

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN” HUANUCO

FACULTAD DE ENFERMERIA

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA
EMERGENCIAS Y DESASTRES**



INFORME DE TESIS

**GRADO DE SATISFACCION DE LOS FAMILIARES DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS, SOBRE LA ATENCION DE
LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA HOSPITAL ESSALUD II HUANUCO 2015**

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

TESISTAS:

Lic. Enf. Elena Isabel VARGAS Y BARRUETA

Lic. Enf. Melania YALICO TRUJILLO.

Lic. Enf. Hernán POZO JUIPIA.

ASESORA: Dra. Nancy Veramendi Villavicencios

HUANUCO – PERU

2015

**GRADO DE SATISFACCION DE LOS FAMILIARES DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS, SOBRE LA ATENCION DE
LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA HOSPITAL ESSALUD II HUANUCO 2015.**

DEDICATORIA

A Dios, quien nos provee la vida y la salud, por su infinita bondad para seguir compartiendo con nuestros seres queridos y alcanzar nuestros éxitos.

LAS AUTORAS.

El presente estudio lo dedicamos a nuestras familias por el estímulo que nos dieron en todo momento, su paciencia y su apoyo incondicional para seguir adelante y lograr nuestra superación.

Elena Isabel, Melania y Hernán

Las Autoras

AGRADECIMIENTO

Gratitud eterna a los que contribuyeron a este esfuerzo:

- A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, templo del saber, cuyas paredes son testigos de nuestras superación
- A los docentes de la Facultad de enfermería, por habernos brindado sus conocimientos en bien de nuestra formación profesional.
- A nuestro asesor Dra. Nancy Veramendi Villavicencios por el apoyo incondicional y su tiempo en el asesoramiento del presente trabajo.
- A la dirección del Hospital y a las colegas enfermeras del hospital ESSALUD Huanuco quienes nos brindaron su apoyo incondicional para la realización de este presente estudio sin ello no hubiera sido posible la realización de esta tesis.
- A los familiares de los pacientes hospitalizados por aceptar y colaborar en la realización del presente trabajo de investigación sin ellos no hubiese sido posible cumplir nuestro objetivo.

LAS AUTORAS

RESUMEN

La presente investigación es no experimental, descriptivo – observacional, transversal, cuyo objetivo fue determinar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados, sobre el servicio de atención de los Profesionales de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital ESSALUD Huánuco, Huánuco 2015. La población muestral estuvo constituida por 30 familiares. Se utilizó la técnica de la encuesta. A la muestra se aplicó un Cuestionario sobre satisfacción (Anexo 01). Para el Análisis Descriptivo e hipótesis, se utilizó estadística de tendencia central y dispersión.

Del análisis se obtuvo el **nivel promedio de satisfacción** del familiar y se encontró que el **62%** (19 familiares) tienen un nivel de **satisfacción moderada**, el **24%** (07 familiares) tienen nivel de **satisfacción baja** y el **14%** (04 familiares) tienen nivel de **satisfacción Alta**.

La **mayor parte** de los familiares (**62%**) perciben una **satisfacción moderada** por el servicio recibido a sus parientes hospitalizados, por lo que **aceptamos** la hipótesis de nula (**Ho**) y rechazamos la hipótesis de investigación (**Hi**).

Palabras Clave: satisfacción familiar, investigación científica.

ABSTRACT

This research is not experimental, descriptive - observational, transverse, whose objective was to determine the degree of satisfaction of relatives of hospitalized patients, the service of Professional Nursing Service Emergency Hospital ESSALUD Huanuco 2015 . The sample population consisted of 30 families. The survey technique was used. A sample satisfaction Questionnaire (Annex 01) was applied. For descriptive analysis and hypothesis, statistics of central tendency and dispersion was used.

Analysis the average level of satisfaction of the family was obtained and found that 62% (19 families) have a moderate level of satisfaction, 24% (07 families) have level low satisfaction and 14% (04 families) have High level of satisfaction.

Most of the families (62%) perceive a moderate satisfaction with the service received their hospitalized relatives, so we accept the null hypothesis (Ho) and reject the research hypothesis (Hi).

Key words: family satisfaction, scientific research.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPITULO I	
1. MARCO TEORICO.....	11
1.1. Antecedentes Internacionales.....	11
1.2. Antecedentes Nacionales.....	21
1.3. Antecedentes locales.....	33
1.4. Base Conceptuales.....	45
1.5. Objetivos de la investigación.....	55
1.6. Hipótesis de investigación.....	56
1.7. Variables.....	57
1.8. Definición de Términos.....	58
CAPITULO II	
2. MARCO METODOLOGICO.....	61
2.1. Ámbito de estudio.....	61
2.2. Población y Muestra.....	62

2.3. Tipo de Estudio.....	63
2.4. Diseño de investigación.....	64
2.5. Técnica e Instrumentos:.....	64
2.6. Procedimiento.....	66
2.7. Plan de tabulación y análisis de datos.....	67
CAPITULO III	
3. RESULTADOS.....	68
3.1 Análisis Descriptivo.....	68
3.2 Comprobación de Hipótesis.....	79
3.3 Discusión.....	80
CONCLUSIONES.....	83
RECOMENDACIONES.....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	89
BIBLIOGRAFIA.....	94
ANEXOS.....	95

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define familia como “los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”. En una familia los miembros interaccionan en una diversidad de roles que surgen de las necesidades individuales y de los del grupo de su entorno (padres, hijos, etc.). La enfermedad es un miembro de la familia puede causar grandes cambios provocando en ella un alto riesgo de inadaptación entrando en un estado de crisis y en una experiencia emocionalmente muy dolorosa.

El paciente y la familia, ante una emergencia se encuentran en situación de desesperanza e impotencia; son abatidos por la angustia, el miedo a la muerte y al futuro incierto, donde los sentimientos se ven alterados por el alto grado de complejidad técnica que los rodea y la falta de comunicación con el personal asistencial del servicio de emergencia.

En general, los estudios de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, se identifican como una herramienta útil para conocer la imagen que tienen los usuarios de los centros de salud y muchas veces sirven de punto de partida para mejorar la calidad de los servicios y pueden así revertir en un aumento de la satisfacción de los usuarios.

El propósito de la presente investigación está orientado a generar conocimiento científico actualizado sobre las actitudes que debe considerar el personal asistencial de enfermería en la atención al paciente hospitalizado en el Servicio de Emergencia del Hospital Es Salud Huánuco y que le sirva de base para fortalecer sus estrategias e permanentemente la satisfacción del familiar.

Para una mejor explicación el trabajo se dividió en tres (03) capítulos siendo de la siguiente manera:

En el Primer Capítulo el Marco Teórico donde se consignó los antecedentes, las bases teóricas, los objetivos, las hipótesis y las variables.

En el Segundo Capítulo se considera: el ámbito de estudio, la población tipo de estudio, el diseño de investigación, las técnicas e instrumento, los procedimientos y plan de tabulación de datos.

En el Tercer Capítulo hemos consignado los resultados, la discusión, las conclusiones, las recomendaciones, referencias bibliográficas y sus anexos.

Las Autoras.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

En el Servicio de EMERGENCIA se reciben y atienden a todo paciente cuyo estado de salud se considere en peligro, corre el riesgo su vida y por lo que requiere atención inmediata. La familia cumple un rol muy importante en el entorno del paciente y se puede percibir en ellos trastornos a nivel emocional y social, económico y otros, más en algunos casos lamentables, ellos también precisaran de un proceso de adaptación a todo lo que desarrollándose por lo que ellos también, pasaran a convertirse luego en sujetos de cuidados.

Según el documento técnico de Política Nacional de Calidad en Salud (MINSU) refiere que la gestión de la calidad es uno de los principales retos para todo sistema de salud, habiendo logrado un adecuado desarrollo y cuentan para ello con recursos, observándose signos de creciente preocupación por la calidad de atención brindada.

1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En España, Pérez-Tirado, L. ⁽¹⁾ et al, el 2009 en su Artículo Titulado “Evaluación de la Satisfacción de los Familiares en las Urgencias Pediátricas” refiere que su objetivo es de: Determinar el grado de satisfacción de los familiares usuarios del servicio de urgencias pediátricas, identificar factores que puedan influir en la satisfacción y establecer las áreas de mejora. En los servicios de urgencias tienen especial relevancia los aspectos relacionados con

la información y el soporte emocional que se presta a los familiares o a los acompañantes y a los propios pacientes y esto incide de forma muy importante en su nivel de satisfacción. Entendemos por satisfacción “un estado o sentimiento positivo percibido por la persona” que desemboca en un aumento de la calidad de vida (objeto del concepto amplio de salud defendido por la Organización Mundial de la Salud, que va mucho más allá de la mera ausencia de enfermedad)⁽²⁾ El hecho de que el reclamante más común en el hospital sea el acompañante nos lleva a contemplarlo específicamente como objeto esencial a la hora de plantear una atención de calidad⁽³⁾ . El servicio de urgencias es una unidad que somete a los miembros de la familia a una situación difícil, que provoca ansiedad y preocupación ⁽⁴⁾. Existe una necesidad de integrar y hacer participar al familiar durante todo el proceso asistencial ⁽⁴⁾. En general, los estudios de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud se identifican como una herramienta útil para conocer la imagen que tienen los pacientes de nuestros centros, si sirven de punto de partida para mejorar la calidad de esos servicios, y pueden así revertir en un aumento de la satisfacción de los usuarios ^(6,7). Los objetivos de nuestro estudio fueron determinar el grado de satisfacción de los familiares usuarios del servicio de urgencias pediátricas, identificar factores que puedan influir en la satisfacción y establecer las áreas de mejora.

En España, F. Llamas-Sánchez et al ⁽⁸⁾ el 2009 en su trabajo de investigación sobre las Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos dicen: Parece probado que el ingreso de un paciente en una Unidad de Cuidados Críticos (UCC) ocasiona unos trastornos a la familia a nivel psicológico y social que, en ocasiones, requieren de tratamiento especializado ^(9,10). En este sentido, se ha observado que los familiares precisan de un proceso de adaptación, durante el cual pasan a convertirse también en sujetos de cuidados ^(11,12). Es durante este proceso cuando los profesionales de enfermería pueden adquirir un papel relevante para identificar las necesidades de los familiares, aclararles dudas, y animarlos a superar sus miedos ^(13,14) Pero hay literatura que avala que tanto en el contexto español como en el internacional no aparecen estándares de atención a las familias claramente establecidos. El sistema sanitario, en general, está organizado sólo parcialmente en función de los usuarios ^(15,16), y con el objetivo de: Conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Críticos (UCC) y su satisfacción con la atención recibida. Diseño. Estudio observacional transversal. Ámbito de estudio. UCC del Hospital Virgen Macarena, ubicado en Sevilla. Sujetos de estudio. Doscientos sesenta y ocho familiares seleccionados mediante un muestreo aleatorio sistemático. Instrumento. Se elaboró una encuesta en base a la bibliografía. Resultados. En cuanto a la información, se evidenció la dificultad para tener acceso a ella fuera de las horas de las visitas y

para tener noticia de los cambios imprevistos en la evolución de los pacientes. Por otra parte, se detectaron elevados niveles de satisfacción con la atención recibida y con el trato de las enfermeras. No obstante, se observaron deficiencias en la identificación de todos los profesionales, el régimen de visitas, las condiciones físicas de la sala de espera y la intimidad en el entorno de cuidados del paciente. Conclusiones. Una de las principales necesidades de los familiares es pasar más tiempo con los pacientes. En cuanto a la información, debería revisarse su accesibilidad fuera del horario de visitas, y la que se ofrece sobre los cambios imprevistos en la evolución de los pacientes. Respecto a la satisfacción, en general, los familiares se mostraron altamente satisfechos con la atención recibida, sobre todo con el trato de las enfermeras. En cualquier caso, estas profesionales deberían favorecer la participación de la familia en los cuidados del paciente. Además, todas las áreas de mejora que se evidenciaron precisan de una urgente revisión, en especial, el régimen de visitas.

En Colombia - Antioquia, María Teresa Uribe Escalante, Carolina Muñoz Torres y Juliana Restrepo Ruiz.⁽¹⁷⁾ el 2004, en su trabajo de investigación "Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular" dicen: La familia, al igual que la persona enferma, está en crisis, se pregunta por el resultado y el pronóstico, por los procesos y procedimientos diagnósticos o terapéuticos, presenta conflictos o comportamientos de negación, racionalización, culpa,

ira, desesperanza o, en ocasiones, somatiza. La ansiedad, el temor, la pérdida de control, el agotamiento físico y mental son respuestas normales a una situación estresante.

Las teóricas en enfermería utilizan diferentes marcos de referencia y describen los procesos para obtener los datos de las familias, a través de la valoración de enfermería. Linda L. Delaney ⁽¹⁸⁾ le da mucha importancia a la familia; según ella, la enfermería contemporánea debe hacer énfasis en la unidad familiar como paciente. La familia sirve de amortiguador entre el individuo y la sociedad, es una protección psicosocial para sus miembros, es el vehículo principal para la transmisión de la cultura y la salud individual y se relaciona con las creencias, valores y deberes de cada uno. Según Evelyn Millis Duvall ⁽¹⁹⁾, cada familia tiene sus características que se expresan a lo largo de ocho etapas sucesivas, y describe los patrones normativos o deberes del desarrollo en el momento específico del ciclo vital familiar.

La investigación utilizó un abordaje cualitativo de tipo fenomenológico como filosofía que se interesa por el mundo vivido o experiencia subjetiva, con el fin de obtener conocimiento intersubjetivo, descriptivo y comprensivo de los sentimientos manifestados. Por lo tanto, con ella se buscó descubrir aspectos de una situación real de acuerdo con lo informado por los allegados.

De las 55 historias clínicas de pacientes hospitalizados en la UTI de la CUB consultadas por problemas CV, fueron seleccionadas

27 (julio 2002 a enero 2003), se localizaron 19 familiares de los 35 que figuraban en las historias. Los demás no se encontraron.

La mayoría de los informantes manifestó un gran aprecio por su familiar enfermo, lo que se interpreta con las categorías descritas. Se trataba del padre o la madre para muchos de ellos. Para algunos significaron el todo y todo; para otro, ejemplo de vida, y en las observaciones se destaca gran colaboración por parte de los familiares en su gran mayoría. Hubo evocaciones para algunos agradables porque su allegado se recuperó y gozaba de la salud. Para otros evocar fue algo triste que se manifestó con lágrimas porque ya se les ha muerto el familiar. Hay gran apego y admiración por el familiar enfermo; se destaca que hay lazos familiares fuertes, de interacción y afecto.

Los sentimientos más frecuentes generados durante la visita al familiar, fueron la percepción de muerte o deseos de descanso eterno, la tristeza, la esperanza y el dolor, y cada informante responde de forma diferente a ellos, de acuerdo con su estado de ánimo, la vivencia, el conocimiento de la situación y la cercanía del evento. Por ejemplo, cuando se les preguntó sobre su sentir, se observaron ansiedad, angustia, llanto, suspiros, seguridad al relatar, pausas, algunas más largas, evasión de la mirada, movimientos con las manos, disminución de la voz, aumento en el tono de la voz y rapidez en la descripción.

La familia es un sistema abierto y funciona como una unidad, así que las necesidades, los problemas de salud y los cambios

sociales de uno de sus miembros, afectan su estructura. Por lo tanto es el primer sistema de ayuda del enfermo ya que constituye su entorno más próximo por su cercanía emocional y puede llegar a convertirse en una ayuda terapéutica. A la familia hay que cuidarla durante las etapas de su desarrollo para evitar su desintegración, indiferencia y las crisis entre sus miembros.

