

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Segunda Especialidad en Enfermería

CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON EL
NIVEL DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES DE LOS PACIENTES
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN, ESSALUD TACNA 2015

TESIS

Presentada por:

Lic. Sonia Marlene Paria Calizaya

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

Cuidado Enfermero en Paciente Crítico con Mención en Adulto

TACNA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON EL
NIVEL DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES DE LOS
PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL DANIEL
ALCIDES CARRIÓN, ESSALUD
TACNA 2015

TESIS

Presentada por:

LIC. SONIA MARLENE PARIÁ CALIZAYA

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

Cuidado Enfermero en Paciente Crítico con Mención en Adulto:

Aprobado por: UNANIMIDAD ante el siguiente jurado.


Dra. Ingrid María Manrique Tejada
Presidenta


Dra. Elva A. Maldonado de Zegarra
Miembro


Lic. Esp. Elide E. Tipacti Sotomayor
Miembro


Dra. Silvia Cristina Quispe Prieto
Asesora

DEDICATORIA

A Dios, por ser él, quien ilumina cada día y que guía por el sendero correcto, dándome la oportunidad de lograr este reto en mi vida.

A mi asesora por su enseñanza y orientación para el desarrollo de mi profesión.

A mis docentes quienes me apoyaron y brindaron todos sus conocimientos.

A mis padres Manuel y Gregoria con todo amor, por ser los ángeles que me han guiado siempre y me dan la fuerza para poder seguir adelante.

Sonia Marlene

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por sobre todas las cosas, por estar conmigo a cada instante de mi vida y por permitir no dejarme vencer por los obstáculos para cumplir mis metas.

Al Hospital III Daniel Alcides Carrión, ESSALUD, al Servicio de UCI, por brindarme las facilidades y apoyo en la ejecución y culminación del presente trabajo.

Sonia Marlene

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	01

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1. Fundamentos y formulación del problema.....	03
2. Objetivos.....	07
3. Justificación	08
4. Formulación de la hipótesis	10
5. Variables.....	10

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación	12
2.2. Bases teóricas-científicas	18
2.3. Definición conceptual de términos.....	45

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de investigación.....	47
3.2. Ámbito de estudio.....	47
3.3. Población y Muestra	47
3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	49
3.5. Procedimiento de recolección de datos.....	52
3.6. Plan de procesamiento y análisis de datos	53

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1. Resultados	54
4.2. Discusión.....	73

CONCLUSIONES	83
--------------------	----

RECOMENDACIONES.....	84
----------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
---------------------------------	----

ANEXOS.....	96
-------------	----

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo, fue establecer la relación de la calidad del cuidado de Enfermería con el nivel de satisfacción de familiares de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos del Hospital III Daniel Alcides Carrión, EsSalud de Tacna en el año 2015. La muestra estuvo conformada por 96 encuestados, en su mayoría familiares directos de los pacientes. Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento de recolección de datos la encuesta. Los resultados obtenidos evidencian que la mayoría (91.67%) de los entrevistados perciben como Regular la calidad del cuidado brindado por el profesional de enfermería, y respecto al Nivel de satisfacción de los familiares, el 77.1%, se encuentran, Satisfecho, por esto se infiere que existe relación estadísticamente significativa y directa entre la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de satisfacción de familiares de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos ($P < 0.05$).

Palabras clave: Calidad del cuidado de enfermería, satisfacción de familiares de pacientes.

ABSTRACT

The objective of the present study, was to establish the relation of the quality of Nursing care and the level of satisfaction of family members of the patients of the intensive care unit of Hospital III Daniel Alcides Carrión, EsSalud de Tacna, in the year 2015. The sample Was made up of 96 respondents, mostly direct family members of the patients. The interview was used as technique and as a data collection instrument the survey. The results obtained show that the majority (91.67%) of the respondents perceive the quality of care provided by the nursing professional as a Regular, and respect to the Level of satisfaction of family members, the 77.1% Satisfied, it is inferred that there is a statistically significant and direct relationship between the quality of nursing care and the level of satisfaction of relatives of patients in the intensive care unit ($P < 0.05$).

