

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

EN EMERGENCIAS Y DESASTRES



**“PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE
FRETE A LA ATENCIÓN QUE BRINDA EL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE ESSALUD
HUANCAYO 2012”**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

TESISTAS:

**Lic. Enf. CUEVA CAJACURI, Miriam
Lic. Enf. MENDEZ PALACIOS, Karen
Lic. Enf. QUISPE ARMAS, Elizabeth**

**HUÁNUCO - PERÚ
2012**

**“PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE
FRENTE A LA ATENCIÓN QUE BRINDA EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO
PRIALE PRIALE ESSALUD**

HUANCAYO 2012”

DEDICATORIA

El presente informe de investigación está dedicado a

Dios todo poderoso, por darnos mucha

Fortaleza y sabiduría en nuestras vidas.

A nuestros padres por darnos la vida, amor y comprensión

A nuestras docentes por su paciencia y por brindarnos

Sus sabidurías día a día

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios que nos recibió en su corazón, gracias a él logramos nuestro objetivo.

Agradecemos a nuestros padres por su apoyo incondicional.

Estamos muy agradecidos a todas aquellas personas que nos orientaron y ayudaron en el desarrollo de nuestra investigación.

A la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán”, nuestra alma mater.

Los autores.

RESUMEN

Objetivo. Determinar el grado de satisfacción de los familiares del paciente frente a la atención que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale EsSalud Huancayo. **Métodos.** Se diseñó un estudio descriptivo comparativo y transversal, con una muestra de 289 familiares atendidos en el servicio de emergencia. Los datos se obtuvieron del opinionario Servqual. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS V 19. **Resultados.** Resultados de estudios relacionados como el de Jiménez y Villegas M,et (2010) y Ortiz Espinoza R,et (2003) donde se reporta un grado de insatisfacción del 15% al 28%, con respecto a la evaluación en el servicio , son similares a los encontrados en este estudio realizado, donde se obtuvo un grado de insatisfacción del 23.5% obteniendo 3.85 una DE= 0.636. **Conclusión.** El cuidado de enfermería puede percibirse en la respuesta humana del paciente y familiar acompañante y ellos esperan un trato digno por todo el personal multidisciplinario de salud, es por eso que debemos estar alertas a proporcionar cuidados de calidad al paciente y esto se ve reflejado en la satisfacción familiar. El área más afectada en la atención en el servicio de emergencia de dicho nosocomio, es la comodidad, factor importante para el bienestar del paciente, cabe mencionar que esta actividad es una responsabilidad compartida o multidisciplinario del hospital.

Palabras claves: *Atención al paciente, percepción del cuidado.*

SUMMARY:

Objective. To determine the degree of satisfaction of the relatives of the patient to the care provided by the nurse in the emergency room of Ramiro Hospital National Priale Priale Essalud Huancayo. **Methods.** Study descriptive and comparative cross-sectional, with a sample of 289 families treated at the emergency service was designed. The data were obtained from opinionario Servqual. Analysis descriptive and inferential was performed. For processing data SPSS 19. **Result.** Results of studies related like jimenez and Villegas M, et (2010) and Ortiz Espinoza R, et (2003) where a degree of dissatisfaction from 15% to 28%, with respect to the evaluation of service is reported, are similar to those found in this study, where a degree of dissatisfaction of 23.5% obtained a 3.85 SD = 0.636 was obtained. **Conclusion.** Nursing care can be seen in the human response of the patient and family companion and they expect decent treatment throughout the multidisciplinary health personnel, is why we must be alert to provide quality patient care and this is reflected in the family satisfaction. The area most affected by attention in the emergency room of the hospital, comfort is important for patient comfort factor is worth mentioning that this activity is a shared responsibility with the multidisciplinary team of the hospital.

Key words: *Patient care, perception of care.*

Dedicatoria	iii
Agradecimiento.....	iv
Resumen.....	v
Summary.....	vi
Índice de tablas.....	ix
Índice de figuras.....	x
Introducción.....	xi

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	
1.1 Fundamento del problema	14
1.2 Formulación del problema	18
1.3 Justificación e importancia	18
1.4 Objetivos	19
1.5 Hipótesis	20
1.6 Identificación de variables	20
1.7 Operacionalización de variables	21

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.	
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	23
2.2 BASES TEÓRICAS:	29
2.2.1 Satisfacción	29
2.2.2 La familia del paciente	43
2.2.3 Calidad de atención	63
2.3 DEFINICION DE TERMINOS OPERACIONALES	80

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLOGICO.	
3.1 Tipo de estudio	81
3.2 Método de estudio	81
3.3 Diseño de investigación	81
3.4 Población	81
3.5 Muestra y muestreo	82
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	82
3.7 Procedimientos de recolección de datos	82
3.8 Elaboración de datos	83
3.9 Análisis e interpretación de los datos	83

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS	85
----------------------	----

CAPITULO V	104
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	104
Conclusiones	110
Recomendaciones	111
Referencias bibliográficas	112
Anexos	119

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.	
Tabla 01:	Características generales de los familiares del usuario de Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo - 2013	85
Tabla 02:	Descripción de la satisfacción del familiar en dimensión percepción física frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo - 2013	92
Tabla 03:	Descripción de la satisfacción del familiar en dimensión prestación del servicio frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo - 2013	93
Tabla 04:	Descripción de la satisfacción del familiar en dimensión velocidad de respuesta frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013.	95
Tabla 05:	Descripción de la satisfacción del familiar en dimensión seguridad frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013.	96
Tabla 06:	Descripción de la satisfacción del familiar en dimensión empatía frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013.	97
Tabla 07	Descripción de las dimensiones de satisfacción del familiar en frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013	98
Tabla 08	Niveles de satisfacción familiar percibida frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013	101
Tabla 09	Contraste de diferencia significativa entre las categorías de percepción del familiar frente la atención de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013	103

INDICE DE FIGURAS

	Pág.	
Figura 01.	Representación gráfica del género familiar de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013	87
Figura 02.	Representación gráfica de la edad en años del familiar de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013	88
Figura 03.	Representación gráfica del grado de escolaridad del familiar de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013	89
Figura 04.	Representación gráfica de estado civil del familiar de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013	90
Figura 05.	Representación gráfica de estado civil del familiar de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013	91
Figura 06.	Representación gráfica de dimensiones de percepción del familiar frente a la atención de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013	98
Figura 07.	Representación gráfica de estado civil del familiar de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013	100
Figura 08.	Niveles de satisfacción familiar percibida frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013	102

INTRODUCCIÓN.

La necesidad de mejorar la efectividad en la entrega de cuidados de salud ha llevado a numerosos autores a realizar estudios acerca de la calidad de la atención de enfermería. La historia del control de la calidad se reporta desde el año 1992, con la creación en Estados Unidos del American College of Surgeons, que proyectaba asociar a los cirujanos de todo el país, velando por el prestigio de sus miembros mediante una progresiva exigencia a los mismos. Por las dificultades en valorar la capacidad profesional asistencial en el año 1920, se creó un Programa de estandarización, donde aparecían las características mínimas que debían cumplir los que iban a trabajar. Como resultado del proceso de acreditación, paulatinamente se incrementaron los centros que cumplían los criterios de la sociedad antes mencionada.

En Europa los estudios sobre la calidad se reportaron más tarde. Históricamente a nivel internacional, la vigilancia de la calidad de la asistencia ha sido motivo de preocupación, como un problema social y organizativo y ha significado un estilo de trabajo permanente.

En Enfermería, desde el inicio de la profesión, Florencia Nightingale enunció que "las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados".

En nuestro país, a partir de la creación del Sistema Único de Salud los principios que sustentan al mismo están dirigidos a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares, por lo que ha sido una tarea sistemática el control de la calidad de los servicios, lo que a su vez ha permitido los

cambios introducidos en los propios servicios, actividades docentes e investigativas. En el equipo de salud el personal de Enfermería mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y su interrelación con todos los subsistemas de las unidades de atención. Por ello adquiere gran importancia su participación en los objetivos propuestos sobre calidad de atención.

Existen varias definiciones acerca de la calidad de la atención: para Donabedian es el "cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud", es decir, se refiere a los resultados de la atención y usa una definición amplia de salud que incluye mejoría de las funciones sociales y psicológicas, además del énfasis usual en los aspectos físicos y psicológicos que comprenden también actividades del paciente, conocimientos de salud adquiridos por él y cambios conductuales relacionados con la salud.

Para diversos profesionales de salud la calidad de la atención médica se fundamentará en la realización de un diagnóstico adecuado para cada paciente, disponiendo para ello de los mejores y menos molestos métodos y como consecuencia, la administración de un tratamiento idóneo para restablecer, en lo posible, la salud. Montiel considera que la calidad se determina también por la accesibilidad de los servicios, la continuidad y la satisfacción de los pacientes.

En tal sentido la calidad de la atención fue definida como el "grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes

con los conocimientos profesionales actuales". Implícito en las diversas definiciones se encuentran los objetivos de la calidad de la atención en nuestro país como: el buen desempeño profesional; el uso eficiente de los recursos; garantizar el mínimo de daños y lograr la satisfacción del paciente y los familiares.

Por lo referido se formula la interrogante; ¿Cuál es el grado de satisfacción de los familiares del paciente frente a la atención que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale EsSalud Huancayo 2013?

Con el objetivo general; Determinar el grado de satisfacción de los familiares del paciente frente a la atención que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo. Con los objetivos específicos; Identificar el grado de satisfacción de los familiares del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale EsSalud Huancayo.

Identificar la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale EsSalud Huancayo.

Identificar y clasificar a los familiares del paciente según indicadores específicos de las unidades de análisis.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Fundamento del problema.

La hospitalización generalmente desencadena sentimientos negativos en el paciente y familiares cuando se enfrentan con un problema de salud ya que de todas maneras se les impondrá ciertas normas de hospitalización que resultan rigurosas a la opinión de los usuarios.

La distancia con la familia y el hecho de permanecer en un servicio con reglas y rutinas que no son utilizados comúnmente en el hogar pueden conducir a la insatisfacción y ansiedad en el paciente y familiares, ahora bien, esta situación también se ve afectada por la expectativa que tienen los usuarios en relación a la hospitalización, el tratamiento y la calidad del cuidado, el que lo convierte en un factor que puede afectar a la atención que se recibirá en el servicio.

El servicio de emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo es muy congestionado debido a la alta demanda de pacientes que son atendidos en este servicio por diversos casos como son enfermedades, accidentes, etc., y que requieren recibir el tratamiento de urgencia para limitar la enfermedad, prevenir secuelas o daños que pueden resultar graves para la salud del paciente.

Es por ello que el personal de enfermería debe mostrar un

conjunto de conocimientos, procedimientos y actitudes combinados, coordinados e integrados, en el sentido que el individuo ha de “saber hacer” y “saber estar” para el ejercicio profesional. Por ello en el servicio de emergencia donde es atendido el paciente o estará internado temporalmente normalmente se imponen ciertas reglas de rutina para favorecer el trabajo del personal de salud en cuanto a la aplicación de los cuidados a brindar al paciente.

Es comprensible que en el proceso del cuidado de estos pacientes se considera como dificultad el proceso de adaptación del paciente y sus familiares al nuevo entorno hospitalario, tienen que permanecer aislado de su familia y muchos no entienden la terminología y los requisitos para los que no siempre están preparados. Esto puede resultar como limitación para el ejercicio de funciones como jefe de la familia.

En el servicio de emergencia se brindan las facilidades de acceso a los familiares proporcionándoles un horario de visita programada y cantidad de personas que pueden ingresar a visitar al paciente hospitalizado en sala de observación, dando cumplimiento a las normas de bioseguridad, que en muchos de los casos no son comprendidos por los familiares generándose malestar e incomodidad en los mismos. Hay muchos familiares que no entienden la necesidad de separación o aislamiento de su paciente y por lo tanto sus reacciones psicoemocionales se generan por desconocimiento a las reglas que deben cumplir necesariamente

repercutiendo ello en la insatisfacción sentida por los mismos.

En este servicio el manejo de los pacientes requiere de una mayor responsabilidad ya que se trata de pacientes que vienen por estar atravesando un problema de salud que pone en riesgo su vida, por lo tanto, el personal de enfermería deberá cumplir con estos cuidados según las necesidades y limitantes de salud que tengan estos pacientes.

Conocer la percepción del usuario sobre las competencias del profesional de enfermería, y es una preocupación de las investigadoras y profesionales responsables de la atención al paciente en este servicio.

En la interrelación suscitada con los usuarios se ha podido percibir diferentes juicios, por ello viendo la necesidad de profundizar esta indagación en torno a la satisfacción de los cuidados recibidos en el servicio se tiene la expectativa de aplicar una investigación que dilucide la interrogante planteada. Así mismo, la interacción enfermera-paciente nos permite percibir que todos los usuarios que acuden al servicio tienen diferentes creencias y valores respecto a la enfermedad, algunos pueden aportar experiencias positivas o negativas e individuales de la atención recibida durante la estancia hospitalaria, y es común también observar que muchos pacientes reingresan al servicio y por lo tanto ya conocen la rutina y su percepción puede ser de suma valía para la investigación. Estos pacientes que entran a los servicios con una variedad de

características, actitudes y experiencias anteriores que, con el conocimiento y la información recibida de los profesionales de la salud, se permitirán definir su percepción acerca de los cuidados de enfermería.

En las últimas décadas, la satisfacción del paciente ha sido considerada como un criterio para evaluar la calidad de la atención en los servicios de salud. Así, una gran preocupación de las investigadoras es conocer la percepción de los familiares sobre las competencias del personal de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo.

Así mismo estamos conscientes que con respecto a la satisfacción de los familiares del paciente, las características de la personalidad de las enfermeras, incluidos los aspectos de su comportamiento como la empatía, la comunicación y la habilidad en el cuidado que requiere conocimiento, experiencia técnica y capacidad de organización, ha mostrado una influencia en la satisfacción del usuario con las competencias del profesional de enfermería.

Así, saber la percepción del usuario sobre los cuidados de enfermería recibidos y los factores asociados a su satisfacción es importante no sólo porque ayuda a los usuarios satisfechos con la

atención recibida y su tratamiento, sino también porque la opinión del paciente sobre las competencias del profesional de enfermería proporciona el apoyo del personal de enfermería para planificar la atención y ofrecer un servicio de calidad.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuál es el grado de percepción de los familiares del paciente frente a la atención que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale EsSalud Huancayo 2011?

1.3 Justificación e importancia de la investigación.

a. Justificación teórica:

El resultado de esta investigación contribuirá en cierta forma a la teoría de la atención de enfermería, con calidad, del personal de enfermería que día a día se muestra cambiante en razón al desarrollo tecnológico y científico. Así mismo permite conocer la relación de estas variables en bien de mejorar la satisfacción del usuario.

b. Utilidad metodológica:

Este estudio generará mayor validez al cuestionario de satisfacción del usuario aplicando el cuestionario tipo Servqual tipo lickert que es un instrumento ya validado a nivel internacional.

c. Implicancia práctica de enfermería:

A través de los resultados se podrá sugerir la inclusión

de modificaciones en la atención de enfermería con calidad. Se podría decir que este estudio sí tiene implicancias trascendentales ya que ayudará a solucionar otros problemas relacionados con la calidad de atención que se brinda a la población en otros servicios. Así mismo se busca mejorar el desempeño del personal de salud en cada una de sus labores, logrando un mayor grado de eficiencia y calidad en el servicio prestado a los usuarios por el personal de enfermería.

1.4. Objetivos.

Objetivo general.

Determinar el grado de Percepción de los familiares del paciente frente a la atención que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Es Salud Huancayo.

Objetivos específicos.

- a. Identificar el grado de Percepción de los familiares del paciente en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Es Salud Huancayo.
- b. Identificar la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Es Salud Huancayo.
- c. Identificar y clasificar a los familiares del paciente según indicadores específicos de las unidades de análisis.

1.5. Hipótesis.

Hi. “Los familiares de los pacientes tienen grado de percepción aceptable frente a la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo”.

Ho. Los familiares de los pacientes no tienen grado de percepción aceptable frente a la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo”.

1.6. Variables.

Relación entre las variables de investigación.

Las variables a utilizar en este estudio de investigación están clasificadas por su lugar e importancia que desempeñan en la investigación de la manera siguiente:

Variable independiente:

Calidad de atención de enfermería.

- Buena.
- Regular.
- Deficiente.

Variable dependiente.

Percepción de los familiares y paciente.

- Óptima.
- Aceptable.
- Insatisfecho.

Variable control:

- Parentesco
- Sexo del entrevistado.
- Edad.
- Grado de instrucción.
- Estado civil.
- Ocupación.
- N° hospitalización.
- Diagnóstico clínico.

1.7. Operacionalización de variables.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
<p>Variable Independiente</p> <p>Calidad de atención del profesional de enfermería.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Buena. • Regular • Deficiente. 	
<p>Variable Dependiente</p> <p>Percepción de los familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción física • Prestación del servicio. • Velocidad de respuesta. • Seguridad. • Empatía 	<ul style="list-style-type: none"> • Óptima 121 – 160 pts. • Aceptable 41 – 120 pts. • Insatisfecho 0 – 40 pts. 	<ul style="list-style-type: none"> • Opinionario Servqual
<p>V. Interviniente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parentesco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cónyuge. • Hijo. • Familiar Directo. 		<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario estructurado
<ul style="list-style-type: none"> • Sexo del entrevistado 	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Edad. 	<ul style="list-style-type: none"> • 15-25 años. • 26-35 años. • 36 a más 		
<ul style="list-style-type: none"> • Grado de instrucción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin instrucción • Primaria. 		

<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Secundaria • Superior técnica 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ocupación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Casado • Divorciado. • Madre o padre soltero. 		
<ul style="list-style-type: none"> • N° hospitalización. 	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado. • Obrero • Otro. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Primera vez • Reingreso (2-3) • Reingreso 4-mas) 		
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Especificar. 		