En Colombia - En Santander. Luz Marina Bautista Rodríguez ⁽²⁰⁾ et al en su artículo Titulado PERCEPCION DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CRITICOS HOSPITALIZADOS RESPECTO A LA COMUNICACIÓN Y APOYO EMOCIONAL dicen en la introducción de su trabajo: **Introducción:** La familia cumple un papel importante en el entorno del paciente, la complejidad en los servicios de unidad de cuidados intensivos, generan en el núcleo familiar crisis emocional situacional manifestada en angustia y estrés. **Objetivo:** Evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal, y el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería durante la hospitalización en la unidad de cuidado intensivo de una clínica de IV nivel de la ciudad de Cúcuta. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 200 familiares; para la recolección de la información se utilizó el instrumento: (Percepción de los Familiares de los Pacientes Críticos), respecto a la intervención de Enfermería durante su Crisis Situacional. **Resultados:** La percepción global de

los familiares, es favorable en un 80% expresando una connotación positiva. **Discusión:** Los familiares de los pacientes ven la labor de enfermería como un comportamiento de cuidado humanizado centrado en la valoración del ser humano como un ser holístico, donde el cuidado brindado estuvo caracterizado por comportamientos como: la empatía, la comunicación efectiva, el afecto y el tacto. **Conclusiones:** Humanizar la unidad de cuidado intensivo permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, una familia participativa es una familia más sana con más herramientas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un paciente a los servicios de hospitalización crítica.

En Colombia, Enf. Ph.D Edelmira Castillo, ⁽²¹⁾ et al, el 2005 en su estudio de investigación Titulado “Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer” dicen. La satisfacción de los(as) usuarios(as) de los servicios de salud ha venido adquiriendo notable importancia como indicador de la calidad de la atención en salud desde la década de 1980⁽²²⁾. Para que la atención que brinda el personal de salud sea de calidad, requiere la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, de relación es interpersonales cálidas y de un ambiente físico agradable. Bobadilla y Martínez⁽²³⁾ encontraron que los indicadores estructurales de la satisfacción de las personas, tales como la planta física y la organización de la entidad y el acceso, se

asocian menos con el grado de satisfacción de los pacientes si se comparan con los indicadores de proceso, es decir aspectos técnicos e interpersonales. Varios autores^(24,25) encontraron que las relaciones interpersonales con el personal médico son un aspecto que influye considerablemente en la satisfacción con la atención de salud. Las expectativas que los pacientes tienen con respecto a la atención también tienen influencia en la satisfacción, la cual es menor cuando las expectativas son mayores. De la Cuesta ⁽²⁶⁾ describe tres elementos que caracterizan una relación satisfactoria con el médico desde la perspectiva de los pacientes. Estos elementos son: sentirse tratado y reconocido como persona, recibir información sobre la enfermedad y el cuidado, percibir interés por su recuperación de parte del médico.

La literatura de los países en desarrollo enfatiza en las relaciones en el cuidado como elemento central en la forma como la familia decide sobre su participación en los servicios de salud. En los países desarrollados, el flujo de información, las cualidades de la relación con el proveedor del cuidado y la competencia del proveedor del cuidado son elementos claves para lograr la participación de las familias en el cuidado y la satisfacción con el mismo.

Varios estudios en Estados Unidos muestran que las familias que cuidan a uno de sus miembros con una enfermedad crónica en el hogar informan experiencias que les facilitan y que dificultan su

tarea de cuidadores cuando la persona enferma presenta una crisis o es hospitalizada. Lo más importantes para estas familias es:

1. Que se les reconozca su experiencia e idoneidad para cuidar a la persona enferma.
2. Compartir las responsabilidades del cuidado en el hospital o institución de salud con los demás miembros del equipo de salud.
3. Que se les demuestre respeto, deseo de colaboración y confianza.
4. Recibir información del equipo de salud.

La información negativa o su falta son barreras para que la persona enferma y su familia obtengan un cuidado satisfactorio^(27,28).

Cuando las familias interactúan con el sistema de salud generalmente están preocupadas por la falta e inconsistencia en la información que se les da. Las familias desean que se les proporcionen informes completos y verdaderos pero en términos que puedan entender y en el momento en que los necesitan.

Otra inconformidad de la familia se presenta cuando el personal del hospital no proporciona al enfermo una atención excelente desde el punto de vista técnico y con la misma calidad humana que ellos lo hacen en casa. Es decir, la manera como se proporciona el cuidado al paciente es muy importante para la familia. El cuidado humano y personalizado ayuda a la familia a percibir que la atención que se brinda en el hospital es de calidad ⁽²⁹⁾ y por ende la hace estar satisfecha con ésta. Dada la importancia de la

satisfacción de los pacientes y de sus familiares en la evaluación de la calidad de los servicios de salud, este estudio se desarrolló con el objetivo de determinar la satisfacción de los familiares cuidadores de personas adultas y niños(as) que tienen cáncer con la atención en salud que recibe el familiar enfermo. Para medir la satisfacción se tuvo en cuenta la capacidad científico-técnica y las relaciones interpersonales del personal de la institución, las condiciones de las instalaciones, la información suministrada por el personal de la entidad y la oportunidad en la atención.

1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Lima Perú, Marky Bazán, Giuliana Andrea⁽³⁰⁾ el 2012, en su trabajo de investigación Satisfacción Según Percepción de los Padres y Cuidado Enfermero al Niño con Infección Respiratoria Aguda en el Hospital Nacional Dos de Mayo Diciembre 2012, dice: En nuestro país, uno de los principales indicadores en salud es la calidad de atención como derecho ciudadano, en donde el eje central de la atención es la satisfacción del usuario promoviendo la eficiencia, eficacia y humanidad en los servicios, aumentando así la cobertura y calidad; basado en uno de sus principales lineamientos de salud: "Priorizar y consolidar acciones basadas en la atención integral, haciendo énfasis en la promoción y prevención de la salud, tratando de disminuir riesgos y daños de los usuarios sobre todo de niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados, así también emanados de los enfoques internacionales que orientan a

reconocer la salud como derecho humano y su disfrute como condición inalienable e independiente de cualquier barrera y obstáculo que lo limite, reconociendo la calidad como característica intrínseca a este derecho”⁽³¹⁾

Según el documento técnico de Política Nacional de Calidad en Salud (MINSA) refiere que la gestión de la calidad es uno de los principales retos para todo sistema de salud, habiendo logrado un adecuado desarrollo y cuentan para ello con recursos, observándose signos de creciente preocupación por la calidad de atención brindada.

Esta situación es mucho más compleja en el sistema de salud de menor recurso, como es el caso de los hospitales del MINSA, donde en primer lugar se tienen que construir propuestas que orienten el desarrollo de la calidad de manera integral, eficaz y sostenible, esto obliga al MINSA a formular políticas públicas que orienten el comportamiento de las organizaciones de salud y demás actores hacia la mejora de la calidad de atención para que los usuarios se sientan satisfechos con el servicio recibido, evidenciado por la calidad.⁽³²⁾

Para los organismos internacionales y nacionales es una preocupación en el sector público enfrentar realidades muy parecidas y pese a los esfuerzos por brindar un mejor servicio, los usuarios siguen manifestando insatisfacción por la atención que

reciben, indicado en diversos estudios que revelan que el personal de salud, sobre todo de enfermería está omitiendo elementos sustanciales en la atención, principalmente en la relación enfermera-paciente, no consideran a la familia en lo preventivo – promocional, siendo un indicador para evaluar la intervención del cuidado, lo que proporciona información sobre la calidad percibida en diferentes aspectos, teniendo que reevaluarse la calidad del servicio de salud, lo que se logra cuando se tienen en cuenta normas, procedimientos y técnicas que satisfagan las necesidades y expectativas de la persona.

Es por ello que la calidad de los servicios de enfermería, se determina como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente, de acuerdo con los estándares de calidad para que el profesional de enfermería brinde un cuidado competente y responsable con el único propósito de lograr la satisfacción de los usuarios, la enfermera es aquella persona que identifica cuales son las necesidades y expectativas de los usuarios, ya que la calidad y el cuidado de enfermería generan impacto en la satisfacción del usuario, cubrir sus necesidades es función del equipo de salud, pero recae la mayor responsabilidad en el personal de enfermería, ya que son quienes realizan cuidados directos por más tiempo que cualquier otro trabajador de salud.⁽³³⁾

La enfermera debe tener en cuenta que el paciente y su familia son seres bio, psico, social y espiritual únicos, por lo tanto, la relación

interpersonal con el paciente y familia juega un papel decisivo en su recuperación, pues no solo se deben interpretar signos y síntomas o la expresión verbal del usuario, sino ser empáticas con una capacidad de reconocer y hasta cierto punto compartir las emociones y estados psicológicos de los usuarios, comprendiendo la significación de su conducta para cumplir las demandas del paciente y familia, sobretodo en personas que no tienen la capacidad de expresar lo que desean (menores de edad y personas con imposibilidad física y mental) de esta manera el cuidado que brinda la enfermera debe ser con calidad y calidez (trato humanizado) que al ser observado por los padres permiten generar satisfacción.⁽³⁴⁾

Durante la estancia hospitalaria de un familiar se observa que las enfermeras se acercan mayoritariamente para realizar procedimientos (administración del tratamiento, control de funciones vitales, procedimientos invasivos) y el tiempo dedicado a la interacción enfermera / paciente y familia para la educación y apoyo emocional es poco. Al interactuar con los padres de familia y preguntarles ¿Cómo era el cuidado que brindaba la enfermera? Mencionaron “las enfermeras de mayor edad son malas, no tienen paciencia con nuestros niños, cuando lloran nos gritan, cuando le preguntamos por la salud de nuestros hijos muchas veces nos dicen esperen un rato y ya no vuelven o nos contestan de mala manera”.

Lima Perú, Reyes Tiburcio Manuel⁽³⁵⁾ el 2013 en su trabajo de investigación Titulado Percepción de los familiares del paciente crítico acerca del apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, refieren: La familia es la primera célula social en el proceso de salud/enfermedad de sus miembros, todo proceso de enfermedad que afecte a uno de sus integrantes, altera, por lo general la estabilidad que disfrutan, obligándoles a ajustarse a la nueva situación. (Machado, 2007).

La salud no se centra en el individuo en sí, sino que trascienden y afectan a la familia como grupo. El interés del estudio consiste en clarificar hasta qué punto se percibe el apoyo psicosocial en la práctica profesional de enfermería; asimismo integrar al individuo y a su familia al proceso de cuidados se hace fundamental y se justifica en base a varios postulados. (Lastra, 2004).

La familia experimenta sentimientos y reacciones emocionales de diferente intensidad tales como miedo, ansiedad, culpa, enojo, angustia, entre otros; es decir afronta una crisis situacional de manera súbita ante la enfermedad de su pariente enfermo requiriendo para ello de una intervención oportuna de la enfermera, Por ello, el desarrollo científico y tecnológico de enfermería, no puede menoscabar el profundo sentido y espíritu humanitario del cuidado de enfermería que brinda a las personas y a la sociedad. Ya que con frecuencia se observa que el familiar expresa: “cuando le preguntamos a la enfermera ella está siempre atenta y nos

responde las dudas”, “se interesa por informarnos al momento de la visita”, “la enfermera me apoya con la visita porque me deja pasar aun en horarios no indicados” La familia percibe un aumento en la calidad del cuidado al proporcionarles una mayor información. En palabras de Lastra, 2004: “Las enfermeras debemos hacer un esfuerzo para ir integrando a los familiares en los cuidados básicos del paciente”.

Objetivo: Determinar la percepción de los familiares del paciente crítico sobre el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Material y métodos: El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, determinada mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario con 19 ítems, elaborado por los autores. Resultados: El 64% de los familiares percibe favorablemente el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la UCI y el 36% lo percibe en forma desfavorable. En relación al aspecto emocional, se encontró que en las dimensiones de comprensión y tolerancia en la visita, y escucha al familiar, el 96% tiene una percepción de favorable a muy favorable; asimismo en la dimensión de expresiones de afecto y apoyo, el 92% tiene también una percepción de favorable a muy favorable. En el aspecto instrumental, se evidencia que los familiares tienen una percepción de favorable a muy favorable en las dimensiones

de información sobre necesidades específicas y complementarias, información en forma clara y sencilla, e información sobre los medios diagnósticos con un 100%, 94% y 52% respectivamente. En relación a la solución de problemas específicos, se reporta que el 70% tiene una percepción de favorable a muy favorable en la dimensión de participación de los familiares en el cuidado del paciente. Por el contrario, el 60% tiene una percepción indiferente en la dimensión de información sobre requisitos para reposición de sangre, y el 50% tiene una percepción de desfavorable a muy desfavorable en la dimensión de flexibilidad en la visita a los familiares. Conclusión: Se concluye que la percepción que tienen los familiares del paciente crítico sobre el apoyo psicosocial que brinda la enfermera en la UCI es favorable.

Lima Perú, Moreno Cabello, Viviana Elida,⁽³⁶⁾ el 2009, en su trabajo de investigación Titulado “Nivel de satisfacción de la calidad de atención de enfermería de los padres de familia o acompañante del paciente pediátrico oncológico en el Servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas febrero-julio, 2009” en su resumen comentan: **Resumen:** En los últimos tiempos se ha iniciado una reforma de cambios en cuanto a la asistencia en salud, la implementación y el seguimiento a algunos indicadores estadísticos, en los cuidados de Enfermería registran una evaluación sobre situaciones de debilidad en la calidad del cuidado de enfermería. La evaluación de la satisfacción laboral de la

enfermera guarda una relación directa con aspectos de desarrollo, capacitación y actualización para el desempeño; así como condiciones laborales y ligada con el trato del personal. Un paciente pediátrico oncológico es aquel con alguna patología maligna el cual necesita cuidados altamente especializados y a la familia en conjunto, ya que suelen afrontar diversas situaciones de angustia no solo por el sufrimiento de tener a un hijo enfermo sino también de tener cáncer. De lo observado durante el ejercicio profesional, el paciente pediátrico oncológico y familia o acompañante expresa con poca frecuencia su satisfacción acerca de la atención recibida por parte del Profesional de Enfermería. Por lo tanto se hace necesarios que el profesional de Enfermería promueva un rol competente en la atención con calidad, permitiendo así incrementar el nivel de satisfacción acerca de la atención brindada. El estudio busca determinar el nivel de satisfacción de la calidad de atención de Enfermería de los padres de familia o acompañante del paciente pediátrico oncológico en el servicio de Emergencia. INEN Febrero-Julio 2009. Es un estudio cuantitativo, de nivel aplicativo de corte transversal; el estudio se realizó en el servicio de Emergencia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; se aplicó el método estadístico-descriptivo de corte transversal, se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista, y el instrumento empleado fue un cuestionario tipo Likert modificado; la población accesible estuvo conformada por los padres de familia o acompañante de los

pacientes pediátricos oncológicos que se encontraban hospitalizados en el servicio de Emergencia con una estadía mayor de 24 horas. El procesamiento de los datos se realizó mediante la asignación de valores para luego ser codificados y llevarlos a un paquete estadístico Excel. Los resultados obtenidos fueron que de un total de 60 padres de familia o acompañante entrevistados, 60% refieren un nivel de satisfacción medio, seguido de un 33% quienes refieren un nivel de satisfacción alto; con respecto a la dimensión de valoración de la atención de Enfermería se obtuvo 43% con un nivel de satisfacción medio, seguido de un 40% con un nivel de satisfacción alto y un significativo 17% con un nivel de satisfacción bajo; con respecto a la dimensión Interpersonal el 53% presenta un nivel de satisfacción medio, seguido de un 40% con un nivel de satisfacción alto y un mínimo 7% con un nivel de satisfacción bajo; con respecto a la dimensión Conocimiento el 73% refiere un nivel de satisfacción alto, el 23% con un nivel de satisfacción medio y un mínimo 4% con un nivel de satisfacción bajo.