Keywords: Quality of nursing care, satisfaction of family members of patients.

INTRODUCCIÓN

El ingreso de un paciente a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), pone a la familia en una situación muy difícil de sobrellevar, siendo una experiencia estresante, empezando por la separación física entre ambos, que conlleva en un primer momento y de manera abrupta a la aparición de incertidumbre miedo ansiedad y otros temores, por la situación crítica del paciente.

En tal sentido la satisfacción de los cuidados muchas veces se mide desde la perspectiva de la familia debido a que con frecuencia, son pacientes en estado crítico imposibilitados para poder comunicarse, por lo tanto esta investigación es fundamental en el área de enfermería, pues proporcionará información actualizada a la Institución de Essalud Tacna a fin de que la unidad de cuidados intensivos, formule estrategias orientadas a que el personal de enfermería aplique un programa de educación continua, dirigida al profesional de enfermería con el objeto de mejorar la calidad del cuidado de enfermería, incorporando a la familia como parte activa en el cuidado de la persona, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas de medición que garanticen los cuidados que proporcione el profesional de enfermería.

La presente investigación tiene como finalidad determinar la relación de la calidad del cuidado de enfermería con el nivel de satisfacción de los familiares de los pacientes de la UCI del Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna 2015.

Ante este contexto esquematizaremos el presente trabajo de investigación, presentándolo en: Capítulo I: Planteamiento del Estudio, Capítulo II: Marco Teórico, Capítulo III: Metodología, Capítulo IV: Resultados, y finalmente se describen las Conclusiones y Recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1. FUNDAMENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en general, suelen ser lugares en donde la tecnología y la eficacia práctica predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana, asimismo el ingreso de un paciente en una UCI ocasiona trastornos a la familia, encontrándose en situaciones tan difíciles que en ocasiones, requieren de atención especializada para pacientes que enfrentan una enfermedad o lesión potencialmente mortal (1).

Se estima que 80% de todos los estadounidenses podrían experimentar un evento de cuidados intensivos, ya sea como un paciente o como parte de la familia de un amigo o de un paciente durante su vida. Las UCI han estado buscando para ampliar su enfoque más allá de los procedimientos de atención y hospitalarios de los pacientes a la consideración del papel de las familias de los pacientes en dichas unidades (1).

En los últimos tiempos se ha logrado un avance muy importante en los cuidados médicos del paciente ingresado en una UCI. La satisfacción en estos cuidados se mide muchas veces desde la perspectiva de la familia debido a que, con frecuencia, son pacientes en estado crítico, con imposibilidad para poder comunicarse. Por ello, para mejorar la calidad de los cuidados en la UCI es necesario medir el grado de satisfacción de los familiares, de modo que esta información pueda redundar en iniciativas para dicha mejora.

El trabajo cotidiano del personal de enfermería, demanda continuamente relaciones interpersonales con los pacientes; es en esta relación donde a veces se omite factores importantes para brindar un servicio de atención de calidad como es el caso de la percepción que tienen los pacientes y familiares sobre el desempeño o de la imagen que el profesional proyecte (2).

Recientemente, las instituciones de salud han mostrado interés por mejorar la calidad de sus servicios. Una forma de hacerlo ha sido mediante la evaluación objetiva y subjetiva con el fin de lograr la satisfacción de expectativas del usuario, dando importancia a la opinión del mismo. Pese a no contar en el Perú con estudios de evaluación de la calidad de atención suficientemente integral y rigurosa, no obstante los esfuerzos desplegados

por el Ministerio de Salud y las demás organizaciones proveedoras de salud, el nivel de calidad dista mucho de ser satisfactorio (2).

Complementariamente, la población percibe baja calidad en la atención que recibe según se concluye de los estudios realizados anualmente por la Universidad de Lima (3) donde se aprecia no sólo un bajo nivel en la percepción de calidad, sino también una tendencia a seguir descendiendo, tanto para los hospitales del MINSA, como EsSalud (4).