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

- a. González Nerea, Quintana José M., Bilbao Amaia, Esteban Cristóbal, San Sebastián José Antonio, De la Sierra Emilio, estudiaron; "Satisfacción de los usuarios de 4 hospitales del Servicio Vasco de Salud". Junio 2008. El objetivo fue: Comparar la satisfacción de los usuarios de 4 hospitales de agudos. Métodos: La población estuvo formada por sujetos que habían sido hospitalizados durante enero y febrero de 2002 en 4 hospitales del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Se seleccionaron 650 pacientes de cada centro, a quienes se envió un cuestionario de satisfacción compuesto por 34 ítems que se resumen en 6 factores. Se crearon puntuaciones independientes para cada factor. Se compararon las variables sociodemográficas y del episodio, algunas preguntas globales y las puntuaciones medias de los factores en los 4 hospitales. Resultados: Se hallaron diferencias entre los hospitales respecto a la edad, el número de ingresos anteriores, el tipo de servicio, los días de estancia y las preguntas que evaluaban el tiempo de espera desde que el usuario llegó al hospital hasta que fue ingresado. Aunque el grado de satisfacción en general fue alto, se pudieron detectar diferencias en función del hospital y el área evaluados. Así, los usuarios ingresados en el hospital

3 mostraron mayor grado de satisfacción en los factores «información», «trato» y «bienestar», y el grado de satisfacción más bajo en estos factores se detectó en el hospital 1. Los resultados observados en el análisis univariante apenas variaron en el multivariante. Conclusión: La disponibilidad de un cuestionario de estas características ha permitido obtener resultados comparables entre los hospitales participantes en el estudio, convirtiéndose así en un instrumento que permite detectar áreas de excelencia y de mejora ¹

- b. Polizer Regiane, D'Innocenzo Maria. “La satisfacción del cliente en la evaluación de los cuidados de enfermería”. 2006. El estudio destaca la importancia de la percepción del cliente en la evaluación de los cuidados de enfermería. A través de la literatura en el período comprendido entre 1990 y 2004. Hubo una revisión de la satisfacción del cliente, que se identificaron los conceptos y literatura relacionada con la percepción del cliente como un factor importante en la evaluación de los cuidados de enfermería. Así pues, la conclusión de que el cliente tiene un papel importante para obtener el verdadero resultado de la asistencia ofrecida, se caracteriza como una fuente de opiniones y sugerencias para ayudar en el proceso de evaluación ²
- c. Lima de Oliveira Acacia María; Brito Guirardello Edinéis de. “La satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería:

comparación entre dos hospitales de Sao Paulo”. 2006. Este es un estudio descriptivo tuvo como objetivo medir y comparar la satisfacción del paciente con la atención recibida, y para verificar las diferencias en el nivel de satisfacción con respecto a las variables del estudio en dos hospitales de São Paulo. Para recopilar los datos, hemos utilizado el instrumento de satisfacción del paciente, traducido y validado en Brasil. El estudio incluyó a 211 pacientes, 128 en el hospital A y 83 pacientes en el hospital B. En el análisis de datos, se utilizó el programa estadístico SAS. Los resultados mostraron que todos los pacientes informan de un alto nivel de satisfacción, y las cinco situaciones con más valores relacionados con los campos de confianza y profesional. Sin embargo, el paciente en el hospital informó de un mayor nivel de satisfacción en comparación con los pacientes en el hospital B. Para la variable edad, sólo los menores de 60 años en el hospital B tienden a estar más satisfechos que los demás ³

- d. Alves de Paiva Sonia Maria, Ribas Gomes Elizabeth Laus. “Atención hospitalaria: evaluación de la satisfacción de los usuarios durante la estancia hospitalaria”. 2007. Los equipos de atención de salud han seguido el Sistema Nacional de Salud (SUS) de principios para garantizar la mejora de la calidad en la atención sanitaria, y la satisfacción del paciente es uno de los instrumentos utilizados para evaluar la calidad. Este estudio

tuvo como objetivo evaluar la satisfacción del paciente respecto a la asistencia a sus necesidades durante la internación en un hospital general de una ciudad en el interior de São Paulo. Los datos fueron recolectados a través de la observación participante y la utilización de técnicas de grupo focal en esta investigación cualitativa. Una guía temática se utilizó un total de 20 sujetos participaron en el estudio. Los datos fueron analizados a través de análisis de contenido e interpretadas a través de la triangulación. Los resultados del estudio demuestran que los pacientes estaban satisfechos con la atención prestada. Sin embargo, el investigador concluyó que la organización del trabajo de la institución no está dirigido a la consecución de la calidad ⁴

- e. Granado de la Orden Susana, Rodríguez Rieiro Cristina, Olmedo Lucerón María del Carmen, Chacón García Ana, Vigil Escribano Dolores y Rodríguez Pérez Paz. "Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006". Fundamento: Para conocer la calidad de la asistencia sanitaria es imprescindible incorporar el punto de vista del paciente realizando estudios de satisfacción. Las encuestas de satisfacción precisan unas propiedades psicométricas que garanticen su fiabilidad y validez. El objetivo de este trabajo es diseñar y validar un cuestionario para conocer la satisfacción

de los pacientes con las consultas externas hospitalarias. Métodos: Estudio de validación de un cuestionario auto cumplimentado, diseñado por un grupo de expertos, compuesto por 12 preguntas que se aplicó a una muestra de 677 pacientes de las consultas externas del hospital Gregorio Marañón. Se analizó el comportamiento métrico del cuestionario en cuanto a validez de constructo, de criterio y capacidad predictiva y la consistencia interna. Resultados: Se analizó el comportamiento métrico del cuestionario respecto a la validez de constructo identificándose 2 factores “calidad clínica” y “calidad administrativa” que explican el 63% de la varianza, validez de criterio concurrente (coeficiente de correlación de Spearman de 0,85 respecto al criterio de referencia “satisfacción global con la atención recibida en consultas externas”, OR 1,19 respecto al criterio de referencia “conoce el nombre del médico que le atiende en la consulta”), capacidad predictiva del cuestionario medida mediante análisis discriminante obteniéndose un 84% de los casos clasificados correctamente y consistencia interna (Alfa de Cronbach 0,90). Conclusiones: El cuestionario reúne suficientes propiedades psicométricas como para que pueda ser considerado una herramienta útil y fiable para medir la satisfacción de los pacientes con las consultas externas hospitalarias ⁵

- f. Serrano del Rosal Rafael; Loriente Arín Nuria, “La anatomía de

la satisfacción del paciente” 2008. Objetivo: Conocer cómo puede variar la satisfacción global de los usuarios del servicio sanitario público andaluz en función de su satisfacción con aspectos concretos del mismo. Material y métodos: Los datos corresponden a la Encuesta a usuarios de los servicios de atención primaria prestados por el Servicio Andaluz de Salud (España) en el año 2005. Se ha construido una variable de Satisfacción global a partir de tres indicadores del estudio, y reducido 23 indicadores de satisfacción parcial a tres dimensiones de satisfacción, para analizar la relación existente entre ellos. Resultados: La satisfacción con los aspectos organizativos del servicio es la dimensión con más capacidad para explicar un aumento o descenso de la satisfacción global de los usuarios. Conclusiones: Tras alcanzar un nivel de satisfacción alto con el acto médico, el ámbito que determina la satisfacción global en Atención Primaria es el organizativo, que contiene los aspectos con mayores niveles de insatisfacción ³⁹

- g. Massip Pérez Coralia; Ortiz Reyes Rosa María; Llantá Abreu María del Carmen; Peña Fortes Madai; Infante Ochoa Idalmis. “La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad”. 2008 La Habana. Con el desarrollo de la humanidad, y en particular con los avances en el terreno de la medicina, es necesario hacer un llamado para humanizar la asistencia en salud y ofrecer servicios de mayor calidad. La calidad en la

atención médica debe estar basada en actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con profesionales óptimos y teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida. El presente trabajo tiene como objetivos reflexionar sobre la necesidad de integración de elementos de carácter técnico y también de procesos, objetivos y subjetivos, involucrados en el fenómeno de la calidad y enfatizar en su elemento subjetivo: la satisfacción, que representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo. Evaluar la satisfacción no sólo permite obtener un indicador de excelencia, es más aún, un instrumento de la excelencia.

2.2. BASES TEÓRICAS.

2.2.1. SATISFACCIÓN.

1.1. Definición.

La definición del término satisfacción, ha sido algo ampliamente debatido y discutido en el campo de las ciencias psicológicas. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud, han hecho necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios”.²³

Según el Prof. Philip Kotler como cita Iván Thompson la satisfacción del cliente se define como el nivel del estado de ánimo de una persona que

resulta de comparar el rendimiento percibido de los productos o servicios con sus expectativas llevando esta definición a su aplicación práctica para determinar el nivel de satisfacción del cliente, podemos resumirlo en la siguiente fórmula:

1.2. “Rendimiento percibido – expectativas = nivel de satisfacción”

Según CELA “La definición de satisfacción del cliente es muy sencilla. Un cliente está satisfecho cuando sus necesidades reales o percibidas son cubiertas o excedidas. Entonces ¿Cómo puede usted saber lo que el cliente necesita, quiere y espera? Muy fácil: ¡Les pregunta! Así es, así de sencillo. Usted simplemente pregúnteles y proporcióneles lo que quieren y un poco más.”¹⁹

1.3. Satisfacción del Cliente:

Normalmente un cliente está satisfecho cuando un servicio o producto alcanza o excede sus expectativas”.¹⁹

La satisfacción del cliente es un indicador de la calidad teniendo en cuenta esta premisa se cita que:⁽¹²⁾ “Calidad: adecuación del uso – satisfacción del cliente” La calidad es una noción que da cuenta de las cualidades y características del servicio que presta una institución o sistema; las definiciones más importantes y completas y las cuales compartimos son: “Calidad es adecuar al uso”, “Calidad es el grado en que satisfacemos las expectativas del cliente”¹²

- Satisfacción “es aquella sensación que el individuo experimenta al lograr el restablecimiento del equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objetivo a los fines que la reducen. Es decir,

satisfacción es la sensación de término relativo de una motivación que busca sus objetivos”.²⁴

- Satisfacción del cliente es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Pero su logro depende no sólo de la calidad de los servicios, sino también de las expectativas del cliente.

El cliente está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del cliente son bajas, o si el cliente tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.¹¹

- Satisfacción del paciente “es una sensación subjetiva que experimenta este, al colmar sus necesidades y expectativas cuando se le otorga un servicio. La satisfacción está subordinada a numerosos factores, entre los que se incluyen las experiencias previas, las expectativas y la información recibida de otros usuarios y del propio establecimiento de salud. Estos elementos condicionan que la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias”.¹⁸

- Satisfacción como cita en su tesis Lizarzabal G. Maribel y otros “el concepto de satisfacción va estrechamente ligado al concepto de preferencias subjetivas o expectativas depositadas. La satisfacción con el servicio ofrecido acumula información sobre la valoración personal que no puede conocerse por la observación y pretende captar información sobre la realidad objetiva que tiene del servicio del usuario”.

- Para Zas R. Barbará la satisfacción resulta de una lógica deductiva elemental que comprende dos aspectos: 1º La satisfacción es siempre satisfacción con algo (o alguien) que tiene que ver, a su vez con algo que se quiere (que se espera, que se desea, etc.) y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto. 2º Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en otro alguien de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como “satisfactorio o no”.²³
- La Relación entre Calidad, Servicio y Satisfacción. Como cita CELA p. 5, “ya debería ser obvio que hay una indudable relación entre calidad, servicio al cliente y satisfacción del cliente”. Esto se hace aún más aparente cuando se recuerda que calidad y servicio es cualquier cosa que el cliente dice que es, no lo que usted dice que tiene y satisfacción es la percepción del cliente de que sus expectativas han sido cubiertas. Por lo tanto, si usted provee las dos primeras de acuerdo a la diferencia de sus clientes la tercera aparecerá sola. Además, los clientes satisfechos le traerán más clientes, que a su vez le traerán más y el ciclo de referencia continuara.¹⁹

1.4. Evaluación de la Satisfacción.

La valoración de la satisfacción del paciente con los servicios de cuidado de la salud es bastante común. Su popularidad es atribuible a cuatro factores principales.⁽¹⁴⁾ Primero, el ejercicio tiene validez de cara a la retórica del mercado interno del reformado servicio de salud: los clientes

son los consumidores y los estudios del consumidor son fundamentales tanto para aumentar la eficacia como para mejorar el producto. Segundo, la satisfacción del paciente es profesional y clínicamente deseable y está asociada tanto con cumplimiento como con recuperación de salud. Tercero, puesto que el cuidado de salud está basado principalmente en los fondos del sector público, los clientes tienen el derecho ciudadano de comentar y involucrarse en el desarrollo y la implementación de la política de cuidado de la salud. Cuarto, existe una convicción extendida de que los estudios de satisfacción del cliente son fáciles de realizar. Por consiguiente; por razones administrativas, clínicas, democráticas y prácticas; la valoración de la satisfacción del cliente tiene aprobación casi universal.¹⁹

Uno de los instrumentos más generalizados para la valoración y la gestión del funcionamiento de los servicios sanitarios consiste en averiguar cuál es el grado de satisfacción de los clientes. La satisfacción del consumo de los servicios sanitarios es utilizada frecuentemente como un índice de buen funcionamiento de la calidad del servicio prestado e incluso como un indicador del resultado de los mismos por parte de la administración sanitaria.⁹

Su importancia deriva del hecho de ser una percepción de carácter personal y subjetivo y no una evaluación objetiva. El objetivo que se percibe es describir la conformidad del cliente con el servicio percibido.

Así, requiere tomar en consideración dos elementos.¹⁹ El primero responde a la expectativa de servicio, es decir, satisfacción esperada del futuro consumidor de salud. El segundo elemento es el servicio

posteriormente percibido por él. De estos dos conceptos, podemos definir la satisfacción del paciente como la adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio sanitario (concepto que procede de la calidad percibida del servicio). Esto es, se supone que el paciente es capaz de realizar en su mente un esquema factible de servicio, el cual le servirá para poder valorar el servicio recibido por el mismo. ¹⁹

Las expectativas, por ello, gozan de una especial relevancia, ya que antes de indagar otros elementos que pueden influir en la satisfacción deberíamos objetivar de algún modo las expectativas de servicio del paciente para, posteriormente, poder evaluar y medir el grado de satisfacción. ⁹

1.5. Elementos de la Satisfacción.

Es importante entender los elementos de la satisfacción para que podamos saber cómo nuestros clientes definen la calidad de nuestros servicios. Solamente a través de la comprensión de los mismos es que seremos capaces de desarrollar medidas para evaluar nuestro desempeño en el suministro de servicios. ²² Estos elementos son:

- a) Disponibilidad: grado con que un servicio de salud está disponible, siempre que los clientes lo necesiten.
- b) Accesibilidad: Grado con que el cliente espera que lo atiendan cuando lo necesita.
- c) Cortesía: Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra una actitud amable con el cliente siendo capaz de reconocer y comprender sus sentimientos. La cortesía mueve a un individuo a

mostrar un cierto nivel de conformidad y empatía para con los sentimientos de otras personas, una persona cortés se comporta con dignidad y respeto hacia otros y se esfuerza por lograr armonía en las relaciones interpersonales.

- d) Agilidad: Grado con que el proveedor de servicio de salud satisface rápidamente la solicitud de los clientes.
- e) Confianza: Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer las habilidades para prestar el servicio prometido, de manera precisa y confiable, siendo percibido así por el cliente.
- f) Competencia: Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer las habilidades y los conocimientos necesarios para prestar atención al cliente. Mientras mayor sea la competencia percibida del proveedor de servicio, mayor será el nivel de satisfacción del cliente.
- g) Comunicación: Grado con que el proveedor de servicio de salud se comunica con sus clientes a través de un lenguaje simple, claro y de fácil entendimiento. La comunicación con los clientes puede afectar en gran manera el proceso de recuperación. Si un cliente se siente apartado, desinformado, o en incertidumbre acerca de sus resultados de salud, puede que demore más en recuperarse. De manera clara, la comunicación es vital para proveer satisfacciones con el servicio en el establecimiento hospitalario. Cuando las preguntas que se hacen los clientes pueden ser rápidamente tratadas y cuando los clientes son consultados con respecto al tipo de atención que recibirán, puede aliviarse sus sentimientos de incertidumbre. Más aún, cuando la

naturaleza del tratamiento es explicada claramente, se aumenta la conciencia de los clientes y se les sensibiliza acerca de qué deben esperar. Dicha comunicación entre clientes y proveedores de servicio pueden incrementar la satisfacción de los mismos con la calidad de los servicios y atención hospitalaria recibida ²²

1.6. Importancia de la satisfacción de las necesidades y expectativas del Paciente.

Si se pretende comprender la importancia de satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes, es importante aclarar que muchos y diferentes grupos de pacientes juzgan la calidad de los servicios del cuidado de la salud: los pacientes, sus familiares y amigos, cada uno de ellos tiene expectativas sobre el servicio que ofrece la organización. Por ejemplo, la mayoría de los pacientes desea el mejor estado de salud que pueda lograrse; un servicio conveniente y oportuno; un tratamiento cortés y considerado por parte del personal y una información correcta sobre su estado. Ordinariamente sus familiares y amigos también quieren encontrar suficiente información, acceso al paciente, sensibilidad y consideración por parte del personal hospitalario. ¹⁰

Cuando alguna persona tiene una necesidad específica, busca un producto o servicio para satisfacerla, si la elección anterior proporcionó un alto grado de satisfacción tendrán muy buenas posibilidades de ser escogida de nuevo, logrando además que, en esa siguiente oportunidad, la decisión sea favorecida por un mayor contenido de emoción que de razón. Un cliente satisfecho además de repetir sus asistencias a la organización

en el futuro, será la mejor publicidad que los productos puedan tener. ¹⁸

Pero, aunque la satisfacción del paciente se logre por primera vez, es importante tener en cuenta que las expectativas de los clientes cambian con la tecnología y los esfuerzos educacionales, lo que quiere decir que la consulta con los pacientes debe ser frecuente para ajustar la comprensión de sus expectativas. Cuando la empresa se concentra en estándares fijos o estáticos, inevitablemente no da en el objetivo en términos de las expectativas de sus clientes, porque éstas siempre están incrementándose y cambiando. ¹⁰

El conocimiento del grado de satisfacción del paciente una vez que ha recibido el servicio, es la principal fuente de información para que las empresas realicen una planeación de cómo mejorar el servicio que están otorgando a sus pacientes, por consiguiente, la medición del grado de satisfacción del cliente no es útil, sino se usa para establecer acciones que permitan ofrecer un servicio que supere sus expectativas. ¹⁰

Los métodos de investigación del grado de satisfacción de los pacientes deben tener tres objetivos: ayudar a clarificar la relación histórica que existe entre la organización y sus pacientes, servir para evaluar la satisfacción del paciente con respecto a los competidores, y entender las formas en que los empleados influyen en la satisfacción del paciente. Además, este estudio se debe diseñar con base en las expectativas y la percepción de la calidad del producto o servicio por parte del consumidor.

La medición de la calidad de los servicios se realiza comúnmente a través de cuestionarios aplicados directamente al consumidor. Las preguntas de los cuestionarios deben ser muy específicas y fáciles de cuantificar para poder llevar a cabo análisis posteriores.¹⁵

Varias causas han contribuido a que las expectativas hayan crecido más que los resultados de los servicios sanitarios. La primera es el aumento de la prevalencia de las enfermedades degenerativas y crónicas; en segundo lugar, la mayor preocupación social por la salud amplifica los síntomas y las percepciones de la enfermedad; por otra parte, las crecientes atenciones de los medios de comunicación hacia las cuestiones sanitarias favorecen a crear un clima de desconfianza e inseguridad en los pacientes.