En Lima Perú, Zavala Lizaraso, Gloria Isabel ⁽³⁷⁾ el año 2010. en su trabajo de investigación Titulado "NIVEL DE SATISFACCION DEL PACIENTE ADULTO MAYOR SOBRE EL CUIDADO QUE BRINDA LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO EN EL 2009" El "cuidar" la salud de las personas implica tener un amplio conocimiento y sustento teóricos de los fenómenos relativos a la salud y la

enfermedad, que es generado desde la propia disciplina de enfermería, a través de sus modelos y teorías y también desde el aporte de las ciencias relacionadas con el cuidado de los seres humano, por todo ello es que enfermería debe brindar un cuidado humanizado al adulto mayor.

El arte y ciencia de enfermería consiste en diagnosticar reacciones humanas ante problemas reales o potenciales de salud, con el objetivo de ayudarlo a enfrentar los efectos de sus problemas de salud, de tal modo pueda satisfacer sus necesidades en forma oportuna, segura, continua y con calidez, para alcanzar el funcionamiento óptimo de su organismo, por ello se ha señalado que: “La enfermera es el profesional mejor preparado para asumir la responsabilidad de la atención integral de la salud del adulto mayor, por las cualidades que posee como son la paciencia, delicadeza, sencillez, y transparencia, en su actuar basados en el conocimiento científico”⁽³⁸⁾

El personal de enfermería está capacitado para brindar atención en forma oportuna, segura, continua y humanística; basándose en los siguientes principios:“

- 1) El adulto mayor tiene derecho a la autodeterminación y lograr la independencia para participar en la satisfacción de sus necesidades.

2) El paciente adulto mayor debe ser considerado como un ser holístico por naturaleza donde influyen los factores fisiológicos, patológicos, psicológicos,⁽³⁹⁾ 4 sociales, económicos y ambientales en su bienestar,

3) La enfermería desempeña un papel importante en la optimización de la salud, mejorar la calidad de vida y lograr el bienestar del adulto mayor". En el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, trabajan 2 enfermeras y una enfermera jefe en cada turno que brindan cuidados a 40 pacientes, entre ellos Adultos Mayores con grado de dependencia II y III totalmente dependientes.

Se ha observado que el profesional de enfermería el mayor tiempo lo dedica a los pacientes con grado de dependencia III, se acerca al paciente adulto mayor para administrarle su tratamiento, realizar el control de funciones vitales y/o demás procedimientos invasivos; en cuanto al cuidado que brinda la enfermera, el paciente adulto mayor refiere: "...Cuando le pregunto algo me dice que espere y no me responde..." ; "...solo se acercan, durante el control de funciones vitales o para dar tratamiento..." El profesional de enfermería es la persona capaz de brindar al paciente adulto mayor un cuidado integral en la esfera física, emocional, social, cultural y espiritual; sin embargo se observa que solo son satisfechas sus necesidades básicas de la esfera física.

En Lima Perú, Tataje Reyes, Olga Rosa, el 2003 realizó un estudio titulado “Nivel de Satisfacción de la Puérpera Sobre la Atención que Brinda la Enfermera en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Noviembre 2003”⁽⁴⁰⁾.

La investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción de la puérpera sobre la atención que brinda la enferma. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, corte transversal y la población estuvo conformada por un total de 50 puérperas que salieron de alta en el mes Noviembre. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario, la técnica utilizada fue la entrevista. Llegando a las siguientes conclusiones:

“El nivel de satisfacción de la atención de la puérpera acerca de la atención que brinda la enfermera en el servicio de puerperio la mayoría 25 (50%) refiere satisfacción alto, 15 (30%) nivel medio, 10 (20%) nivel de satisfacción bajo, evidenciado esto principalmente por la relación de confianza apoyo emocional, conocimientos que brinda la enfermera”.

Estas investigaciones realizadas en el país son importantes ya que en base a los resultados en cada institución realizada conlleva a mejorar la atención que se brinda a las personas y también se considera fiable las investigaciones tomadas como antecedentes y de las cuales se tomó en cuenta porque tienen cierta relación con el objetivo del estudio, orientando a la elaboración del formulario para la recolección de los datos del presente trabajo.

1.3 ANTECEDENTES LOCALES

No se registraron antecedentes similares

BASES TEORICAS.

En la actualidad existen muchas teorías de enfermería que guían el trabajo del profesional de Enfermería, para conocer y entender al usuario del servicio de hospitalización, brindándole un cuidado de calidad.

Una de las teóricas, que propuso un modelo, el cual es un ejemplo de cómo recabar conocimientos de otras disciplinas para incluirlos en la enfermería, es el de Sor Callista Roy; quien ha sintetizado varias teorías, como las de sistema, tensión y adaptación, en una visión conjunta que explica la interacción de la persona con su medio.

Según Roy los hombres son seres biopsicosociales que existen en un entorno. El entorno y el yo transmiten tres clases de estímulos: focal, residual y contextual. Éstos inciden sobre los seres humanos y crean necesidades en uno o más modos de adaptación interrelacionados, como el concepto fisiológico de la propia identidad, la función de roles y la interdependencia. Mediante dos mecanismos de adaptación, llamados regulador y cognator, cada persona manifiesta respuestas adaptativas o ineficaces que requieren la intervención de la enfermería. El modelo de adaptación de Roy ha sido objeto de un desarrollo sólido. Destinado originalmente a la formación, su empleo en la investigación y el

ejercicio profesional ha desembocado en una aplicación mucho más amplia del mismo, con muchas validaciones empíricas y publicaciones escritas relacionadas. La obra de Roy es un modelo conceptual de la enfermería con varias teorías. Además Roy define con claridad a los estudiantes que el objetivo de la enfermería consiste en promover la adaptación del hombre a cada uno de los modos adaptativos tanto en la salud como durante la enfermedad.

Virginia Henderson ⁽⁴¹⁾ no cita directamente el contenido de sus supuestos, que solo aparecen implícitos. En la obra de esta autora aparece la adaptación de los siguientes supuestos a partir de las publicaciones originales.

Enfermería: La enfermera tiene una función única y primordial de ayuda a individuos sanos o enfermos. La enfermera ejerce como miembro de un equipo sanitario.

1. La enfermera actúa independientemente del médico, pero promueve su plan, si hay un médico de servicio. Henderson hizo hincapié en que la enfermera (por ejemplo, la comadrona) puede funcionar independientemente y debe hacerlo si es el miembro del equipo mejor preparado para la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar si la situación así lo requiere.
2. La enfermera posee conocimientos de los campos de las ciencias sociales u biológicas.
3. La enfermera puede evaluar necesidades humanas básicas.

4. Los 14 componentes de los cuidados de enfermería abarcan todas las posibles funciones de la enfermería.

Persona. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. La mente y el cuerpo de la persona son inseparables. El paciente requiere ayuda para procurar su independencia. El paciente y su familia conforman una unidad.

Los 14 componentes de la enfermería abarcan las necesidades del paciente.

Salud. La salud representa calidad de vida, requiere independencia e interdependencia y es básica para el funcionamiento del ser humano.

El fomento de la salud es más importante que el cuidado de la enfermedad.

Los individuos obtendrán o mantendrán la salud si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

Entorno. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Las enfermeras deben recibir formación sobre medidas de seguridad, deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes mecánicos y deben minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativas a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.

Los médicos hacen uso de las observaciones y los juicios de las enfermeras, sobre los cuales basan las prescripciones para el uso de dispositivos de protección.

Las enfermeras deben tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar peligros.

Afirmaciones teóricas.⁽⁴²⁾ La relación enfermera-paciente. Henderson identifica tres niveles en la relación enfermera-paciente, clasificados desde una relación muy dependiente hasta una relación independiente.

La enfermera como sustituto del paciente. En tiempos de una enfermedad grave, la enfermera es la sustituta de lo que le hace falta al paciente para sentirse completo, independiente, por carecer de fuerza física, voluntad o conocimiento. Henderson describe esta situación cuando dice que la enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el apego a la vida del suicida, la pierna del amputado, un medio de locomoción para el niño, conocimiento y seguridad para la madre joven, etc.

La enfermera como ayuda del paciente. En condiciones de convalecencia, la enfermera ayuda al paciente a adquirir o recuperar su independencia. Henderson afirma que la independencia es un término relativo, para explicarlo dice; *nadie de nosotros es independiente de los demás, pero luchamos por una interdependencia sana, no por una dependencia enfermiza.*

La enfermera como compañera del paciente. Como compañeros, la enfermera y el paciente idean juntos el Plan de cuidados. La enfermera debe ser capaz, no solo de valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y estados patológicos que las alteran. Henderson afirma que la enfermera debe *meterse en la piel* de cada uno de sus pacientes, para saber qué necesitan y ratificar con ellos las necesidades identificadas.

La enfermera puede modificar el entorno allí donde lo considere conveniente, para adaptar de forma saludable, la temperatura y la humedad, la luz y el color, las presiones gaseosas, los olores, el ruido, las impurezas químicas, los microorganismos, y en general hacer un mejor uso de las instalaciones disponibles. El fomento de la salud es otro objetivo importante para la enfermera; Henderson afirma que se gana más, ayudando a que cada hombre aprenda a estar sano, que preparando a los terapeutas más diestros para servir a los que están en crisis.

La relación enfermera-médico. Henderson insiste en que la enfermera tiene una función particular, diferente a la del médico. El Plan de cuidados formulado por la enfermera y el paciente, debe realizarse de tal forma que fomente y complemente el plan terapéutico prescrito por el médico.

La enfermera como miembro del equipo de salud.

La enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales de la salud, entre todos se ayudan para sacar adelante el programa de cuidados del paciente; pero uno no debe hacer el trabajo del otro.

Método lógico. Henderson parece haber utilizado el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Todo indica que dedujo su definición de enfermería y las 14 necesidades a partir de principios fisiológicos y psicológicos. Sus 14 necesidades básicas corresponden fielmente a la aceptada jerarquía de necesidades humanas de Maslow.

Ida Jean Orlando (1958-1972)

La teoría de Orlando ⁽⁴³⁾ enfoca la relación recíproca entre el paciente y la enfermera. Afirma que ambos son afectados por lo que el otro dice y hace. Esta autora ha contribuido a que las enfermeras actúen como seres pensantes, que razonen con lógica. Fue una de las primeras en llamar la atención sobre los elementos del proceso de Enfermería, y la vital importancia de la participación del paciente durante dicho proceso.

Para elaborar su teoría, Orlando sintetizó hechos detectados en sus observaciones. Convencida de que su teoría era válida, la aplicó a su trabajo con los pacientes, con las enfermeras y a la enseñanza. Reunió una considerable cantidad de datos antes de

construir su teoría; siguió un proceso de investigación cuantitativa para comprobar sus formulaciones principales.

Conceptos y definiciones principales. Los conceptos de Orlando se centran en situaciones inmediatas, pero muchos de ellos están definidos operativamente o al menos son susceptibles de tal tipo de definición.

Los conceptos principales contemplan la conducta del paciente, las reacciones y actividades de la enfermera, y la exploración de la enfermera para corregir o verificar su percepción de la conducta del paciente.

Conducta del paciente. Orlando asume que un paciente puede hallarse desamparado mientras recibe asistencia médica, ya que puede que no esté en condiciones de controlar todo cuanto sucede. Define que paciente puede ser toda persona que sufra una sensación de insuficiencia, que requiere de la asistencia de una enfermera, esté recibiendo o no, tratamiento médico.

Angustia y necesidad de ayuda. Estos conceptos Orlando los incorpora a las conductas de los pacientes. Define *necesidad de ayuda*, situacionalmente, como aquel requerimiento de un paciente que, si se satisface, alivia, o disminuye la angustia inmediata. Para determinar la necesidad de ayuda, la enfermera explora, junto al paciente, las reacciones y comportamiento de este.

Puede decirse que se ha producido una mejoría, si en la conducta del paciente se opera un cambio de orientación positiva después de haber determinado y satisfecho su necesidad inmediata de ayuda. La existencia o ausencia de mejoría puede determinarse comparando la conducta inmediata, verbal y no verbal, con la conducta demostrada al inicio del proceso. Por tanto, la mejoría es el resultado de la acción de enfermería y ofrece los parámetros para determinar si la necesidad de ayuda ha sido satisfecha.

Enfermera. Plantea Orlando, que la enfermera profesional es quien ofrece asistencia directa a los individuos donde quiera que se encuentren y con el propósito de evitar, aliviar, disminuir o eliminar su sensación de insuficiencia y desamparo.

Acción de enfermería. Para esta autora, una acción de enfermería es cualquier cosa que la enfermera diga o haga. El concepto de acción de enfermería no se limita al contacto enfermera-paciente: se refiere, además, al contacto con otras enfermeras y médicos.

Modelos para la atención de enfermería a la familia

Models de las autoras Christensen, P. J. y Kenney, J. W. publicado en 1990. El trabajo que se presenta a continuación es el fruto de la traducción libre de algunos capítulos de Nursing Process. Application of Conceptual Estos modelos, que son utilizados en algunos países para la práctica y la educación de enfermería, enfocan la intervención en la familia desde diferentes puntos de

vistas, cada uno de ellos constituye una visión interesante, que les propongo analizar.

Son cuatro los modelos:

1. Modelo de interacción familiar de Virginia Satir. (1972)
2. Modelo de desarrollo familiar de Evelyn Duvall. (1977)
3. Modelo estructural funcional de la familia de Marilyn Friedman. (1986).
4. Modelo familiar de un grupo de profesoras de la Universidad de Calgary, Canadá. (1980).

Modelo de interacción familiar

Este modelo de Virginia Satir ⁽⁴⁴⁾ (1972), plantea que la interrelación de la salud familiar depende de la habilidad de la familia para entender los sentimientos, necesidades y comportamiento de sus miembros. Satir opina que una familia saludable, ayuda a sus miembros a conocerse entre sí, a través de la comunicación y de los eventos o situaciones que se dan en la vida.

La interrelación familiar promueve la confianza en sí mismo y la autovaloración en cada miembro; las familias saludables tienen esperanza en el futuro, confianza en los demás y sienten curiosidad acerca de lo que la sociedad puede ofrecerles. La familia funciona sobre bases de creciente producción y de una realidad orientada lo cual promueve una mayor intimidad entre sus miembros.

El modelo de familia saludable de Satir consiste en cuatro conceptos:

1. Valoración propia.
2. Comunicación.
3. Reglas o normas de comportamiento.
4. Interrelación con la sociedad.

Este modelo no incluye estructura, funciones y nivel de desarrollo familiar.

Modelo de desarrollo familiar

Evelyn Duvall ⁽⁴⁵⁾(1977) organiza la evolución de la familia y proporciona una guía para examinar y analizar los cambios y tareas básicas comunes en la evolución de la mayoría de las familias durante su ciclo de vida, aunque cada familia tiene características únicas y patrones normativos de evolución secuencial.

Las etapas de evolución de la familia están marcadas por la edad del niño mayor, aunque existen algunas etapas que se superponen cuando hay varios niños en la familia.

Etapas I. Origen de la familia. Comienza con el matrimonio cuando se establece una relación mutuamente satisfactoria. Las tareas de la pareja estarán centradas en la formación de una relación íntima y el balance entre ellos, planificación de la familia y establecimiento de relaciones armónicas con la familia (padres, suegros, hermanos

e hijos) y nuevos amigos. El embarazo y la preparación para el rol de padres son también tareas críticas durante esta etapa.

Etapa II. Parto temprano. Comienza con el nacimiento del primer hijo, transcurre desde que el niño es un recién nacido hasta cumplir los 3 meses, durante este tiempo las tareas de la familia se centran en la satisfacción de las necesidades y demandas del infante, al mismo tiempo que continúan como tareas el mantenimiento de la estabilidad y desarrollo del hogar. La responsabilidad de los roles de padre y madre es también una tarea fundamental de la etapa.

