Figura9. Análisis Anova por gráfico. Satisfacción Sala de Espera^Unidad

Análisis bivalente de las variables socio-demográficas del familiar principal o cercano

Comparación de la Satisfacción con el Cuidado en subapartados, por Sexo y Edad. Análisis Anova y correlación numérica bivariada

Se han encontrado diferencias significativas entre Sexos en los subapartados de **cuidado y trato al familiar principal o cercano por el personal de UCI ($p = 0,031$)** y en el que valora la **competencia profesional y habilidades de los intensivistas ($p = 0,018$)**, siendo en ambos casos **el género femenino quien mejor puntúa los ítems**. Si se observa la tabla se puede llegar a la conclusión que en ambos casos el género femenino valora los dos subapartados como “Muy Bien/Muy satisfecha” frente a la valoración de “Bien/Principalmente Satisfecho” del género masculino. Además, tal y como indica la desviación típica, existe menos variabilidad de contestación en el caso de las mujeres, aunque este último dato podría ser indicativo de que hay un número significativo mayor de mujeres que de hombres a la hora de contestar las encuestas.

Satisfacción del Cuidado en subapartados por Sexo		N	Media	Desviación típica	Valor P
2º Subapartado: Cuidado y trato al familiar por el personal de UCI	No Contesta	2	8,50	10,607	0,031
	Hombre	21	15,38 (3,84)	6,953	
	Mujer	52	16,90 (4,22)	3,063	

	Total	75	16,25	4,816	
4º Subapartado; Habilidad y Competencia de los intensivistas	No Contesta	2	2,50	3,536	0,018
	Hombre	21	3,90	1,758	
	Mujer	52	4,56	,850	
	Total	75	4,32	1,296	

Tabla12. Análisis Anova. Comparación Subapartados 2 y 4 ^Sexo

Por otro lado, no se han encontrado diferencias significativas en los subapartados con el cuidado respecto a la Edad.

Si se compara la significancia entre más variables socio-demográficas del familiar con los subapartados de esta primera parte del cuestionario, se ha podido comprobar que existen diferencias significativas en las variables de Estado Civil, Grado de Parentesco y/o Afinidad, Situación Laboral y Experiencia de previo ingreso en la UCI de algún familiar. A continuación se analizaron individualmente.

Comparación de la Satisfacción con el Cuidado en subapartados, por Estado Civil. Análisis Anova

Esta variable muestra una **diferencia significativa en el subapartado de satisfacción con el cuidado al paciente por los profesionales de la unidad ($p = 0,01$)**. Mientras **los familiares divorciados o separados muestran una satisfacción menor que el resto, los familiares viudos tienen mayor satisfacción** significativa respecto al cuidado al paciente. De esta manera, mientras los sujetos divorciados o separados lo valoran en “Bien/Principalmente Satisfechos/as”, los viudos lo valoran en “Muy Bien/Muy Satisfechos/as”, rozando el “Excelente/Completamente satisfechos/as”.

Con la misma tendencia que la explicada, cabe mencionar que el subapartado de ambiente de la unidad Crítica o Intermedia muestra una diferencia sugestiva respecto al Estado Civil ($p = 0,056$), aunque en este caso los sujetos divorciados o separados solamente lo puntúan con un “Suficiente/Ligeramente Insatisfechos/as”. No obstante, se debe destacar que la muestra de estas categorías es muy pequeña, por lo que quitaría valor a la significancia.

Comparación de la Satisfacción con el Cuidado en subapartados, por Estado Civil:		N	Media	Desviación típica	Valor P
1er subapartado: Cuidado al paciente por el personal de la UCI	No Contesta	3	4,67	,577	0,01
	Soltero	11	14,45	5,538	
	Casado/En Pareja	56	14,66	4,863	
	Divorciado/Separado	3	13,33 (3,3)	3,055	
	Viudo	2	19,00 (4,7)	1,414	
	Total	75	14,29	5,149	
	5º Subapartado: Ambiente de la UCI	No Contesta	3	1,33	
Soltero		11	2,82	1,940	
Casado/En Pareja		56	3,68	1,466	
Divorciado/Separado		3	2,67	1,528	
Viudo		2	4,00	1,414	
Total		75	3,43	1,604	

Tabla13. Análisis Anova. Comparación Subapartados 1 y 5 ^ Estado Civil

Comparación de la Satisfacción con el Cuidado en subapartados, por Grado de Parentesco/Afinidad. Análisis Anova

En el caso de Grado de Parentesco y/o Afinidad existen **diferencias significativas con los subapartados de competencia profesional y comunicación con enfermería ($p = 0,035$), competencia profesional y habilidad de los intensivistas ($p = 0,044$), el ambiente de la unidad Crítica o Intermedia ($p = 0,036$) y la sala de espera ($p = 0,017$)**. De esta manera, **los familiares cercanos como los tíos, sobrinos, primos etc. han valorado peor dichos subapartados, seguidos de los amigos** (exceptuando en el subapartado que valora la competencia profesional y habilidad de los intensivistas, quienes los amigos han sido los que mejor han valorado el ítem). Por lo tanto, **los familiares que más puntuación le han dado a estos subapartados, han sido los directos o principales**. Sorprende cómo estos familiares de grado III o IV de parentesco valoran en “Mal/Nada Satisfechos/as” y “Suficiente/Ligeramente Insatisfechos/as”

estos ítems comparándolo con los directos (grado I y II de Parentesco y los de grado I y II de afinidad), los cuales valoran los subapartados en “Muy Bien/Muy Satisfechos/as” excepto el subapartado de la sala de espera (“Ligeramente Insatisfechos/as”). La tabla con estos indicios se puede ver en el *Anexo6*.

Comparación de la Satisfacción con el Cuidado en subapartados, por Situación Laboral.

Análisis Anova

Ha existido una diferencia bastante significativa referido a la satisfacción **en los subapartados de cuidado y trato al familiar por el personal de la unidad ($p = 0,006$) y con la habilidad y competencia de los intensivistas ($p = 0,001$)**, respecto a la Situación Laboral de los encuestados. De esta manera, **las amas de casa son los que mejor valoran dichos subapartados y los desempleados los que peor lo valoran** con una diferencia significativa. Con la misma tendencia que la indicada en este párrafo, el subapartado de competencia profesional y comunicación con enfermería ha indicado una diferencia sugestiva respecto a la situación laboral ($p = 0,056$). Como se puede ver en la tabla, mientras que las amas de casa valoran los subapartados en “Muy Bien/Muy Satisfechos/as” de una manera más unificada (hay poca desviación típica), los desempleados lo hacen en “Bien/Principalmente Satisfechos/as”.

Comparación de la Satisfacción con el Cuidado en subapartados, por Situación Laboral:		N	Media	Desviación típica	Valor P
2º Subapartado: Cuidado y trato al familiar por el personal de UCI	No Contesta	1	1,00	.	0,006
	Activo	30	16,07 (4,01)	4,601	
	Desempleado	10	14,40 (3,6)	5,562	
	Jubilado	18	17,06 (4,26)	4,659	
	Ama de Casa	16	17,81 (4,45)	3,016	
	Total	75	16,25	4,816	
3er Subapartado: Competencia profesional y	No Contesta	1	1,00	.	

comunicación con la enfermería	Activo	30	7,9 (3,96)	2,677	0,056
	Desempleado	10	7,40 (3,7)	3,062	
	Jubilado	18	8,44 (4,22)	2,121	
	Ama de Casa	16	8,44 (4,22)	1,999	
	Total	75	8,00	2,568	
	No Contesta	1	,00	.	
4º Subapartado: Habilidad y Competencia de los intensivistas	Activo	30	4,43	1,040	0,001
	Desempleado	10	3,60	2,011	
	Jubilado	18	4,33	1,237	
	Ama de Casa	16	4,81	,403	
	Total	75	4,32	1,296	

Tabla14. Análisis Anova. Comparación Subapartados 2-4 ^ Situación Laboral

Comparación de la Satisfacción con el Cuidado en subapartados, por Experiencia previa de ingreso en la UCI de algún familiar. Análisis Anova

La última variable que ha mostrado variabilidad ha sido el referido al ingreso previo de algún familiar en la UCI, existiendo diferencias significativas **en los subapartados de cuidado al paciente por el personal de la unidad ($p = 0,042$), ambiente de la unidad Crítica o Intermedia ($p = 0,025$) y la sala de espera ($p = 0,023$)**. De esta manera, **en lo referido a la satisfacción de los dos últimos subapartados**, mostrando una diferencia significativa similar, **los que han tenido una experiencia previa de ingreso de algún familiar en estas unidades muestran una satisfacción mayor que el resto**. No sucede lo mismo **en lo referido al cuidado al paciente por los profesionales de la unidad**, ya que **los que no han tenido una experiencia de ingreso previo muestran mayor satisfacción que los que ya la han experimentado con algún familiar**. Todos los sujetos valoran los subapartados en “Bien/Principalmente Satisfecho/a”, excepto en lo referido a la sala de espera por los familiares experimentados, que lo valoran en “Suficiente/Ligeramente Insatisfecho/a”.

Comparación de la Satisfacción con el Cuidado en subapartados, por Experiencia previa de ingreso en la UCI por algún familiar:		N	Media	Desviación típica	Valor P
1er Subapartado: Cuidado al paciente por el personal de la UCI	No Contesta	1	20,00	.	0,042
	Si	32	12,69 (3,17)	6,104	
	No	42	15,38 (3,84)	3,957	
	Total	75	14,29	5,149	
5º Subapartado: Ambiente de la UCI	No Contesta	1	5,00	.	0,025
	Si	32	3,94	1,243	
	No	42	3,00	1,739	
	Total	75	3,43	1,604	
6º Subapartado: Sala de espera de la UCI	No Contesta	1	5,00	.	0,023
	Si	32	3,00	1,136	
	No	42	2,48	1,131	
	Total	75	2,73	1,178	

Tabla15. Análisis Anova. Comparación Subapartados 1, 5 y 6 ^ Experiencia previa de ingreso en la UCI

Comparación de la Satisfacción con el Cuidado en subapartados con otras variables. Análisis Anova y por correlación bivariada

Las variables de Estudios Académicos del familiar encuestado, disponibilidad de Apoyo Familiar y Frecuencia de Visitas al paciente por semana no han mostrado diferencias significativas respecto a la parte de Satisfacción con el Cuidado. No obstante, cabe mencionar que en el análisis Anova referido al apoyo familiar existe una diferencia sugestiva en el subapartado de **grado de satisfacción con el nivel o cantidad de cuidados administrados al paciente** por el personal de la unidad ($p = 0,053$). De esta manera, **los que disponen de apoyo familiar tienen mayor satisfacción que el resto.**

Análisis bivalente con las variables del paciente

Mediante un análisis Anova y por correlaciones bivariadas, no se han encontrado diferencias significativas en esta primera parte del cuestionario referido a la Satisfacción con el Cuidado en las variables de Éxito, Motivo de Ingreso del paciente y respecto a la suma de las Terapias de Sustento de Vida del mismo. La correlación entre el nivel de satisfacción **con el cuidado al familiar principal o cercano** por el personal de la unidad y los **días que lleve el paciente ingresado** ha mostrado un **valor p de 0,039** en el momento que se recoge la encuesta. Se podría explicar que con una correlación negativa, **cuanto más aumentan los días de estancia menor será el nivel de satisfacción.**

6.4.2 ANÁLISIS DE LA SEGUNDA PARTE DEL CUESTIONARIO: SATISFACCIÓN CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

La puntuación total de este apartado es de **36,12 puntos**, por lo que en un rango de 0 a 50, éste se sitúa en **“Muy Bien/Muy satisfecho/a”** con la información recibida y la Toma de Decisiones El último ítem dicotómico que valora si el familiar encuestado **a dispuesto del tiempo adecuado para plantear preocupaciones y para que las preguntas planteadas hayan sido respondidas**, ha indicado una mayoría afirmativa del **88%** frente al 5,3% de respuestas negativas y un 6,7% que no han respondido.