El objetivo de los servicios sanitarios es satisfacer las necesidades de sus pacientes, consecuentemente, el análisis de la satisfacción de los mismos, es un instrumento de medida de calidad de la atención.¹⁹

El paciente generalmente evalúa el servicio global y no aspectos parciales de la prestación, y el resultado de esta evaluación es el grado de calidad percibida. El objetivo de la calidad es satisfacer las necesidades del paciente.⁹

No siempre la mala satisfacción es resultado de una mala atención a veces refleja sólo algunos aspectos de ella.

El conocimiento de la opinión del paciente sobre los servicios recibidos es una vía para mejorar la calidad de las prestaciones y la propia imagen de la institución hospitalaria.¹⁹

1.7. La Satisfacción como Indicador de Excelencia en la Calidad de los Servicios.

¿Es la satisfacción entonces un indicador de excelencia en la calidad de la atención en salud? Sin duda es un indicador, más aún es un instrumento de excelencia.²³

Coincide con lo señalado, Claudia Ariza que cita en su tesis “que existen estudios que han indicado que la satisfacción con los cuidados de enfermería es el mejor predictor de la satisfacción con la hospitalización”.

24

El que sea un indicador de excelencia de la calidad depende de su implementación como indicador atendiendo a dos variables fundamentales:

23

1. La complejidad del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas. La orientación del comportamiento institucional (hospital), grupal (los servicios) o individual (el trabajador, el especialista, el técnico, etc.) en la consideración de la satisfacción. La complejidad del proceso de satisfacción implica el conocimiento de al menos cuatro eslabones fundamentales del mismo:
 - a) Las variables intrasubjetivas del cliente (paciente)
 - b) Las variables intrasubjetivas del prestador de servicios de salud
 - c) El proceso de interrelación que se produce entre ambas
 - d) Las condiciones institucionales.
2. La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica,

profesional y útil.

En este sentido, considerando que satisfacción es un indicador de excelencia de la calidad de los servicios – productos y que para lograr se requiere de la participación conjunta tanto del cliente interno como externo.²³

Así como lo señala Chiavenato en la calidad de los servicios depende de los empleados: menciona que: la satisfacción de los empleados y de los clientes: las empresas de servicios excelentes creen que sus relaciones con los empleados se reflejan directamente en las relaciones con los consumidores; por tal motivo, crean un ambiente de apoyo a los empleados y los recompensa por el buen desempeño en los servicios. Con regularidad miden la satisfacción de los empleados con sus tareas. El Citibank estableció la meta de satisfacción de los consumidores en alrededor de 40% y de los empleados en alrededor de 70%. Pero igualó los índices cuando percibió que era imposible obtener 90% de satisfacción de los clientes si 30% de los empleados estaba insatisfecho. Kart Albrecht observó que los empleados insatisfechos se pueden convertir en “terroristas de la organización” Rosenbluth y Peters en el libro *The Customer Comes Second*, va más allá al afirmar que los empleados de la empresa, y no los clientes deben ocupar el “primer lugar” y los clientes serán bien atendidos por aquellos. La evaluación del desempeño humano está detrás de todo esto.²⁶

Definir calidad es un poco más definir satisfacción del cliente. La calidad está basada en la percepción del cliente; por lo tanto, definimos

calidad como cualquier cosa que el cliente percibe como calidad.¹⁹

Por lo tanto, el nivel de satisfacción del cliente es directamente proporcional a la diferencia entre el desempeño percibido (no el desempeño real) de una organización y las expectativas (no las necesidades) del cliente. En las relaciones de hoy, sus expectativas se incrementan a cada paso. El desempeño que ayer era sobresaliente, hoy escasamente satisface requerimiento y mañana será inapropiado.

19

Las claves para la satisfacción del paciente (cliente) son:

- a. Servicios superiores.
- b. personal excelente en brindar servicio.

En este sentido un factor clave para lograr un alto nivel de calidad en un servicio es igualar o sobrepasar las expectativas que la usuaria tiene del servicio¹⁴ y sus percepciones.

De esta manera es importante conocer la percepción del paciente con respecto al cuidado de enfermería teniendo en cuenta que la percepción de los comportamientos del cuidado influye en la satisfacción del paciente.²⁴

1.8. Percepción del Paciente con el Servicio de Enfermería.

Cada una de las actividades que enfermería realiza están encaminadas a evaluar si los resultados o logros alcanzados son los esperados por el paciente que recibe los servicios.²⁷

“La meta final del proceso de intervención de enfermería es la satisfacción del paciente, a través de una atención apropiada y oportuna.

La atención que enfermería brinda a las personas en respuesta a sus necesidades debe superar sus expectativas para que cada uno de los movimientos del vendedor (actividades críticas o intervenciones claves) desde el ingreso hasta el egreso de la persona lo satisfagan.

Toda queja, demanda o inconformidad de un paciente con respecto a la atención debe investigarse y estudiar las causas que la motivaron".²⁷

1.9. Niveles de Satisfacción.

Luego de realizada la compra o adquisición de un producto o servicio los clientes experimentan uno de estos tres niveles de satisfacción:

1. Insatisfacción: se produce cuando el desempeño percibido del producto no alcanza las expectativas del cliente.
2. Satisfacción: se produce cuando el desempeño percibido del producto coincide con las expectativas del cliente.
3. Complacencia: se produce cuando el desempeño percibido excede a las expectativas del cliente.

Dependiendo el nivel de satisfacción del cliente se puede conocer el grado de lealtad hacia una marca o empresa, por ejemplo: un cliente insatisfecho cambiará de marca o proveedor de forma inmediata (deslealtad condicionada por la misma empresa).

Por su parte, el cliente satisfecho se mantendrá leal, pero tan solo hasta que encuentre otro proveedor que tenga una oferta mejor (lealtad condicional).

En cambio, el cliente complacido será leal a una marca o proveedor porque siente una afinidad emocional, que supera ampliamente a una

simple preferencia racional (lealtad incondicional).

Por ese motivo, las empresas inteligentes buscan complacer a sus clientes mediante prometer solo lo que pueden entregar, y entregar después más de lo que prometieron.²²

2.2.2 LA FAMILIA DEL PACIENTE.

En el ámbito de los hospitales la mayoría de las familias, independientemente de sus características, desafían estas transformaciones convirtiéndose sistemáticamente en el mayor soporte de los enfermos, siguiendo un esquema propio de la familia tradicional. Parece que la excepcionalidad de la situación favorece la vuelta a los esquemas familiares clásicos que perviven en esta institución. El rol familiar se convierte en piedra angular de la adaptación de los enfermos ya que sin su apoyo éstos perderían los lazos que les mantienen unidos a su historia emocional y social.

Esta es la realidad de las familias, donde contrariamente a la supuesta desintegración familiar que se atribuye a nuestra Sociedad, prevalece una fuerte actividad relacional de los miembros de este colectivo con el paciente. La sensación de no poder cuidar y atender a su paciente les crea un sentimiento de impotencia que hace que se cuestionen continuamente lo que ha sucedido, lo que está sucediendo y lo que se espera que suceda.

Los familiares se presentan como protagonistas subalternos en espera de acontecimientos. Esta identidad provoca un discurso narrativo que se sustenta básicamente en dos niveles, el individual y el colectivo.

Conocen intuitivamente el papel que desempeñaran y lo van desarrollando con muy pocos apoyos. El guión básico se desarrolla en el área de las emociones, emplazándose frente a la supuesta y muy posible situación límite de su paciente.

Familias y enfermos comparten la percepción del servicio como un ambiente extraño, de estar rodeados de olores y sonidos diferentes a los habituales y de encontrarse cercados por médicos y enfermeras, siempre con aires de urgencia. Esto motiva que algunos de estos actores vean al servicio con ansiedad y recelo, siguiendo con la antigua creencia de que estas unidades son un lugar a donde se pueden morir. Aunque recientemente esta creencia ha ido modificándose, todavía es mucha la gente que opina que el ingreso a un hospital significa que la enfermedad es muy grave.

En el juego de representaciones que conviven en el “adentro” y “afuera” de estas unidades no se pone en duda la primacía de lo biológico. En su relación con los profesionales sanitarios, las familias se instalan en un punto simbólicamente fronterizo, en los límites de la exclusividad del modelo biomédico, tendiendo puentes para que la comunicación pueda existir.^{26,27}

2.1. La familia como acompañante y representante del enfermo.

Una vez establecida que la familia es una sociedad natural que se provee entre sí de ayuda mutua este aspecto se convierte casi en una obligación en situaciones “de emergencia”, por lo que los familiares proporcionan a su enfermo todo el apoyo que pueden. Cada miembro

pertenece a su familia, por lo tanto, si está enfermo y si la enfermedad es grave, los miembros de la familia se sienten responsables de atender al enfermo asumiendo la obligatoriedad de permanecer a su lado.

Cuando las familias, las tradicionales o las nuevas, se instalan en la sala de espera, se oficializa su "papel". La conducta que les asigna la Sociedad, de manera informal, y la institución, con carácter formal, es doble: el acompañamiento solidario del enfermo y su representación legal.

Una situación delicada para los médicos en su relación con las familias es la de informar y pedir el "consentimiento" al enfermo cuando se le deban de realizar pruebas o tratamientos que impliquen un cierto riesgo. Como que muchos de los enfermos críticos permanecen sedados, esta autorización la deben solicitar a las familias como los representantes oficiales del paciente. Esto proyecta sobre ellas la responsabilidad legal; es algo así como poner el sello de "conforme" en los tratamientos que los facultativos consideren oportunos.

Los pacientes entre dos paternalismos

Mi experiencia de campo ratifica el hecho de que las familias proyectan un paternalismo bastante duro con el propio paciente, quien lo sospecha, implícitamente lo sabe y, en general, lo acepta porque confía, sin necesidad de un pacto personal explícito, en que su familia "lo vigila todo" (Broggi, 1983). Esta actitud paternalista es compartida por los médicos durante todo el periodo de internamiento del enfermo. Entre estos dos paternalismos que "sufre" el paciente en ocasiones surgen tensiones que ambas partes tratan de resolver siempre favoreciendo al paciente. Es

un comportamiento originado por la voluntad de proteger al otro.

En definitiva, la realidad muestra que prevalece una relación del especialista en el seno de la unidad hacia el actor central, el paciente, caracterizada por el hecho de tomar decisiones sin tener en cuenta su opinión, a lo sumo lo comunica a los familiares a los que convierte en cómplices paternos, desde el razonamiento de que tan sólo el profesional posee los conocimientos necesarios para decidir cuál es el mejor remedio (Morlans, 1994) (28).

2.2. La adaptación de las familias.

Existen aspectos fundamentales en la representación de las familias en el seno de estas unidades que difieren mucho del papel que se les asigna en otros servicios hospitalarios, debido tanto a la gravedad del enfermo.

Estas diferencias también se observan en el proceso de adaptación a la enfermedad. La familia es un elemento esencial dentro del proceso de salud de todo individuo. Cuando una persona ingresa en un hospital, la familia no puede quedar excluida de participar en el internamiento, sino que debe continuar siendo activa para velar por un cuidado integral y por un entorno terapéutico óptimo. Sin embargo, la propia dinámica de estos servicios produce frecuentemente el alejamiento de la familia respecto al paciente (Marco, 2000).

Las familias, formales o informales, se convierten en portavoces de los enfermos y en su papel de cercanos, los más próximos los que sufren en un grado más alto la situación del enfermo.

Las familias sufren en primera persona el ingreso de un paciente en un hospital ya que vive la alteración del funcionamiento del círculo familiar al que pertenecen. Sus miembros, sometidos a una situación nueva y difícil, reaccionan con preocupación y ansiedad demandando básicamente seguridad e información (Zazpe, 1996).

Probablemente uno de los mayores problemas que sufre el grupo familiar sea la interrupción de los roles normales, particularmente su separación del entorno. El desarrollo de los roles familiares queda totalmente alterado ante estas situaciones críticas por las que pasa un miembro del grupo, situaciones nuevas, aparecidas bruscamente, llenas de incertidumbre, en las que resulta muy difícil la adaptación y superación de los problemas por los grados elevados de estrés que se producen. Las familias han de realizar un proceso de transición, de cambio, para compensar el vacío transitorio dejado por el paciente.

El paciente es percibido por la familia no sólo como una persona enferma, sino además como miembro de un núcleo familiar, quien, al enfermar y perder su propio rol, influye y altera el del resto de los miembros. Por tanto, la enfermedad crítica provoca la separación y ruptura de la armonía familiar, con el agravante de que la familia más cercana es la que deberá de someterse a la toma de decisiones con respecto al curso de la enfermedad en momentos de extrema gravedad. Son los portavoces del enfermo, su voz, deben de interpretar las inquietudes y las preguntas que éstos realizarían, y tomar las decisiones que éstos tomarían si pudieran. Las familias tienen la autoridad que le dan las redes de pertenencia a un

grupo unido por vínculos emocionales y de relación. Este facilita la creación de un sistema de relaciones solidarias de reciprocidad de la que obtienen la resistencia que necesitan para enfrentar la nueva situación de su pariente.

En la mayoría de las ocasiones, la perspectiva de la familia ante un nuevo tratamiento es confusa; es una situación demasiado compleja en la que deben pensar en la clave del enfermo poniéndose en su lugar. Sienten que la única opinión válida es la del paciente y que ellos son meros “interpretadores”, conscientes de que éste es el único que posee todas las pistas para acertar o no el camino a seguir; ellos deben de traducir los pensamientos del enfermo. De su decisión dependerán las consecuencias de su abstención o actuación que sufrirá el paciente.

Las familias cuando son consultadas para dar su consentimiento a un tratamiento urgente y vital, deben de realizar un ejercicio de proyección imaginaria hacia el futuro. Han de tener en cuenta la biografía de la persona enferma hasta el momento presente, así como las expectativas vitales fundamentadas en esa biografía.

En este momento entra en escena, como nueva variable, las características de la información que debe de aportar el médico. Debe estar bien documentada y debe expresarse en un lenguaje sencillo, condición necesaria para que la familia pueda dar su opinión con fundamento (Morlans, 1994). Esta transferencia de información para orientar el parecer de la familia se denomina oficialmente “Consentimiento Informado”.

En la realidad se observa que los familiares, incluso los más

allegados, son poco considerados por los profesionales en la relación cliente-paciente. En ocasiones, hasta pueden ser vistos como un estorbo, una molestia que los doctores deben soportar para hacer lo que “deben de hacer”. La atención se centra en la enfermedad y no tanto en el cliente-paciente y en lo que le rodea, la familia.

2.3. Necesidades de las familias.

La familia no es ajena al impacto que provoca en estos medios donde los profesionales ofrecen la atención más altamente tecnificada posible. En la práctica diaria “los doctores” informan a los familiares de forma técnica, estableciendo informaciones instrumentales en las que no enfatizando otras relaciones o “inputs” que ayuden a humanizar la estancia del enfermo y su familia en la unidad (Bernat, 1997)²⁹.

2.4. Adaptación al entorno

La familia inicia un proceso de adaptación y asimilación de su situación anímica. Este tipo de proceso es especialmente duro si los enfermos tienen patologías agudas de difícil o dudosa solución o es la primera vez que viven un ingreso en la unidad. Es el momento de máximo desconcierto ya que por un lado siente que el ingreso es la prueba clara de que el enfermo no está reaccionando de forma adecuada a los tratamientos clínicos convencionales que se le ofrecen y por otro el ingreso les abre la ventana de la esperanza ya que dispondrán del mejor equipo que tiene el hospital para atender a su familiar.

Las familias están en un momento temporal donde lo único que cuentan son las emociones, que se viven de forma individual, en una neo-

vida crítica interior. Las reacciones causadas por el estímulo informativo, la ratificación del estado de su familiar crea una situación sincrónica, que siguiendo a Manghi (1983) incluye reacciones biológicas o biopsíquicas, es decir, preculturales y presociales («estado psíquico», «reacción del organismo»).

Durante el primer contacto el médico impide que la familia ejerza la responsabilidad sobre el cuerpo de “su” enfermo; los médicos pueden hacer milagros y los demás deben limitarse a no contradecir ese principio que preside la teología y la práctica del milagro y que pretende que la fe se base en aceptar la impotencia humana³⁰.

2.5. Expectativas y factores socioculturales ante la enfermedad.

Las expectativas y necesidades de las familias de los enfermos ingresados al servicio están condicionadas por múltiples factores de los cuales los más importantes son las perspectivas que tengan sobre la enfermedad, los factores socio-psicológicos como los caracteres étnicos (patrones formativos-culturales), la sensibilidad al dolor y ciertas condiciones psicológicas tales como la aprensión, la ansiedad y el miedo. Es preciso recordar que la aparición de la enfermedad significa diferentes cosas para cada persona o grupo familiar pero que, en grados distintos, siempre termina por desorganizar las relaciones sociales establecidas (Coe, 1995).

Otra variable significativa es la falta de conocimiento de los modelos culturales distintivos de la institución hospitalaria por parte de las familias, que en un principio condicionará su relación respecto a ésta y modificará el

rol que podrán desarrollar. La familia permanecerá en suspenso, a la expectativa, pasiva e introvertida hasta que pueda definirse, centrando el propósito de su estancia en el centro en el seguimiento de la mejora tan rápidamente como le sea posible de su paciente (Coe, 1984).

En adelante la enfermedad dejará de pertenecer al mundo natural ya que se trata de una agresión venida desde fuera que una Medicina futura capaz de suprimir la vejez y la enfermedad terminará por prohibir.

La información que recibirán del médico marca inicialmente las perspectivas de la posible evolución que seguirá su enfermo. Las familias suelen estar alerta, llevan en esa actitud ya mucho tiempo porque los enfermos no suelen “ponerse” muy graves de un momento para otro.

2.6. Las vivencias.

La vivencia de los allegados presenta cierta semejanza con las del enfermo. Se observan también en ellos el choque, la cólera, la negación, la depresión y la aceptación. A estos sentimientos se debe añadir la necesidad de una apariencia serena cuando penetran dentro del Servicio, sobre todo si el enfermo no está sedado.

Si la información ofrecida al enfermo y sus familiares concuerda con sus expectativas, una vez visto su enfermo se habrá reducido sin duda la angustia de estos últimos por lo que tolerarán mejor el verse en un entorno desconocido y tecnificado que puede vivirse, muy a menudo como, amenazante.

El momento informativo inicial permite a la familia conocer los límites de la terapéutica, lo que puede modular la aparición de expectativas

excesivas que posteriormente pudieran verse frustradas; así pueden controlar de forma positiva sus reacciones.