Etapa III. Familia con pre-escolar. Comienza con la adaptación de los padres a las demandas, intereses y necesidades del niño pre-escolar. Durante la adaptación a las necesidades del pre-escolar, los padres pueden sentir sus energías y privacidad reducidas con el nacimiento de otro hijo. Los padres experimentan un incremento de las responsabilidades en la crianza de sus hijos y la necesidad de mayor espacio en el hogar, así como la necesidad de más tiempo personal para mantener la intimidad y la comunicación como pareja.

Etapa IV. Familia con niños escolares. Comienza cuando los niños inician la escuela. Las tareas de la familia giran alrededor del ajuste de actividades comunitarias del niño y el mantenimiento y satisfacción de las relaciones materiales. Las tareas fundamentales incluyen un balance del tiempo y energía para satisfacer las demandas de trabajo, las necesidades y actividades de sus hijos, el

interés social del adulto y los requerimientos de la comunicación y armonía en las relaciones maternas y con parientes políticos.

Etapa V. Familia con adolescentes. Comienza cuando el niño se convierte en adolescente, en este momento se inicia una gran emancipación, con el desarrollo se va incrementando la independencia y autonomía del hijo. Las tareas fundamentales de esta etapa son: el mantenimiento de una comunicación abierta entre padres y adolescente, continúa las relaciones parentales, el establecimiento de intereses externos a medida que el adolescente se separa del hogar.

Etapa VI. Salir del centro familiar. Comienza cuando el primer hijo abandona el hogar y termina cuando el último hijo se ha ido. Ambos padres deben preparar a sus hijos para vivir independientemente y al mismo tiempo, aceptar la salida del hogar. Después que los hijos hayan partido, los padres deben reorganizar y restablecer la unidad familiar.

Los roles de esposo y esposa cambian durante este período, con el nacimiento de los nietos el rol de padres y su propia imagen requieren algunos acondicionamientos familiares.

Etapa VII. Edad madura de la familia. Comienza después que los hijos hayan abandonado el hogar. Cuando la familia llega a la edad madura, los padres tienen más tiempo e independencia para cultivar los intereses sociales y comodidad. Este período también

es una etapa para reedificar el matrimonio y el mantenimiento de relaciones entre ambos, con los padres envejecidos, con los nietos y otros familiares; además, deben prepararse para la jubilación, ocuparse del mantenimiento de la salud física y emocional. La actividad profesional es otra tarea de esta etapa.

Etapa VIII. Maduración familiar. Comienza con la jubilación de uno de los esposos y continúa hasta la muerte de ambos. Las tareas fundamentales de esta etapa son: el mantenimiento de suficiente energía y motivación para realizar actividades agradables con una posible limitación financiera y de salud, aceptar cambios en el estilo de vida y la muerte del cónyuge y amigos. En este período la pareja puede cerrar el hogar y trasladarse a una comunidad de jubilados.

1.4. BASES CONCEPTUALES.

CONCEPTO DE SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO ⁽⁴⁶⁾ La satisfacción en el trabajo es en la actualidad uno de los temas más relevantes en la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Existe un gran interés por comprender el fenómeno de la satisfacción o de la insatisfacción en el trabajo. Sin embargo, resulta paradójico que, a pesar de la espectacular proliferación de literatura científica sobre la satisfacción en el trabajo, no pueda hablarse, en cambio, de un progreso paralelo en las investigaciones, por cuanto los avances conseguidos resultan poco gratificantes y significativos.

La satisfacción en el trabajo viene siendo en los últimos años uno de los temas de especial interés en el ámbito de la investigación. Para Weinert (1985: 297-8) este interés se debe a varias razones, que tienen relación con el desarrollo histórico de las Teorías de la Organización, las cuales han experimentado cambios a lo largo del tiempo. Dicho autor propone las siguientes razones:

- a) Posible relación directa entre la productividad y la satisfacción del trabajo.
- b) Posibilidad y demostración de la relación negativa entre la satisfacción y las pérdidas horarias.
- c) Relación posible entre satisfacción y clima organizativo.
- d) Creciente sensibilidad de la dirección de la organización en relación con la importancia de las actitudes y de los sentimientos de los colaboradores en relación con el trabajo, el estilo de dirección, los superiores y toda la organización.
- e) Importancia creciente de la información sobre las actitudes, las ideas de valor y los objetivos de los colaboradores en relación con el trabajo del personal.
- f) Ponderación creciente de la calidad de vida en el trabajo como parte de la calidad de vida.

La satisfacción en el trabajo influye poderosamente sobre la satisfacción en la vida cotidiana.

El propio autor destaca cómo, en el conjunto de las organizaciones, aspectos psicológicos tan importantes como las reacciones afectivas y cognitivas despiertan en el seno de las mismas niveles de satisfacción e insatisfacción en el trabajo. “En este caso las reacciones y sentimientos del colaborador que trabaja en la organización frente a su situación laboral se consideran, por lo general, como actitudes. Sus aspectos afectivos y cognitivos, así como sus disposiciones de conducta frente al trabajo, al entorno laboral, a los colaboradores, a los superiores y al conjunto de la organización son los que despiertan mayor interés (la satisfacción en el trabajo como reacciones, sensaciones y sentimientos de un miembro de la organización frente a su trabajo)” (Esta concepción de la satisfacción en el trabajo como una actitud se distingue básicamente de la motivación para trabajar en que ésta última se refiere a disposiciones de conducta, es decir, a la clase y selección de conducta, así como a su fuerza e intensidad, mientras que la satisfacción se concentra en los sentimientos afectivos frente al trabajo y a las consecuencias posibles que se derivan de él. Weinert, 1985: 298).

Esta concepción de la satisfacción en el trabajo como una actitud se distingue básicamente de la motivación para trabajar en que ésta última se refiere a disposiciones de conducta, es decir, a la clase y selección de conducta, así como a su fuerza e intensidad, mientras que la satisfacción se concentra en los sentimientos

afectivos frente al trabajo y a las consecuencias posibles que se derivan de él.

Robbins (1996: 181) coincide con Weinert a la hora de definir la satisfacción en el puesto, centrándose básicamente, al igual que el anterior, en los niveles de satisfacción e insatisfacción sobre la proyección actitudinal de positivismo o negativismo, definiéndola “como la actitud general de un individuo hacia su trabajo. Una persona con un alto nivel de satisfacción en el puesto tiene actitudes positivas hacia el mismo; una persona que está insatisfecha con su puesto tiene actitudes negativas hacia él”.

CONCEPTO DE CUIDADO CENTRADO EN EL PACIENTE.

José Joaquín Mira, Jesús Aranaz ⁽⁴⁷⁾ en su trabajo de Investigación Titulada “La Satisfacción del Paciente como una Medida del Resultado de la Atención Sanitaria” dice sobre: El concepto de "cuidados centrados en el paciente" ⁽⁴⁸⁾ obedece a este nuevo planteamiento que parte precisamente de la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente y llama la atención sobre el papel activo en la toma de decisiones sobre su salud que los pacientes paulatinamente van adquiriendo. El "arte de la atención médica" se basa precisamente en el saber hacer del médico para superar la barrera que representa la asimetría de la información con el paciente. Por lo que la tradicional relación de agencia que se establece entre el médico y el paciente es compensada, parcialmente, cuando el clínico toma en cuenta las

preferencias de sus pacientes. No en vano se ha señalado que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente ⁽⁴⁸⁾. Ahora bien, los cambios sociales y tecnológicos acaecidos definen un espacio de relación diferente según la organización y prestaciones de los diferentes Sistemas de Salud. El rol del paciente no es el mismo en todos los casos y su participación en el Sistema Sanitario es muy variable. De acuerdo con Wensing y Grol ⁽⁴⁹⁾ podríamos establecer que los canales por los que un paciente participa en la actualidad en el Sistema Sanitario, por ejemplo de nuestro país, consistirían en : colaborar activamente durante la consulta brindando al médico información fiable sobre su salud, participar en actividades de educación y promoción de la salud, co-responsabilización en la toma de decisiones sobre su salud y en el seguimiento del tratamiento, realizar un uso racional de los recursos sanitarios, aportar sus puntos de vista sobre el funcionamiento del sistema sanitario (su organización y prestaciones) y participar en la evaluación de los resultados que se alcanzan manifestando su satisfacción o insatisfacción con los mismos, tanto desde el punto de vista asistencial como desde otros puntos de vista. Es sobre este último punto sobre el que se centra este trabajo de revisión en el que se abordará el concepto de la satisfacción del paciente desde la perspectiva de su utilidad como una medida de resultado de la actividad asistencial ("health outcome"). Este enfoque, menos común, resulta más relevante para el clínico y, por esta razón, se

abordará la definición del concepto de satisfacción desde diferentes puntos de vista, los factores del paciente y del médico que más influyen en la satisfacción, se presentarán una serie de recomendaciones metodológicas para realizar estas medidas y algunos de los datos más significativos sobre lo que opinan los pacientes. El enfoque que se presenta se centra en los datos sobre resultados con las intervenciones médicas, dejando un tanto de lado otros datos sobre aspectos de cortesía en el trato, hostelería o restauración que, siendo importantes, no serán objeto de análisis en este caso.

LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

En la última década se ha producido un notable auge de estudios encaminados a promover en los ciudadanos que utilizan los servicios de salud, una sensación de agrado con los cuidados recibidos. A lo que se suma la evidencia empírica de que la satisfacción del paciente es un indicador de su nivel de utilización de los servicios sanitarios y de su adecuado cumplimiento con las prescripciones médicas ⁽⁵⁰⁾. En la literatura es habitual encontrar estudios sobre la satisfacción del paciente con las condiciones de hospitalización o sobre la organización de las urgencias, las consultas, etc. Toda esta información tiene como objetivo identificar posibles áreas de mejora en los centros, pensando normalmente en la comodidad de los pacientes. Menos frecuente es hallar estudios sobre la satisfacción del paciente con los resultados

asistenciales alcanzados o sobre el proceso terapéutico aplicado. Los primeros en afirmar que la satisfacción del paciente es, ante todo, "una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente", fueron Koos⁶ y Donabedian⁷. Como tal medida de resultado ("health outcome") ha sido analizada desde diferentes perspectivas, observándose un paulatino cambio en su concepción. La literatura sobre la satisfacción del paciente es hoy día extensa y ostensiblemente orientada a la práctica habiéndose descuidado, hasta hace relativamente bien poco, los aspectos conceptuales y metodológicos. Normalmente la mayoría de las publicaciones, como se ha señalado, se centran en valoraciones de carácter general de la asistencia prestada y en la evaluación de aspectos más tangenciales de la asistencia sanitaria que, aunque muy importantes, están habitualmente más centrados en lo que podríamos denominar "amenidades" (hostelería, restauración, trato en Admisión, etc.). Por contra los estudios sobre satisfacción del paciente con los resultados de salud alcanzados, o sobre cómo se ha desarrollado un proceso asistencial específico, son mucho menos frecuentes. Pese a este hecho, asistimos en los últimos años a un creciente interés por medir la satisfacción del paciente, de tal modo que en los últimos 10 años el número de publicaciones aparecidas en revistas indexadas en el Medline sobre esta cuestión se ha multiplicado por 15 (figura 1). Este cambio cuantitativo se ha producido gracias a un cambio en el enfoque, de tal modo que estudios de marcado carácter clínico

abordan también, entre otras medidas, la opinión del paciente con el tratamiento y el resultado alcanzados. De este modo, empieza a percibirse un cambio y cada vez es más fácil encontrar que los estudios sobre eficacia comparada de distintos tratamientos incluyan junto a las medidas de efectividad y eficiencia otras sobre la satisfacción del paciente con el resultado alcanzado.

Qué entendemos por Satisfacción del Paciente ⁽⁵¹⁾ La satisfacción del paciente está considerada como un elemento deseable e importante de la actuación médica y, aunque intuitivamente el concepto es entendido por todos, no siempre existe acuerdo ni en lo que significa empíricamente ni en el significado de estas evaluaciones.

Inicialmente se identificó la satisfacción del paciente con la cantidad y calidad de la información que recibía del médico. Sin embargo, rápidamente se extendió la idea de que se trataba de un concepto multidimensional, proponiéndose diferentes dimensiones de la satisfacción.

En resumen, la satisfacción es un concepto multidimensional ⁽⁵²⁾ cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate (hospital de agudos, consulta crónicos, urgencias, etc.), más directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades (consultas o profesionales) y que conceptualmente puede

explicarse merced a la desconfirmación de expectativas, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave.

QUÉ INFLUYE EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ⁽⁵³⁾

Tradicionalmente se ha considerado que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas, busque activamente ayuda médica y se ha considerado la comunicación con el paciente como el factor decisivo para asegurar la satisfacción.

Del mismo modo, se ha considerado que la insatisfacción se relaciona con el coste de la atención sanitaria, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés del profesional sobre el caso o la petición de un número excesivo de pruebas complementarias ⁽⁵⁴⁾

Combinando diferentes fuentes se ha argumentado que la decisión de un paciente de acudir a una consulta médica vendría condicionada por: la necesidad o urgencia de curarse que experimenta (mayor en procesos agudos, incapacitantes o dolorosos), la calidad profesional y humana que el paciente atribuye al médico (que podría estar basada únicamente en el comentario de otros pacientes), la presión de sus familiares para que busque ayuda médica o para que acuda a esa consulta en concreto, la percepción de control que tiene el paciente y que hace que piense que puede ir (conoce teléfono de contacto, puede pagar

la consulta, etc.), el balance de costes y beneficios que intuye pueden producirse al acudir a la consulta y, finalmente, el nivel de satisfacción cuando se trata de un paciente que ya conoce a ese médico.

Las diferencias en la satisfacción se atribuyen a factores individuales en los pacientes, a sus diferentes actitudes hacia el sistema sanitario, a cómo se organiza el sistema sanitario y se proveen las atenciones médicas y a diferencias entre los proveedores. En tal sentido, se ha sugerido que, al menos en el caso de la atención que prestan los médicos de cabecera, más del 90% de la varianza de la medida de la satisfacción estriba en factores del propio paciente y el restante 10% en factores del médico ⁽⁵⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ⁽⁵⁶⁾ define familia como “los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial”. En una familia los miembros interaccionan en una diversidad de roles que surgen de las necesidades individuales y de los del grupo de su entorno (padres, hijos, etc.). La enfermedad es un miembro de la familia puede causar grandes cambios provocando en ella un alto riesgo

de inadaptación entrando en un estado de crisis y en una experiencia emocionalmente muy dolorosa.

La familia cumple un papel importante en el entorno del paciente, toda vez que la complejidad y gravedad en los servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) cobran mayor dimensión y provocan situaciones de angustia y elevados grados de estrés. Esta reportado en la literatura “el aumento de los niveles de estrés”.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados, sobre el servicio de atención de los Profesionales de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital ESSALUD Huánuco, Huánuco 2015.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados, sobre el trato del personal de enfermería en el Servicio de Emergencias del Hospital ESSALUD Huánuco, Huánuco 2015.
- Determinar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados, sobre calidad técnica del cuidado en el Servicio de Emergencia del Hospital ESSALUD Huánuco, Huánuco 2015.

- Valorar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados sobre el medio ambiente físico en el Servicio de Emergencias del Hospital ESSALUD Huánuco, Huánuco 2015.
- Identificar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados, sobre la disponibilidad en el Servicio de Emergencia del Hospital ESSALUD Huánuco, Huánuco 2015.
- Medir el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados, sobre la continuidad en el cuidado en el Servicio de Emergencia del Hospital ESSALUD Huánuco, Huánuco 2015.
- Valorar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados, sobre el resultado del cuidado en el Servicio de Emergencia del Hospital ESSALUD Huánuco, Huánuco 2015.