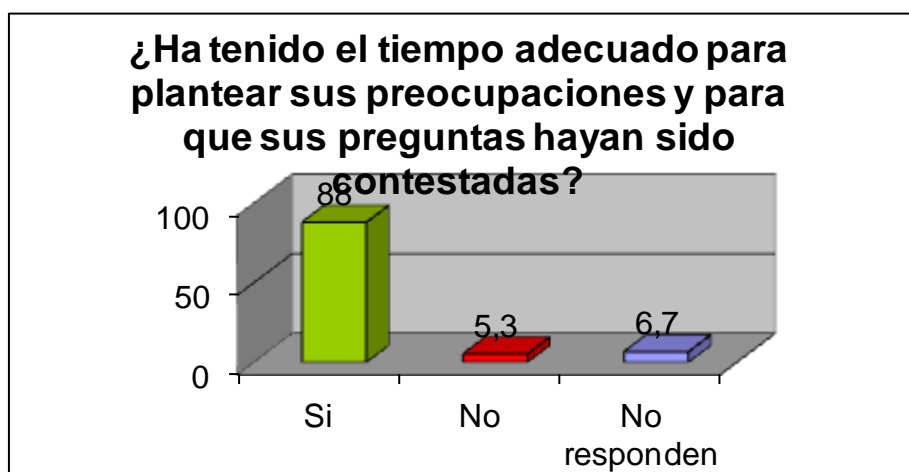


Figura10. De barras. Frecuencias Ítem 10 de la segunda parte del cuestionario SF-ICU(24)

En la tendencia gráfica del nivel de Satisfacción con la Información recibida y con el proceso de Toma de Decisiones se puede comprobar que la tendencia general es similar a la de la Satisfacción General de la encuesta. Se diferencia en que los familiares valoraron mejor este

apartado en la Unidad de Cuidados Intermedios Cardíaca (38,83 en un rango de 0 a 50) que los familiares de los pacientes trasladados desde las unidades Críticas a las Unidades de Hospitalización (36,93 en el rango de 0 a 50).

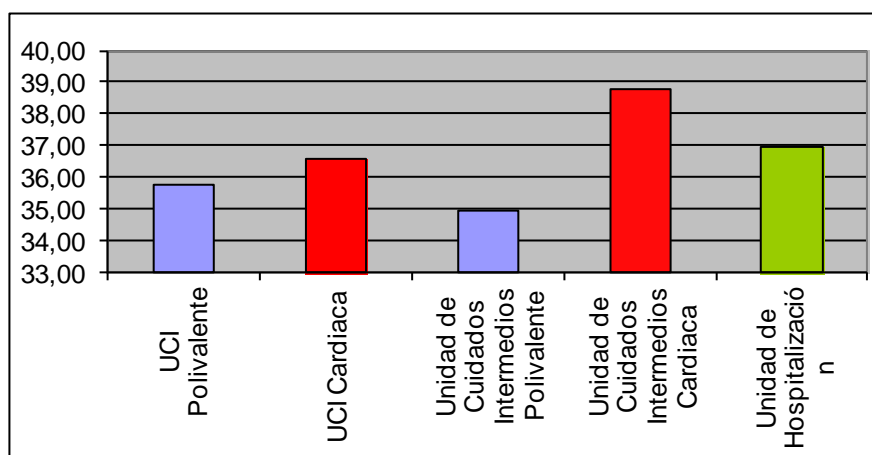


Figura11. Análisis Anova por gráfico. Satisfacción Información y Toma de decisiones ^Unidad

Análisis univariante de medias por ítems y subapartados

Esta segunda parte del cuestionario está compuesta por 10 ítems, de los cuales, los primeros seis se refieren a la Satisfacción con la Información recibida (primer subapartado) y los cuatro restantes, a la Satisfacción del proceso de la Toma de Decisiones (segundo subapartado).

Se analizó cada ítem por medias.

1er Subapartado: Satisfacción con la Información recibida

En el primer apartado relacionado con la información, se valoran diferentes características como: frecuencia de comunicación con los intensivistas, disposición de la plantilla profesional para responder preguntas, provisión de información comprensible, provisión de información honesta, calidad en la totalidad de la información provista y consistencia de la información. Todos ellos han obtenido una puntuación superior a **4 puntos**, por lo que les sitúa en **“Muy Bien” o “Muy Satisfechos/as”**.

2º Subapartado: Satisfacción con el proceso de Toma de Decisiones

En el segundo subapartado relacionado con el proceso de toma de decisiones los tres ítems presentan un valor parecido superior a 3, lo cual les sitúa en el valor intermedio del 1 al 5. Estos ítems son los referidos al sentimiento de inclusión o exclusión, sentimiento de apoyo y el sentimiento de control sobre el cuidado del paciente en el proceso de toma de decisiones. Es

por ello que en relación general, **los familiares no se sienten excluidos ni tampoco se sienten incluidos**; al igual que **no se han sentido abrumados ni apoyados, y tampoco se han sentido apartados ni haber tenido control en el proceso de toma de decisiones**. Se podría convertir de tal manera el significado de estas respuestas a **“Bien/Principalmente Satisfecho/a”** y reforzarlo con el resultado satisfactorio del último ítem mencionado antes: el familiar encuestado a tenido el tiempo adecuado para plantear preocupaciones y para que las preguntas planteadas hayan sido respondidas.

Comparación de la Satisfacción de la Información y la Toma de Decisiones, por Unidades

Si comparamos estos dos subapartados por unidades no existen diferencias significativas al respecto. La media de satisfacción de los dos subapartados es de 4,16 y 3,71 puntos respectivamente, por lo que se puede observar **cómo los familiares puntúan muy satisfactoriamente el campo de la información recibida, pero no así el de la toma de decisiones**, del cual se analizó sus causas más adelante.

Análisis bivariante de las variables socio-demográficas del familiar principal o cercano. Análisis Anova y por correlación bivariada

No existen diferencias significativas de los dos subapartados en lo referido al Sexo y a la Edad del familiar, aunque cabe mencionar que, aunque no sea significativo, el valor p de 0,064 muestra una correlación negativa de la edad con la Satisfacción de la Información recibida. Esto quiere decir que **la tendencia podía acercarse a menor satisfacción contra mayor edad**.

Así mismo, no existen diferencias significativas entre los dos subapartados en lo referido a las variables de Estado Civil, Estudios Académicos, Situación Laboral, Grado de Parentesco o Afinidad, Apoyo Familiar, Experiencia de ingreso previo de algún familiar en la UCI y Frecuencia de Visitas al paciente por Semana.

Análisis bivariante con las variables del paciente. Análisis Anova y por correlaciones bivariada

No se ha encontrado ninguna diferencia significativa de la Satisfacción con la Información y la Toma de Decisiones respecto a las variables de Éxito, Motivo de Ingreso, suma de las Terapias de Sustento de Vida del paciente y Días de Estancia del paciente en el momento de recoger la encuesta.

6.5 RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SOBRE ANSIEDAD STAI

El cuestionario STAI mide la ansiedad en dos situaciones diferentes. La Ansiedad Estado (AE) se refiere a aquella que la persona encuestada siente en ese momento puntual. Es el valor que puede ayudar a averiguar si el familiar principal o cercano padece un nivel alto de ansiedad por el ingreso del paciente y por todo lo que conlleva esta situación en su día a día. Por otro lado, la Ansiedad Rasgo (AR) se refiere a aquella que la persona en su vida diaria mantiene de base. La comparación de estos dos estados en cada persona puede ayudar a justificar si el nivel de AE en el familiar principal o cercano es alto o si se ha incrementado desde su AR, lo cual indicaría una necesidad de actuación y cuidado más centrado a este entorno del paciente.

6.5.1 ANSIEDAD RASGO

La media del percentil de esta variable es de 36,35 en un rango de 0 a 100. Por lo tanto, en regla general **los sujetos tienen un nivel medio-bajo de AR**. En el siguiente diagrama simple por puntos se puede ver que **el grupo mayor de los sujetos encuestados se encuentra entre el percentil 0 y 20 de la AR y que en general, los grupos van disminuyendo a medida que aumenta el percentil de ansiedad**. No obstante, se debe mencionar que la desviación típica respecto a la media, es alta comparándola con la AE, por lo que existe mayor variabilidad de resultados en esta variable.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
STAIansiedESTADO	71	1	99	63,58	26,777
STAIansiedadRASGO	71	1	98	36,35	31,120

Tabla.16. Medias y Desviación Típica de STAI

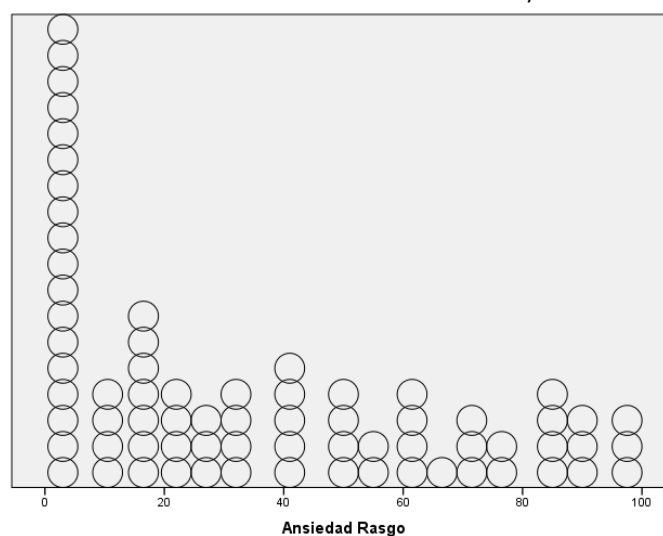


Figura12. Diagrama simple por puntos del percentil Ansiedad Rasgo

En el análisis bivalente realizado con la tabla de medición Anova, se ha encontrado una diferencia significativa de la ansiedad base del encuestado con las Unidades ($p = 0,038$). Es interesante ver la variación de la media de la AR por Unidad, ya que **las Unidades Cardiacas presentan mayor ansiedad que las Polivalentes y a su vez, las UCIs presentan mayor ansiedad que las Unidades Intermedias**. La AR de la UCI Cardiacas con un valor de 69,13 en un rango de 0 a 100, difiere mucho de la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente (21,77 en el percentil entre 0 y 100). Teniendo en cuenta que casi la totalidad de los pacientes que se captaron en las Unidades de Hospitalización procedían de las Unidades Cardiacas, **existe una secuencia lógica en el descenso de la ansiedad desde el ingreso en la UCI Cardiacas hasta el traslado a la hospitalización, pasando por la Unidad Cardiacas Intermedia**.

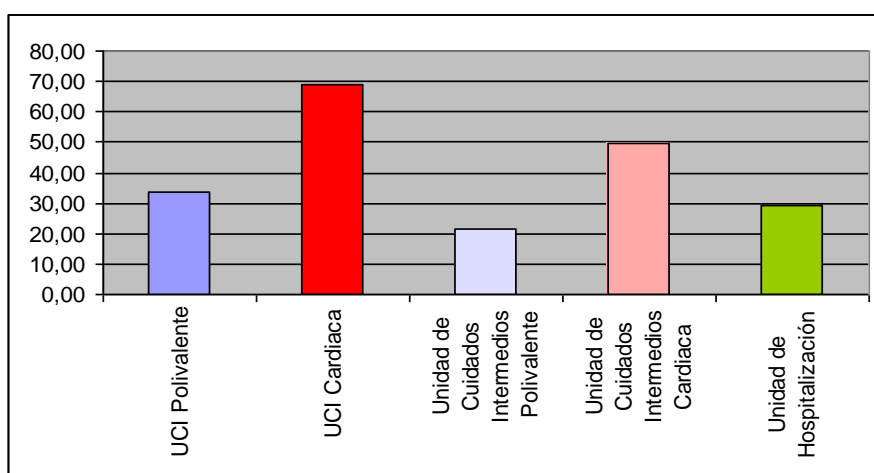


Figura13. Análisis Anova por gráfico. AR ^Unidad

Análisis bivalente de la AR con las variables socio-demográficas del familiar. Análisis Anova y por correlación bivariada

No se han encontrado diferencias significativas de la AR con las variables Sexo y Edad, Estado Civil, Grado de Parentesco y Afinidad, Residencia en Oviedo, disposición de Apoyo familiar, Experiencia de Previo Ingreso en una Unidad Crítica por algún familiar y Frecuencia de Visitas por Semana al Hospital.

Sí se puede hablar de **diferencias significativas en las variables Estudios Realizados ($p = 0,001$) y Situación Laboral ($p = 0,032$)**. Existe una alta AR en los sujetos que refieren no tener estudios finalizados (74,4) frente a los demás grupos, con especial atención en los sujetos que tienen estudios Universitarios (26,27). No obstante, cabe mencionar que el número de sujetos del primer grupo es pequeño comparándolo con el segundo y que además, los que han realizado estudios universitarios presentan una variabilidad mayor de respuesta respecto a la

media, por lo que esta variable no debe ser totalmente determinante para explicar el bajo nivel de ansiedad sobre el grupo universitario.