La calidad de la información debe ser evaluada ya que permite conocer mejor aquellos aspectos mejorables de las unidades, y disponer de un sistema para evaluar el grado de satisfacción del usuario ante cualquier cambio que se introduzca en la actividad o en el entorno (Gil, 1994).

Antes de la primera entrada en el espacio físico asistencial de la Unidad, las familias son prevenidas, ante aquellas cosas capaces de provocar desconcierto o impresionar a personas no familiarizadas con el mundo hospitalario (intubación traqueal, ventilación mecánica, traqueotomía, sondas, sedación y otras visiones potencialmente amenazantes).

Durante el desplazamiento los familiares abarcan con la mirada todo el entorno en el cual se desarrollarán sus visitas. Observarán las “habitaciones” y verán enfermos.

Durante esta primera entrada los familiares observan e intentan comprender e interiorizar un entorno que les es ajeno y cuya simbología sólo les provoca miedos porque es la demostración del grave deterioro de salud de su familiar. La primera visita siempre es corta, muy intensa su estancia en el box es casi religiosa. Observan y casi no se atreven a tocar nada. Miran de forma estupefacta los monitores esperando encontrar una respuesta a sus preguntas, pero difícilmente saben desentrañar algunas de las gráficas. Quizás se aventuran a relacionar la tensión arterial, en algunos

casos, si se acuerdan de la información que han recibido, identifican el número de respiraciones por minuto, pero les resulta todo muy difícil. Además, no quieren molestar, no quieren interrumpir el proceso de curación de su familiar.

En el peor de los casos la familia aún neófita puede estar acompañada por otra familia que está esperando un fatal desenlace de forma inminente. Cuando se da esta desgraciada circunstancia ambas familias inician un proceso de retroalimentación de ansiedades, angustia y miedo al porvenir.

En la visita a su paciente las familias no pueden evitar la angustia y el miedo, la primera producto de la perspectiva incierta del curso de su enfermedad y de la espera potencialmente peligrosa, incluso, y sobre todo, desconocido, mientras que el miedo supone la presencia y el conocimiento del peligro. Sin duda, por este motivo es más penoso esperar un acontecimiento que vivirlo. La peor relación que se puede dar en una sala de espera es el encuentro de madrugada entre una familia neófita, angustiada y una familia que se está despidiéndose de su enfermo agónico, con miedo. Es una situación en la que el miedo puede mezclarse la angustia (Berger, 1982).

En líneas generales esto es lo que les ocurre a las familias cuando es un primer ingreso y carecen de experiencias previas.

2.7. Las otras necesidades de los familiares.

En la sala de espera, las familias pueden verbalizar necesidades que no quedan cubiertas por el Servicio. Este espacio físico es del ámbito de

las emociones, en el cual las familias se muestran mucho más sensibles que en el “adentro” del Servicio donde ciertas sensibilidades a flor de piel casi parecen de mal gusto.

No existe apoyo emocional del Servicio, no hay ningún signo objetivo externo que ayude a identificar la necesidad de compañía, de consuelo o de información que tienen los familiares. Si los profesionales fueran capaces de detectar estas necesidades en el momento de producirse, se obviarían importantes trastornos emocionales en las familias.

Ante estas necesidades no cubiertas por el Servicio, en la sala de espera se crea autónomamente un sistema de apoyo y ayuda informal personalizada y vehiculizada a través de las mismas familias que son capaces de establecer relaciones especialmente empáticas (Sanz, 2000). Favorecidas por la flexibilidad de la misma, sus miembros están receptivos entre sí, utilizan un mismo lenguaje en su propio espacio puesto que esta comunicación es imprescindible para las familias ayudando a mantener un equilibrio psicológico en su precario estado. Esta comunicación ayuda a recrear y mantener la armonía interna y externa de estas familias ayudando a la adaptación a la nueva situación. Es posible que como consecuencia de estos efectos benefactores se pueda mantener mejor el equilibrio personal de las familias (Zazpe, MC. 1996).

La situación emocional de las familias es la de tener necesidades no cubiertas por los profesionales que además intentan controlarlos en su relación formal. Según el sociólogo de la medicina Paul Atkinson (1995), una característica principal de la consulta médica es el papel dominante del

médico durante el encuentro con la familia. Es un rasgo clave durante el encuentro, así como la reafirmación del control, por la cual el médico asume el problema del paciente y empieza a controlar lo que hay que hacer (Cockerman, 2002).

Las familias, en el seno de la sala, aprenden que no tiene por qué reducir su papel al de mero oidor-aceptante de lo que le diga el médico. Aprenden que pueden ser agente activo en esta relación, defendiendo el papel del enfermo ausente. En esta coyuntura se empiezan a plantear una nueva forma de relación con retos desconocidos hasta hace relativamente poco tiempo cuando el modelo paternalista era el único posible en la relación clínica. Es un modelo más humano, pero como todo lo que es humano, más conflictivo (Broggi, 1993)³⁶.

Las rutinas de la anormalidad.

A partir de la primera entrada, las familias, por un proceso de inmersión, comienzan a aprender muy rápido. Aprenden los horarios, cuantas personas pueden “entrar”, en cada visita, hacen preguntas a otros familiares y se integran en la red de “familias en espera”. Permanecen a la espera de que los acontecimientos vayan siempre a mejor ya que las previsiones de la familia siempre son de confiar en una corta estancia en la Unidad.

A partir del momento del ingreso de su enfermo, las familias pasan a tener un desdoblamiento en sus vidas. Existe una parte que debe de funcionar como si nada anormal sucediera: las mujeres deben de seguir su labor de acompañamiento reintegrándose a su jornada laboral, si es que

trabajan como asalariadas y no consiguen un permiso por enfermedad de un pariente muy próximo, ocupándose además del mantenimiento de la casa, la compra, de otros miembros de la familia y de ellas mismas y los hombres; necesitan compaginar su trabajo, “la vida debe de continuar”, con las visitas a su familiar, las largas esperas en la sala de familiares y las sesiones de información de parte de los especialistas.

2.8. Cuando el curso clínico se cronifica.

Obviamente no todos los enfermos evolucionan igual. Existe un gran número de enfermos que se “cronifican”, muchos y muchos días, pero finalmente salen adelante. Durante este período de cronicidad en la Unidad, el enfermo pasa por etapas donde su vida se encuentra seriamente comprometida, donde todo el arsenal terapéutico y tecnológico parece que no es suficiente. Durante esos episodios la familia sufre con especial intensidad la incertidumbre y el pesimismo que se instala en la familia y que preside las reuniones diarias con el médico. En estos casos, las informaciones diarias contribuyen al pesimismo de la familia respecto a la situación del enfermo. Así cuando salen de visitarlo a la información que disponen se une la visión del mal estado del paciente que las hundan en un estado de ánimo desalentado.

Es en otro de los momentos en que el grupo de familias de la sala de la esperanza puede ofrecer su máximo apoyo, puesto que algunos de ellos ya han pasado por lo mismo desde hace varias semanas y han tenido tiempo de asumir el estado de su familiar. Son estas familias “expertas” las únicas que pueden ofrecer, con total desinterés, un apoyo basado en la

experiencia en el dolor de tener un enfermo en similar estado.

2.9. Costos ocultos de la enfermedad.

Ni los profesionales ni las instituciones sanitarias tienen en cuenta los costes económicos ocultos derivados del ingreso al hospital de un familiar. Corren a cargo de la economía familiar y son especialmente elevados cuando el acompañamiento deben hacerlo familiares que viven lejos y se encuentran en el servicio en situación de desplazados. En este caso los costes de los desplazamientos y de la alimentación fuera de casa deben añadirse a los dolorosos costes del sufrimiento. A los costes emocionales se añaden los económicos, que no siempre son asumibles por algunas familias.

2.10. Los desencuentros entre médicos y familiares.

En muchas ocasiones, las relaciones se mantienen dentro del espacio privado de la sala de familiares permanecen ocultas para el equipo médico, demostrando que familiares y profesionales son vidas sociales independientes. “Dentro” y “fuera” tienen como punto de unión el enfermo, pero su forma de interpretar la realidad social es muy diferente.

“Dentro”, a los profesionales les interesan, fundamentalmente, exponer asépticamente los acontecimientos biológicos que han sido descubiertos, reconocidos, denominados y tratados por los médicos desde un prisma puramente biológico. “Fuera” los familiares descubren, reconocen, denominan y abordan, desde un punto de vista emocional, la interpretación de los problemas conforme va surgiendo. La gran diferencia entre los dos espacios es que “dentro” están los profesionales que tienen

un título que les permiten efectuar designaciones oficialmente válidas y que de hecho establecen cursos de acción institucionalizados y “fuera” sólo las familias sin recursos especiales para la adaptación a la realidad. Estas vidas, frecuentemente divergentes, llevan a forzosos desencuentros cuando se conoce la línea de cada una de las partes, pero no se puede compartir. Cuando esto sucede la frustración por parte de las familias y allegados es muy intensa.

Un punto crucial en los desencuentros es la incomodidad que inicialmente provoca la discrepancia con los médicos en la familia afectada. Cuando éstos comentan su problema, la sala de la esperanza que pasa a convertirse la “sala de las dudas” en las que todos intentan aportar nueva luz para ayudar a los afectados pero que generalmente suele generar aún más preguntas.

Los desencuentros son especialmente graves cuando familiares y médicos tienen opiniones opuestas respecto al tratamiento.

2.11. Las familias y la comunicación

El tema de la información-comunicación está en relación directa con los desencuentros entre médicos y familiares. Este aspecto, que como ya he comentado es transversal al discurso de todos los actores, tiene una importancia capital para las familias

La primera información que reciben del médico marca el momento en que la familia inicia su papel. Este acto inicial es imprescindible para que los parientes comiencen a desarrollar el rol de apoyo emocional al paciente que incrementa aún más el deseo de la supervivencia de “su” enfermo.

Dentro de la primera información del médico, que suele ser muy exhaustiva con el objetivo de despejar las muchas dudas de los familiares, éste les comenta, sin darle importancia, que dentro de un momentito saldrá la enfermera y podrán ver a su familiar, ella les explicará las horas de visita, y el funcionamiento de todo. Con esta explicación estandarizada, el médico da por concluida su tarea de bienvenida-información a las familias, tras lo cual vuelven a quedar a solas con ellas mismas, su dolor y sus miedos.

Esta primera información marca la tónica de cómo serán las relaciones con el equipo médico. La profesionalidad irá del brazo de un trato impersonal, que no satisface la necesidad de interacción personal de la familia, pero que al mismo tiempo la familia acepta cómo un símbolo de las aptitudes y actitudes profesionales “objetivas” y frías que son para tratar eficazmente la enfermedad.

El estar en un ambiente de aparatos extraños y complejos acentúa en las familias la falta de comprensión sobre lo que ocurre; por el contrario, los especialistas ahondan la distancia entre ellos y las familias, utilizando como vehículo de información, casi en exclusividad, su discurso basado en la aplicación de los métodos científicos. Este discurso da a los médicos seguridad a la vez que facilita su alejamiento del conflicto emocional que plantea la familia. Cada médico se atiene rígidamente a la clase de educación especializada que han recibido.

En resumen, la entrada en este servicio del hospital significa penetrar en el prototipo de organización total que provee todas las necesidades básicas de sus inquilinos. Para conseguir este objetivo,

dispone de una autoridad centralizada y está organizada con actividades reglamentadas, con falta de diferencia social para con los pacientes y con restricciones severas de la movilidad espacial y social tanto de los enfermos como de sus familias (Sudnow, 1971).

Siguiendo con el análisis del proceso comunicativo desde la perspectiva de las familias debe entenderse que no desean encontrarse en este lugar, lo hacen porque son las representantes temporales de “sus pacientes”, son las que dotan de voz al paciente “dormido”; quienes tienen que interpretar como conversarían los enfermos con los médicos, si pudieran; que preguntas les harían o cuáles serían las respuestas a los graves interrogantes que les puedan plantear los especialistas referente a su estado clínico. Los sentimientos en ciertos momentos los agitan con fuerzas tanto reales como físicas, sus proyectos pasan siempre por conocer las expectativas de su paciente, descubriendo situaciones a las que antes no les dedicaban ni un segundo.

Las familias “en espera de... noticias”, tienen problemas de ansiedad y temor que precisa para su equilibrio saber que al paciente se le brindan los mejores cuidados, para ello es necesario valorar la reacción de estas familias frente a la enfermedad y evolución del paciente; esto es imprescindible para que puedan establecer una relación de confianza. Pero sólo será posible si los médicos son capaces aceptar los valores de la familia. Las familias esperan que los médicos les informen de manera realista, pero también adaptada a sus posibilidades de comprensión ofreciéndoles un tiempo y un espacio.

El resultado de una adecuada atención hacia las familias por parte de la Unidad posibilitaría que las familias pudieran expresar sus sentimientos y dudas.

El problema de falta de utilización de un lenguaje asequible, se da en la mayoría de procesos hospitalarios, aunque incide con especial crudeza en los grupos familiares que han tenido un menor contacto con el mundo hospitalario ya que desconocen por completo las claves del lenguaje utilizado dentro de las instituciones sanitarias.

A esta situación compleja se le unen componentes que todavía la agravan más cuando el ingreso no viene precedido de avisos. En estos casos de ingreso “por sorpresa”, no previstos, la familia tiene mucho miedo respecto a cómo estará su familiar, y continuamente se preguntan por qué ha tenido que llegar a un punto tan delicado de salud. Se hacen preguntas que en la mayoría de los casos quedan sin respuestas por pertenecer estas al espacio íntimo doméstico, sin posible contestación en el ámbito sanitario.

A pesar de la certeza del posible ingreso estas familias también necesitan de un proceso primero de adaptación, pero de forma casi simultánea surge requisito prioritario el conocer, informarse, poder complementar sus conocimientos y presentimientos con los expertos, los especialistas, y que ellos les expliquen cómo va a ser la evolución de su pariente. Cuando este proceso informativo se realiza de forma eficiente las familias pueden relajarse.

Esta es la mejor de las perspectivas, las familias que acompañan a los enfermos esperan unas respuestas contundentes, que les den

seguridad, que les permitan comprender las fluctuaciones de sus enfermos o las dudas que su evolución puede plantear a los profesionales. Su razonamiento frente a las dudas de los profesionales es diáfano si anteriormente se ha podido realizar el paso de calidad de la información a la comunicación, cuando entre los dos grupos de actores existe un contacto comprensivo las familias pueden aceptar que aún, teniendo toda la tecnología y unos aparatos que envuelven y esconden a sus enfermos, estos no siempre puedan salir adelante.

El proceso que va de la información a la comunicación centrado en los enfermos es poliédrico, con mucho camino por delante, siguiendo a Goffman (1993) es posible que, aún hoy en día, para muchos médicos es que lo ideal sería que los enfermos llegaran al hospital sólo con el “envase físico” dañado para que fuera reparado dejando el yo social en casa; en este caso ese yo social son las familias a quienes no se les puede despojar de la información puesto que saben que tienen derecho a tener todos los argumentos fisiopatológicos de su paciente.

2.2.3 CALIDAD DE ATENCIÓN.

3.1. Definición:

La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste puede o espera.

Es satisfacer las necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos.

La calidad implica constancia de propósito y consistencia y

adecuación de las necesidades del cliente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio.

3.2. Dimensiones de la calidad:

a) Dimensión Técnica.

Aplicación de la ciencia y tecnología de salud, incluye al prestador de servicios de salud, cuente con conocimiento y habilidades que le permitan realizar los procedimientos clínicos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades del paciente.

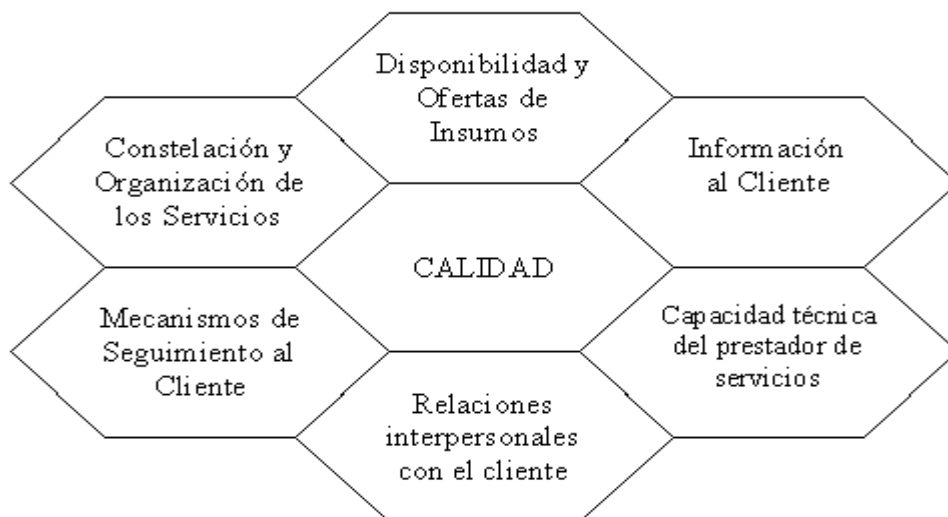
b) Dimensión Interpersonal.

Interacción social, que ocurre entre el usuario y el prestador de servicios de salud, la actividad de atención, el respeto y la cordialidad mutua.

c) Dimensión de Infraestructura.

Influyen las características del lugar, condiciones físicas de limpieza, iluminación y ventilación del ambiente.

3.3. Elementos de la calidad de atención:



a. **Disponibilidad y oferta de insumos:**

La calidad del servicio de salud se mejora cuando se puede ofrecer una mayor variedad de insumos disponibles, en cuanto mayor número de insumos, mayor será la posibilidad de satisfacer las necesidades del paciente.

Aun cuando el servicio de salud cuente con todos los insumos, en ocasiones no se encuentra realmente disponibles por problemas de logística, almacenamiento, falta de personal capacitado para ofrecer estos insumos. Es muy importante eliminar éstas barreras para que los clientes tengan un acceso real a todos los servicios.

b. **Información al cliente:**

Calidad es responder a la necesidad del cliente. El primer paso al atender a un cliente debe ser escucharlo para determinar cuáles son sus deseos y necesidades y darle la información necesaria.

Debe evitarse darle mucha información y saturarlo. Es mejor dar una información concreta y precisa para que el cliente entienda sobre su situación de salud.

c. **Capacidad técnica del prestador de servicios:**

La capacidad técnica abarca los conocimientos prácticos y habilidades que el prestador de servicios debe tener para proveer los servicios de salud. También incluye la existencia de normas, protocolos y asepsia para prestar estos

servicios.

La falta de capacidad técnica puede traer consigo riesgos a la salud, dolor innecesario, infecciones y/o complicaciones.