1.6 HIPÓTESIS:

1.6.1 HIPÓTESIS GENERAL

Hi: El grado de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados, sobre el servicio de atención de los Profesionales de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital ESSALUD Huánuco, Huánuco 2015, **es alta.**

Ho: El grado de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados, sobre el servicio de atención de los Profesionales de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital ESSALUD Huánuco, Huánuco 2015, **no es alta.**

1.7 VARIABLES

1.7.1 IDENTIFICACION DE LA VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

- Grado de satisfacción del familiar del paciente hospitalizado.

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Atención de la enfermera.

1.7.2 OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLES:

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	CALIFICACION	ESCALA
VARIABLE DEPENDIENTE: Grado de satisfacción del familiar del paciente hospitalizado	Percepción del familiar respecto a la atención recibida	Trato del personal de enfermería	Alto Medio Bajo	Ordinal
		Calidad técnica del cuidado	Alto Medio Bajo	Ordinal
		Medio ambiente físico	Alto Medio Bajo	Ordinal
		La disponibilidad	Alto Medio Bajo	Ordinal
		Continuidad en el cuidado	Alto Medio Bajo	Ordinal
		Resultado del cuidado	Alto Medio Bajo	Ordinal
VARIABLES DE CARACTERIZACION DEL FAMILIAR:				
Edad		En años		De razón
Genero		Mujer Varón		De razón
Vínculo con el paciente		Esposo(a) Padres o apoderados Tíos Otros		De razón

1.8. DEFINICION DE TERMINOS.

Familia: La etimología de la palabra **familia** no ha podido ser establecida de modo preciso. Hay quienes afirman que proviene del latín *fames* (“**hambre**”) y otros del término *famulus* (“**serviente**”). Por eso, se cree que en sus orígenes, se utilizaba el concepto de familia para hacer referencia al grupo conformado por criados y esclavos que un mismo hombre tenía como propiedad.⁽⁵⁷⁾

Hoy en día, a juzgar por el uso cotidiano, 'familia' es una noción que describe la organización más general pero a la vez más importante del hombre.

Dicho en otras palabras, la familia constituye un conjunto de individuos unidos a partir de un parentesco. Estos lazos, dicen los expertos, pueden tener dos raíces: una vinculada a la afinidad surgida a partir del desarrollo de un vínculo reconocido a nivel social (como sucede con el matrimonio o una adopción) y de consanguinidad (como ocurre por ejemplo con la filiación entre una pareja y sus descendientes directos).⁽⁵⁸⁾.

Satisfacción: Se entiende por satisfacción del paciente o familia, la evaluación positiva que hacen sobre las diferentes dimensiones de la atención médica recibida ⁽⁵⁹⁾. La importancia de su evaluación está dada por varias razones: a) la medida de dicha variable permite conocer las percepciones del cliente acerca de los estilos de prácticas, de los aspectos administrativos y de las modalidades de tratamiento⁵; b) la satisfacción está asociada a mejores resultados en la salud y al cumplimiento del tratamiento; c) los niveles de satisfacción están ligados a la continuidad en el uso del servicio sanitario, lo cual se convierte en un indicador de calidad y, por tanto, conlleva una competitividad en el mercado, lo que tiene implicaciones en costes e imagen institucional², y d) monitorizar la satisfacción es necesario considerando que el paciente depende de la eficacia del sistema ⁽⁶⁰⁾.

Área de Emergencia.- Es aquel ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de Complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños.

Sala de Observación.- Área de hospitalización de corta estancia para la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad I y II, en un período que no debe exceder de 12 horas para los pacientes de prioridad I y de 24 horas para los de prioridad II.

Situación de Emergencia. Alteración súbita y fortuita, que de no ser atendida de manera inmediata, pone a una persona en grave riesgo de perder la vida, puede conducir a la muerte o dejar secuelas invalidantes. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.⁽⁶¹⁾

CAPÍTULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1 AMBITO

El estudio se realizó en el Servicio de Emergencia del Hospital II ESSSALUD Huanuco, donde se brindan atención de emergencia las 24 horas, la distribución de los ambientes rebasa su capacidad para poder brindar atención, cuentan con ambientes pequeños para: tópico, consultorios, triaje, 2 salas de observación y un ambiente de Shock trauma, además se usa el ambiente del pasillo como un ambiente más pese a estas áreas reducidas, se brinda atención a todos los que lo solicitan, sean asegurados o pacientes particulares, además se cuentan con personal médico y de enfermería con especialidades en las diferentes disciplinas siendo estas insuficientes.

Los ambientes de observación están destinados para la hospitalización de los pacientes en estado crítico por patologías médicas o quirúrgicas, dichos paciente debe permanecer no más de 24 horas desde su ingreso, según el protocolo pero; se quedan algunos en espera de cama ya que requieren ser hospitalizados pudiendo ser alrededor de un 10% por más de 48 horas.

El Hospital II ESSALUD Huánuco, se encuentra ubicado en el Jr. José Olaya s/n, Amarilis, Distrito de Amarilis – Huánuco.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

2.2.1 Población

La población estuvo conformada por la totalidad de los familiares de los pacientes hospitalizados en el servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco. La población estimada promedio en el periodo de un mes es de alrededor de **200** familiares.

2.2.2 Muestra

Unidad de Análisis: El familiar del paciente hospitalizado en más de 48 horas el servicio de emergencia del Hospital II ESSALUD Huanuco.

Unidad de Muestreo: Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.

Marco Muestral: Está conformada por un padrón nominal.

Población Muestral: Debido a que la población es pequeña se trabajó con el **15%** de la población, teniendo una muestra poblacional de **30 familiares** de pacientes hospitalizados en el servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco.

Para elegir nuestra muestra poblacional se hizo de forma aleatoria no probabilística y de acuerdo a los siguientes consideraciones de inclusión y exclusión.

a. **Criterios de inclusión:**

- Familiar de los pacientes internados que acepten participar en el estudio (Anexo 03).
- Familiares con estabilidad emocional.
- Familiares de pacientes hospitalizados más de 48 horas.

b. Criterios de exclusión:

- Familiares con discapacidades sensoriales.
- Familiares que no desean participar.
- Familiares que estén en crisis emocional.
- Familiares de pacientes críticamente enfermos.

Ubicación en el tiempo: La duración del estudio estuvo comprendida entre los meses de Octubre a Diciembre 2015.

2.3 TIPO DE ESTUDIO

El estudio de investigación es descriptivo-observacional porque se analizó cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes; permitiéndonos detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue prospectivo, porque se captó la información después de la planeación.

Según el periodo y secuencia del estudio; el estudio fue transversal, porque las variables involucradas se midieron en un solo momento.

2.4 DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño del trabajo de investigación es el Diseño Descriptivo simple como en el siguiente esquema:

M ————— O

Dónde:

M = Población Muestral

O = Variables en estudio

2.5 TECNICAS E INSTRUMENTO

2.5.1 Técnicas

La técnica a utilizada fue:

- La encuesta

2.5.2 Instrumentos

Asimismo, el instrumento fue:

a. CUESTIONARIO SOBRE SATISFACCION DEL FAMILIAR

(Anexo 01):

Estuvo conformado fundamentalmente por dos secciones las cuales son: datos generales del familiar y datos sobre la satisfacción de la familia, la cual consta de **30** preguntas valoradas mediante escala análoga de cinco puntos, determinar

los comportamientos importantes que se perciben para que los familiares se sintieran satisfechos con puntuaciones de:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| 1. Estoy Muy Insatisfecho | (MI) |
| 2. Me encuentro Insatisfecho | (I) |
| 3. Ni satisfecho, Ni insatisfecho | (N) Normal |
| 4. Estoy Satisfecho | (S) |
| 5. Me encuentro Muy Satisfecho | (MS) |

El cuestionario tiene **6 dimensiones**, donde cada dimensión contiene los siguientes ítems o preguntas:

- | | |
|---|----------|
| - TRATO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA | 7 ítems. |
| - CALIDAD TÉCNICA DEL CUIDADO | 7 ítems. |
| - MEDIO AMBIENTE FISICO. | 4 ítems. |
| - DISPONIBILIDAD. | 3 ítems. |
| - CONTINUIDAD DEL CUIDADO. | 4 ítems. |
| - CONTINUIDAD DEL CUIDADO. | 5 ítems. |

Al sumar las puntuaciones obtenidas en cada una de ellas obtuvimos una puntuación global que oscila entre 0 y 150 puntos, de esta forma a mayor puntuación, mayor nivel de satisfacción de los familiares.

Para determinar el nivel de satisfacción de los familiares, hemos utilizamos la siguiente escala de valor:

- | | |
|------------------------|-------------------|
| Satisfacción Alta: | 100 - 150 puntos. |
| Satisfacción Moderada: | 50 - 99 puntos. |
| Satisfacción Baja: | 00 - 49 puntos. |

2.5.3 Validez y confiabilidad

Se tuvo en cuenta la validez de contenido por el juicio de expertos y la medición de la confiabilidad mediante el alfa de Cronbach.

2.6 PROCEDIMIENTO

El estudio se realizó de los siguientes procedimientos:

- Se solicitó a la Decanatura de la Facultad una solicitud dirigida al Director del Hospital.
- Se visitó el Centro Hospitalario para hacer entrega de la solicitud de permiso a la dirección del Hospital en estudio.
- Se visitó y coordinó con la enfermera Jefe del Servicio para darle a conocer la importancia del trabajo de investigación.
- Se coordinó con cada una de los familiares dándole a conocer y solicitarle su colaboración.
- Se dio a conocer y aceptar el consentimiento informado al familiar que va ser encuetadas
- Se aplicó los instrumentos para la toma de datos a cada familiar.
- Se seleccionó, cómputo, o tabulación y evaluación de datos.
- Se interpretó los datos según los resultados, confrontando con otros trabajos similares o con la base teórica disponible.
- Ejecución del informe final.

2.7 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

En el análisis descriptivo de los datos e hipótesis se utilizaron estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION.

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes.

3.1. RESULTADOS

3.1.1. ANALISIS DESCRIPTIVO

3.1.1.1. CARACTERISTICAS SOCIECONOMICAS DEL FAMILIAR:

Tabla 01. Edad en años del familiar de paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

Edad del Familiar	Frecuencia	%
18 - 30 años	4	13%
31 - 40 años	15	50%
41 - 50 años	9	30%
50 a mas	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

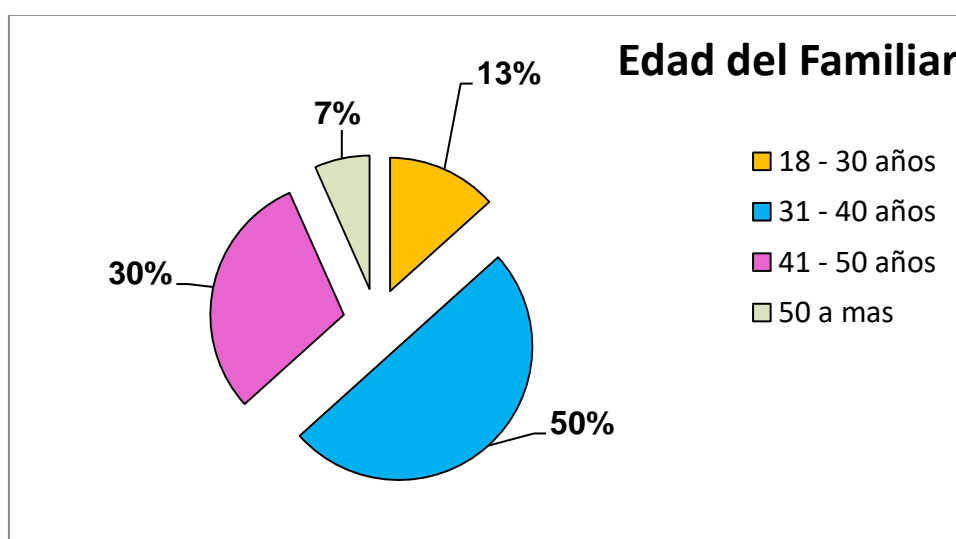


Gráfico 01.- Edad en años del familiar de paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

En cuanto a la edad de los familiares, se encontró que el **50%** (15 familiares) tienen edades entre 31 a 40 años, el **30%** (09 familiares), entre 41 a 50 años, el **13%** (04 familiares) entre 18 a 30 años y el **7%** (02 familiares) con 50 o más años.

Tabla 02. Género del familiar de paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

Género del Familiar	Frecuencia	%
Femenino	8	27%
Masculino	22	73%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

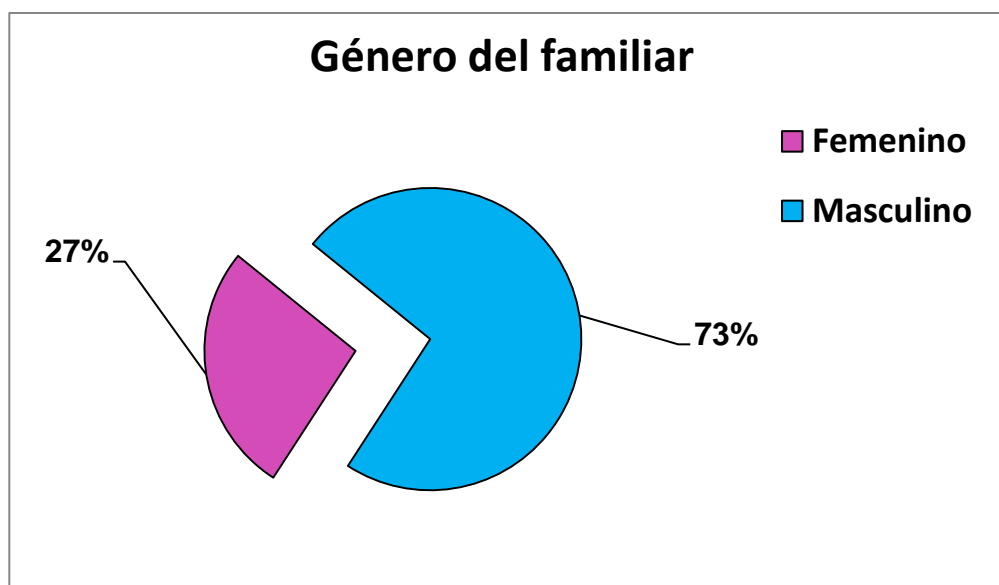


Gráfico 02. Género del familiar de paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015

Respecto al sexo de los familiares, se encontró que el **73 %** (**22** de familiares) es masculino y el **27 %** (**08** familiares), es femenino.