Comparación de Ansiedad Rasgo con Estudios Realizados del Familiar		N	Media	Desviación típica	Valor <i>P</i>
Ansiedad Rasgo	No Contesta	2	87,50	3,536	0,001
	Sin Estudios Finalizados	5	74,40	27,410	
	Primarios/Formación Profesional	42	34,67	28,542	
	Universitarios	22	26,27	28,072	
	Total	71	36,35	31,120	

Tabla.17. Análisis Anova. Comparación de Ansiedad Rasgo ^ Estudios Realizados del Familiar

Por otro lado, **la gente jubilada y desempleada muestra mayor AR (51,38 y 42,67 respectivamente) que los sujetos activos. (25,34)**. Una vez más, la desviación típica del grupo activo presenta un valor mayor que la media, por lo que vemos cómo no ha existido mucha homogeneidad de respuesta.

Comparación de Ansiedad Rasgo con Situación Laboral del Familiar		N	Media	Desviación típica	Valor <i>P</i>
Ansiedad Rasgo	No Contesta	1	85,00	.	0,032
	Activo	29	25,34	27,117	
	Desempleado	9	42,67	31,008	
	Jubilado	16	51,38	33,760	
	Ama de Casa	16	34,69	28,890	
	Total	71	36,35	31,120	

Tabla.18. Análisis Anova. Comparación de Ansiedad Rasgo ^ Situación Laboral del Familiar

Los grupos más vulnerables económicamente (desempeados y jubilados) son los que mayor ansiedad base padecen (al contrario que ocurre con los sujetos activos). También existe relación con la variable de estudios realizados, ya que según la tabla de contingencia entre las

dos variables, los que mayor nivel académico tienen, son en regla general, los sujetos activos y los que menor nivel académico, los desempleados.

Contingencia entre Estudios Realizados y Situación Laboral del Familiar		Situación Laboral del Familiar					Total
		No Contesta	Activo	Desempleado	Jubilado	Ama de Casa	
Estudios Realizados por el Familiar	No Contesta	1	0	0	1	0	2
	Sin Estudios Finalizados	0	1	2	0	2	5
	Primarios/Formación Profesional	0	13	7	13	12	45
	Universitarios	0	16	1	4	2	23
Total		1	30	10	18	16	75

Tabla.19. de contingencia (Chi-cuadrado). Estudios Realizados ^ Situación Laboral en el familiar

Relacionado lo anterior, según lo que plasma el apartado Ansiedad Rasgo del cuestionario STAI, los de mayor nivel académico tienen mayor seguridad y autocontrol, mayor satisfacción y felicidad y se sienten más realizados que los sujetos con menor nivel académico (ver Anexo3).

Para finalizar este apartado mencionaré que aunque no llegue a ser significativo, existe un dato sugestivo. Con una p de 0,089 los familiares que residen con el paciente muestran mayor AR (40,58) que los que no residen con el paciente (29,10). Según lo analizado en el apartado del perfil del familiar, se sabe que la mayor parte de los familiares con grado I y II de afinidad ($n = 23$) podrían ser los cónyuges que residen con el paciente. Todo esto puede ser un dato obvio que representa la carga del cuidador principal o cercano en el día a día de convivencia con el paciente.

Comparación Ansiedad rasgo con Residencia con el Paciente		N	Media	Desviación típica	Valor p
Ansiedad Rasgo	No Aplicable/No Contesta	1	85,00	.	0,089
	Si	40	40,58	30,913	
	No	30	29,10	29,864	
	Total	71	36,35	31,120	

Tabla20. Análisis Anova. Comparación de la Ansiedad Rasgo con la Residencia con el paciente

Análisis bivalente de la AR con las variables del paciente. Análisis Anova y por correlación bivariada

No se han encontrado diferencias significativas en la AR con los Días de Estancia del Paciente en el momento de recoger la encuesta, Éxitus, Motivo de Ingreso y la suma de las Terapias de Sustento de Vida.

6.5.2 ANSIEDAD ESTADO

A diferencia de la AR, **la media del percentil de este estado es de 66,58 en un rango de 0 a 100**. Se puede comprobar que el nivel de ansiedad sobrepasa el percentil 50 y si se observa en el siguiente diagrama simple por puntos, **la mayor agrupación de sujetos se encuentra entre el percentil 80 y 95. El grupo más sugestivo de AE se encuentra entre los percentiles 60 y 75.**

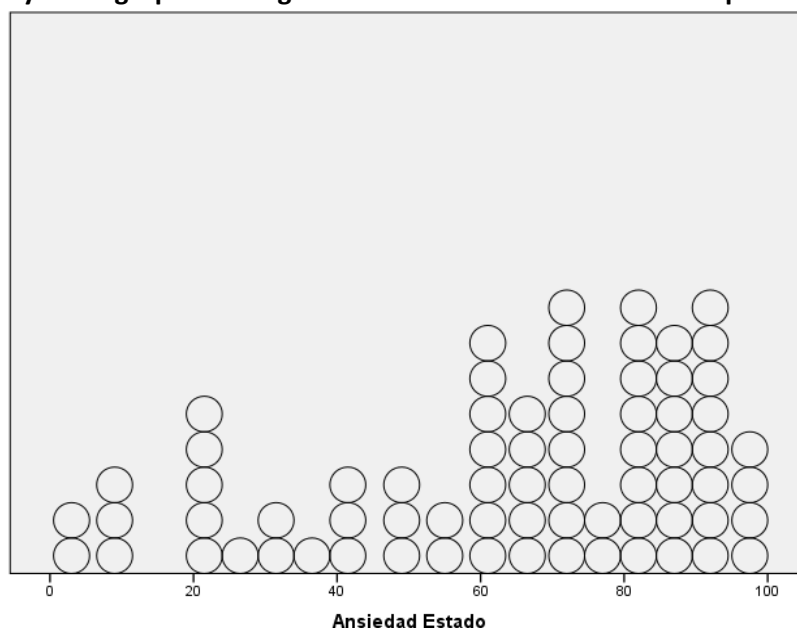


Figura14. Diagrama simple por puntos del percentil Ansiedad

Si comparamos la frecuencia de los percentiles entre la AR y AE en una tabla de contingencia (Chi-cuadrado) se puede comprobar que existe mayor coincidencia de grupos en los percentiles 62 (4 sujetos), 72 (4 sujetos), 80 (5 sujetos) y 88 (4 sujetos). Esto podría indicar que en regla general **los sujetos con una AR o de base en su vida diaria también padecen AE o situacional, probablemente incrementado por esta etapa** vulnerable de ingreso en las Unidades Críticas. Además, tal y como indican los valores, esta coincidencia de grupos se sitúa en un percentil alto o muy alto de ansiedad.

En el análisis bivalente realizado con la tabla de medición Anova, se ha encontrado una diferencia significativa de **0,009** en la AE del encuestado comparándolo con las Unidades. El siguiente gráfico indica la misma tendencia que la de la AR. **Las Unidades Cardiacas presentan mayor AE que las Polivalentes, siendo la UCI Cardiaca la que mayor percentil de AE tiene con un 81,5, frente al 48,78 de la Unidad Intermedia Polivalente.** A criterios generales es lógico que las UCIs presenten mayor AE que las Intermedias. Una vez más, se observa la misma secuencia lógica de **diminución paulatina de la ansiedad sobre los familiares a medida que los pacientes eran trasladados de las Unidades Cardiacas a hospitalización.**

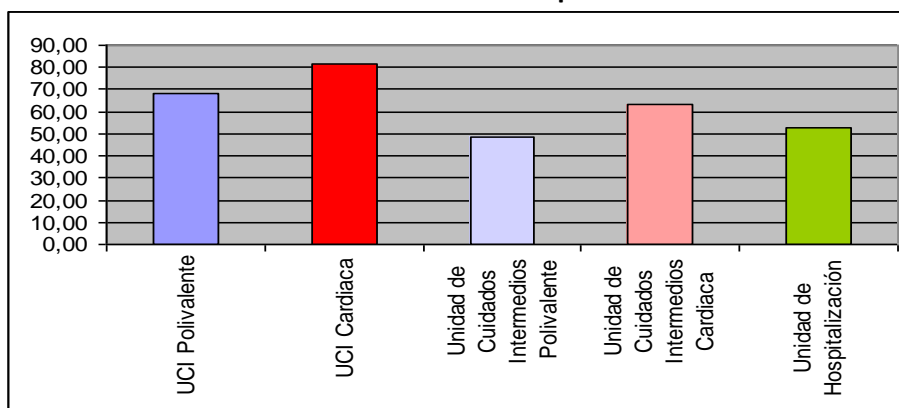


Figura15. Análisis Anova por gráfico. AE ^Unidad

Análisis bivalente de la AE con las variables socio-demográficas del familiar. Análisis Anova y por correlación bivariada

A la posibilidad de que existiese mayor grado de AE porque una mayoría de familiares reside fuera de Oviedo (65,3%) y acude al Hospital una media de 6,65 días a la semana, hay que decir que no se han encontrado diferencias significativas con ninguna de las dos variables. Así mismo, a diferencia que en la AR, las variables de disponer de Persona No Autónoma al cargo del familiar encuestado, de disponer de Apoyo Familiar y de Experimentar un ingreso previo de algún familiar en la UCI, tampoco se ha mostrado diferencias significativas en la AE.

Igualmente, no se han encontrado diferencias significativas en la AE con el resto de variables: Sexo y Edad, Estado Civil, Estudios Realizados y Situación Laboral y Residencia con el Paciente.

En la única variable que se ha encontrado diferencia significativa ha sido en el Grado de Parentesco y Afinidad. **Con un valor de $p = 0,028$** sorprende cómo la categoría “otros” tiene el nivel más alto de ansiedad con un percentil de 78, seguido de cerca por los padres, hijos, abuelos, nietos y hermanos (70,64). Aunque en la categoría “otros” sólo hay dos sujetos,

puede que aparte de los amigos/as, también hayan podido vincularse a la misma las parejas con papeles no reglados. Estos sujetos pueden no haber considerado vincularse dentro de la categoría Grado I y II de afinidad (donde se encuentran los cónyuges); razón por la que se justificaría ese nivel alto de ansiedad. En el caso de la categoría grado I y II de afinidad el percentil de ansiedad también es alto (58,8), aunque su valor pueda estar alterado porque dentro de la misma categoría entran tanto cónyuges, como suegros y nueros, yernos y cuñados (véase la desviación típica).

Aunque se pueda ver la **tendencia a una mayor ansiedad en los familiares principales respecto a los secundarios** (percentil de 34,33 en el grupo de grado III y IV de consanguinidad), por todo lo mencionado hasta ahora, la variable de Grado de Parentesco y Afinidad no es del todo sugestiva, debiéndose dividir en más categorías para futuros estudios.

Comparación de la Ansiedad Estado con el Grado de Parentesco/Afinidad		N	Media	Desviación típica	Valor p
Ansiedad Estado	No Aplicable/No Contesta	4	58,00	32,373	0,028
	Grado I y Grado II consanguinidad (padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos)	42	70,64	20,269	
	Grado III y Grado IV consanguinidad (tíos, sobrinos, primos, etc.)	3	34,33	17,926	
	Grado I y Grado II afinidad (cónyuge, suegros, yernos, nueros, cuñados)	20	52,80	33,656	
	Otros (amigos, etc.)	2	78,00	22,627	
	Total	71	63,58	26,777	

Tabla21. Análisis Anova de la Ansiedad Estado ^ Grado de Parentesco/Afinidad

Análisis bivalente de la AE con las variables del paciente. Análisis Anova y por correlación bivariada

Sorprendentemente no se han encontrado diferencias significativas de la Ansiedad Estado con las variables de Días de Estancia del paciente en el momento de recoger la encuesta, Éxitus ni Motivo de Ingreso. Tampoco se han encontrado diferencias significativas con la Edad y el Sexo del paciente.