Obviamente estos riesgos pueden con llevar al temor y a disminuir la afluencia de la población usuaria.

d. Relaciones interpersonales con el cliente:

Este elemento se verifica a la dimensión personal del servicio. Los clientes deben sentirse bien tratados durante su permanencia en el servicio de salud. Por todas las personas que interactúen con él. En todo momento el personal debe mostrar una actitud de atención, interés por servir, respeto y amabilidad para que el usuario se sienta a gusto y con deseos de regresar.

Para lograr la calidad en la comunicación interpersonal se debe tomar en cuenta los siguientes pasos:

1. Establecer una relación cordial
2. Identificar las necesidades del usuario
3. Responder las necesidades del usuario
4. Verificar el entendimiento del usuario
5. Mantener la cordialidad de la relación

La práctica de una buena relación interpersonal incrementará el nivel de satisfacción y atraerá a un número mayor de usuarios, lo que revertirá en el desarrollo de la

cultura sanitaria en la comunidad.

e. **Mecanismo de seguimiento al cliente.**

Los programas de salud tendrán éxito en la medida que mantengan el contacto con el cliente después de la consulta inicial, los prestadores de servicios pueden ayudarlos a superar dificultades, hacer más probable la asistencia al servicio de salud.

Cada programa debe establecer mecanismos de seguimiento a los clientes dependiendo de las circunstancias y los medios que tengan a su disposición. Por ejemplo:

- Informar a los usuarios desde la primera cita
- Dar citas próximas para revisar la satisfacción del cliente
- Realizar visitas domiciliarias
- Promociones de salud para incentivar el acceso del cliente a la institución

f. **Constelación y organización de servicios:**

Este elemento significa que los elementos de salud deben organizarse de tal manera que sean satisfactorios para los usuarios, que respondan a sus conceptos de salud y a sus necesidades pre existentes. Existen muchas maneras de mejorar:

- Disminuyendo el tiempo de espera
- Ofreciendo diversidad de servicios de salud
- Haciendo cómoda y agradable la estancia del cliente

durante su visita

- Dándole atención y el tiempo necesario para aclarar sus dudas
- Información del fluxograma de atención del servicio de salud
- Ofreciendo precios accesibles.

4. Los cuatro pilares en la calidad de atención:

Enfoque al cliente:

Cliente → Persona a la que el programa o institución atiende.

Consumidor final de los productos o servicios de la organización

Cada institución o programa de salud necesita definir cuál es el sector de la población que va a atender, cuáles son sus características, necesidades y expectativas para saber qué servicios ofrecer y como ofrecerlos.

Dichas necesidades y expectativas del cliente se dan a conocer a través del Lenguaje Verbal o No Verbal. (Encuestas, sugerencias, observaciones). Lo cual nos permitirá saber que piensa el cliente del servicio brindado

TIPO:

- **Cliente externo.** - Es el consumir final de los productos o servicios que le ofrece el cliente interno para satisfacer sus necesidades.

Paciente ← Servicio ← Enfermera

- **Cliente Interno.** - Es la persona que necesita de recursos e insumos para ofrecer un servicio de calidad al consumidor final.

La Enfermera → Servicio → Paciente

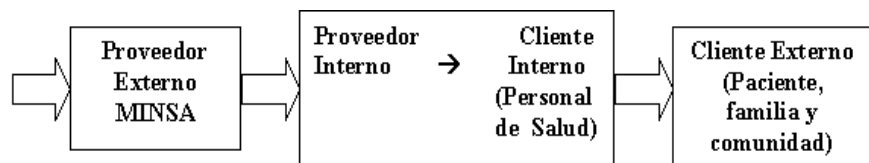
Cadena cliente proveedor:

La cadena cliente - proveedor es la interconexión de persona e instituciones que trabajan para alcanzar un objetivo y poder brindar una buena atención de calidad.

De la misma manera que otros dependen de nosotros para satisfacer sus necesidades, nosotros dependemos de que otro nos provea cosas tales como información, capacitación, material y sistemas denominados proveedores internos.

5. Investigación y análisis de procesos de calidad:

Investigación Operativa es la base del ciclo de mejoramiento continuo. Mejorar, es necesario cambiar y asegurarse que los cambios efectivamente mejoran la calidad del programa. Mejoramiento continuo es un proceso cíclico de consistencia en seis pasos



a. Identificación de los problemas y elección de las oportunidades para efectuar mejoras:

Estudiar la información mediante actividades de

control, conservaciones con la gente, encuestas, identificar los problemas existentes o incipientes.

b. Definición operativa del problema:

Enunciado claro del problema en términos del efecto mensurable que puede tener sobre los procesos de los servicios de salud.

c. Identificación de quienes tienen que trabajar en el problema:

Personas o grupos que tiene que participar en el proceso de resolución del problema para ayudar analizar el problema y elaborar e implementar soluciones.

d. Análisis y estudio del problema para identificar las causas principales:

Comprender el carácter del problema y sus causas principales.

e. Soluciones y medidas para mejorar la calidad:

Generar una lista de posibles soluciones, elegir aquellas que correspondan más a las causas principales y elaborar una solución práctica y factible.

f. Implementación y evaluación de las actividades para mejorar la calidad:

Planificar la implementación de la selección (quien, que, donde, cuando, como), llevar a cabo la prueba y decidir si se va ampliar la implementación, modificar la solución para

tornarla más factible o eficaz o cambiar esa solución por otra.

6. **Herramientas y metodologías para la calidad:**

Facilitar la selección de problemas, descubrir sus causas, medir sus consecuencias y proponer alternativas de solución.

- Observación
- Tormenta de ideas
- Grupos focales
- Diagrama de flujo
- Diagrama de causa y efecto
- Hoja de Registro

a. **Observación:**

Si tenemos una sala de espera llena de gente, con un calor insoportable y un ruido infernal, preguntar a nuestros clientes: ¿Le resultó comfortable la espera? La persona pensará que nos estamos burlando. Como ésta hay muchas situaciones observables que no responden a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

Solo se debe observar las condiciones de prestación de servicios, anotar las observaciones e ideas al respecto, pensar en cómo solucionar los puntos negativos y actuar.

b. **Tormenta de ideas:**

Participación de las personas es la que construye la tormenta. Ambiente libre, festivo y de confianza para que resulte más efectiva la sesión.

- Seleccionar el tema o problema a discutir, utilizando un rotafolio o pizarra para exhibirlas
- Sugerir ideas por turno, tema elegido
- Evaluar las ideas, puede hacerse por simple proceso de votación o por consenso.

c. **Grupos focales:**

Discusiones estructurales alrededor de un tema específico. Realizan en grupos de seis a doce personas bajo la guía de un moderador y u observador. Discutir en grupo se afloran opiniones y sentimientos más profundos que tienen los clientes acerca de los objetos de interés.

d. **Diagrama causa efecto:**

Para resolver un problema o mejorar una situación es necesario conocer las causas que originan dicho problema. Este diagrama llamado también gráfico de pescado por el aspecto una vez elaborado que muestra la relación entre causa y efecto.

Pasos

1. Determinar el problema o situación a analizar.

Ejemplo: Calidad de Atención en el Puesto de Salud “San Juan de Salinas”.

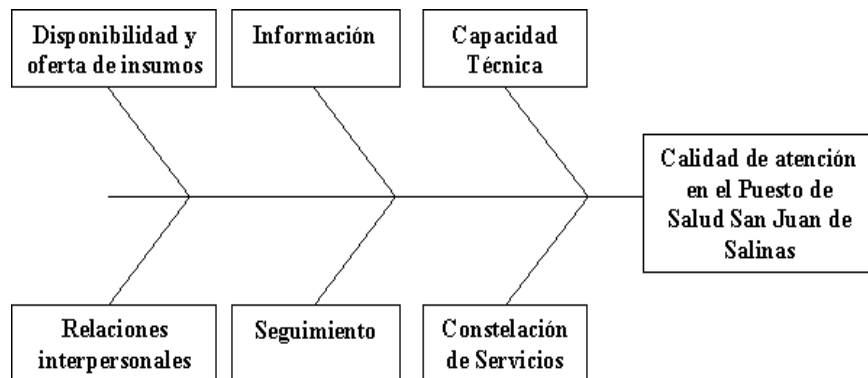
Calidad de Atención de Enfermería en paciente quirúrgico Sala de Operaciones Hospital Nacional Hipólito Unanue.

DIAGRAMA CAUSA EFECTO

Calidad de Atención en el Puesto de Salud San Juan de Salinas.

2. Seleccione los factores principales a clasificar en el diagrama.

Diagrama Causa Efecto:



3. Determine y aporte las causas con respecto a cada factor que afecte el problema o situación en análisis y las causas.

f. Hoja de registro:

Es un formato simple construido para obtener datos fácilmente. Todos los factores a identificar deben ser establecidos previamente:

7. Trabajo en equipo:

Equipo es un conjunto de personas comprometidas que se organizan y trabajan para alcanzar una misión común.

Para trabajar en equipo se requiere:

- Que sus miembros tengan conocimiento y habilidades para

cumplir con la tarea encomendada

- Una actitud de compromiso, colaboración y constancia hasta lograrla.
- **Características del trabajo en equipo:**
 - Claridad de la misión y compromiso para lograrla: Todos los miembros del equipo tienen una visión clara de la misión y de la colaboración de cada uno para el logro de la misma. La perciben alcanzable y se sienten comprometidos en conseguirla.
 - Participación: Existe una participación balanceada de todos sus miembros. Todos preguntan, opinan, sugieren, discuten y se comprometen con los resultados. Trabajan autónomamente, sin necesidad de ser supervisados. Se distribuyen y comparten responsabilidades las cuales están claramente definidas e impiden los malentendidos y asumen lo acordado por el grupo.
 - Relaciones sanas: La comunicación entre los miembros del equipo es abierto; directa y clara. No existe temor de expresarse y se evita la comunicación indirecta y el chisme. Hay aceptación y respeto de las diferencias individuales. Existe capacidad para enfrentar los conflictos. Se discute frecuentemente la tarea sin deterioro de las relaciones interpersonales.
 - Atención al proceso de grupo y a la tarea: Los miembros

del equipo se preocupan por mantener la cohesión del grupo, resolver los conflictos interpersonales y cumplir con las tareas para el logro de la misión.

8. Programas de mejoramiento en calidad de atención:

a. Estrategias para iniciar el proceso de mejora continua:

En esta sección se presentan cuatro estrategias para iniciar el proceso de mejora continua, estas estrategias obligan al personal a centrar su atención en la detección y mejoramiento de problemas que afectan la calidad de los servicios.

Cuatro estrategias para iniciar el proceso de mejora continuo.

Manejo de Quejas:

Una manera fácil para iniciar el proceso de mejora continuo será cambiando los aspectos que menos le gustan a los clientes.

Las quejas se registrarán y se buscarán soluciones.

Con mayor frecuencia los clientes ya no hacen quejas simplemente dejan de asistir al servicio por eso es recomendable buscar quejas activamente a través de encuestas o de otras ayudas con las siguientes preguntas:

- ¿Qué es lo que menos le gustó de nuestro servicio?
- ¿Qué se debería mejorar en nuestros servicios?
- ¿Qué recomienda para la mejora de nuestro servicio?

Diagrama de Flujo:

Flujograma: Nos ayuda a manejar y mejorar los procesos con los que tenemos más problemas.

1º El equipo se reúne y selecciona uno de los principales procesos en los que trabaja.

2º Se elabora el diagrama de flujo, aquí se detallan las actividades que se realizarán para alcanzar un objetivo, ver que se necesita para poder hacer bien esta actividad.

3º Para cada paso pregúntese:

¿Qué necesitamos que no tenemos?

¿Qué no necesitamos y sí tenemos?

¿Qué resultados queremos obtener y no obtenemos?

Comparase con el mejor (Bench Marking):

Para mejorar los servicios es bueno compararse con el mejor. El observar clínicas y programas que ofrecen servicios de calidad, nos pueden dar buenas ideas de aquello en que podríamos mejorar:

- Designe a un equipo para estudiar a los mejores, en el equipo habrá una persona con experiencia en el proceso que se pretende mejorar.
- Seleccione la organización que será estudiada, identifique a una organización que proporcione servicios de salud o un líder en el proceso que se estudia que esté en condiciones de compartir información

- Establezca contacto con la organización que será estudiada. Explique el propósito de la visita, propuesta, obtenga el apoyo necesario y determine una fecha.
- Recopile información durante la visita: Determine la clase de información que necesita. Preparar una reunión, un recorrido por las instalaciones y obtenga respuestas a sus preguntas.
- Identifique las diferencias importantes entre el proceso de su organización y el proceso de la institución estudiada.
- Presente sus resultados del equipo, establezca nuevos objetivos y use los resultados para poner mejoras al proceso.
- **Planeación de un programa de mejoramiento continuo:**

Todo esfuerzo de calidad para que funcione necesita contener cinco factores.

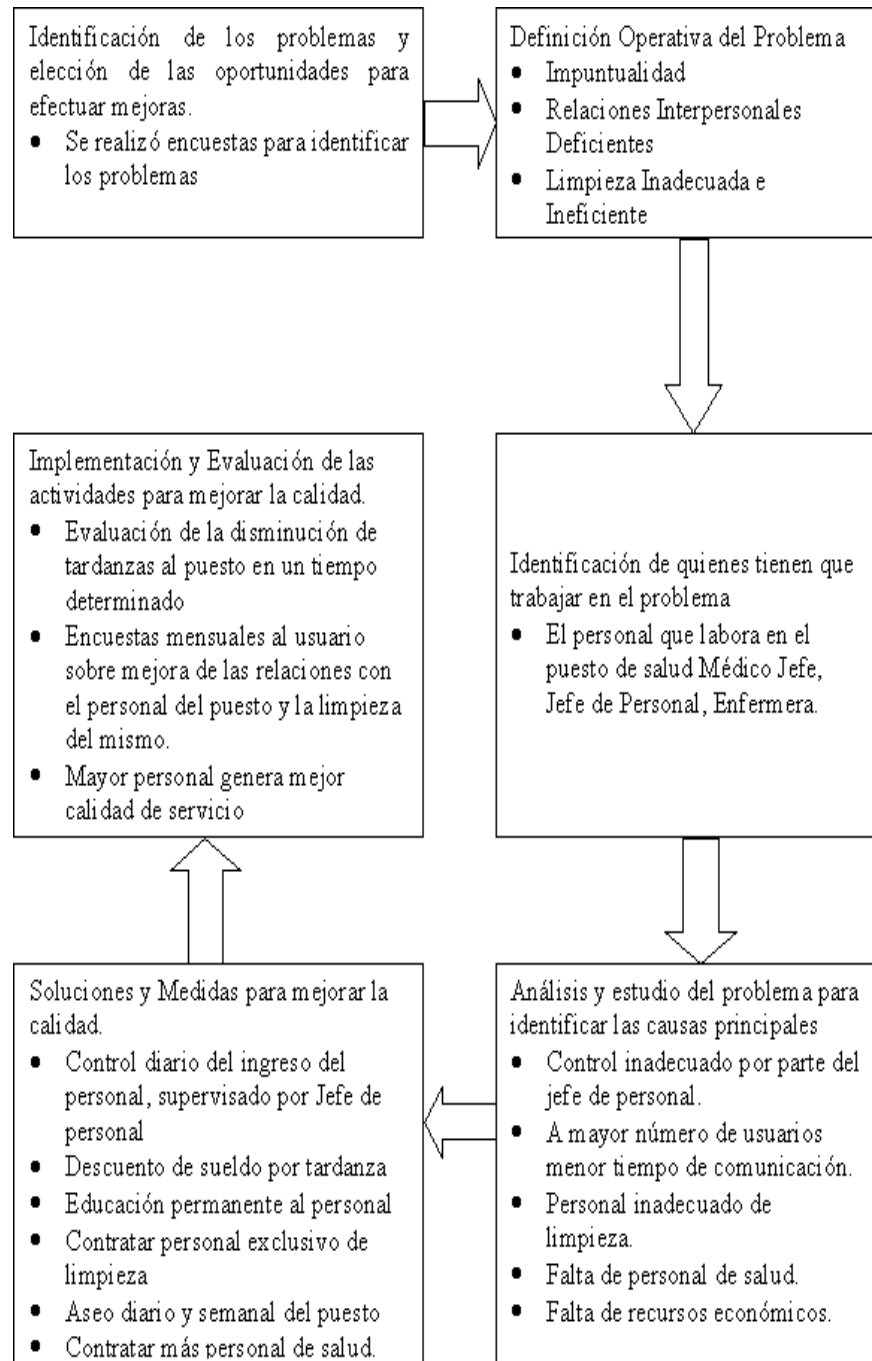
 - a. **Filosofía:** Se trata de un proceso de reflexión en el que participan todos los miembros de la organización.
 - b. **Estructura:** Está formada por un conjunto de equipos que soportan los esfuerzos de calidad. Los equipos deben estar bien definidos, quienes lo conforman, cuáles son sus responsabilidades y cómo van a trabajar.
 - c. **El equipo rector** (Directivos de institución o Programa) elabora el plan de implantación que debe contener.
 - El objetivo del esfuerzo

- La estrategia
- Las etapas en las que se va a llevar a cabo
- Los proyectos específicos

d. Metodología y herramientas

e. Proceso educativo

9. Investigación y análisis de procesos de calidad:



2.3 DEFINICION DE TÉRMINOS OPERACIONALES

PERCEPCIÓN

Es la acción y efecto de percibir. En este sentido, el término **percepción** hace alusión a las impresiones que puede percibir un individuo de un objeto a través de los sentidos (vista, olfato tacto, auditivo y gusto). Por otro lado, **percepción** es el conocimiento o la comprensión de una idea.

FAMILIARES

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad.

Las necesidades del cliente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio.

PACIENTE

En la medicina y en general en las ciencias de la salud, el paciente es alguien que sufre dolor o malestar (muchas enfermedades causan molestias diversas, y un gran número de pacientes también sufren dolor). En términos sociológicos y administrativos, *paciente* es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención

ATENCION DE ENFERMERIA

Se asocia a la atención y vigilancia del **estado** de un enfermo. La enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar estas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo.

Los **cuidados de enfermería**, por lo tanto, abarcan diversas **atenciones** que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la **salud** y a asistir sanitariamente al paciente.