Tabla 03. Tipo de vínculo del familiar con el paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

Tipo de vínculo con el paciente	Frecuencia	%
Esposos (a)	12	40%
Apoderado	6	20%
Tíos (as)	10	33%
Otros	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

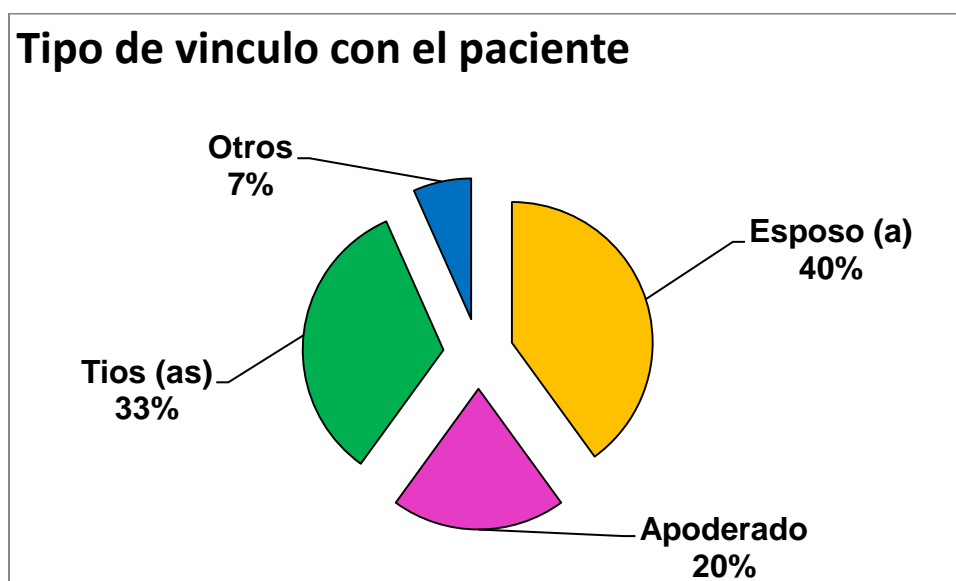


Gráfico 03. Tipo de vínculo del familiar con el paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

Respecto al vínculo con el paciente hospitalizado se encontró que el **40%** (**12** familiares) es **esposos(a)**, el **33%**(**10** familiares) son **tíos(as)** y el **7%**(**02** familiares) son otros.

3.1.1.2. SATISFACCION DEL FAMILIAR

Tabla 04. Nivel de satisfacción del familiar con respecto a la dimensión **TRATO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**, del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

Dimensión TRATO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	Frecuencia	%
Alta Satisfacción	6	20%
Moderada Satisfacción	16	53%
Baja Satisfacción	8	27%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

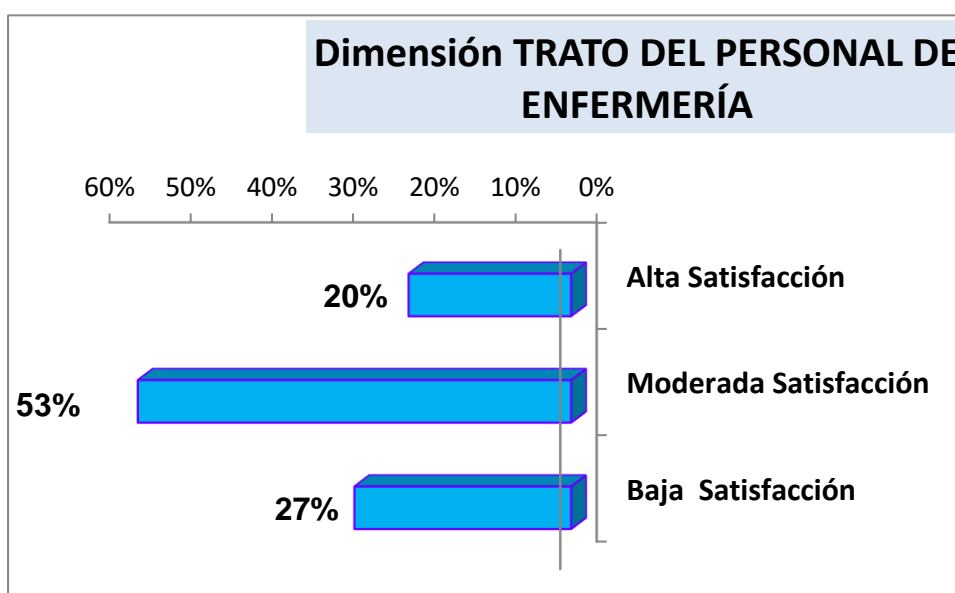


Gráfico 04. Nivel de satisfacción del familiar con respecto a la dimensión **TRATO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**, del paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

Respecto al Nivel de satisfacción del familiar sobre la **TRATO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**, se encontró que el **53%** (16 familiares) tienen un nivel de **satisfacción moderada**, el **27%** (08 familiares) tienen un nivel de **satisfacción Baja** y el **20%** (06 familiares) tienen nivel de **satisfacción Alta**.

Tabla 05. Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **CALIDAD TÉCNICA DEL CUIDADO**, brindado al paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

Dimensión CALIDAD TÉCNICA DEL CUIDADO	Frecuencia	%
Alta Satisfacción	9	30%
Moderada Satisfacción	18	60%
Baja Satisfacción	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

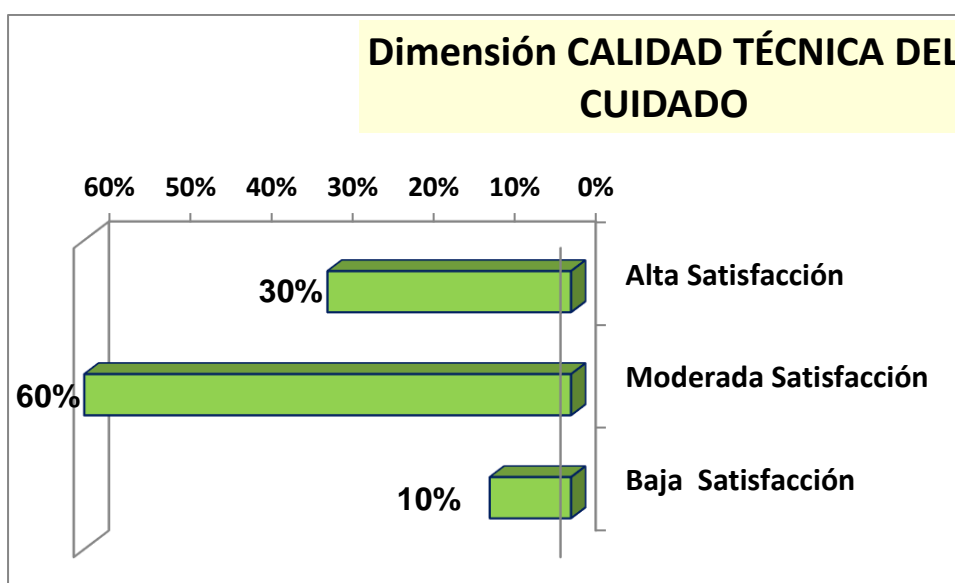


Gráfico 05. Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **CALIDAD TÉCNICA DEL CUIDADO**, brindado al paciente hospitalizado en el eje servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

Respecto al Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **CALIDAD TÉCNICA DEL CUIDADO**, se encontró que el **60%** (18 familiares) tienen un nivel de **satisfacción moderada**, el **30%** (09 familiares) tienen un nivel de **satisfacción Alta** y el **10%** (03 familiares) tienen nivel de **satisfacción baja**.

Tabla 06. Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **MEDIO AMBIENTE FISICO**, brindado al paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

Dimensión MEDIO AMBIENTE FISICO	Frecuencia	%
Alta Satisfacción	5	17%
Moderada Satisfacción	19	63%
Baja Satisfacción	6	20%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

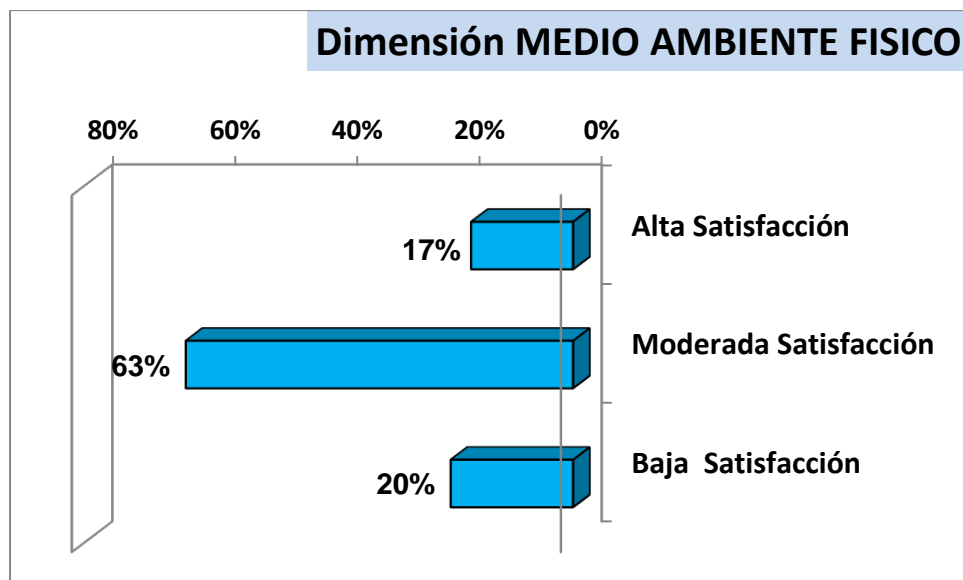


Gráfico 06. Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **MEDIO AMBIENTE FISICO**, brindado al paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

Respecto al Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **MEDIO AMBIENTE FISICO**, se encontró que el **63%** (19 familiares) tienen un nivel de **satisfacción moderada**, el **20%** (06 familiares) tienen un nivel de **satisfacción baja** y el **17%** (05 familiares) tienen nivel de **satisfacción Alta**.

Tabla 07. Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **DISPONIBILIDAD**, brindado al paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

Dimensión DISPONIBILIDAD	Frecuencia	%
Alta Satisfacción	6	20%
Moderada Satisfacción	21	70%
Baja Satisfacción	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

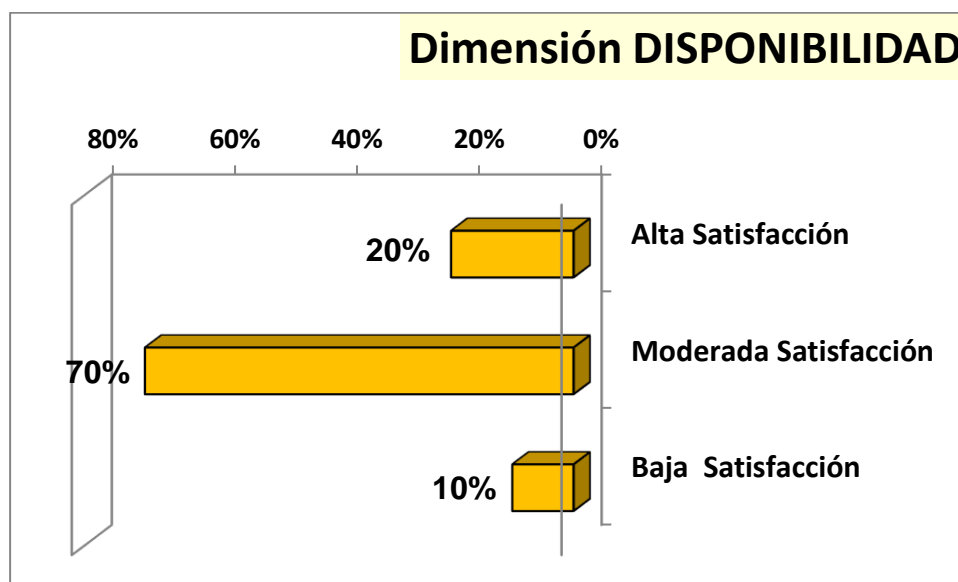


Gráfico 07. Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **DISPONIBILIDAD**, brindado al paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015

Respecto al Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **DISPONIBILIDAD**, se encontró que el **70%** (21 familiares) tienen un nivel de **satisfacción moderada**, el **20%** (06 familiares) tienen nivel de **satisfacción alta** y el **10%** (03 familiares) tienen nivel de **baja**.

Tabla 08. Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **CONTINUIDAD DEL CUIDADO**, brindado al paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

Dimensión CONTINUIDAD DEL CUIDADO	Frecuencia	%
Alta Satisfacción	7	23%
Moderada Satisfacción	21	70%
Baja Satisfacción	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

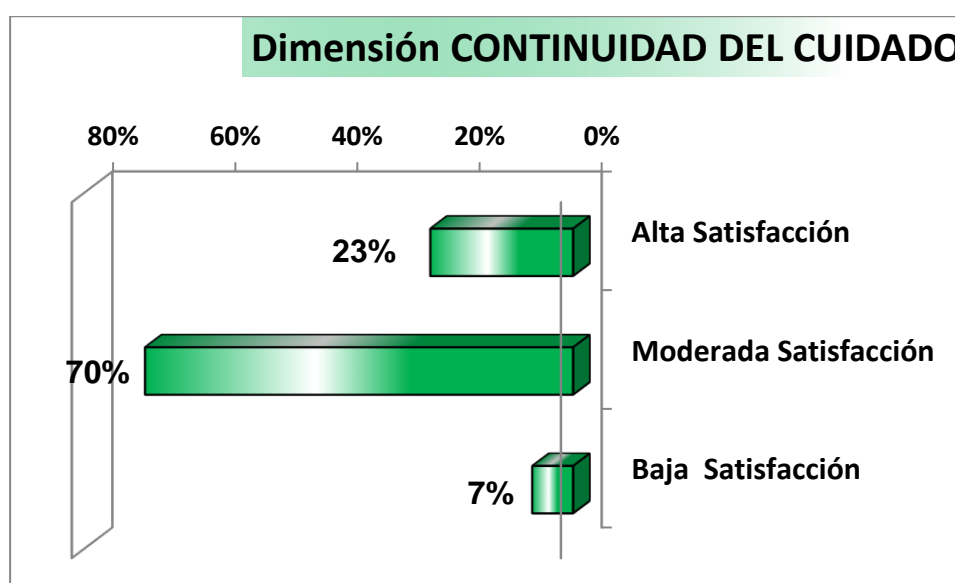


Gráfico 08. Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **CONTINUIDAD DEL CUIDADO**, brindado al paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015

Respecto al Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **CONTINUIDAD DEL CUIDADO**, se encontró que el **70%** (**21** familiares) tienen un nivel de **satisfacción moderada**, el **23%** (**07** familiares) tienen nivel de **satisfacción alta** y el **7%** (**02** familiares) tienen nivel de **baja**.

Tabla 09. Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **RESULTADO DEL CUIDADO**, brindado al paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

Dimensión RESULTADO DEL CUIDADO	Frecuencia	%
Alta Satisfacción	10	33%
Moderada Satisfacción	17	57%
Baja Satisfacción	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

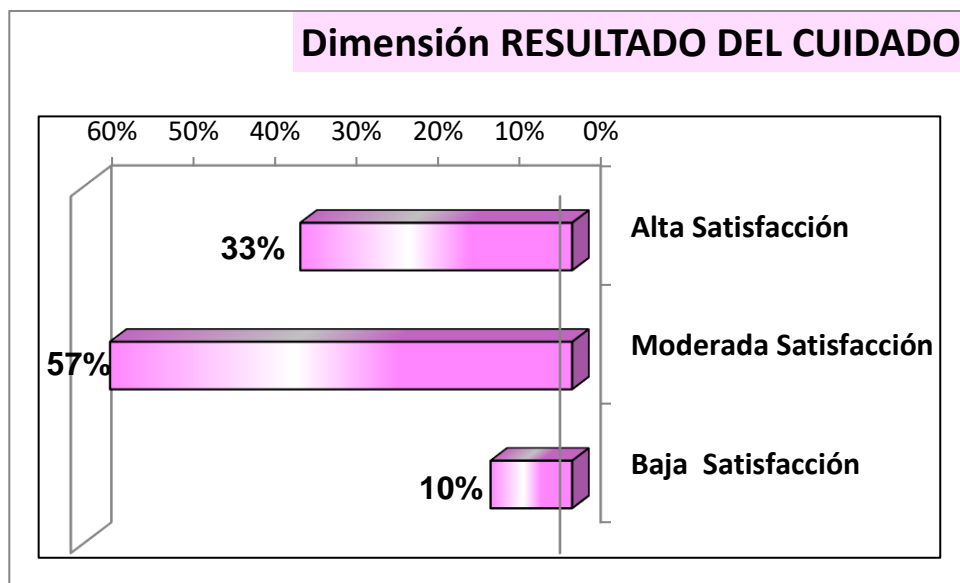


Gráfico 09. Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **RESULTADO DEL CUIDADO**, brindado al paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015

Respecto al Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **RESULTADO DEL CUIDADO**, se encontró que el **57%** (17 familiares) tienen un nivel de **satisfacción moderada**, el **33%** (10 familiares) tienen nivel de **satisfacción alta** y el **10%** (03 familiares) tienen nivel de **baja**.