El único dato significativo de la AE ha sido en el análisis por correlación bivariada de la variable Suma de las Terapias de Sustento de Vida (Ventilación Mecánica, Teses de Laboratorio, Administración de Drogas Amina, Nutrición Enteral, Hidratación y Terapia de Reemplazo Renal). **Con un valor p de 0,041, la correlación indicó que cuantas más terapias tuviese el**

paciente mayor ansiedad presentaban los familiares. Analizándolo con cada terapia por separado mediante la medición Anova, se ha encontrado que **la administración de drogas amina con una $p = 0,01$ es un indicio de mayor ansiedad.** Cabe mencionar también que **la terapia de reemplazo renal, aunque no haya mostrado un valor significativo ($p = 0,096$), ha presentado una diferencia sugestiva frente a los que no hayan sido provistos de esta terapia ($p = 0,699$).**

Administración de Drogas Aminas		N	Media	Desviación típica	Valor p
Ansiedad Estado	Si	16	78,63	16,958	0,01
	No	55	59,20	27,621	
	Total	71	63,58	26,777	
Terapia de Reemplazo Renal		N	Media	Desviación típica	Valor p
Ansiedad Estado	Si	7	79,57	10,326	0,096
	No	64	61,83	27,477	
	Total	71	63,58	26,777	

Tabla22. Análisis Anova de la Ansiedad Estado ^ Terapias de Sustento de Vida

El análisis mostrado ahora pone en evidencia que las terapias de sustento de vida más agresivas son las que promueven a una mayor AE.

6.6 CORRELACIÓN BIVARIADA ENTRE LOS CUESTIONARIOS SF-ICU(24) DE SATISFACCIÓN Y STAI DE ANSIEDAD

En el análisis de la puntuación total del cuestionario SF-ICU(24) con los dos estados de ansiedad, sorprende el valor correlativamente negativo de la Satisfacción General con la AR ($p = 0,06$). La tabla de tendencia indica que cuanto mayor sea el nivel de Satisfacción con los Cuidados, Información y Toma de Decisiones, menor será la ansiedad base.

Correlación cuestionarios SF-ICU(24) y STAI		Puntuación Total SF-ICU(24)	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Puntuación Total SF-ICU(24)	Correlación de Pearson	1	-0,154	-0,225
	Sig. (bilateral)		0,199	0,060
	N	75	71	71
Ansiedad Estado	Correlación de Pearson	-0,154	1	0,424
	Sig. (bilateral)	0,199		<0,001
	N	71	71	71
Ansiedad Rasgo	Correlación de Pearson	-0,225	0,424	1
	Sig. (bilateral)	0,060	<0,001	
	N	71	71	71

Tabla23. Correlación SF-ICU(24) ^ Ansiedad Rasgo ^ Ansiedad Estado

Al analizar por separado los subpartado del cuestionario SF-ICU(24) con cada estado de ansiedad, **en la AR se han encontrado correlaciones significativas con el subpartado de grado de satisfacción con la cantidad y el nivel de cuidados administrados por la plantilla de la unidad al paciente ($p = 0,018$)**. Con un valor p de **0,048**, el subpartado de **grado de Satisfacción con la Información recibida** muestra, al igual que el anterior, una correlación negativa.

Por lo tanto, se diría que **a cuanto mayor AR, el familiar tendrá menor satisfacción con la percepción de la cantidad y nivel de cuidados que se le ha administrado al paciente y con la satisfacción respecto a la información recibida.**

En la misma línea que la anterior, **respecto a la AE** ha existido una correlación negativa de significancia de $p = 0,00$ en la Satisfacción con la Toma de Decisiones. Con un valor p de $0,05$ la AE también se correlaciona negativamente sobre la Satisfacción con la Información recibida. Es por ello, que la tendencia correlativa es: **a cuanto mayor ansiedad situacional o Estado, existe menor Satisfacción con la Información recibida y menor Satisfacción con el proceso de Toma de Decisiones del familiar principal o cercano.**

Correlación subapartados SF-ICU(24) con Ansiedad estado y Ansiedad Rasgo	Cuida do al pacien te por el perso nal de la UCI	Cuida do y tratao al famili ar por el perso nal de UCI	Competen cia profesiona l y comunicac ión con la enfermería	Habilidad y Competen cia de los intensivistas	Ambiente de la UCI	Sala de espera de la UCI	Grado de Satisfacc ión con el nivel o cantidad de Cuidado s administ rados al Paciente en la UCI	Informaci ón provista	Toma de decisio nes
Correlaci ón de Pearson	0,118	-0,043	0,140	-0,014	-0,174	-0,165	-0,189	-0,234*	-0,515
Ansiedad Estado Sig. (bilateral)	0,328	0,719	0,243	0,911	0,146	0,168	0,114	0,050	<0,001
N	71	71	71	71	71	71	71	71	71
Correlaci ón de Pearson	-0,087	-0,107	0,005	-0,189	-0,281	-0,173	-,058	-0,236	-0,184
Ansiedad Rasgo Sig. (bilateral)	0,473	0,373	0,966	0,114	0,018	0,148	0,633	0,048	0,125
N	71	71	71	71	71	71	71	71	71

Tabla24. Correlación de los subapartados SF-ICU(24) ^.Ansiedad Rasgo ^ Ansiedad Estado

7 DISCUSIÓN

Este estudio ha intentado seguir una línea de justificación novedosa en el campo de las competencias enfermeras. Si bien la atención familiar es cada vez más representada en el Sistema Sanitario, el entorno de las Unidades Críticas no ha desarrollado estrategias específicas para el cuidado al familiar principal o cercano. La representatividad de un nivel medio-alto de Ansiedad Estado (AE) en las unidades estudiadas muestra que el entorno de éstas y la situación que viven los familiares, son propicias para crear trastornos psicológicos.

Varios estudios han demostrado que una estrategia de comunicación interdisciplinar junto a un adecuado apoyo al familiar en el proceso de toma de decisiones, ayuda a los usuarios a desarrollar capacidades cuando se ha de tomar decisiones en situaciones difíciles, como es el caso más extremo de la limitación terapéutica.¹⁶

Este estudio ha comprobado que un nivel alto de ansiedad provoca mayor insatisfacción personal y en consecuencia, mayor insatisfacción con la información recibida y el proceso de toma de decisiones en las Unidades Críticas. Crear habilidades de comunicación y apoyo emocional entre estos profesionales, podría ayudar a crear una línea de actuación menos paternalista y más autónoma donde no sólo el paciente sea el centro de atención, sino también el entorno de éste.^{2,16}

Perfil del paciente ingresado en las Unidades Críticas

Con una media de estancia total de aproximadamente 8 días en todas las unidades estudiadas, las Unidades Polivalentes son las que más días de estancia presentan frente a las Unidades Cardiacas. No obstante, cabe mencionar que predomina la estancia de un solo día en las Unidades Intermedias, especialmente en la Cardiacas, lo que puede ser un claro indicativo de que el motivo de ingreso que predomina en esta unidad son las cirugías cardiacas programadas.

Con una media de 64 años, aproximadamente el 61% de los pacientes eran hombres. Es interesante mencionar la variabilidad de la edad por unidades, ya que la UCI Cardiacas es la que más pacientes ancianos ingresa en un rango de 60 a más de 80 años, mientras que las Unidades Polivalentes la dispersión por edad es amplia. La lógica hace ver que el motivo de ingreso juega un papel determinante en la edad.

Con la tendencia que se ha ido describiendo, el motivo de ingreso principal en la UCI Cardíaca viene a ser la cirugía cardíaca programada con un 70% de los casos, mientras que la afección predominante en las Unidades Polivalentes es la neurológica por ACV y hemorragias derivadas de TCEs. Cabe destacar que en la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente destaca el porcentaje de procesos traumáticos, el cual baja la media de edad hasta 55 años.

Con un valor significativo de $p = 0,003$ la probabilidad de éxito es bastante mayor en la UCI Polivalente (62%) que en el resto de las Unidades, siendo las Cardíacas las que mayor supervivencia presentan.

Muestra y Perfil del familiar principal o cercano

Con un 75% de respuesta, se recogieron 75 encuestas entre los familiares principales o cercanos de los pacientes. Aunque la muestra resulte pequeña, se observa un valor sugestivo de respuesta si se compara con otros estudios consultados.^{15,21}

La encuestada es de género femenino con aproximadamente un 75% de frecuencia. Su edad también disminuye en comparación con la edad de los pacientes y si además se observa el análisis de grado de parentesco y/o afinidad, coincide que los cuidadores principales son predominantemente de primer nivel de consanguinidad, probablemente hijas o hermanas de aproximadamente 50 años de edad. Por lo tanto, resulta lógico que predomine el estado de casado o en pareja con un 75% de frecuencia.

A su vez, la mayoría de estos familiares han cursado estudios Primarios y Formación Profesional: serían el 60% seguido de los Universitarios, con aproximadamente un 31% de frecuencia. El 40% de ellos están en activo en el momento actual, repartiéndose a la mitad la categoría jubilado y ama de casa y llegando escasamente a un 13% los usuarios desempleados.

Una mayoría del 57% vive con el paciente y entre los que no residen con él, otra mayoría del 57% refiere verlo más de una vez a la semana en su vida diaria. Sorprende la categoría que dice ver al paciente con una frecuencia menor a tres veces al mes (18% aproximadamente) y si se analiza junto a la variable residencia en Oviedo, puede coincidir con que un 65% reside fuera de Oviedo, sin especificar lugar. No obstante, la frecuencia con que vienen a visitar al paciente al hospital es de casi todos los días a la semana (6,65), por lo que parece que en regla general, los que viven fuera de Oviedo puede ser por los alrededores o, en otro caso, familiares de otras provincias que han venido a visitar al familiar durante unos días.

Por último, un dato interesante para valorar la ansiedad y satisfacción es que la mayoría de los cuidadores principales no tienen personas no autónomas a su cargo (88%) y sí disponen de apoyo familiar (80%). En cambio, no existe gran diferencia entre los que experimentaron previamente el ingreso de algún familiar en alguna Unidad Crítica y los que no, aunque cara a la ansiedad y satisfacción puede ser sugestivo que aproximadamente un 43% sí lo hayan experimentado.

Ansiedad

El estudio demuestra que la AE varía significativamente según la unidad en la que se haya pasado la encuesta ($p = 0,038$). Las UCIs son las que mayor AE presentan, frente a las Unidades Intermedias y frente a las Unidades de Hospitalización de todos los pacientes trasladados desde las Unidades Críticas, pero la UCI Cardíaca varía especialmente de las demás, presentando un alto nivel de ansiedad situacional o AE: un percentil de 81,5 en el rango de 0 a 100.

Estos datos pone en evidencia la razón lógica de que en las UCIs la incertidumbre del curso clínico del paciente es mayor por su motivo agudo y crítico de ingreso, lo que conlleva a un aumento del nivel de la ansiedad. Además, si se añade que una leve mayoría no significativa de los sujetos encuestados no había experimentado un previo ingreso en la UCI y que la mayoría de las encuestas fueron recogidas en los primeros 6 días del ingreso del paciente, se puede razonar que la primera semana, resulta la más dura emocionalmente.

Es por ello, que la actuación familiar se debería comenzar desde los primeros días del ingreso del paciente; con lo que conllevaría a establecer una relación profesional-familia desde la primera oportunidad de contacto. Cabe destacar que, en muchos casos, la enfermería son los profesionales que establecen este primer contacto con los familiares después de realizar el ingreso, por lo que el momento en el que se les explica el funcionamiento de la unidad y se les entrega el folleto informativo, puede ser una herramienta clave y una oportunidad para comenzar a consolidar la relación y la confianza entre el equipo y la familia. El estudio indica que con una diferencia significativa de $p = 0,039$, la satisfacción con el cuidado y trato al familiar por el personal de la UCI disminuye a medida que van avanzando los días de estancia del paciente. Por lo tanto, no hay que eximir la evidencia de que esta consolidación de la relación equipo-familia se debería mantener, trabajar y reforzar especialmente, a lo largo de la primera semana y por supuesto, en el continuo de la totalidad de la estancia del paciente en la UCI.