SERVICIO DE EMERGENCIA

El **Departamento de Emergencias (ED)**, a veces denominado **Accidentes y Emergencia (A & E)**, **Sala de Urgencias (ER)**, **Emergency Ward (EW)** o **Departamento de Accidentes**, es un hospital o departamento de

atención primaria o sección de un hospital que ofrece un tratamiento inicial de pacientes con un amplio espectro de enfermedades y lesiones, algunas de las cuales pueden ser potencialmente mortales y requieren atención inmediata. En algunos países, los servicios de urgencias se han convertido en importantes puntos de entrada para quienes no tienen otros medios de acceso a la atención médica. Personal de los equipos de tratamiento de pacientes de emergencia y proporcionar apoyo a los miembros de la familia. Los servicios de emergencia de la mayoría de los hospitales operan todo el día, aunque los niveles de dotación de personal intenten reflejar el volumen de pacientes. La mayoría de los pacientes buscan el Departamento de Emergencia en la tarde y horas de la noche, y la dotación de personal refleja este fenómeno.

HOSPITAL NACIONAL

Hospital es un establecimiento sanitario para la atención y asistencia a enfermos por medio de profesionales médicos, de enfermería y personal auxiliar y de servicios técnicos durante 24 horas, 365 días del año y disponiendo de tecnología, aparatología, instrumental y farmacología adecuadas. Existen tres clases de hospitales: de Primer, Segundo y Tercer y cuarto niveles, siendo su asistencia de menor a mayor complejidad. Dentro de ellos se atiende a pacientes con afectaciones que irán de simples a gravísimas, críticas, cuidados paliativos o incluso terminales.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio.

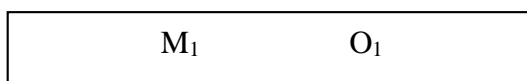
El tipo de investigación es de tipo descriptivo transversal.

3.2. Método de estudio

En el presente estudio se utilizó el método deductivo e inductivo para poder arribar a las conclusiones de la investigación.

3.3. Diseño de investigación.

Se utilizó el diseño descriptivo simple que responde al siguiente esquema: (Polit y Hungler)



Dónde.

M_1 = Muestra de familiares del paciente.

O_1 = Medición a la muestra de familiares.

Para la constatación de la hipótesis se utilizó la estadística inferencial no paramétrica aplicando la prueba de Chi cuadrado con un margen de error de 0,5 % y confiabilidad del 95%.

3.4. Población.

La población de estudio estará constituida por los familiares de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Es Salud Huancayo, el número promedio estimado es de 2700 pacientes en un trimestre

3.4.1. Criterios de inclusión.

Para el estudio de investigación se captó a los familiares que tengan las siguientes características:

- Tener relación con el paciente como; Cónyuge, Hijo(a), Familiar Directo madre o padre.
- Tener más de 20 años de edad.
- De ambos sexos
- Tener menos de 3 reingresos al servicio.

3.4.2. Criterios de exclusión.

- Tener más de 3 reingresos.

3.5. Muestra:

- **Unidad de análisis:** Se seleccionaron según la demanda diaria al servicio de hospitalización estableciendo un máximo de 15 familiares por día y la recogida de datos demandando un tiempo promedio de 20 días.
- **Tamaño Muestral:** Estuvo conformada por un total de 289 familiares atendidos.
- **Tipo de muestreo:** Fue de tipo no probabilístico al azar, para ello los datos se recogieron en cada turno de rotación en el servicio.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Técnicas: Entrevista – Encuesta Escala de Liker

Instrumento: Guía de Entrevista – Cuestionario -

3.7. Procedimientos de recolección de datos.

El procedimiento que se siguió para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos fueron:

- Coordinación previa del investigador con el Director del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé Es Salud Huancayo, a quién se le envió una solicitud para la autorización del campo clínico.
- Para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos se procedió a coordinar con la jefa del servicio de emergencia.
- Luego de aplicar los instrumentos se recogió y verifico la información registrada, para prevenir falta de datos.

3.8. Procesamiento de datos.

Procesamiento.

- Posterior a la aplicación de los instrumentos de información se construyó la base de datos en el Programa SPSS V23.
- Se procedió al vaciamiento de los datos en la matriz electrónica.
- Luego se procedió a la construcción de las tablas estableciendo el cruce de variables aplicando las pruebas de contraste de hipótesis respectivas.

3.9 Análisis de datos.

- **Análisis descriptivo.**

Luego de procesar y presentar los datos en tablas se procedió a realizar el análisis e interpretación de los datos para arribar a las conclusiones más importantes del estudio de investigación.

- **Análisis inferencial.**

Para aplicar la estadística inferencial se realizó el cruce de variables principales y secundarias y luego se aplicó las pruebas estadísticas pertinentes para poder contrastar la hipótesis de

estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 RESULTADO DESCRIPTIVO.

Tabla 01: Características Socio Demográficos generales de los familiares del usuario de Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013

Características sociodemográficas	(N=289)	
	fi	%
Genero		
Masculino	135	46,7
Femenino	154	53,3
Edad en años		
] 20]	32	11,1
[21 a 25]	52	18,0
[26 a 30]	25	8,7
[31 a 35]	17	5,9
[36 a 40]	38	13,1
[41 a 45]	68	23,5
[46 a 50]	8	2,8
[51a 55]	33	11,4
[56 a 60]	9	3,1
[61 a 65]	7	2,4
Grado de escolaridad		
Primaria	19	6,6
Secundaria	208	72,0
Superior	62	21,5
Estado civil		
Soltero	113	39,1
Casado	107	37,0
Conviviente	60	20,8
Viudo	9	3,1
Número de atenciones en Emergencia		
Primera vez	120	41,5
2 a 3 atenciones	124	42,9
Más de 3 atenciones	45	15,6
Total	289	100,0

Fuente: Guía de entrevista sociodemográfica (Anexo 01).

Al describir las características sociodemográficas del familiar de los usuarios que acude al Servicio de Emergencia del Hospital

Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, se aprecia que, la mayoría de los entrevistados pertenecían al género femenino [46,7% (135)]; la edad está comprendida en rango de 41 a 45 años [23,5% (68)]; asimismo, el [72,0% (208)] tuvieron como nivel de escolaridad al nivel secundario; y el estado civil soltero refleja en un [39,1% (113)], lo mismo que el [42,9% (124)] de los familiares expresaron haber recibido de 2 a 3 atenciones en el servicio de Emergencia.

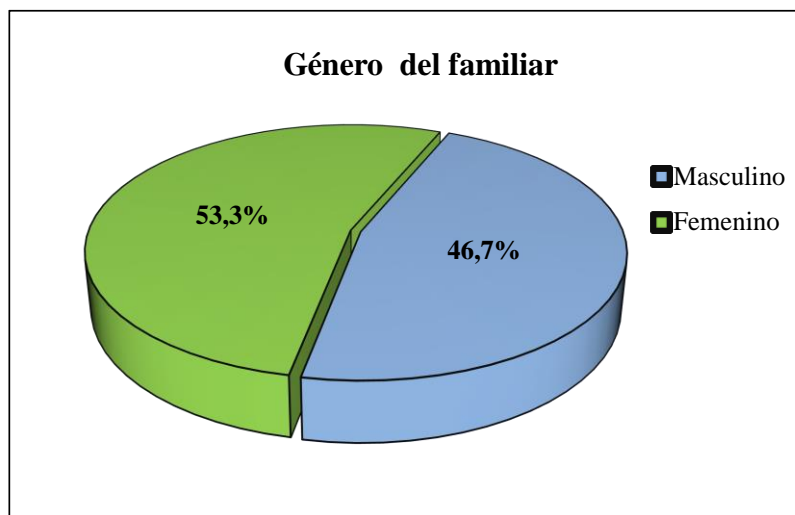


Figura 01: Representación gráfica del género familiar de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013

La figura ilustrada hace referencia al género del familiar de los pacientes de Servicio de Emergencia, donde se observa que, el mayor grupo lo representan las mujeres, con un 53,3% del total, mientras que el masculino fue de 46,7%.

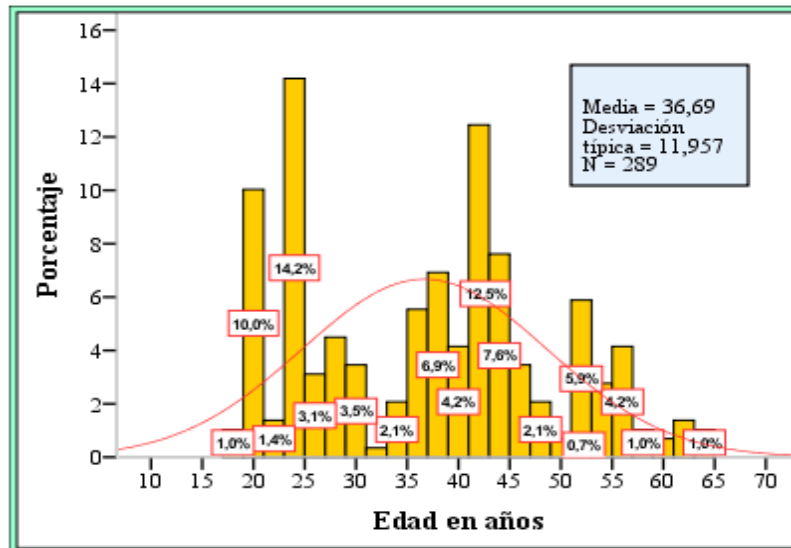


Figura 02: Representación gráfica de la edad en años del familiar de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013

En la gráfica de histograma se aprecia la edad del familiar del usuario de Servicio de Emergencia, que van entre mínimo y máximo de 18 y 64 años; el promedio de edad fue de 37 años con desviación estándar de +/- 11,95, asimismo, el 50% de los entrevistados tuvieron edad superior a 38 años; además la edad de la mayoría de los familiares comprendieron en un rango de 20 a 25 años [25,6%] y 40 a 45 años [24,3%]; y los cuartiles, 1, 2 y 3, van de 24 a 44 años.

Respecto la distribución de la en la población, se evidencia distribución no normal, es decir hay diferencias importantes en cuanto a la edad del familiar como muestra el coeficiente de asimetría [0,192] y el, de curtosis [-0,962], lo que expresa que la campana se sesga hacia a la derecha y formación platicurtica.

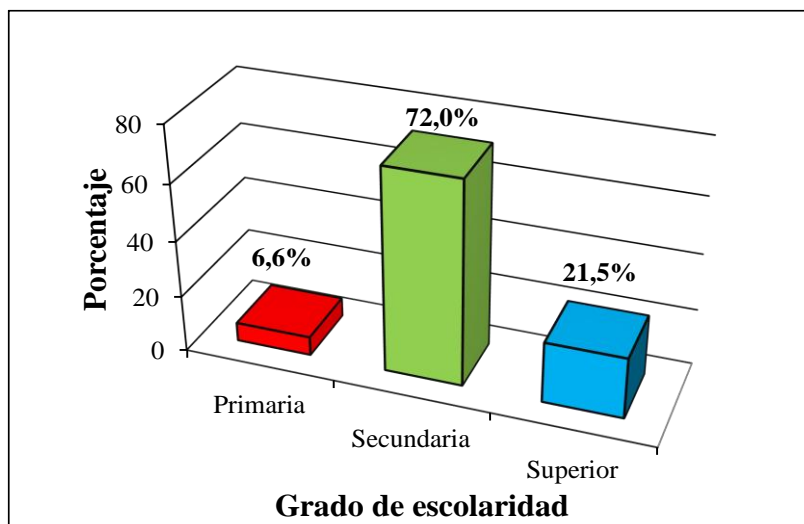


Figura 03: Representación gráfica del grado de escolaridad del familiar de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013

La presente figura representa el nivel escolaridad alcanzado por los familiares en estudio, en donde se aprecia que, en su mayoría alcanzó el nivel secundario, el 72%, mientras los de nivel superior fueron, el 21,5%, y finalmente porcentaje importante de 6,6% solo cuentan con estudios de nivel primario.

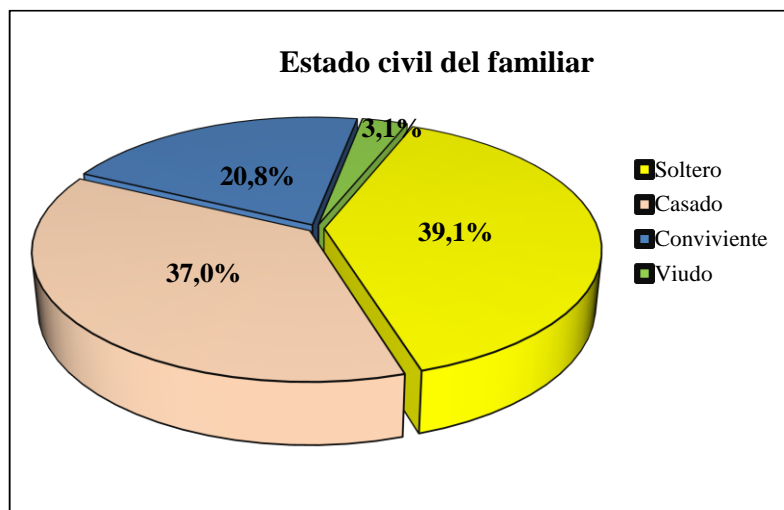


Figura 04: Representación gráfica de estado civil del familiar de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013

La figura del sector circular hace referencia al estado conyugal de los familiares, donde se observa preponderancia de la condición de solteros/as (39,1%) y casados/as (37%); más de dos décimas refirieron ser convivientes (20,8%) y finalmente una mínima proporción fueron viudos (3,1%). No refirieron la condición de divorciados en el estudio.

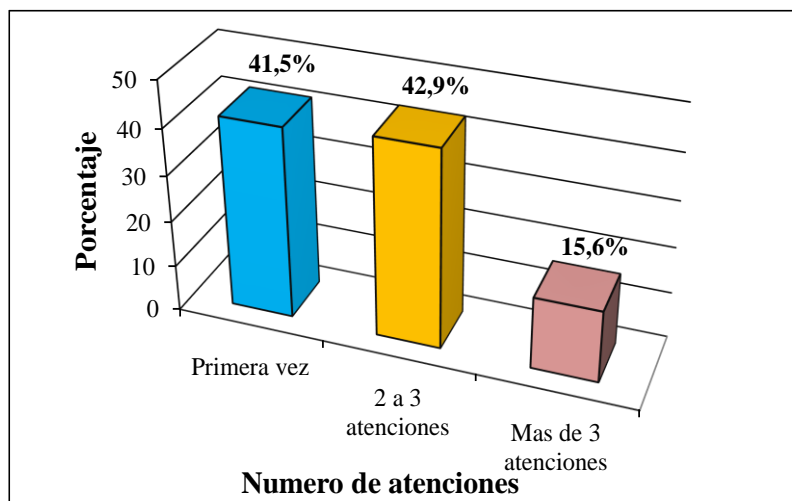


Figura 05: Representación gráfica de estado civil del familiar de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013

La figura ilustrada hace referencia número de atenciones recibidas por los familiares en servicio de Emergencia, donde se observa que la mayoría recibió de 2 a 3 atenciones (42,9%); el (41,5%) refiere que se atendió por primera vez y el (15,6%) recibió más 3 atenciones.

Tabla 02: Descripción de la Percepción del familiar en dimensión física frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale ESSALUD”, Huancayo - 2013

Dimensión percepción física	N = 289 (escala 1 - 5)	
	\bar{x}	s
Los equipos utilizados en el servicio son suficientes y modernos.	2,4	1,4
Las instalaciones que Ud. Ve son atractivas, cuidadas y aptas para la atención de su paciente.	3,3	1,2
Las profesionales de enfermería transmiten acercamiento en sus expresiones no verbales.	3,7	1,1
Los materiales asociados con el servicio (panfletos, tarjetas, avisos, periódico mural, etc.,) son atractivos a la vista.	3,1	1,2
Existen materiales suficientes para la prestación de servicios al paciente.	3,1	1,0

Fuente: Opinario servqual adaptada (Anexo 02).

En el análisis descriptivo de dimensión física percibida por los familiares de los usuarios del servicio de emergencia, se apreció que, en los valores estandarizados de la escala Likert (1 a 5 puntos), la mayoría de los ítems obtuvieron valores superiores a 3 puntos (de 2,5 como punto de corte) que evidenciaron respuestas mayormente entre las categorías “indeciso” y “de acuerdo”; lo que conlleva connotaciones positivas a modo global; resaltando que los ítems, “los profesionales de enfermería transmiten acercamiento en sus expresiones no verbales” (3,7) y “las instalaciones que Ud. ve son atractivas, cuidadas y aptas para la atención de su paciente”.(3,3) fueron las de mayor promedio; en tanto que, el ítem “los equipos utilizados en el servicio son suficientes y modernos” (2,4), obtuvo puntaje promedio bajo lo que indica connotación negativa o categoría “de desacuerdo”.

Tabla 03: Descripción de la Persepcion del familiar en dimensión prestación del servicio frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo - 2013

Dimensión prestación del servicio	N = 289 (escala 1 - 5)	
	\bar{x}	s
Cuando prometen hacer algo en un cierto tiempo, lo cumplen.	3,7	1,1
Se dedica el tiempo necesario y suficiente para brindar atención según la necesidad de su paciente.	3,8	1,2
Las acciones en la que Ud. Participa es adecuado a la situación de salud de paciente.	3,5	1,0
Los materiales y los equipos se utilizan de manera adecuada.	2,6	1,3
El servicio que recibe responde a las expectativas que Ud. Tenía del servicio.	3,5	1,2
Usted obtiene el servicio que esperaba.	3,8	1,1
El tipo de atención que aplica la enfermera le satisface	4,0	,8
La atención es oportuna e igual con todos los pacientes.	3,8	1,2
La enfermera demuestra competencia asistencial para el servicio del que Ud. Es usuario.	3,7	1,1
La enfermera demuestra competencia educativa para el servicio de Ud. Como usuario.	3,8	1,0
La enfermera demuestra capacidad para responder a sus preguntas.	3,5	1,2
La enfermera se desempeña en el servicio correctamente a su primera impresión.	3,6	1,2
La enfermera muestra flexibilidad y competencia para hacer frente a imprevistos y dificultades.	3,9	1,0

Fuente: Opinario servqual adpatada (Anexo 02).

En el análisis descriptivo de la satisfacción en dimensión prestación de servicio frente a la atención de enfermería percibida por los familiares en estudio, se apreció que, en los valores estandarizados de la escala Likert (1 a 5 puntos), la mayoría de los ítems obtuvieron valores superiores a 3 puntos (de 2,5 como punto de corte) que evidenciaron respuestas mayormente entre las categorías “indeciso” y “de acuerdo”; lo que conllevan connotaciones

positivas; resaltando mayor satisfacción en los ítems “el tipo de atención que aplica la enfermera le satisface”(4); asimismo, muestra flexibilidad y competencia (3,9), competencia educativa (3,8), brinda atención oportuna e igual a todos los pacientes (3,8), lo mismo expresaron, “que obtuvieron el servicio que esperaba”(3,8) y “le dedica el tiempo necesario y suficiente según la necesidad de su paciente” (3,8). En tanto, el ítem “los materiales y los equipos se utilizan de manera adecuada” (2,6) los familiares expresan desacuerdo.