Tabla 10. Nivel de **satisfacción preponderante** del familiar por **DIMENSIONES**, brindado al paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

DIMENSIONES	Frecuencia	%
DISPONIBILIDAD	21	70%
CONTINUIDAD DEL CUIDADO	21	70%
MEDIO AMBIENTE FISICO	19	63%
CALIDAD TÉCNICA DEL CUIDADO	18	60%
RESULTADO DEL CUIDADO	17	57%
TRATO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	16	53%

Fuente: Anexo 01.

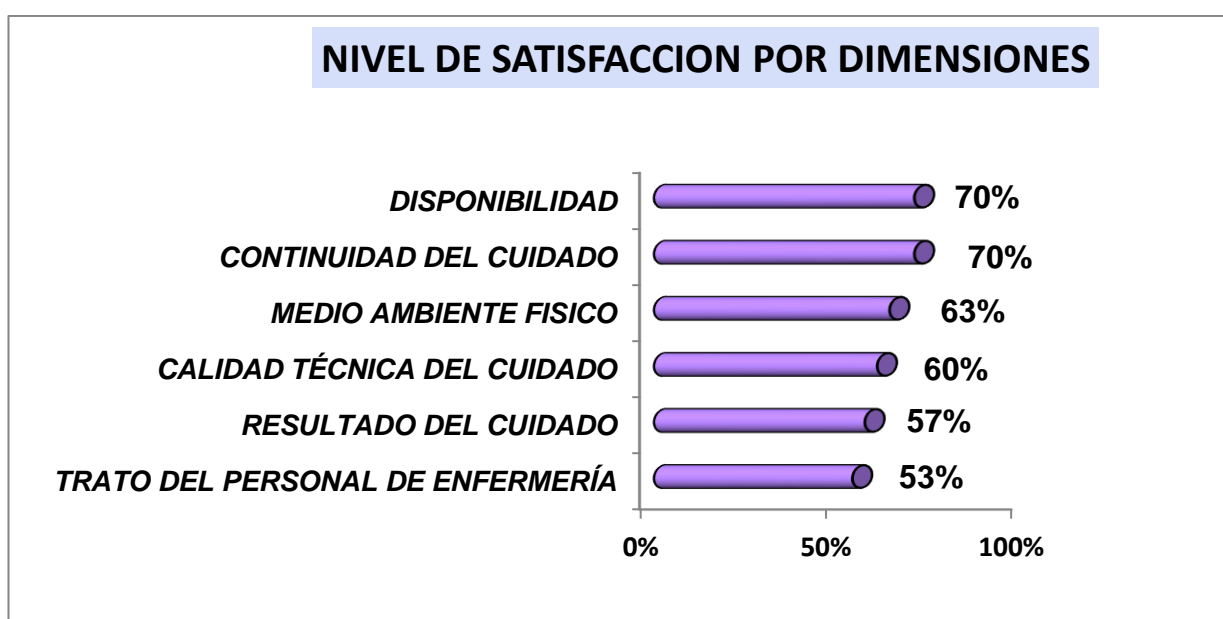


Gráfico 10. Nivel de **satisfacción preponderante** del familiar por **DIMENSIONES**, brindado al paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015

Respecto al **Nivel de satisfacción preponderante** del familiar por **DIMENSIONES**, se encontró que la dimensión **“Mantiene relación de Confianza”** y **“Se Anticipa”**, ocupan el primer lugar con el **70%**; la dimensión **Conforta**, ocupa el segundo lugar con el **63%**; la dimensión **Explica y Facilita**, ocupa el tercer lugar con el **60%**; la dimensión **“Monitorea y hace seguimiento”** ocupa el cuarto lugar con el **57%** y finalmente la dimensión **“accesibilidad”** ocupa el quinto lugar con el **53%**.

Tabla 11. Nivel promedio de **SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR**, brindado al paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

NIVEL DE SATISFACCION	Frecuencia	%
Satisfacción ALTA	7	24%
Satisfacción Moderada	19	62%
Satisfacción Baja	4	14%
Total	30	100%

Fuente: Anexo 01.

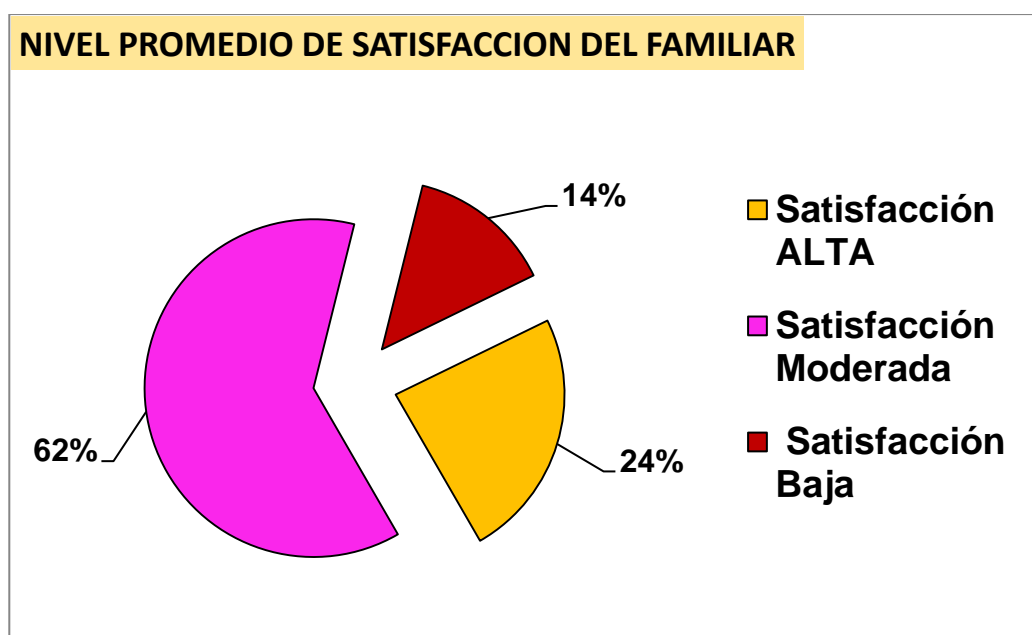


Gráfico 11. Nivel promedio de **SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR**, brindado al paciente hospitalizado en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II Huánuco 2015.

Respecto al **Nivel Promedio de satisfacción** del familiar, se encontró que el **62%** (19 familiares) tienen un nivel de **satisfacción moderada**, el **24%** (07 familiares) tienen nivel de **satisfacción Baja** y el **14%** (04 familiares) tienen nivel de **satisfacción ALTA**.

3.2. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL

La Hipótesis General planteada en esta investigación es:

Hi: El grado de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados, sobre el servicio de atención de los Profesionales de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital ESSALUD Huánuco, Huánuco 2015, **es alta**.

Ho: El grado de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados, sobre el servicio de atención de los Profesionales de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital ESSALUD Huánuco, Huánuco 2015, **no es alta**

De los resultados obtenidos en nuestra investigación y según la **Tabla y Gráfica N° 11**, observamos que la mayor parte de los familiares perciben una **MODERADA SATISFACCION** del servicio recibido por sus parientes hospitalizados, teniendo este un nivel de **62.00%** por lo que **ACEPTAMOS** la Hipótesis de Nula (**Ho**) y rechazamos la Hipótesis de investigación (**Hi**).

3.3 DISCUSION

Luego de haber analizado los resultados más críticos de nuestra investigación se observa que nuestros resultados **difieren** a los obtenidos en España, por F. Llamas-Sánchez et al ⁽⁸⁾ el 2009 en su trabajo de investigación sobre las Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos dicen: Parece probado que el ingreso de un paciente en una Unidad de Cuidados Críticos (UCC) ocasiona unos trastornos a la familia a nivel psicológico y social que, en ocasiones, requieren de tratamiento especializado ^(9,10). En este sentido, se ha observado que los familiares precisan de un proceso de adaptación, durante el cual pasan a convertirse también en sujetos de cuidados ^(11,12). Es durante este proceso cuando los profesionales de enfermería pueden adquirir un papel relevante para identificar las necesidades de los familiares, aclararles dudas, y animarlos a superar sus miedos ^(13,14) Pero hay literatura que avala que tanto en el contexto español como en el internacional no aparecen estándares de atención a las familias claramente establecidos. El sistema sanitario, en general, está organizado sólo parcialmente en función de los usuarios ^(15,16), y con el objetivo de: Conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Críticos (UCC) y su satisfacción con la atención recibida. Diseño. Estudio observacional transversal. Ámbito de estudio. UCC del Hospital Virgen Macarena, ubicado en Sevilla. Sujetos de estudio. Doscientos sesenta y ocho familiares seleccionados mediante un muestreo aleatorio

sistemático. Instrumento. Se elaboró una encuesta en base a la bibliografía. Resultados. En cuanto a la información, se evidenció la dificultad para tener acceso a ella fuera de las horas de las visitas y para tener noticia de los cambios imprevistos en la evolución de los pacientes. Por otra parte, se detectaron **elevados niveles de satisfacción con la atención recibida y con el trato de las enfermeras**. No obstante, se observaron deficiencias en la identificación de todos los profesionales, el régimen de visitas, las condiciones físicas de la sala de espera y la intimidad en el entorno de cuidados del paciente. Conclusiones. Una de las principales necesidades de los familiares es pasar más tiempo con los pacientes. En cuanto a la información, debería revisarse su accesibilidad fuera del horario de visitas y la que se ofrece sobre los cambios imprevistos en la evolución de los pacientes. **Respecto a la satisfacción**, en general, **los familiares se mostraron altamente satisfechos con la atención recibida, sobre todo con el trato de las enfermeras**. En cualquier caso, estas profesionales deberían favorecer la participación de la familia en los cuidados del paciente. Además, todas las áreas de mejora que se evidenciaron precisan de una urgente revisión, en especial, el régimen de visitas.

De los resultados obtenidos con respecto a una evaluación global sobre **satisfacción** que tiene los familiares de los pacientes hospitalizados en el servicio de emergencia del Hospital Essalud II

Huánuco 2015, tenemos que tienen una **satisfacción moderada**, representada en un **62%**; estos resultados están por debajo de los obtenidos en Colombia - Santander por la investigadora Luz Marina Bautista Rodríguez ⁽²⁰⁾ et al descrito en su artículo Titulado PERCEPCION DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CRITICOS HOSPITALIZADOS RESPECTO A LA COMUNICACIÓN Y APOYO EMOCIONAL, dicen en la introducción de su trabajo: **Introducción:** La familia cumple un papel importante en el entorno del paciente, la complejidad en los servicios de unidad de cuidados intensivos, generan en el núcleo familiar crisis emocional situacional manifestada en angustia y estrés. Objetivo: Evaluar la percepción que tiene el familiar del paciente crítico respecto a la comunicación verbal y no verbal y el apoyo emocional brindado por el personal de enfermería durante la hospitalización en la unidad de cuidado intensivo de una clínica de IV nivel de la ciudad de Cúcuta. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 200 familiares; para la recolección de la información se utilizó el instrumento: (Percepción de los Familiares de los Pacientes Críticos), respecto a la intervención de Enfermería durante su Crisis Situacional. **Resultados:** *La percepción global de los familiares, es favorable en un 80%* expresando una connotación positiva.

CONCLUSIONES

Luego de realizado el estudio de investigación correspondiente, los investigadores llegamos a las siguientes conclusiones:

CARACTERISTICAS SOCIECONOMICAS DEL FAMILIAR

- ✓ En cuanto a la edad de los familiares, se encontró que el **50%** (15 familiares) tienen edades entre 31 a 40 años, el **30%** (09 familiares), entre 41 a 50 años, el **13%** (04 familiares) entre 18 a 30 años y el **7%** (02 familiares) con 50 o más años.
- ✓ Respecto al sexo de los familiares, se encontró que el **73 %** (**22** de familiares) es masculino y el **27 %** (**08** familiares), es femenino.
- ✓ Respecto al vínculo con el paciente hospitalizado se encontró que el **40%** (**12** familiares) es **esposo(a)**, el **33%** (**10** familiares) son tíos(as) y el **7%** (**02** familiares) son otros.

SATISFACCION DEL FAMILIAR

- ✓ Respecto al Nivel de satisfacción del familiar sobre la **TRATO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**, se encontró que el **53%** (16 familiares) tienen un nivel de **satisfacción moderada**, el **27%** (08 familiares) tienen un nivel de **satisfacción Baja** y el **20%** (06 familiares) tienen nivel de **satisfacción Alta**.
- ✓ Respecto al Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **CALIDAD TÉCNICA DEL CUIDADO**, se encontró que el **60%** (18 familiares) tienen un nivel de **satisfacción moderada**, el **30%** (09

familiares) tienen un nivel de **satisfacción Alta** y el **10%** (03 familiares) tienen nivel de **satisfacción baja**.

- ✓ Respecto al Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **MEDIO AMBIENTE FISICO**, se encontró que el **63%** (19 familiares) tienen un nivel de **satisfacción moderada**, el **20%** (06 familiares) tienen un nivel de **satisfacción baja** y el **17%** (05 familiares) tienen nivel de **satisfacción Alta**.
- ✓ Respecto al Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **DISPONIBILIDAD**, se encontró que el **70%** (21 familiares) tienen un nivel de **satisfacción moderada**, el **20%** (06 familiares) tienen nivel de **satisfacción alta** y el **10%** (03 familiares) tienen nivel de **baja**.
- ✓ Respecto al Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **CONTINUIDAD DEL CUIDADO**, se encontró que el **70%** (21 familiares) tienen un nivel de **satisfacción moderada**, el **23%** (07 familiares) tienen nivel de **satisfacción alta** y el **7%** (02 familiares) tienen nivel de **baja**.
- ✓ Respecto al Nivel de satisfacción del familiar sobre la dimensión **RESULTADO DEL CUIDADO**, se encontró que el **57%** (17 familiares) tienen un nivel de **satisfacción moderada**, el **33%** (10 familiares) tienen nivel de **satisfacción alta** y el **10%** (03 familiares) tienen nivel de **baja**.
- ✓ Respecto al **Nivel de satisfacción preponderante** del familiar por **DIMENSIONES**, se encontró que la dimensión **“Mantiene relación de Confianza”** y **“Se Anticipa”**, ocupan el primer lugar con el

70%; la dimensión **Conforta**, ocupa el segundo lugar con el **63%**; la dimensión **Explica y Facilita**, ocupa el tercer lugar con el **60%**; la dimensión **“Monitorea y hace seguimiento”** ocupa el cuarto lugar con el **57%** y finalmente la dimensión **“accesibilidad”** ocupa el quinto lugar con el **53%**.

- ✓ Respecto al **Nivel Promedio de satisfacción** del familiar, se encontró que el **62%** (19 familiares) tienen un nivel de **satisfacción moderada**, el **24%** (07 familiares) tienen nivel de **satisfacción Baja** y el **14%** (04 familiares) tienen nivel de **satisfacción ALTA**.

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL

La Hipótesis General planteada en esta investigación fue:

Hi: El grado de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados, sobre el servicio de atención de los Profesionales de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital ESSALUD Huánuco, Huánuco 2015, **es alta**.