Un estudio interesante que ha valorado la significancia de un algoritmo de intervenciones de comunicación en el continuo del ingreso del paciente, defiende la importancia de realizar una secuencia rutinaria en donde las primeras 24 y 72 horas se dé a conocer la unidad y los profesionales que trabajan en ella. Para ello se utilizan diferentes estrategias como: ofrecer lo que llaman “una carpeta de recursos” con nombres, roles e información de contacto con los miembros del equipo de salud; ofrecer un manual que describe cómo los familiares pueden ser miembros activos del equipo de salud y la importancia del rol que desempeñan para asegurar la seguridad de la medicación, el manejo del dolor y la prevención de infecciones mediante el lavado de manos; y un vídeo de 10 minutos de duración en el box del paciente con todas estas explicaciones. A su vez, en este periodo de tiempo se identifican “triggers clínicos” o indicadores clínicos que objetiven la necesidad de una reunión personalizada a las 96 horas del ingreso del paciente con los familiares. Estos triggers clínicos pueden ser: niveles altos de lactato, administración de múltiples drogas vasoactivas, parada cardiaca, terapia de reemplazo renal continua, oxigenación extracorpórea de la membrana, indicadores psicológicos (agitación, labilidad emocional, frustración...), etc¹⁶

Otro estudio que ha valorado la satisfacción de los familiares en los pacientes críticos que fallecieron en las UCIs después de un proceso de limitación terapéutica, comprobó que tras un mes o dos desde el éxitus del paciente, el proceso de comunicación con los familiares resultó ser un claro indicio de Satisfacción con el Cuidado, la Información y el proceso de Toma de Decisiones. Esto contrarresta las dificultades emocionales y éticas que incumbe la limitación terapéutica.¹⁶ De hecho, este análisis menciona que un alargamiento en el proceso de toma de decisiones de la limitación terapéutica adquiere menor satisfacción por existir menor efectividad en la comunicación con los familiares; en definitiva, esto influye en que la persona padecerá mayor ansiedad.

Respecto a la tipología de las Unidades Críticas, las Cardiacas son las que mayor AE han tenido frente a las Polivalentes (ver *Figura15*). Al mismo tiempo, han sido las que mayor Satisfacción General han presentado frente a las mismas. El perfil del paciente cardiópata es característico entre las patologías crónicas, por lo que éste puede ser un factor diferencial frente a los procesos fisiopatológicos de las Unidades Polivalentes. Estos últimos, a nivel general, suelen ser fisiopatologías agudas dentro de un cuadro crónico; diferencia característica respecto al motivo de ingreso de las Unidades Cardiacas, ya que la mayoría corresponden a cirugías cardiacas programadas. Por regla general, estos pacientes pueden tener peores condiciones físicas y mayores limitaciones en su vida diaria por su condición cardiópata, lo que puede

incidir en una mayor ansiedad. En futuros estudios no estaría mal medir alguna variable que abarque el campo de la calidad de vida o de la autonomía en las actividades de la vida diaria.

La Ansiedad Rasgo (AR) muestra la misma tendencia que lo anterior. Según la *Figura13*, las unidades que mayor ansiedad de base presentan con una diferencia más significativa que en la AE ($p = 0,009$) y superando a la UCI Polivalente, son la UCI Cardíaca y la Unidad de Cuidados Intermedios Cardíaca (69,13 y 49,6 respectivamente, en un rango de 0 a 100). Como se mencionará más adelante, parece que los dos estados de ansiedad están correlativamente relacionados.

Teniendo en cuenta que casi la totalidad de los encuestados en las Unidades de Hospitalización provenían de las Unidades Cardíacas, existe una secuencia lógica que explica la disminución gradual de la ansiedad a medida que eran trasladados de la Unidad Crítica a la de hospitalización, pasando por la Intermedia. Resulta interesante mencionar que tanto la AE, como la AR en la Unidad Intermedia Polivalente, es mucho menor que la media de todas con un percentil de 48,78 en la AE y 21,67 en la AR; por supuesto, es bastante menor que la ansiedad de las Unidades de Hospitalización.

Estudios indican que la ansiedad y la depresión son frecuentes en las UCIs y particularmente alta en los familiares de los pacientes no supervivientes ¹⁹, lo que puede explicar esta tendencia. En el estudio se ha comprobado que a mayor número de Terapias de Sustento de Vida, mayor es la AE ($p = 0,041$), especialmente en el caso de la administración de drogas amina ($p = 0,01$) y en la Terapia de Reemplazo Renal ($p = 0,096$). No obstante, comparando con el porcentaje de éxitos de cada unidad, se ha podido comprobar que no coincide la UCI Polivalente con el mayor nivel de ansiedad.

Sin desestimar la connotación subjetiva que adquiere la ansiedad sobre cada persona, en futuros estudios se deberían valorar otros indicadores clínicos de gravedad del paciente y pronóstico de vida (por ejemplo, el valor APACHE) para valorar este trastorno psicológico ¹⁶. Todo lo plasmado hasta ahora hace creer en la necesidad de una comunicación más centrada al familiar y a sus preocupaciones, donde exista una comunicación continua y efectiva sobre la evolución del paciente y sobre sus terapias de control.

Correlación Ansiedad y Satisfacción

Si se observa la tendencia de la ansiedad y la Satisfacción General en los encuestados de las Unidades de Hospitalización, ésta muestra una tendencia correlativa negativa: indica el más alto porcentaje de Satisfacción General entre todas las unidades. Esto puede explicar que a

medida que pasa el tiempo de ingreso en las Unidades Críticas y por lo tanto, cuando se le da de alta paciente, el nivel de ansiedad en el familiar principal o cercano disminuye considerablemente y a consecuencia, aumenta la satisfacción.

Con todo lo referido hasta ahora, se puede concluir que la ansiedad retroalimenta a la insatisfacción personal y en consecuencia, a la insatisfacción general en las Unidades Críticas. La AR indica una tendencia correlativa negativa respecto a la Satisfacción General con una p de 0.06. Cuanta mayor ansiedad presente un individuo en su estado general del día a día, tendrá menor Satisfacción General en la UCI.

Esta tendencia aporta ciertas pistas para explicar más campos del área emocional y personal del sujeto que padece ansiedad. Como se ha dicho, no sólo la ansiedad influye sobre la Satisfacción General en las Unidades Críticas, sino que esta insatisfacción, según la escala STAI (Anexo3), también se refleja en un menor sentimiento de autorrealización, menor capacidad para afrontar situaciones, falta de confianza y de seguridad, mayor labilidad emocional y mayor agotamiento, apatía y ganas de llorar. Por esta razón, existe una correlación significativa ($p = 0,00$) entre los dos estados de ansiedad, ya que, a mayor nivel de AE, el sujeto presentará mayor nivel de AR y viceversa.

No obstante, valorando los dos estados de ansiedad con los dos apartados del cuestionario SF-ICU(24) (Satisfacción con el Cuidados y Satisfacción con la Información y la Toma de Decisiones), sorprende cómo sí ha existido correlación significativa tanto en la AE ($p = 0,000$), como en la AR ($p = 0,026$) en el apartado de Satisfacción respecto a la Información recibida y al proceso de Toma de Decisiones. Esta significancia pone en evidencia que la valoración de los usuarios en la información recibida por el personal de las Unidades Críticas y en el proceso de toma de decisiones, está correlativamente relacionado con el nivel de ansiedad. La tendencia negativa indicaría que a mayor ansiedad, la Satisfacción con la Información recibida y el proceso de Toma de Decisiones es menor.

Estos datos podrían justificar que cuanto mayor ansiedad se padece, existe menor capacidad para afrontar situaciones y por consiguiente, para tomar decisiones constructivas y adecuadas. He aquí una de las razones más importantes de atención al entorno del paciente ingresado en las Unidades Críticas, para asegurar sus capacidades óptimas en el proceso de recibir y procesar la información y a la hora de tomar las decisiones.

Satisfacción

El estudio de *Richard J. Wall, Ruth A. Engelberg, Lois Downey, Heyland Daren K. y Curtis J. Randall* del 2007 dice que la encuesta SF-ICU(24) se ha convertido en uno de los mayores referentes para valorar el campo de la satisfacción familiar en la UCI.²¹ Aún así, esta encuesta validada se queda pobre en la línea del rol enfermero, ya que sólo valora la satisfacción enfermera en dos ítems de los veinticuatro que presenta. Si bien se pensó en realizar una encuesta propia que abarque el campo mencionado, otra estrategia podría haber sido especificar los campos de la encuesta SF-ICU(24) sólo a la labor del personal de enfermería. No obstante, tanto una vía como la otra carecerían del rigor científico y fiabilidad que tiene actualmente la encuesta. Una última opción podría haber sido pasar la encuesta doble para valorar por un lado a enfermería y por otro, a los intensivistas (tal y como lo hace el artículo *de Intensive Care Med.* sobre la satisfacción familiar en la UCI¹⁹). Esta opción por supuesto, no sería viable en este estudio que tiene un conjunto de hoja de recogida de datos larga, con 25 minutos que dura su contestación.

En cualquier caso, el nivel de Satisfacción General ha sido “Muy Bueno/Muy Satisfecho” con una puntuación de 89 en un rango de 0 a 120. Comparando las partes integrantes de la encuesta entre sí, muestra que la valoración de la Satisfacción entre los Cuidados percibidos al paciente y al propio familiar y la Satisfacción con la Información recibida y el proceso de Toma de Decisiones, están correlativamente interrelacionados entre sí con una $p = 0,00$. Aún así, es la segunda parte del cuestionario (información y toma de decisiones) la que mejor se valora, dándole la categoría “Muy Bien/Muy Satisfecho/a” frente al “Bien/Principalmente Satisfecho/a” de la primera parte.

La segunda parte del cuestionario ha sido la que mayor homogeneidad de puntuación ha obtenido, aunque esto pudiera deberse a que sólo eran valorados dos subapartados de características similares. No obstante, el campo de la información suministrada al familiar principal o cercano ha sido el que mejor valoración ha obtenido respecto al campo de proceso de toma de decisiones (4,16 frente al 3,71 en un rango del 0 al 5).

El estudio ya mencionado de *Crit Care Nurse* reitera que una comunicación efectiva y consistente con los familiares o con los pacientes críticamente enfermos es una de las necesidades más importantes y el predictor más fuerte de Satisfacción con el Cuidado. La comunicación incluye que como profesionales en la sanidad, se deben hacer miembros activos a los familiares en la toma de decisiones.¹⁶

Por otro lado, en la primera parte del cuestionario de satisfacción ha existido mayor heterogeneidad de respuesta porque existen 7 subapartados. Por un lado, cabe destacar que la valoración de las habilidades y competencias tanto de enfermería, como de los intensivistas, ha sido muy bien valorada (4,21 y 4,32 respectivamente en un rango de 0 a 5). No obstante, el campo que valora la comunicación enfermera y el cuidado y trato al paciente, no ha tenido la misma fuerza de satisfacción que lo anterior resaltado (3,79 en ambos casos). Si añadimos que el campo que valora el manejo de los síntomas del dolor, disnea y agitación, ha sido el peor valorado después del de la sala de espera, se podría concluir que la enfermería podría haber influido indirectamente en todos estos campos mencionados, ya que dentro de sus competencias, este profesional cumple con una labor referente en el apoyo emocional, el manejo de los síntomas y la comunicación a sus familiares de la situación diaria del paciente.

Otros estudios también defienden la interrelación que existe en la satisfacción de todos los campos valorados. Un artículo de *Intensive Care Med* refiere que la comprensión y el apoyo emocional son importantes, particularmente en el proceso de toma de decisiones. Gracias a este mismo artículo se puede comprobar que los resultados de satisfacción son altos al igual que todos los demás estudios unicéntricos y multicéntricos consultados. Esta misma lectura reitera que un resultado bajo se define cuando el percentil es menor a 75, es decir, cuando es menor a la valoración de “Muy Bien/Muy Satisfecho/a”.¹⁹

El ambiente de la UCI y principalmente, el de la sala de espera, se podría decir que han adquirido la valoración más negativa (3,43 y 2,73 respectivamente en un rango de 0 a 5). Es realmente impresionante la diferencia en la puntuación de la sala de espera por unidades (ver *Figura9*), ya que la variación de la valoración en la UCI Cardíaca (1,78 puntos) frente a las demás unidades evidencia que en las Unidades Cardíacas no hay sala de espera. La puntuación mejor valorada en este ítem es la sala de espera de la Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente (3,11), seguida de la UCI Polivalente. Podría decirse que ésta promueve un ambiente tranquilo e íntimo, ya que no es muy grande y dispone de sillas en un habitáculo con ventanas. La diferencia con la UCI Polivalente pudiera deberse a que esta última, aunque disponga de las mismas infraestructuras que la de Intermedios, al ser un espacio más amplio para reunir a más familiares (recordemos que la unidad dispone de 24 camas frente a las 8 de la Unidad Intermedia), podría descuidar la intimidad.