Tabla 04: Descripción de la Percepción del familiar en dimensión velocidad de respuesta frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013.

Dimensión velocidad de respuesta	N = 289 (escala 1 - 5)	
	\bar{x}	s
El tiempo que Ud. espera para obtener un servicio es satisfactorio.	3,6	1,2
Obtuvo la atención según la fecha y horario ofrecido	3,9	,9
Tuvo información del tiempo necesario para obtener el servicio	3,7	1,2
Las enfermeras demuestran competencia para ofrecer un servicio oportunamente.	3,7	1,1
Cuando necesité resolver algunas dudas posteriores a la prestación del servicio obtuve respuestas rápidas y adecuadas.	3,8	1,0

Fuente: *Opinario servqual adaptada (Anexo 02).*

En el análisis descriptivo de la satisfacción en cuanto a la velocidad de respuesta percibida por los familiares, se apreció que, en los valores estandarizados de la escala Likert (1 a 5 puntos), todas las enunciados obtuvieron valores superiores a 3 puntos (de 2,5 como punto de corte) que evidenciaron puntaje promedio correspondiente a categoría “de acuerdo”; lo que expresa connotaciones positivas, resaltando que los familiares se han atendido de acuerdo a la fecha y horario ofrecido, asimismo las dudas posteriores a la prestación fueron resueltas rápidas y de manera adecuada, así también refieren que la enfermera demuestran competencia para ofrecer servicio oportuno; de mismo modo, los familiares expresan que les brindaron información para brindar servicio y fue satisfactorio.

Tabla 05: Descripción de la Persepción del familiar en dimensión seguridad frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013.

Dimensión seguridad	N = 289 (escala 1 - 5)	
	\bar{x}	s
El profesional de enfermería demuestra amabilidad y buen trato.	4,0	,8
Las enfermeras demuestran acercamiento y disponibilidad hacia sus requerimientos.	3,8	1,2
Las enfermeras muestran actitudes de competencia para organizar su servicio.	3,8	1,2
Las enfermeras muestran actitudes de igualdad de género.	3,7	1,1
El comportamiento del profesional de enfermería inspira confianza.	3,7	1,1

Fuente: Opinario servqual adaptada (Anexo 02).

En el análisis descriptivo de la dimensión seguridad percibida por los familiares en estudio, se apreció que, en los valores estandarizados de la escala Likert (1 a 5 puntos), todos los enunciados obtuvieron valores superiores a 3 puntos (de 2,5 como punto de corte) que evidenciaron respuestas próximas a categoría “de acuerdo”; lo que conlleva connotaciones positivas; resaltando que el profesional de enfermería demuestra amabilidad y buen trato. (4); asimismo demuestran acercamiento y disponibilidad hacia sus requerimientos del usuario (3,8) y lo mismo, muestran actitudes de competencia para organizar su servicio (3,8). De mismo, en puntaje promedio, de la escala (3,7), los familiares refieren que la enfermera muestra actitudes iguales al género y que el comportamiento del mismo les inspira confianza.

Tabla 06: Descripción de la Percepción del familiar en dimensión empatía frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013.

Dimensión empatía	N = 289 (escala 1 - 5)	
	\bar{x}	s
El servicio ofrece horarios de visitas convenientes para todos los usuarios.	4,0	,8
Ud. Piensa que el servicio se muestra disponible a atender sus intereses.	3,8	1,2
Ud. Piensa que puede obtener un servicio personalizado.	3,7	1,1
Ud. Piensa que el servicio entiende sus necesidades específicas.	3,8	1,2

Fuente: Opinario servqual adaptada (Anexo 02).

En el análisis descriptivo de la dimensión empatía los familiares percibieron , en los valores estandarizados de la escala lickert (1 a 5 puntos), que todos los enunciados obtuvieron valores superiores a 3 puntos (de 2,5 como punto de corte) lo que refleja en la categoría “de acuerdo”; lo que conllevan connotaciones positivas a modo global; resaltando que hay buenas prácticas como: el servicio ofrece horarios de visitas convenientes, así mismo muestra disponible a atender sus intereses, entiende sus necesidades específicas y atención personalizada.

Tabla 07: Descripción de las dimensiones de Percepción del familiar en frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013

Dimensiones de la percepción del familiar	N=289 (Σ de puntajes del cuestionario)					
	\bar{x}	s	Q1	Q2	Q3	Moda
Percepción física [5 ítems (5 a 25puntos)]	16,1	4,2	13	16	19	19
Prestación de servicio [13 ítems (5 a 65puntos)]	47,2	11,1	41	50	54	53
Velocidad de respuesta [5 ítems (5 a 25puntos)]	18,8	4,0	15	20	21	21
Seguridad [5 ítems (5 a 25puntos)]	18,8	4,5	18	20	22	20
Empatía [4 ítems (5 a 20 puntos)]	15,2	3,5	13	16	18	16
Percepción de cuidados recibidos [32 ítems (5 a 20 puntos)]	116,2	22,9	106	124	132	134

Fuente: Opinario servqual adaptada (Anexo 02).

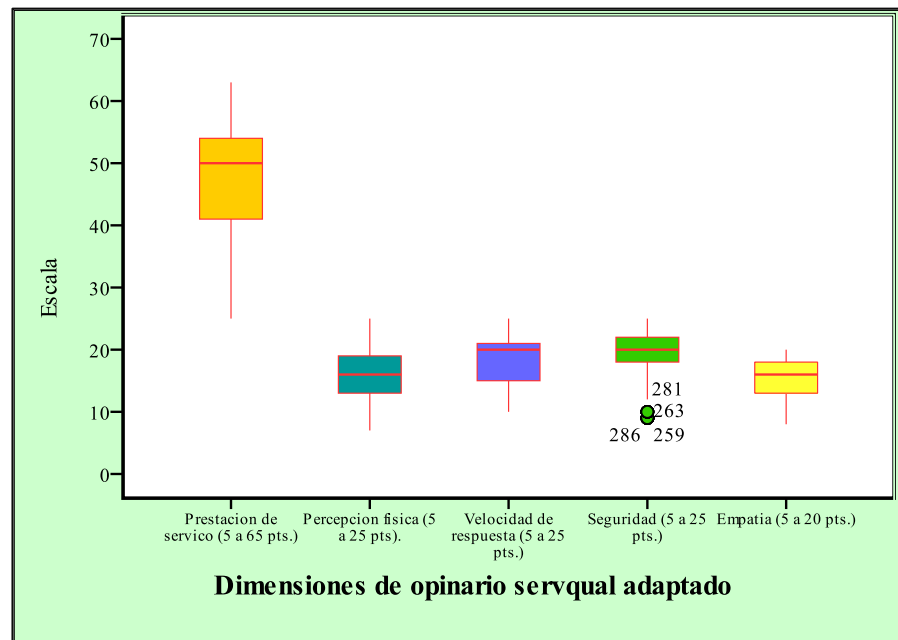


Figura 06: Representación gráfica de dimensiones de percepción del familiar frente a la atención de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013

En el análisis descriptivo de las dimensiones de percepción frente la atención de enfermería, se apreció que, de manera global se obtuvo puntaje promedio que indican categoría de aceptable; tal como muestra la tabla y figura. En dimensión prestación de servicio la cual cuenta con trece ítems la media fue (47,2 pts.) (s = +/- 11,1 pts.) De 65pts.como máximo de la sumatoria de esta dimensión, el cual representa un valor superior al punto de corte [33 pts. (32,5 pts.)]; por lo que se asume que la satisfacción del familiar o los cuidados percibidos son positivas y/o favorables. Situación similar acontece en las dimensión percepción física, media de (16,1 pts.) (s = +/- 4,2 pts.), y velocidad de respuesta y seguridad (18,8 pts.) (s = +/- 4 pts.) y (18,8 pts.) (s = +/- 4,5 pts.), respectivamente; cada dimensión cuenta con cinco enunciados con puntaje máximo esperado de 25, los hallazgos muestran promedios superior al punto de corte [13 pts. (12,5 pts.)], expresando percepciones positivas y finalmente en la dimensión empatía la cual cuenta con cuatro enunciados, también se obtuvo puntaje promedio. (15,2 pts.) (s = +/- 3,5 pts.), valor superior al punto de corte (10 pts.), lo expresa que los familiares se encuentran satisfechos con la empatía que muestran el profesional. De manera global la percepción del familiar frente la atención de enfermería obtuvo media de (116,2 pts.) (s = +/- 22,9 pts.), superior a lo ideal de 80 pts. Lo que indica, los cuidados son aceptables

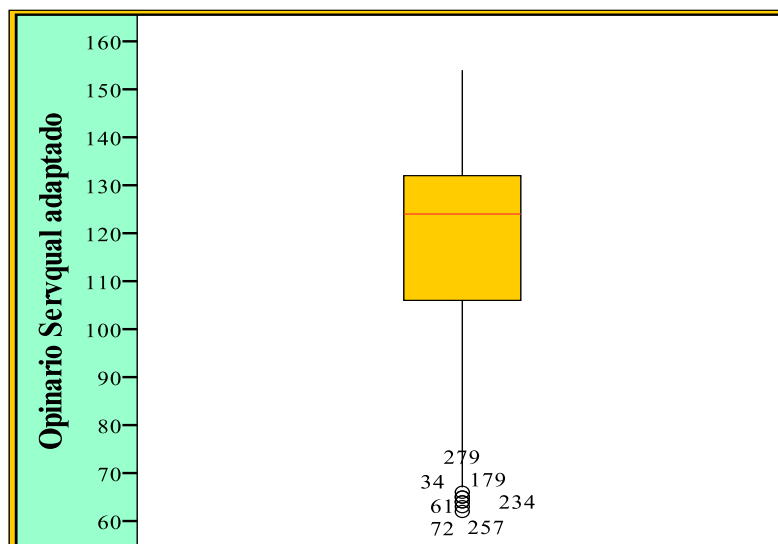


Figura 07: Representación gráfica de estado civil del familiar de los usuarios que acuden al Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013

La figura ilustrada describe la distribución de la percepción del familiar frente la atención de enfermería, donde se nota que el promedio (116,2 pts.), asimismo el 50% de los entrevistados calificaron por encima de 124 pts., los [Q1, Q2, Q3] comprende [106 - 132], asimismo la caja está muy concentrada hacia el extremo superior, por otro lado, en extremo inferior se aprecia datos muy dispersos. Esta última contiene valores atípicos en su distribución, lo que denota una distribución asimétrica.

Tabla 08: Niveles de Percepción familiar percibida frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale ESSALUD”, Huancayo – 2013

Nivel de satisfacción /Nivel atención	(N=289)	
	Fi	%
Insatisfecho / inaceptable	63	21,8
Medianamente satisfecho / aceptable	163	56,4
Satisfecho elevada / optima	63	21,8
Total	289	100,0

Fuente: Opinario servqual adpatada (Anexo 02).

Realizando la valoración general a modo categórico sobre la satisfacción percibida por familiares frente la atención de enfermería, se pudo determinar que, el mayor porcentaje, manifestaron moderada satisfacción [56,4% (163)]; asimismo, [21,8% (22)] de estos familiares manifestó satisfacción elevada u cuidado óptimos, sin embargo, porcentaje similar refieren que se siente insatisfechos.

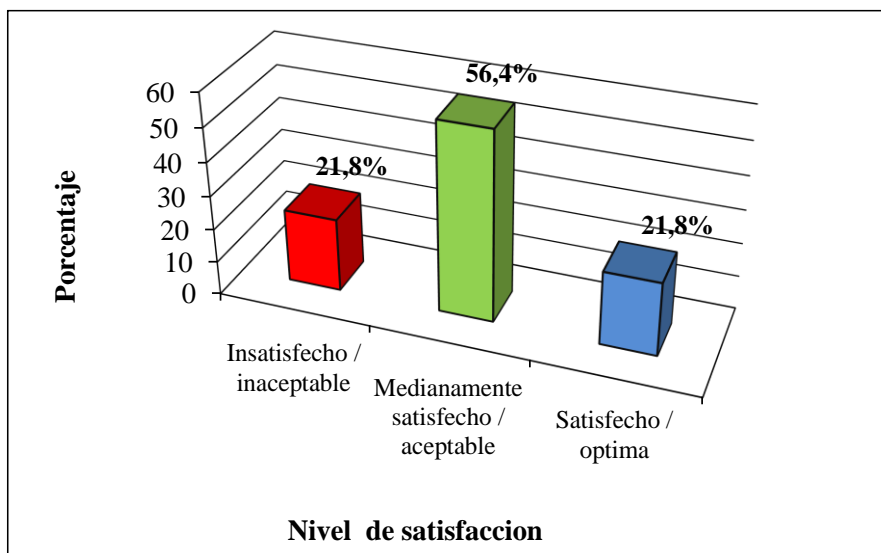


Figura 08: Niveles de percepción familiar percibida frente la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013

En lo referente a los niveles de la percepción que manifiestan los familiares en estudio, podemos apreciar que, de manera categórica, 56,4% se encuentra moderadamente satisfecho, 21,8% manifestaron elevada satisfacción, mientras que 21,8% expresaron insatisfacción. Es importante resaltar que casi la mayoría de los familiares en estudio, se encontraron de algún modo satisfechos.

4.2 RESULTADO INFERENCIAL

Tabla 09: Contraste de diferencia significativa entre las categorías de percepción del familiar frente la atención de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale EESSALUD”, Huancayo – 2013

Percepción de atención	Fo	%	Fe	Bondad de ajustes de Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Insatisfecho / inaceptable	63	21,8	96,3			
Moderadamente satisfecho / aceptable	163	56,4	96,3	69,2	2	0,000
Satisfecho / optima	63	21,8	96,3			

Fuente: Opinario servqual adaptada (Anexo 02).

Al contrastar la diferencia de grupos o categorías, en la percepción del familiar frente a la atención de enfermería se obtuvo mayor predominio del nivel de satisfacción moderado o calidad de atención aceptable (56,4%) , asimismo con porcentaje similar de 21,8% el nivel, insatisfecho / inaceptable e ideal .

A través de la prueba Bondad de ajustes de chi cuadrado de Pearson, se obtuvo [$\chi^2 = 14,77$, superior a 2 gl (5,99)], asimismo el p valor fue significativo ($p < 0,001$), menor al 5% (0,05) de error alfa; por lo que hay evidencia científica para rechazar la hipótesis nula y aceptar la de investigación, que asevera la diferencia de porcentajes entre las categorías de satisfacción, es decir que la percepción de satisfacción familiar frente a la atención de enfermería es significativamente moderada

CAPITULO V

DISCUSION DE RESULTADOS

El cuidado que otorga el personal de Enfermería en el servicio de emergencia de Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Es salud, en la actualidad es uno de los temas de mayor importancia para identificar el trato digno, señalando como índice de calidad de la atención la atención en las unidades de salud, factor importante que nos da pauta para la realización de programas de mejoras en el otorgamiento cada vez de una mejor atención.

En el presente estudio se indago sobre el efecto que tiene la percepción del familiar acompañante con respecto a la atención que otorga el personal de enfermería en el nosocomio, con relación a la oportunidad con la que presta sus servicios, así como a la amabilidad con la que son atendidos, otro punto analizado fue el del proceso de la atención otorgada por enfermería, además de la relación enfermera – paciente, y también se tomó en consideración la información otorgada y la comodidad con que presto esta atención el personal de enfermería, durante su estancia hospitalaria.

En el estudio se aprecia que la mayoría de los entrevistados pertenecían al género femenino [46,7% (135)]; la edad está comprendida en rango de 41 a 45 años [23,5% (68)]; asimismo, el [72,0% (208)] tuvieron como nivel de escolaridad al nivel secundario; y el estado civil soltero refleja en un [39,1% (113)], lo mismo que el [42,9% (124)] de los familiares expresaron haber recibido de 2 a 3 atenciones en el servicio de Emergencia.

Es así que en el análisis descriptivo de la dimensión física percibida por los familiares de los usuarios del servicio de emergencia, se apreció que, en los valores estandarizados de la escala tipo Likert (1 a 5 puntos), la mayoría de los ítems obtuvieron valores superiores a 3 puntos (de 2,5 como punto de corte) que evidenciaron respuestas mayormente entre las categorías “indeciso” y “de acuerdo”; lo que conllevan connotaciones positivas a modo global; resaltando que los ítems, “los profesionales de enfermería transmiten acercamiento en sus expresiones no verbales” (3,7) y “las instalaciones que Ud. ve son atractivas, cuidadas y aptas para la atención de su paciente”.(3,3) fueron las de mayor promedio; en tanto que, el ítem “los equipos utilizados en el servicio son suficientes y modernos” (2,4), obtuvo puntaje promedio bajo lo que indica connotación negativa o categoría “de desacuerdo”.

En el análisis descriptivo de la satisfacción en dimensión prestación de servicio frente a la atención de enfermería percibida por los familiares en estudio, se apreció que, en los valores estandarizados de la escala tipo Likert (1 a 5 puntos), la mayoría de los ítems obtuvieron valores superiores a 3 puntos (de 2,5 como punto de corte) que evidenciaron respuestas mayormente entre las categorías “indeciso” y “de acuerdo”; lo que conllevan connotaciones positivas; resaltando mayor satisfacción en los ítems “el tipo de atención que aplica la enfermera le satisface”(4); asimismo, muestra flexibilidad y competencia (3,9), competencia educativa (3,8), brinda atención oportuna e igual a todos los pacientes (3,8), lo mismo expresaron, “que obtuvieron el servicio que esperaba”(3,8) y “le dedica el tiempo necesario y suficiente según la necesidad de su paciente” (3,8). En tanto, el ítem “los

materiales y los equipos se utilizan de manera adecuada” (2,6) los familiares expresan desacuerdo.

En el análisis descriptivo de la satisfacción en cuanto a la velocidad de respuesta percibida por los familiares, se apreció que, en los valores estandarizados de la escala tipo Likert (1 a 5 puntos), todas las enunciados obtuvieron valores superiores a 3 puntos (de 2,5 como punto de corte) que evidenciaron puntaje promedio correspondiente a categoría “de acuerdo”; lo que expresa connotaciones positivas, resaltando que los familiares se han atendido de acuerdo a la fecha y horario ofrecido, asimismo las dudas posteriores a la prestación fueron resueltas rápidas y de manera adecuada, así también refieren que la enfermera demuestran competencia para ofrecer servicio oportuno; de mismo modo, los familiares expresan que les brindaron información para brindar servicio y fue satisfactorio.