Ho: El grado de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados, sobre el servicio de atención de los Profesionales de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital ESSALUD Huánuco, Huánuco 2015, **no es alta**

De los resultados obtenidos en nuestra investigación y según la **Tabla y Gráfica N° 11**, observamos que la mayor parte de los familiares perciben

una **MODERADA SATISFACCION** del servicio recibido por sus parientes hospitalizados, teniendo este un nivel de **62.00%** por lo que **ACEPTAMOS** la Hipótesis de Nula (**H₀**) y rechazamos la Hipótesis de investigación (**H₁**).

RECOMENDACIONES

➤ De los resultados obtenidos tenemos que la dimensión más **baja** en la presente investigación tiene que ver con el **TRATO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**, que llego a solo un **53%** (**Cuadro y Gráfico N° 10**) y está ligado a la:

- Cortesía de las enfermeras
- Entiende o demuestra que entiende.
- Paciencia de las enfermeras con mi paciente internado.
- Atención de las enfermeras hacia mi paciente internado.
- Las enfermeras me hablan con palabras que entiendo bien.
- Amabilidad de las enfermeras.
- Me escuchan cuando tengo algo que decir.

Frente a ello la alta dirección del nosocomio tiene humanizar el Servicio de Emergencia del Hospital ESSALUD Huánuco, que permite reconocer a la familia como un eje central de todas las acciones asistenciales, una familia involucrada es una familia más sana con más fortalezas para luchar contra la desesperanza que genera el ingreso de un familiar a los servicios de hospitalización de emergencia.

➤ Desarrollar e implementar un programa de calidad total, con la finalidad de mejorar permanentemente las capacidades y habilidades en los profesionales de enfermería como la empatía, la comunicación efectiva, el afecto y el tacto para revertir dicha percepción en beneficio de la población usuaria y sus familiares.

- A la jefatura de enfermería y la Unidad de capacitación programar y ejecutar cursos, mesa redonda para estimular a la mejor atención al cliente.
- A las enfermeras programen reuniones con los familiares para mejorar el trato y atención al paciente.
- El personal de enfermería y la Unidad de capacitación para programar y desarrollar talleres donde incluya a la familia

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* 2012;23:51-67.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association; 1997.
3. Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris G, Ingleby S, Eddleston J, et al.
4. Post traumatic stress disorder related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med*, 30 (2004), pp. 456-60.
5. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature.
6. Is nursing care losing the holistic focus? *Br J Nurs*. 2001;10(16):1091.
7. Pérez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez M, Fernández Herranz AI, Catalán González M, Montejo González JC.
8. Necesidades de los familiares en una Unidad de Cuidados Críticos ...www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-necesidades-los-familiar.
9. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American Psychiatric Association; 1997.
10. Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris G, Ingleby S, Eddleston J, et al. Post traumatic stress disorder related symptoms in relatives of patients following intensive care. *Intensive Care Med*, 30 (2004), pp. 456-60.
11. Molter NC. Needs of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*, 8 (1979), pp. 332-9.
12. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs*, 14 (2005), pp. 501-9
13. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: A multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med*, 163 (2001), pp. 135-9

14. Is nursing care losing the holistic focus? *Br J Nurs.* 2001;10(16):1091.
15. Pérez Cárdenas MD, Rodríguez Gómez M, Fernández Herranz AI, Catalán González M, Montejo González JC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*, 28 (2004), pp. 237-49
16. Hupcey JE. Establishing the nurse-family relationship in the intensive care unit. *West J Nurs Res*, 20 (1998), pp. 180-95
17. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105216892007>.
18. Delaney LL. Valoración en enfermería: Obtención de datos en la familia. En: Griffith J, Christensen P. *Proceso de atención de enfermería*. México: Manual Moderno; 1986. p. 65
19. Duvall EM. Marriage and family development. En: Griffith J, Christensen P. *Proceso de atención de enfermería*. México: Manual Moderno; 1986. p. 68.
20. Percepción de los familiares de pacientes *Revista CUIDARTE*
www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/33
21. *Colomb Med* 2005; 36 (Supl 1): 43-49.
22. Donabedian A. *La calidad de la atención médica*. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
23. Lozano JA. Grado de satisfacción en la atención de pacientes hospitalizados: Hospital Goyeneche. [Tesis]. Arequipa Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina; 1997.
24. Velázquez L, Sotelo J. Calidad de atención en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Punto de vista del usuario. *Arch Neurociencias* 2001; 6:15-19.
25. Alvarado R, Vera A. Evaluación de la satisfacción de usuarios de hospitales del sistema nacional de servicios de salud en Chile. *Rev. Chil Salud Publica* 2001; 5:81-89.
26. De La Cuesta C. An exploratory investigation of the sources of patient satisfaction in ambulatory care. *Soc Sci Health* 1997; 3:223-231.
27. Knafelz K, Breitmayer B, Gallo A, Zoeller L, et al. Parents' view of health care providers: an exploration of the components of a positive working relationship. *Child Health Care* 1992; 21:90-95
28. Zaspé C, Margall M, Otano C, Perochea M, Asiain M, et al. Meeting needs of family members of critically ill patients in a Spanish intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 1997; 13:12-16.
29. Arntson NT. Strengthening nurse-family relationships in critical care. *Crit Care Nurs* 1991; 2: 269-275
30. universidad ricardo palma satisfacción según ... - Cybertesis URP
cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/278/1/Marky_ga.pdf

31. MINSA .Lineamiento de política sectorial para el periodo 2002-2012 y principios fundamentales para el plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006. Julio 2012, segunda edición (citado 10 de abril del 2012).
32. Dirección General de Salud de las personas. Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. 2009 (citado 15 de abril del 2012).
33. Avances en el cuidado de enfermería. Luz Patricia Díaz H. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería 2010. Editoria Universal Nacional de Colombia, primera edición.
34. Zamuner M. Relaciones interpersonales en el ámbito del cuidado: El rol distintivo de la enfermería. Quinta jornada de Bioética. Junio 2003, Argentina. <http://hdl.handle.net/123456789/3993>.
35. Nivel de satisfacción de la calidad de atención de enfermería ... ateneo.unmsm.edu.pe > ... > Medicina Humana > > Trabajos de titulación.
36. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que... cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1234/1/Zavala_lg.pdf.
37. STAAB S. A. y HODGES L.C. 1999. "Enfermería Gerontológico". Editorial Interamericana McGraw-Hill, segunda edición. México. Pág. 45.
38. HUAPAYA Mayta, Vilchez L. 1996. "Expectativas del Paciente en la Admisión Respecto a la Atención de Enfermería Humanizada y su Percepción Sobre la Calidad de la misma en el Momento del alta en el Servicio Cirugía HNGAI. Tesis para optar Título de Licenciada en Enfermería. UNMSM.
39. TATAJE REYES, Olga Rosa. 2003. "Nivel de satisfacción de la púérpera sobre la atención que brinda la enfermera en el hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Tesis para optar Título de Licenciada en Enfermería. UNMSM.
40. El Cuidado: VIRGINIA HENDERSON
[teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06](http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/virginia-henderson.htm) / virginia-henderson.htm.

41. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 4ª. Madrid: Harcourt, SA; 1999. p 69-351.
42. Teoría de Ida Jean Orlando - Scribd
<https://es.scribd.com/doc/116325361/Teoria-de-Ida-Jean-Orlando>.
43. <http://revistatesi.usal.es> ISSN 1138-9737
44. Enfermería Familiar y Social: Capítulo 8 - Aproximación al estudio de ...gsdl.bvs.sld.cu/cgi.../library?e.
45. El concepto de "satisfacción en el trabajo" y su proyección
<https://www.ugr.es/~recfpro/rev61COL5.pdf>.
46. Medicina Clínica 2000;114 (Supl 3):26-33.
47. Berwick DM. The total customer relationship in health care: broadening the bandwidth. Journal on Quality Improvement 1997;23:245-250.
48. Jovell A. Medicina basada en la afectividad. Med Clin (Barc) 1999;113:173-175.
49. Roghmann K, Hengst A, Zastowny T. Satisfaction with medical care. Med Care 1979; 12: 461-477.
50. Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. En: Attkisson, C. y Pascoe, G. (Eds) Patient satisfaction in health and mental health services. Evaluation and Program Planning 1983;6:185-210.
51. Bowers MR, Swan JE, Kohler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?. Health Care Manage Review 1994;4:49-55.
52. satisfacción del paciente - Universidad Miguel Hernández calite-
revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pd.
53. Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in Limbo: patients' views on care across the primary/secondary interface. Quality in Health Care 1999;8:16-21.
54. Sixma HJ, Spreeuwenberg P, van der Pasch M. Patient satisfaction with the general practitioner. Medical Care 1998;36:212-229.

55. Carmen Clemente: Definición de familia según la OMS
cbtis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html.
56. **Carmen Clemente: Definicion de familia segun la OMS**
cbtis149ctsv3lc2.blogspot.com/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html
57. Definición de familia - Qué es, Significado y Concepto
<http://definicion.de/familia/#ixzz4KD0uHNi5>.
58. Definición de familia - Qué es, Significado y Concepto
<http://definicion.de/familia/#ixzz4KD1QGHY9>.
59. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Soc Sci Med, 16 (1982), pp. 577-86.
60. Hardy G, West M, Hill F. Components and predictors of patient satisfaction. Br J Health Psychol, 1 (1996), pp. 65-85.
61. Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Aguirre G. Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. Salud Publica Mex 1991;33:623.
2. Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Lazaro CG, Blum MJ. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. Med Care 1989; 27: 1027-35
3. Cisneros F. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Agosto 2000.
4. Castillo E. Escala Multidimensional SERVQUAL [Internet]. 2005. Acceso 23 Ene 2011.
5. Horovitz J, Jurgens M. La satisfacción total del cliente I. La excelencia en la calidad de los productos. Barcelona: Folio, Financial Times; 1994.
6. Teoría de HANC 44,46 las características que debe tener una atención directa son: (Humana, oportuna, continua y segura)
7. <http://definicion.de/monitoreo/#ixzz43Pw5x2Eo>

ANEXOS

ANEXO 01

Nº encuesta:

Fecha: / /

CUESTIONARIO SOBRE SATISFACCION DEL FAMILIAR

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN GRADO DE SATISFACCION DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, SOBRE LA ATENCION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL ESSALUD II HUANUCO, HUANUCO 2015.

INSTRUCCIONES. Buenos días señor(a)(ita), estamos llevando a cabo una investigación sobre el nivel de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados, por lo que le rogamos colabore con su valiosa y sinceras respuesta, lea detenidamente y tómese el tiempo que sea necesario luego marque la respuesta correcta.

Es necesario precisar que este cuestionario es de utilidad exclusiva para la investigación y es de carácter anónimo y confidencial. Agradeciéndole anticipadamente su valiosa participación.

Muchas gracias.

I. DATOS GENERALES:

1.1. Edad:

- | | |
|---------|-----|
| 18 a 30 | () |
| 31 a 40 | () |
| 41 a 50 | () |
| ➤ a 50 | () |

1.2. Género:

- | | |
|-------|-----|
| Mujer | () |
| Varón | () |

1.3. Tipo de vínculo con el paciente

- | | |
|---------------------|-----|
| Esposo(a) | () |
| Padres o apoderados | () |
| Tíos | () |
| Otros | () |

II. DATOS SOBRE SATISFACCION DEL FAMILIAR:

Por favor indique con una **X** que tan satisfecho o insatisfecho esta con los siguientes enunciados:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| 1. Estoy Muy Insatisfecho | (MI) |
| 2. Me encuentro Insatisfecho | (I) |
| 3. Ni satisfecho, Ni insatisfecho | (N) Normal |
| 4. Estoy Satisfecho | (S) |
| 5. Me encuentro Muy Satisfecho | (MS) |

No hay respuestas buenas o malas, lo importante es su opinión.

PERCEPCIÓN DE USUARIO RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA	1	2	3	4	5
TRATO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA					
1. Cortesía de las enfermeras					
2. Entiende o demuestra que entiende					
3. Paciencia de las enfermeras con mi paciente internado					
4. Atención de las enfermeras hacia mi paciente internado.					
5. Las enfermeras me hablan con palabras que entiendo bien.					
6. Amabilidad de las enfermeras.					
7. Me escuchan cuando tengo algo que decir.					
CALIDAD TÉCNICA DEL CUIDADO					
8. Habilidad de las enfermeras en procedimientos de preparar líquidos intravenosos, aplicación inyectables, enemas irrigaciones, etc.					
9. Conocimiento de las enfermeras a la misma condición que mi paciente.					
10. La enfermera me dan explicación sobre los tratamientos, medicamentos o procedimientos que le dan a mi paciente internado.					
11. Enseñan a mi paciente a hacer sus cosas por si mismos.					
12. Asisten a mi paciente para ir al baño.					
13. Asisten a mi paciente en tomar sus alimentos.					
14. Asisten a mi paciente en arreglarse.					
MEDIO AMBIENTE FISICO					
15. Las enfermeras mantienen al alcance los artículos y					

cosas que mi paciente necesita.					
16. Las enfermeras arreglan la mesa y la cama cuando mi paciente lo requiere.					
17. Las enfermeras ajustan o apagan la luz cuando mi paciente lo requiere					
18. Las enfermeras abren o cierran las ventanas cuando mi paciente lo requiere.					
DISPONIBILIDAD					
19. Acude una enfermera cuando mi paciente lo requiere.					
20. Las enfermeras revisan las condiciones de mi paciente					
21. Las enfermeras proporcionan a mi paciente lo que requiere.					
CONTINUIDAD DEL CUIDADO					
22. Las enfermeras cambian de posición a mi paciente en cada turno.					
23. Las enfermeras realizan la curación de heridas a mi paciente.					
24. La misma enfermera me atiende todos los días.					
25. Las enfermeras me toman signos vitales en todos los turnos.					
RESULTADO DEL CUIDADO					
26. Las enfermeras hacen sentir confortable o alivian el dolor de mi paciente.					
27. Las enfermeras hacen sentir calmado y relajado a mi paciente.					
28. Las enfermeras hacen sentir limpio y fresco(a) a mi paciente.					
29. Las enfermeras enseñaron a mi paciente como atenderse durante su hospitalización.					
30. Las enfermeras me enseñaron como cuidar a mi paciente internado cuando lo lleve a casa					

Autores: Abdella y Levine (1957).

Adaptado: Elena Isabel VARGAS Y BARRUETA, Melania YALICO TRUJILLO ,Hernan POZO JUIPA (2016).

ANEXO Nº 02**CONSENTIMIENTO INFORMADO****TITULO DE ESTUDIO**

GRADO DE SATISFACCION DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, SOBRE EL SERVICIO DE ATENCION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL ESSALUD II HUANUCO, HUANUCO 2015

PROPÓSITO

Se lleva a cabo el estudio con el propósito de observar el grado de satisfacción de los familiares de pacientes hospitalizados, sobre la atención de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD – Huanuco, 2015.

METODOLOGÍA

Se aplicará un formulario de encuesta.

SEGURIDAD

El estudio no podrá en riesgo su salud física ni psicológica.

PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Se incluirán a todos las familiares en estudio.

CONFIDECIALIDAD

La información recabada se mantendrá confidencialmente, no se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

COSTOS

El estudio no afectará la economía familiar ya que todos los gastos serán asumidos por el profesional que desarrolla el estudio de investigación.

Usted no recibirá ninguna remuneración por participar en el estudio.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede decidir si participa o puede abandonar el estudio en cualquier momento. Al retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO.

“Yo he leído la información de esta página y consiento voluntariamente participar en el estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme en cualquier momento sin que esto implique riesgo a mi persona”

Participante:.....
.....

D.N.I.....

Firma:

Fecha:/...../.....