Analizando el ambiente de las dos unidades, la UCI Cardíaca (ubicada en el Hospital General) es más nueva que la UCI Polivalente del Hospital de Residencia. La infraestructura de la UCI cardíaca tiene menos años y está mejor distribuida a lo largo de los ventanales de la unidad. Es

por lo tanto más luminosa que la UCI Polivalente. Además, al contrario que en la Unidad Polivalente, en la Cardíaca se podría respetar más la intimidad del paciente porque por un lado, el área es más pequeña y por otro lado, en proporción con el número de camas de cada unidad, la Cardíaca dispone de más boxes cerrados que la Polivalente.

Campo de actuación

Se ha visto que todos los datos mencionados están interrelacionados entre sí. Por lo tanto, ¿cómo se puede reforzar el proceso de toma de decisiones? Las habilidades y competencias profesionales reconocidas en las Unidades Críticas, tanto en el personal de enfermería como en los intensivistas, junto a la calidad de la información suministrada al familiar sobre el proceso del paciente, hace pensar que si se consiguiese reforzar el campo de la comunicación enfermera, el entorno del paciente podría aumentar aún un punto más la satisfacción respecto al control en el cuidado de los síntomas del paciente.

Un correcto proceso de comunicación es el mejor indicativo para reducir la ansiedad y por consiguiente, se convierte en la herramienta para que los familiares aumenten las capacidades críticas y controlen la situación del paciente. Esto se traduce en una mayor Satisfacción en el proceso de Toma de Decisiones.

A lo largo de todo este trabajo se ha ido recalcando la importancia de la palabra y la comunicación no verbal en un proceso continuo de la relación familiar-profesional. Varios estudios indican que el aprendizaje de habilidades de comunicación puede producir un impacto positivo tanto en el dador como en el receptor de malas noticias. Aunque comunicar malas noticias está considerada como una competencia menor si se compara con los demás aspectos técnicos de la práctica médica, es una tarea frecuente y difícil que requiere una formación específica. Este estudio refiere que los profesionales, al no sentirse preparados en esta competencia, generan un aumento en el umbral de la ansiedad, retroalimentándose continuamente en una inefectiva herramienta comunicativa. Especialmente cuando se comunican malas noticias y existen disfunciones en la comunicación usuario-profesional, puede llevar a una pérdida de confianza de las familias, originando recelos, incomprensiones, desencuentros, quejas o incluso demandas judiciales. Añade que la gran mayoría de las quejas recibidas están relacionadas con la calidad de la información y menos, con otros aspectos de la asistencia médica.²

El estudio de *Crit Care Nurse* realiza un algoritmo basado en la evidencia de un proceso de comunicación interprofesional para la atención familiar y demuestra que: existen diferencias

significativas en la participación de la toma de decisiones y en la valoración del trabajo en equipo, antes y después de poner en marcha el algoritmo en una UCI quirúrgica. Así mismo, muestra mejoría en la percepción de la cantidad de apoyo y refuerzo recibido. Aunque existen protocolos de comunicación en la UCI como el de los 6 pasos de Baile y Buckman que explica el artículo de *Med Intensiva*,² el anterior estudio defiende la efectividad de un equipo profesional completo que intervenga en este algoritmo. Su equipo no sólo involucra a tres enfermeras diplomadas, una coordinadora enfermera para la educación del grupo y al director médico de la UCI, si no que el equipo también está integrado por una enfermera de cuidados paliativos, un trabajador social, un defensor o abogado del paciente y un capellán, entre otros.^{15,16}

Este ejemplo y otros que defienden la necesidad de un coordinador para el apoyo familiar,¹⁹ reflejan que una enfermera referente podría ser el cuerpo profesional responsable que intervenga entre la familia de los paciente y los cuidadores para aumentar la satisfacción familiar.¹⁶

Si se consigue una concienciación de esta secuencia lógica, se asumiría el principio de autonomía, en donde se concibe al familiar como un usuario que acude al Sistema Sanitario en busca de un apoyo asistencial en el proceso fisiopatológico que cursa su ser querido. Dejando atrás el paternalismo de las décadas anteriores, se tomaría no sólo al paciente, sino también a la familia, como entorno asistencial en donde los profesionales sean el punto de referencia y apoyo que ellos mismos deseen marcar.¹⁶

Para dar por finalizado este apartado, la empatía con los pacientes y con los familiares en las unidades de cuidado, puede impactar positivamente en la satisfacción respecto al soporte emocional y espiritual dado por el equipo sanitario en el final de la vida.¹⁸ Este hecho trascendente requiere que la enfermería, además de establecer un trato profesional y de confianza con los familiares, adquiera cada vez más experiencia en el trato con familias y mayores conocimientos del proceso fisiopatológico y de la relación de ayuda.¹⁵ El riesgo de muerte de algunos pacientes ingresados en la UCI suele ser predicho por diferentes indicadores pronóstico (como es la escala de APACHE o Acute Physiology And Chronic Health Evaluation) y la valoración y pericia de los intensivistas. Es por ello, que éstos deberían establecer herramientas de intervención en el apoyo familiar, especialmente en situaciones al final de la vida. Al igual que el papel que realiza la enfermera de cuidados paliativos, se debería promover el rol enfermero en este proceso.^{15, 16}

8 LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y ESTRATEGIAS DE CONTROL:

Obtención de datos

Los encuestados son personas que están pasando por un momento de inestabilidad psicológica y muchas de ellas, precisan ayuda por el propio encuestador o por los familiares cercanos para cumplimentarlas. Estos familiares eran, generalmente, familiares principales o personas mayores que carecían de habilidades para la lectura y comprensión de la encuesta. Esta ayuda ha podido distorsionar indirectamente la respuesta final del familiar encuestado.

Por otro lado, he encontrado dificultades a la hora de acceder y entender la información médica en la UCI Cardíaca, ya que los informes de ingreso y evolutivos de los intensivistas están escritos a mano.

Pérdida de datos y de muestra

El hecho de que la UCI Polivalente abarcase diferentes áreas y de que las visitas fuesen ampliadas dificultó el proceso de captación de la muestra para un sólo encuestador. En la UCI Cardíaca el horario de visitas se restringía a 30 minutos por la mañana y a una hora por la tarde, lo que ayudó a encontrar a los familiares en el mismo tiempo y espacio.

Cabe destacar que ha habido un alto porcentaje de no respuesta o de “No Aplicable” en algunos ítems de la hoja de recogida de datos y del cuestionario SF-ICU(24). Todo esto pudiera deberse a la trascendencia demasiado personal de la pregunta sobre el apoyo familiar o a la falta de control de la familia en el manejo del paciente. Alguna explicación o aclaración podría haber incrementado la tasa de respuestas. En cualquier caso, la hoja de recogida de datos era larga y esto también ha podido incrementar el porcentaje de sujetos que accedieron a contestar las encuestas y que no las cumplimentaron (9,5%). Por otro lado, ha habido un 6% de rechazo; pudiera deberse a que estos sujetos fueran los de peor pronóstico y por lo tanto, los resultados podrían no ser totalmente significativos.

Futuras investigaciones

Varios estudios revisados han realizado la valoración del cuestionario en dos o más momentos a lo largo del ingreso del paciente en la unidad.^{15,22} Por supuesto, esta metodología es una estrategia muy fiable para valorar el cambio del nivel de satisfacción en diferentes momentos del ingreso. Este estudio podría servir como referente para realizar otro longitudinal.

Por otro lado, se ha rehusado la variable APACHE que en un principio se iba a recoger para el estudio^{15,16} por la probabilidad de sesgo que supondría su cálculo, ya que la base de datos SINA del HUCA donde se registra esta variable que mide el pronóstico de vida del paciente y su probabilidad de muerte, se limitaba a los pacientes cardiacos. En futuros estudios éste puede ser un dato muy interesante para contrastarlo con la satisfacción y sobre todo, con la ansiedad.

Para concluir este apartado se debe destacar que esta investigación puede convertirse en un punto de partida para futuros estudios en los que se investiguen campos más amplios como el de la limitación terapéutica o muerte encefálica. No olvidemos que el ingreso en estas unidades acarrea una carga emocional sobre el familiar. El proceso de toma de decisiones puede ser un punto de partida para abarcar estos campos.

9 CONCLUSIONES

- El nivel de Satisfacción General y el nivel de Satisfacción con la Información y la Toma de Decisiones fue de “Muy Bueno” o “Muy satisfecho”, considerando el apartado de Satisfacción con el Cuidado al paciente y al familiar de “Bueno” o “Principalmente Satisfecho/a”. Un 88% refirió haber tenido el tiempo adecuado para plantear preocupaciones y para que las preguntas hubiesen sido respondidas.
- El nivel de la Ansiedad Rasgo de los familiares principales o cercanos fue medio-bajo frente a la Ansiedad Estado, que presentó un nivel medio-alto.
- Se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar la ansiedad con la satisfacción, encontrando que a mayor presencia de Ansiedad Estado en los familiares, menor satisfacción con la información recibida y, sobre todo, con la toma de decisiones y; a mayor puntuación en la Ansiedad Rasgo, menor satisfacción con la Información recibida y sobre todo, con la cantidad y nivel de cuidados administrados al paciente.
- Se encontraron diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la ansiedad en lo siguiente: en la variable Grado de Parentesco/Afinidad, los amigos, seguidos de los familiares principales, presentaron mayor Ansiedad Estado que los familiares cercanos; también se encontró que cuantas más Terapias de Sustento de Vida tuviese el paciente y aquellas terapias más agresivas, creaba mayor Ansiedad Estado sobre los familiares; por otro lado, en las variables Situación Laboral y Estudios Académicos, los jubilados seguidos de los desempleados, presentaron mayor Ansiedad Rasgo que los familiares activos, al igual que los familiares sin estudios finalizados, que también presentaron mayor Ansiedad Rasgo frente a los que realizaron estudios universitarios.

Así mismo, respecto a la satisfacción se encontraron diferencias significativas en las variables Sexo, Estado Civil, Grado de Parentesco/Afinidad, Situación Laboral, Experiencia Previa al Ingreso y Días de Estancia. Las mujeres presentaron mayor satisfacción con el cuidado y trato que se le administró al familiar principal o cercano y con las habilidades y competencias de los intensivistas. Los familiares viudos estuvieron más satisfechos que los divorciados o separados y los casados o en pareja respectivamente, con el cuidado administrado al paciente. Los familiares cercanos y, en menor medida, los amigos, presentaron menor satisfacción que los familiares principales con el cuidado al familiar, con

las habilidades y competencias de la enfermería, con las habilidades y competencias de los intensivistas, con el ambiente de la Unidad y con la sala de espera. Los familiares desempleados mostraron mayor satisfacción con el cuidado y trato al familiar y con las habilidades y competencias de los intensivistas, respecto a las amas de casa y los sujetos jubilados y activos respectivamente. Los familiares con una experiencia previa de ingreso de algún familiar en la UCI presentaron menor satisfacción con el cuidado administrado al paciente, pero mayor satisfacción con el ambiente de la unidad y la sala de espera, respecto a aquellos que no habían estado nunca en una Unidad Crítica. Por último, el estudio demostró que cuantos más días de estancia, menor satisfacción presentaban los familiares con el cuidado y trato que les administraban.