En el análisis descriptivo de la dimensión seguridad percibida por los familiares en estudio, se apreció que, en los valores estandarizados de la escala tipo Likert (1 a 5 puntos), todos los enunciados obtuvieron valores superiores a 3 puntos (de 2,5 como punto de corte) que evidenciaron respuestas próximas a categoría “de acuerdo”; lo que conllevan connotaciones positivas; resaltando que el profesional de enfermería demuestra amabilidad y buen trato. (4); asimismo demuestran acercamiento y disponibilidad hacia sus requerimientos del usuario (3,8) y lo mismo, muestran actitudes de competencia para organizar su servicio (3,8). De mismo, en puntaje promedio, de la escala (3,7), los familiares refieren

que la enfermera muestra actitudes iguales al género y que el comportamiento del mismo les inspira confianza.

En el análisis descriptivo de la dimensión empatía los familiares percibieron , en los valores estandarizados de la escala tipo lickert (1 a 5 puntos), que todos los enunciados obtuvieron valores superiores a 3 puntos (de 2,5 como punto de corte) lo que refleja en la categoría “de acuerdo”; lo que conllevan connotaciones positivas a modo global; resaltando que hay buenas prácticas como: el servicio ofrece horarios de visitas convenientes, así mismo muestra disponible a atender sus intereses, entiende sus necesidades específicas y atención personalizada.

En el análisis descriptivo de las dimensiones de percepción frente la atención de enfermería, se apreció que, de manera global se obtuvo puntaje promedio que indican categoría de aceptable; tal como muestra la tabla y figura. En dimensión prestación de servicio la cual cuenta con trece ítems la media fue (47,2 pts.) (s = +/- 11,1 pts.) De 65pts.como máximo de la sumatoria de esta dimensión, el cual representa un valor superior al punto de corte [33 pts. (32,5 pts.)]; por lo que se asume que la satisfacción del familiar o los cuidados percibidos son positivas y/o favorables. Situación similar acontece en las dimensión percepción física, media de (16,1 pts.) (s = +/- 4,2 pts.), y velocidad de respuesta y seguridad (18,8 pts.) (s = +/- 4 pts.) y (18,8 pts.) (s = +/- 4,5 pts.), respectivamente; cada dimensión cuenta con cinco enunciados con puntaje máximo esperado de 25, los hallazgos muestran promedios superior al punto de corte [13 pts. (12,5 pts.)], expresando percepciones

positivas y finalmente en la dimensión empatía la cual cuenta con cuatro enunciados, también se obtuvo puntaje promedio. (15,2 pts.) (s = +/- 3,5 pts.), valor superior al punto de corte (10 pts.), lo expresa que los familiares se encuentran satisfechos con la empatía que muestran el profesional. De manera global la percepción del familiar frente la atención de enfermería obtuvo media de (116,2 pts.) (s = +/- 22,9 pts.), superior a lo ideal de 80 pts. Lo que indica, los cuidados son aceptables

Realizando la valoración general a modo categórico sobre la satisfacción percibida por familiares frente la atención de enfermería, se pudo determinar que, el mayor porcentaje, manifestaron moderada satisfacción [56,4% (163)]; asimismo, [21,8% (22)] de estos familiares manifestó satisfacción elevada u cuidado óptimos, sin embargo, porcentaje similar refieren que se siente insatisfechos.

Al contrastar la diferencia de grupos o categorías, en la percepción del familiar frente a la atención de enfermería se obtuvo mayor predominio del nivel de satisfacción moderado o calidad de atención aceptable (56,4%) , asimismo con porcentaje similar de 21,8% el nivel, insatisfecho / inaceptable e ideal .

A través de la prueba Bondad de ajustes de chi cuadrado de Pearson, se obtuvo [$\chi^2 = 14,77$, superior a 2 gl (5,99)], asimismo el p valor fue significativo ($p < 0,001$), menor al 5% (0,05) de error alfa; por lo que hay evidencia científica para rechazar la hipótesis nula y aceptar la de investigación, que asevera la diferencia de porcentajes entre las categorías de satisfacción, es decir que la

percepción de satisfacción familiar frente a la atención de enfermería es significativamente moderada

Estudios relacionados como el de Jimenez y Villegas (2010), realizado en un hospital del IMSS, reporto un 28 % de insatisfacción en la atención de enfermería, otro estudio realizado por Ortiz Espinoza R, et al, 2010 reporto cifras más bajas con respecto a la insatisfacción en la atención de enfermería 15%. Se encontró que la edad promedio de la población oscilaba entre los 31 y 50 años, esto represento el 50.3% de los participantes ($f=77$), cabe señalar que no se encontró relación para percibir la calidad de atención de enfermería por el familiar acompañante. Por otro lado, el 71.9% eran casados ($f=10$). Con relación al nivel educativo un 41.2% ($f=63$) señalo contar con un nivel de primaria seguido por un 34.6% ($f=53$) para el nivel de secundaria; se encontró que en el estado civil, los familiares acompañantes que se encontraron casados percibieron que la atención de enfermería fue satisfactoria reportando X^2 6.01 con una $P=01$.

CONCLUSIONES

En general conocer cómo percibe el familiar acompañante el cuidado de enfermería, permite encontrar soluciones y aumentar nuestra calidad de servicio. Los resultados encontrados en este estudio son similares a los estudios relacionados encontrados sobre la atención de enfermería, sin embargo, tenemos el reto de lograr un verdadero cambio, que se manifieste en una calidad de servicio y que tanto el familiar acompañante como el paciente, manifiesten confianza y seguridad en nuestro cuidado, identificándonos como profesionales de la salud.

El cuidado de enfermería puede percibirse en la respuesta humana del paciente y familiar acompañante y ellos esperan un trato digno por todo el personal multidisciplinario de salud, es por eso que debemos estar alertas a proporcionar cuidados de calidad al paciente y esto se ve reflejado en la satisfacción familiar.

Las dimensiones de amabilidad, trato personal y oportunidad o tiempos largos de espera por la atención, tiene un alto porcentaje de modificar la percepción del familiar.

El área más afectada en la atención en el servicio de emergencia de dicho nosocomio, es la comodidad, factor importante para el bienestar del paciente, cabe mencionar que esta actividad es una responsabilidad compartida con el equipo multidisciplinario del hospital.

RECOMENDACIONES

En base a los hallazgos se recomienda realizar otros estudios en los que la muestra de estudio incluya otros hospitales del sector salud, que permita una mejor representación de la población, así como de la percepción sobre la atención de enfermería en diferentes hospitales.

También se recomienda que para futuros estudios sobre la atención de enfermería se utilicen diversos instrumentos para lograr capturar mayor información sobre la población y su percepción sobre los diferentes factores que señalen de qué manera se otorga esta atención en los hospitales.

Al igual como indagar sobre las posibles direcciones de asociaciones adicionales entre la percepción del familiar acompañante y las diferentes variables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. González Nerea, Quintana José M., Bilbao Amaia, Esteban Cristóbal, San Sebastián José Antonio, De la Sierra Emilio, estudiaron; “Satisfacción de los usuarios de 4 hospitales del Servicio Vasco de Salud”. Junio 2008. Disponible en; http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000300006&lang=pt Visitado el 10 de noviembre del 2009
2. Polizer Regiane, D'Innocenzo Maria. “La satisfacción del cliente en la evaluación de los cuidados de enfermería” 2006. Disponible en; http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400014&lang=pt visitado el 15 de noviembre del 2009.
3. Lima de Oliveira Acacia María; Brito Guirardello Edinêis de. “La satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería: comparación entre dos hospitales de Sao Paulo”. 2006. Disponible en; http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100010&lang=pt visitado el 15 de noviembre del 2009.
4. Alves de Paiva Sonia Maria, Ribas Gomes Elizabeth Laus. “Atención hospitalaria: evaluación de la satisfacción de los usuarios durante la estancia hospitalaria” 2007. Disponible en; http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500014. Visitado el 16 de noviembre del 2009.
5. Granado de la Orden Susana, Rodríguez Rieiro Cristina, Olmedo Lucerón María del Carmen, Chacón García Ana, Vigil Escribano Dolores y Rodríguez Pérez Paz. “Diseño y validación de un

cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006”.

Disponible en;

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000600007&lang=pt)

57272007000600007&lang=pt

visitado el 16 de noviembre del 2009.

6. Cornejo r. Miguel A., Calidad Total. México: Ed. Gráfica Ricalde: 2000 p. 1.
7. Gilmore Carol M. Manual de Gerencia de la Calidad OMS-OPS. España: Ed. Interamericana: 2000 p. 10-11.
8. Meneses Raúl. La Educación en el Umbral del Siglo XXI. Lima, Perú: Ed. Proserva: 1998.
9. Centro Empresarial Latino Americano (CELA) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Gestión de la Calidad de los Servicios de Salud. Módulo II (Planeamiento y Gerencia de la Calidad) Lima, Perú 2005.
10. Leebow W. Manual de los Administradores de Salud para el mejoramiento continuo. Colombia: Ed. Guadalupe: 1997.
11. Andía Cuauhtémoc. Administración y Calidad 3ª ed. México: Ed. Limusa S.A.: 1998.
12. Centro Empresarial Latino Americano (CELA) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Módulo IV (Indicadores de Gestión): Lima, Perú: 2005 p. 35.
13. Cornejo R. Miguel A. Excelencia la nueva competencia. México: 2006 p. 47.

14. Ministerio de Salud (MINSA). Proyecto de Salud Materno Perinatal (Proyecto 2000). Manual de Comunicación Interpersonal para la Calidad de Atención y la Satisfacción de los Usuarios. Lima, Perú: Ed. Gráfica S.A.: 1998.
15. Ruelas B. Los Paradigmas de la Calidad en la Atención Médica Proyecto 2000. Ministerio de Salud. México Interamericana 2000 p. 40.
16. Ministerio de Salud (MINSA). Dirección de Gerencia de la Calidad y Acreditación. Standares de Calidad para el Primer Nivel de Atención en Salud. Lima, Perú: Julio 2002 p. 10-13.
17. Ministerio de Salud (MINSA). Sistema Nacional de Gestión de la Calidad en Salud. Guía Metodológica para la elaboración del Programa de Gestión de la Calidad. Lima, Perú: 2002 p. 21.
18. Cantu Delgado H. Desarrollo de una Cultura de Calidad 2^a ed. México: Ed. S.A.: 2000.
19. Centro Empresarial Latino Americano (CELA) Universidad Nacional Mayor de San Marcos Módulo V (Mejoramiento de la Satisfacción del Cliente) Lima, Perú: 2005.
20. Miller F., Newman J., Murphy G., Mariani E. La Resolución de problemas y el mejoramiento de procesos como medios para lograr calidad. E.U.A.: 1997 p. 1-4.
21. Centro Empresarial Latino Americano (CELA) Universidad Nacional Mayor de San Marcos Módulo I (Modelo de Gestión de la Calidad) Lima, Perú: 2005 p. 4.

22. Thompson Ivan. La Satisfacción del Cliente [en línea] Texas EE.UU.http://www.promonegocios.net/mercadotecnia/satisfaccion_cliente.htm [consulta 20 noviembre 2009].
23. Zas R. Bárbara. La Satisfacción como indicador de Excelencia en la Calidad de los Servicios [en línea] Cuba: <http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/arzasros02.htm>. [consulta 20 noviembre 2009].
24. Ariza O. Claudia. Satisfacción del Cuidado de Enfermería en el paciente cardíaco [en línea] Bogotá, Colombia: <http://www.medware.d/enfermeria/htm>. [consulta 20 noviembre 2009].
25. Lizarzabal M., Añez M., Romero G. La Satisfacción del usuario como indicador de calidad en el servicio de gastroenterología: Hospital Universitario de Maracaibo. [en línea] Maracaibo, Venezuela: <http://www.gerenciasalud.com/art489.htm>. [20 noviembre 2009]
26. Chiavenato Idalberto. Gestión del Talento Humano Bogotá, Colombia: Ed. Mc Graw Hill: 2003 p. 201.
27. Sánchez F. y colaboradores. Guía de intervención de Enfermería basada en la evidencia científica Gerencia. Colombia: Ed. Carreta: 1998.
28. Potter P. Fundamentos de Enfermería 5ª ed. España: Ed. Harcourt/Océano: 2003 p. 6.
29. Marrimer A., Tomey – Manual para Administración de Enfermería. 4ª ed. México: Ed. Interamericana: 1998 Cap. 17 p. 284.

30. Iyer P., Taptich B., Bernocchi D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería 2ª ed. España. Ed. Interamericana Mc Graw Hill: 1998 p. 134.
31. Ardowin J., Bustos CL, Jarpa M. La Jerarquía de las Necesidades, según Maslow [en línea] Perú: <http://www.apsique.com/tiki-index.php.page-pers-masjn>. [consulta 20 noviembre 2009].
32. Jamen C. Coleman., Jamen N., Butcher. Robert C., Carson. Psicología de la Anormalidad y Vida. 2ª ed. México: Ed. Trillas: 1999.
33. Huber, Diane – Liderazgo y Administración en Enfermería. México: Ed. Mc Graw Hill. Interamericana: 1999.
34. Kozier B., Erb. Glenora, Olivieri R. Enfermería Fundamental. 4ª ed. Tomo 1 España: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana: 1997.
35. Potter P. Fundamentos de Enfermería. 3ª ed. España: Ed. Harcourt: 1998.
36. Robbins Stephen. Comportamiento Organizacional 8ª ed. México: Ed. Tipográfica Barsa: 1998.
37. David Keith y Col. Comportamiento Humano en el Trabajo. 8ª ed. México: Ed. Litográfica Ingramex: 1997.
38. Aybar Nelly. Administración de los Servicios de Enfermería. Lima, Perú: 1999.
39. Serrano del Rosal Rafael; Lorient Arín Nuria, “La anatomía de la satisfacción del paciente” 2008. Disponible en; http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200010&lang=pt visitado el 20 de noviembre del 2009.

40. Massip Pérez Coralía; Ortiz Reyes Rosa María; Llantá Abreu María del Carmen; Peña Fortes Madai; Infante Ochoa Idalmis. "La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad". 2008 La Habana. Disponible en; http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lang=pt visitado el 20 de noviembre del 2009.
41. Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16:899-909.
42. Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 1996; 24: 988-996.
43. Watson J. *Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing* New York: National League of Nursing, 1988. p. 158.
44. Watson J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Consultado: el 24 de agosto de 2007.
45. Barnhart D et al. Watson J. Filosofía y ciencia de la asistencia. En: Marriner Tomey A, y Raile Alligood M. *Modelos y teorías de enfermería*. 3ª edición Madrid: Harcourt brace. 1994. p. 151.
46. Grupo de cuidado. Avances conceptuales del Grupo de Cuidado. En: *Dimensiones de cuidado*. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos.

2000. p. 4 –13.

47. Alvis T, Moreno M, Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2002. p. 207-216.
48. Rivera LN y Triana A. Percepción de comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. Rev. Av. Enferm, 2007; 25(1):54 – 66.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE ENFERMERÍA

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA
EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

ANEXO Nº 01
OPINIONARIO SERVQUAL ADAPTADO

INTRODUCCIÓN:

Con el propósito de mejorar calidad de atención de enfermería que se brinda en el servicio de emergencia, le solicito a Ud. Se sirva responder este cuestionario, para ello se le pide no poner su nombre ya que es anónimo.

INSTRUCCIONES:

Sírvase marcar con un aspa (X) la alternativa que Ud. Crea conveniente, Recuerde que no hay respuestas buenas o malas, pero si es importante que responda todas las preguntas.

I. DATOS GENERALES:

1. Sexo del entrevistado:
Masculino () Femenino ()
2. Edad:
15-25 años () 26-35 años () 36- a más ()
3. Grado de Instrucción
Primaria () Secundaria () Superior ()
4. Estado civil
Casado () Divorciada () Madre o padre soltera ()
5. Número de atenciones en emergencia.
Primera vez. ()
Reingreso 2 – 3 ()
Reingreso 4 a más ()
6. Días de hospitalización: _____
7. Motivo de atención en el servicio:
Diagnóstico clínico ()

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

II. DATOS ESPECÍFICOS.

ÍTEMS	VALORACIÓN				
PERCEPCIÓN FÍSICA.					
1. Los equipos utilizados en el servicio son suficientes y modernos.					
2. Las instalaciones que Ud. Ve son atractivas, cuidadas y aptas para la atención de su paciente.					
3. Las profesionales de enfermería transmiten acercamiento en sus expresiones no verbales.					
4. Los materiales asociados con el servicio (panfletos, tarjetas, avisos, periódico mural, etc.) son atractivos a la vista.					
5. Existen materiales suficientes para la prestación de servicios al paciente.					
PRESTACIÓN DE SERVICIO.					
1. Cuando prometen hacer algo en un cierto tiempo, lo cumplen.					
2. Se dedica el tiempo necesario y suficiente para brindar atención según la necesidad de su paciente.					
3. Las acciones en la que Ud. Participa es adecuado a la situación de salud de paciente.					
4. Los materiales y los equipos se utilizan de manera adecuada.					
5. El servicio que recibe responde a las expectativas que Ud. Tenía del servicio.					
6. Usted obtiene el servicio que esperaba.					
7. El tipo de atención que aplica la enfermera le satisface					
8. La atención es oportuna e igual con todos los pacientes.					
9. La enfermera demuestra competencia asistencial para el servicio del que Ud. Es usuario.					
10. La enfermera demuestra competencia educativa para el servicio de Ud. Como usuario.					
11. La enfermera demuestra capacidad para responder a sus preguntas.					
12. La enfermera se desempeña en el servicio correctamente a su primera impresión.					
13. La enfermera muestra flexibilidad y competencia para hacer frente a imprevistos y dificultades.					
VELOCIDAD DE RESPUESTA.					
1. El tiempo que Ud. Espera para obtener un servicio es satisfactorio.					
2. Obtuvo la atención según la fecha y horario ofrecido					
3. Tuvo información del tiempo necesario para obtener el servicio					
4. Las enfermeras demuestran competencia para ofrecer un servicio oportunamente.					
5. Cuando necesité resolver algunas dudas posteriores a la					

prestación del servicio obtuvo respuestas rápidas y adecuadas.					
SEGURIDAD.					
1. El profesional de enfermería demuestra amabilidad y buen trato.					
2. Las enfermeras demuestran acercamiento y disponibilidad hacia sus requerimientos.					
3. Las enfermeras muestran actitudes de competencia para organizar su servicio.					
4. Las enfermeras muestran actitudes de igualdad de género.					
5. El comportamiento del profesional de enfermería inspira confianza.					
EMPATÍA.					
1. El servicio ofrece horarios de visitas convenientes para todos los usuarios.					
2. Ud. Piensa que el servicio se muestra disponible a atender sus intereses.					
3. Ud. Piensa que puede obtener un servicio personalizado.					
4. Ud. Piensa que el servicio entiende sus necesidades específicas.					