- Al comparar los resultados según las distintas Unidades se encontraron mayores niveles de ansiedad en las UCIs frente a las Unidades Intermedias; entre las Unidades Críticas, las Cardiacas (especialmente la UCI Cardíaca) presentaron mayor Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo respecto a las Polivalentes. Con una secuencia lógica, la ansiedad disminuyó gradualmente en los familiares de los pacientes que fueron trasladados desde la UCI Cardíaca a la Unidad de Cuidados Intermedios Cardíaca y posteriormente, a la Unidad de Hospitalización.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Crippen DW. End of life communication in the ICU. New York: Springer-Verlag GmbH; 2007.
2. García Díaz F. Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud. *Med Intensiva*. 2006; 30(9): 452-9.
3. Grupo CTO. ISBN Manual CTO de Enfermería 5ª edición, Tomo I. Madrid: CTO Editorial; 2012.
4. Argómaniz Alutiz J, Basurto Hoyuelos S, Betolaza López de Gámiz E, Correyero Tadeo F, De Lorenzo Urien E, Martín Bezos J et al. Competencias profesionales: una guía para la formación enfermera. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza/Servicio Vasco de Salud; 2004.
5. Sánchez Caro J. La ley sobre autonomía del paciente y su repercusión en las Comunidades Autónomas. *Rev Adm Sanit*. 2003; 1: 189-202.
6. Basadre García M^ªP, Nayas Igal SMC, Lafuente Martínez N, Bandrés Moro C, García Palacios FC. Consentimiento informado: Comunicación eficaz y decisión autónoma. *Rev ROL Enferm*. 2008; 31(6): 19-24.
7. Ruiz de Ocenda M^ªJ. Enfermería Gestión de Casos. En: Ponencia presentada en la asignatura de Administración de los Servicios de Enfermería: Osakidetza/Servicio Vasco de Salud: Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz; 2010.
8. Sáez Rodríguez L, Pérez Paz M^ªJ, Valiño Pazos C, Castro Fernández S. Análisis y evaluación de la enfermera referente del paciente en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2009; 12(2): 92-96.
9. SEMICYUC. Los profesionales del enfermo crítico [internet]. El plan Nacional de RCP. [Citado el 10 de Febrero de 2014] Disponible en: <http://www.semicyuc.org/temas/plan-nacional-rcp/el-plan-nacional-de-rcp> [consultado el 10 de febrero de 2014].
10. Red Hospital Clínico Universitario de Chile. Experiencia que da vida [internet]. Unidad de Pacientes Críticos. RM Chile. [citado el 10 de Febrero de 2014] Disponible en: <http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/index.aspx?channel=6371&appintan ceid=18482&pubid=7618> [consultado el 10 de febrero de 2014].
11. Rz De Ocenda E, San Martín B, Mtz. De Lagos A, Larrazabal M, Gil Z, Pelegrin K et al. UCI: Introducción y Generalidades, Acogida, Valoración y Monitorización. En: Curso

- Iniciación al manejo del paciente crítico: conceptos generales y cuidados de enfermería. Hospital Universitario de Álava, sede H. Santiago Apostol; 2011.
12. Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Robaina P, Villanueva Ortiz Á. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. *Med Intensiva*. 2007; 31(6): 273-80.
 13. Fernanda Acuña D. "Evaluación de ansiedad". Datos normativos del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en Buenos Aires [Tesis Doctoral] Buenos Aires: Departamento de Investigaciones, Universidad de Belgrano; 2010.
 14. Bloomer M, Lee S, O'Connor M. End of life clinician-family communication in ICU: a retrospective observational study-implications for nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 28(2): 17-23.
 15. Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ, Engelberg RA. Family member satisfaction With End-Of-Life Decision Making in the ICU. *Crit Care Medicine*. 2008; 133(3): 704-12.
 16. Huffines M, Jhonson KL, Smitz LL, Lissauer ME, Fishel MA, D'Ángelo Howes SM et al. Improving family satisfaction and Participation in Decision Making in an Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*. 2013; 33(5): 56-69.
 17. Boó Puente M^ªJ. El duelo: cuidados enfermeros en pacientes y familiares oncológicos. [Trabajo Fin de Grado] Departamento de enfermería, Universidad de Cantabria. 2013.
 18. Gallagher R, Krawczyk M. Family members' perceptions of end-of-life care across diverse locations of care. *BMC Palliative Care*. 2013; 12(25): 1-9.
 19. Schwarzkopf D, Behrend S, Skupin H, Westermann I, Riedemann NC, Pfeifer R et al. Family satisfaction in the intensive care unit: a quantitative and qualitative analysis. *Intensive Care Med*. 2013; 39: 1071-79.
 20. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI: Cuestionario Ansiedad Estado-Rasgo. 7a. ed. Madrid: TEA Ediciones; 2008.
 21. Wall RJ, Engelberg RA, Downwy L, Heyland DK, Curtis JR. Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. *Crit Care Med*. 2007; 35(1):271-79.
 22. Gerstel E, Engelberg RA, Koepsell T, Curtis JR. Duration of Withdrawal of Life Support in the Intensive Care Unit and Association with Family Satisfaction. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008; 178:798-804

11. ANEXOS

11.1 ANEXO1: Consentimiento informado y Permiso del Comité de Ética

DIA:	MES:	AÑO:
------	------	------

Yo, _____ mayor de edad, con D.N.I. _____.

DECLARO:

Que _____, me ha informado de forma comprensible, acerca de los aspectos fundamentales relacionados con la participación en este proyecto, así como de la confidencialidad y anonimato de los datos recogidos. Ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida. Por ello, otorgo libremente el presente consentimiento, sabiendo que lo puedo retirar en cualquier momento.

Al firmar el documento afirmo que:

- Reconozco que lo he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas de forma satisfactoria.
- Doy mi consentimiento para la participación en el procedimiento y firmo a continuación:

FIRMA DEL FAMILIAR
D.N.I.

FIRMA DEL PROFESIONAL DE SALUD
D.N.I.

En _____, a _____ de _____ del 2014
<u>REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO</u>
En _____, a _____ de _____ del 2014



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS >

Comité Ético de Investigación Clínica
Regional del Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33006 -Oviedo
Tfno: 985 10 79-27/965 10 80 28
Fax: 985 10 87 11
e-mail: ceicr_asturias@hca.es

Área Sanitaria

Oviedo, 10 de Marzo de 2014

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias ha evaluado el Estudio nº 42/2014, titulado: 'ANSIEDAD Y SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO Y TOMA DE DECISIONES DEL FAMILIAR PRINCIPAL O CERCANO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HUCA Y HUA: LA ENFERMERA COMO REFERENTE EN LA GESTIÓN DE CASOS DE ATENCIÓN FAMILIAR EN EL PROCESO FISIOPATOLÓGICO DEL PACIENTE CRÍTICO'. Investigadora Principal Dña. Garazi Larrazkueta Martínez de Antuña. Trabajo Fin de Master

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado estudio reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y, en consecuencia, emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardar la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este estudio.

Le saluda atentamente.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité Ético de Investigación
Clínica Regional del Principado de Asturias



11.2. ANEXO2: Carta de presentación y hoja de recogida de datos

Estudio sobre Ansiedad y Satisfacción con el Cuidado y Toma de Decisiones del familiar principal o cercano en las Unidades de Cuidados Intensivos del HUCA: la enfermera como referente en la Gestión de Casos de atención familiar en el proceso fisiopatológico del paciente crítico.

A continuación le mostramos dos cuestionarios y una escala de respuestas sencillas y de rápida cumplimentación. Estas hojas se componen de:

- Un primer cuestionario de datos socio-demográficos sobre usted y su entorno.
- Un cuestionario sobre Satisfacción relacionada con el cuidado que usted y su familiar ingresado han recibido por el personal de la unidad, sobre la información que usted ha recibido en la UCI y sobre el proceso de toma de decisiones en torno a la situación de su familiar.
- Una última escala donde se mide la ansiedad que usted podría padecer en este contexto de enfermedad del paciente (Ansiedad Estado) y la ansiedad que usted podría padecer de base en su vida diaria de forma general (Ansiedad Base).

Rellenarlo le llevará aproximadamente 20 minutos y es **totalmente anónimo y confidencial**, garantizando que los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para el fin de este estudio.

Se quieren obtener respuestas medibles con el fin de valorar la necesidad de **un proyecto de atención centrado al paciente** que nos ayude a mejorar la comunicación e interacción con usted y su entorno y nos garantice una atención de calidad.

No hay respuestas correctas o incorrectas; lo que interesa es TU OPINION SINCERA. En caso de duda entre varias opciones, señala la que más se acerque a tu forma de pensar. Procura contestar a todas mediante **una X en el recuadro** correspondiente, incluso a aquellas que no se ajusten a tus circunstancias concretas.

Muchas gracias por ayudarnos a mejorar día a día.

1. La unidad y su funcionamiento (*):

UNIDAD:

2. Datos del paciente (*):

Edad:	Sexo:	H <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Días de estancia en la UCI:			
Motivo de ingreso:		Terapias de sustento de la vida:	
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Ventilación	<input type="checkbox"/>
Respiratorio	<input type="checkbox"/>	Teses de laboratorio	<input type="checkbox"/>
Neurológico	<input type="checkbox"/>	Administración drogas aminas	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal y hepático	<input type="checkbox"/>	Nutrición enteral	<input type="checkbox"/>
Infeccioso	<input type="checkbox"/>	Hidratación	<input type="checkbox"/>
Oncológico	<input type="checkbox"/>	Terapia de reemplazo renal	<input type="checkbox"/>
Trauma	<input type="checkbox"/>		
Otros	<input type="checkbox"/>		

(*) A rellenar por los profesionales:

3. Datos del familiar :

Edad:	Sexo:	H <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Estado civil:	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado/En pareja <input type="checkbox"/>	Divorciado/Separado <input type="checkbox"/>

4. Datos académicos y profesionales del familiar:

Estudios realizados:	Sin estudios finalizados <input type="checkbox"/>	Primarios/Formación profesional <input type="checkbox"/>
	Universitarios <input type="checkbox"/>	
Situación laboral:	Activo <input type="checkbox"/>	Desempleado <input type="checkbox"/>
	Jubilado <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>

5. Datos de parentesco y residencia:

Grado de parentesco que le une con el paciente:	
Grado I y II consanguinidad (padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos)	<input type="checkbox"/>
Grado III y IV consanguinidad (tíos, sobrinos, primos, etc.)	<input type="checkbox"/>
En caso de no estar vinculado consanguíneamente con el paciente ¿qué relación le une a él?:	
Grado I y II afinidad (cónyuge, suegros, yernos, nueras, cuñados)	<input type="checkbox"/>

Otros (amigos, etc.)

¿Vive usted con el paciente?

Si

No

Si la respuesta es **NO**, ¿Con qué frecuencia ve usted al paciente?

Más de una vez por semana

Una vez a la semana

Entre una y tres veces al mes

Menos frecuencia que la indicada hasta ahora

¿Vive usted en la ciudad donde está el hospital?

Si

No

6. Datos sobre la carga personal del familiar:

¿Dispone usted de personas dependientes a su cargo? (*)

Si

No

(*) Nos referimos a persona dependiente a aquella mayor de 18 años no autónoma para las actividades de la vida diaria y que requieran un cuidado para sus necesidades básicas.

¿Está acompañada en esta situación por otras personas que puedan acompañarle y/o ayudarle en el proceso de enfermedad de su familiar?

Si

No

¿Antes de este reciente ingreso, ha vivido con anterioridad el ingreso de un familiar en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)?

Si

No

7. Datos sobre las visitas al paciente:

¿Cuántas veces a la semana visita al paciente? Estime un valor aproximado:

11.3. ANEXO3: Cuestionario STAI de ansiedad

A-E		A continuación, encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.			
		Nada	Algo	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado.	0	1	2	3
2	Me siento seguro.	0	1	2	3
3	Estoy tenso.	0	1	2	3
4	Estoy contrariado.	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6	Me siento alterado.	0	1	2	3
7	Estoy preocupado por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8	Me siento descansado.	0	1	2	3
9	Me siento angustiado.	0	1	2	3
10	Me siento confortable.	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12	Me siento nervioso.	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido).	0	1	2	3
15	Estoy relajado.	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17	Estoy preocupado.	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19	Me siento alegre.	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien.	0	1	2	3
A-R		A continuación, encontrará unas frases que se utilizan comúnmente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo se SIENTE VD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa como se siente Vd. generalmente.			
		Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21	Me siento bien.	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26	Me siento descansado.	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29	Me preocupa demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30	Soy feliz.	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
33	Me siento seguro.	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39	Soy una persona estable.	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

11.4. ANEXO4: Cuestionario SF-ICU(24) de satisfacción en la UCI

PRIMERA PARTE: SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO

¿Cómo lo estamos haciendo? Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la UCI. Por favor, marque la opción que mejor refleje su punto de vista.

¿Cómo tratamos a su familiar (el paciente)?

No aplicable	Mal	Suficiente	Bien	Muy Bien	Excelente
0	5	4	3	2	1
1. Preocupación y cuidado del personal de UCI: la cortesía, respeto y solidaridad recibida por la plantilla hacia su familiar ha sido					
Manejo de los síntomas: ¿cómo se han valorado y tratado los síntomas de su familiar por parte del personal de UCI?					
2. Dolor					
3. Disnea o sensación de falta de aire					
4. Agitación					

¿Cómo ha sido el trato con usted?

0	5	4	3	2	1
5. Consideración de sus necesidades: ¿cómo ha sido el interés mostrado por sus necesidades por el personal de UCI?					
6. Apoyo emocional: ¿cómo ha sido el apoyo emocional provisto por el personal de UCI?					
7. Coordinación del cuidado: ¿Cómo ha sido la coordinación y el trabajo en equipo de todo el personal que cuidó a su familiar?					
8. Preocupación y cuidado del personal de UCI: la cortesía, respeto y compasión recibida por la plantilla hacia la familia ha sido					

Respecto al personal de enfermería:

0	5	4	3	2	1
9. Habilidad y competencia de las enfermeras de UCI: ¿cómo han cuidado las enfermeras de su familiar?					
10. Comunicación: ¿cada cuanto las enfermeras se comunican con usted sobre el estado de su familiar?					

Respecto al personal médico:

0	5	4	3	2	1
11. Habilidad y competencia de los intensivistas: ¿cómo han atendido los médicos a su familiar?					

Respecto a la Unidad de Cuidados Intensivos:

0	5	4	3	2	1
12. El ambiente en UCI es:					

Respecto a la sala de espera:

0	5	4	3	2	1

13. El ambiente en la sala de espera es:											
14. ¿Cuál es su satisfacción de acuerdo al nivel o cantidad de cuidados recibidos por su familiar en la UCI?											
5. Completamente Satisfecho			4. Muy Satisfecho		3. Principalmente Satisfecho		2. Ligeramente Satisfecho		1. Nada Satisfecho		

SEGUNDA PARTE: SATISFACCIÓN CON LA TOMA DE DECISIONES EN EL CUIDADO DE PACIENTES CRÍTICOS

Esta parte del cuestionario está diseñada para medir cómo se siente USTED respecto a su implicación en las decisiones relacionadas con el cuidado de su familiar. En la UCI su familiar puede haber recibido cuidados de diferentes personas. Nos gustaría que al contestar las preguntas piense en el cuidado en conjunto recibido por su familiar, eligiendo la opción que mejor describa sus sentimientos.

Respecto a la necesidad de la información:

	No aplicable	Mal	Suficiente	Bien	Muy Bien	Excelente
	0	5	4	3	2	1
1. Frecuencia de comunicación con los intensivistas: ¿cada cuanto los médicos se comunican con usted sobre el estado de su familiar?						
2. Disposición para responder preguntas: ¿Cuál es la disposición de la plantilla profesional para responder tus preguntas?						
3. Provisión de información comprensible: ¿Cómo de bien te provee la plantilla profesional de la UCI de explicaciones que tú entiendes?						
4. Provisión de información honesta: la honestidad de la información provista sobre el estado de su familiar ha sido:						
5. El total de la información sobre qué está pasando: ¿Cómo de bien te ha informado la plantilla profesional de la UCI sobre qué le ocurre a su familiar y por qué se toman dichas acciones?						
6. Consistencia de la información sobre el estado del paciente: la consistencia de la información que ha recibido sobre el estado de su familiar ha sido:						

Respecto al proceso de toma de decisiones:

7. ¿Se ha sentido usted excluido en el proceso de toma de decisiones?	
1. Me he sentido muy excluido/a	<input type="checkbox"/>
2. Me he sentido algo excluido/a	<input type="checkbox"/>
3. No me he sentido excluido/a ni incluido/a	<input type="checkbox"/>
4. Me he sentido algo incluido/a	<input type="checkbox"/>
5. Me he sentido muy incluido/a	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha sentido usted apoyado en el proceso de toma de decisiones?	
1. Me he sentido totalmente abrumado/a	<input type="checkbox"/>
2. Me he sentido algo abrumado/a	<input type="checkbox"/>
3. No me he sentido abrumado/a ni apoyado/a	<input type="checkbox"/>
4. Me he sentido apoyado/a	<input type="checkbox"/>
5. Me he sentido muy apoyado/a	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha sentido usted que tuvo control sobre el cuidado de su familiar?	
1. Me he sentido apartado/a. El sistema de salud ha tomado el control.	<input type="checkbox"/>
2. Me he sentido algo apartado/a. El sistema de salud ha tomado el control.	<input type="checkbox"/>
3. No me he sentido apartado/a, pero tampoco he sentido tener control.	<input type="checkbox"/>
4. He sentido tener algo de control.	<input type="checkbox"/>
5. He sentido tener buen control.	<input type="checkbox"/>
10. Cuando se han tomado decisiones, ¿ha tenido usted el tiempo adecuado para plantear sus preocupaciones y para que sus preguntas hayan sido contestadas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

11.5. ANEXO5: Tabla análisis Anova. Satisfacción por Unidad

SF-ICU(24)-PARTE1. Frecuencia de Satisfacción con el Cuidado por Unidad		N	Media	Desviación típica
Cuidado al paciente por el personal de la UCI	UCI Polivalente	36	14,67	5,308
	UCI Cardíaca	9	14,89	4,649
	Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente	9	15,00	4,950
	Unidad de Cuidados Intermedios Cardíaco	6	10,83	5,382
	Encuestados en Planta de Hospitalización	15	14,00	5,182
	Total	75	14,29	5,149
	Cuidado y trato al familiar por el personal de UCI	UCI Polivalente	36	15,47
UCI Cardíaca		9	17,33	3,708
Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente		9	16,89	2,804
Unidad de Cuidados Intermedios Cardíaco		6	16,00	7,510
Encuestados en Planta de Hospitalización		15	17,20	4,057
Total		75	16,25	4,816
Competencia profesional y comunicación con la enfermería		UCI Polivalente	36	7,92
	UCI Cardíaca	9	8,22	1,716
	Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente	9	6,89	2,205
	Unidad de Cuidados Intermedios Cardíaco	6	8,33	3,615
	Encuestados en Planta de Hospitalización	15	8,60	2,694
	Total	75	8,00	2,694

Habilidad y Competencia de los intensivistas	Total	75	8,00	2,568
	UCI Polivalente	36	4,25	1,422
	UCI Cardíaca	9	4,67	,500
	Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente	9	3,89	1,616
	Unidad de Cuidados Intermedios Cardíaco	6	4,00	2,000
	Encuestados en Planta de Hospitalización	15	4,67	,617
Ambiente de la UCI	Total	75	4,32	1,296
	UCI Polivalente	36	3,06	1,706
	UCI Cardíaca	9	3,67	1,118
	Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente	9	3,44	1,667
	Unidad de Cuidados Intermedios Cardíaco	6	4,17	1,602
	Encuestados en Planta de Hospitalización	15	3,87	1,506
Sala de espera de la UCI	Total	75	3,43	1,604
	UCI Polivalente	36	2,86	1,018
	UCI Cardíaca	9	1,78	1,481
	Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente	9	3,11	,601
	Unidad de Cuidados Intermedios Cardíaco	6	2,83	,753
	Encuestados en Planta de Hospitalización	15	2,73	1,534
Grado de Satisfacción con el nivel o cantidad de Cuidados administrados al Paciente en la UCI	Total	75	2,73	1,178
	UCI Polivalente	36	4,44	,695
	UCI Cardíaca	9	4,56	,527

		Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente	9	4,11	,928
		Unidad de Cuidados Intermedios Cardiacos	6	4,50	,837
		Encuestados en Planta de Hospitalización	15	4,53	,743
		Total	75	4,44	,721
SF-ICU(24)-PARTE1. Frecuencia de Satisfacción con la Información y Toma de Decisiones		N	Media	Desviación típica	Error típico
Información provista	UCI Polivalente	36	24,58	6,110	1,018
	UCI Cardiacas	9	25,56	4,503	1,501
	Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente	9	23,11	6,547	2,182
	Unidad de Cuidados Intermedios Cardiacos	6	26,67	4,844	1,978
	Encuestados en Planta de Hospitalización	15	26,00	4,721	1,219
	Total	75	24,97	5,592	,646
Toma de Decisiones	UCI Polivalente	36	10,92	2,812	,469
	UCI Cardiacas	9	11,00	2,646	,882
	Unidad de Cuidados Intermedios Polivalente	9	11,89	2,892	,964
	Unidad de Cuidados Intermedios Cardiacos	6	12,17	2,317	,946
	Encuestados en Planta de Hospitalización	15	10,93	2,685	,693
	Total	75	11,15	2,705	,312

SF-ICU(24) PARTE1. Valor de significancia de los subapartados por Unidad		gl	Media cuadrática	Sig.
Cuidado al paciente por el personal de la UCI	Inter-grupos	4	21,456	,529
	Intra-grupos	70	26,796	
	Total	74		
Cuidado y trato al familiar por el personal de UCI	Inter-grupos	4	12,481	,718
	Intra-grupos	70	23,804	
	Total	74		
Competencia profesional y comunicación con la enfermería	Inter-grupos	4	4,468	,618
	Intra-grupos	70	6,716	
	Total	74		
Habilidad y Competencia de los intensivistas	Inter-grupos	4	1,337	,538
	Intra-grupos	70	1,700	
	Total	74		
Ambiente de la UCI	Inter-grupos	4	2,917	,344
	Intra-grupos	70	2,553	
	Total	74		
Sala de espera de la UCI	Inter-grupos	4	2,538	,117
	Intra-grupos	70	1,322	
	Total	74		
Grado de Satisfacción con el nivel o cantidad de Cuidados administrados al Paciente en la UCI	Inter-grupos	4	,312	,674
	Intra-grupos	70	,532	
	Total	74		

SF-ICU(24) PARTE2. Valor de significancia de los subapartados por Unidad		gl	Media cuadrática	Sig.
Información provista	Inter-grupos	4	18,188	,687
	Intra-grupos	70	32,017	
	Total	74		
Toma de Decisiones	Inter-grupos	4	3,495	,762
	Intra-grupos	70	7,534	
	Total	74		

11.6. ANEXO6: Tabla Comparación de los Subapartados 3-6 con el grado de Parentesco/Afinidad

Comparación de la Satisfacción con el Cuidado en subapartados, por Grado de Parentesco/Afinidad:		N	Media	Desviación típica	Valor <i>p</i>
2º Subapartado: Cuidado y trato al familiar	No Aplicable/No Contesta	4	15,25	9,500	0,004
	Grado I y Grado II consanguinidad (padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos)	43	16,44 (4,11)	3,397	
	Grado III y Grado IV consanguinidad (tíos, sobrinos, primos, etc.)	4	7,75 (1,93)	9,179	
	Grado I y Grado II afinidad (cónyuge, suegros, yernos, nueras, cuñados)	22	17,50 (4,37)	4,160	
	Otros (amigos, etc.)	2	17,50 (4,37)	3,536	
	Total	75	16,25	4,816	
3er Subapartado: Competencia profesional y comunicación con la enfermería	No Aplicable/No Contesta	4	7,75	4,500	0,035
	Grado I y Grado II consanguinidad (padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos)	43	8,07 (4,03)	2,186	
	Grado III y Grado IV consanguinidad (tíos, sobrinos, primos, etc.)	4	4,25 (2,125)	4,924	
	Grado I y Grado II afinidad (cónyuge, suegros, yernos, nueras, cuñados)	22	8,64 (4,32)	1,989	
	Otros (amigos, etc.)	2	7,50 (3,75)	2,121	
Total	75	8,00	2,568		
4º Subapartado: Habilidad y Competencia de los intensivistas	No Aplicable/No Contesta	4	3,75	2,500	
	Grado I y Grado II consanguinidad (padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos)	43	4,49	,935	

5º Subapartado: Ambiente de la UCI	Grado III y Grado IV consanguinidad (tíos, sobrinos, primos, etc.)	4	2,50	2,887	0,044
	Grado I y Grado II afinidad (cónyuge, suegros, yernos, nueras, cuñados)	22	4,41	1,141	
	Otros (amigos, etc.)	2	4,50	,707	
	Total	75	4,32	1,296	
	No Aplicable/No Contesta	4	3,25	1,708	0,036
	Grado I y Grado II consanguinidad (padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos)	43	3,42	1,562	
	Grado III y Grado IV consanguinidad (tíos, sobrinos, primos, etc.)	4	1,50	1,291	
	Grado I y Grado II afinidad (cónyuge, suegros, yernos, nueras, cuñados)	22	4,00	1,447	
	Otros (amigos, etc.)	2	1,50	,707	
	Total	75	3,43	1,604	
No Aplicable/No Contesta	4	3,25	1,258		
6º Subapartado: Sala de espera de la UCI	Grado I y Grado II consanguinidad (padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos)	43	2,81	1,160	0,017
	Grado III y Grado IV consanguinidad (tíos, sobrinos, primos, etc.)	4	1,50	1,291	
	Grado I y Grado II afinidad (cónyuge, suegros, yernos, nueras, cuñados)	22	2,86	,990	
	Otros (amigos, etc.)	2	1,00	1,414	
	Total	75	2,73	1,178	