Al respecto, resultados de la medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en el Perú (2006), evidencia que el desarrollo de calidad no alcanza siquiera el promedio en conjunto (5). A nivel nacional se han realizado estudios que muestran el grado de satisfacción que tienen los usuarios de los servicios de salud; sin embargo, se puede observar que la satisfacción de los usuarios como indicador de calidad ha sido evaluada desde una perspectiva global en la atención en salud, donde el cuidado que brinda enfermería no ha sido valorado específicamente. Esta inadecuada situación puede encontrar una explicación en el bajo nivel de desarrollo de la calidad, producto a su vez de la insuficiente voluntad política puesta por la Autoridad Sanitaria para lograr este desarrollo (5).

En las áreas de cuidados intensivos las situaciones críticas y trascendentes para la vida de los pacientes proporcionan momentos de estrés e insatisfacción personal que pueden repercutir en su cuidado y su familia. La reflexión sobre estos temas tan trascendentes supone intentar recuperar la humanidad, en el contexto de la última tecnología de que disponen la mayoría de las UCI, reconsiderar la importancia que tienen los cuidados del paciente y su entorno familiar (5).

A la vez existen situaciones que evidencian la dificultad para tener acceso a la información fuera de las horas de visitas, así como recibir informes para tener noticia de los cambios imprevistos en la evolución de los pacientes. El desconocimiento de qué niveles de satisfacción presenta con la atención recibida y con el trato de las enfermeras. No obstante, se observan 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.

En suma, el reto es conocer cuál es la realidad sobre la problemática expuesta en la UCI del Hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna, para poder avanzar en la atención humanizada.

Formulación del problema

¿Existe relación entre la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de satisfacción de familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna 2015?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general:

- Establecer la relación de la calidad del cuidado de enfermería con el nivel de satisfacción de familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Daniel Alcides Carrión, ESSALUD Tacna 2015.

2.2. Objetivos específicos:

- Describir las características según edad, sexo, grado de instrucción y parentesco en familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna.
- Identificar cual es la calidad del cuidado enfermero(a) en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna.

- Determinar cuál es el nivel de satisfacción de los familiares de pacientes de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna.

3. JUSTIFICACIÓN

El ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos somete a los miembros de su familia a una situación difícil. Si la familia siente amenaza de perder uno de sus individuos, se defiende contra la pérdida y puede experimentar una crisis psicológica. El suministro eficaz de cuidados necesariamente involucra el cuidado de los miembros disponibles de la familia.

La enfermera (o) de la Unidad de cuidados intensivos dentro de su rol tiene que brindar cuidados al paciente y la familia considerando a la persona como ser holístico identificando precozmente conductas de riesgo y aplicar actividades preventivas promocionales al paciente y familia(6).

La relevancia del desarrollo del presente trabajo, se da ante el actual cambio de paradigma observado en la enfermería, que nos lleva a una concepción más humanizada y personalizada de la salud, en el cual la familia ocupa un lugar preponderante, ya que la hospitalización de un

paciente en estado crítico con problemas graves de salud, condiciona un gran riesgo para su desarrollo físico y psicosocial posterior (7).

La importancia de los familiares durante la atención que se brinda al paciente crítico, radica en que son ellos quienes percibirán el tipo de cuidados que brinda la enfermera en la UCI. En sus términos más simples, esta tendencia es impulsada por los dos factores siguientes: la evidencia creciente de que el apoyo a la familia tiene un impacto positivo en las tasas de recuperación de los pacientes ingresados en la UCI y los altos niveles de insatisfacción reportados por las familias de los pacientes en unidades de cuidados intensivos (7).

Por lo expuesto en párrafos anteriores el presente trabajo se justifica ya que el conocimiento del nivel de satisfacción de los familiares de pacientes, servirá para valorar e identificar las fuentes de insatisfacción que puedan ser objeto de futuras acciones; de modo que se tomen medidas correctivas en el proceso del cuidado humanizado de enfermería en beneficio del paciente y familiares.

Esta experiencia servirá a las profesionales de enfermería como punto de reflexión para modificar nuestra mentalidad y actitud respecto a la

interrelación y las funciones que deberían asumir tanto la familia como la enfermera, respecto al paciente crítico, que es el objetivo principal de nuestra labor. Asimismo motivará a las autoridades competentes a implementar políticas de humanización de los Servicios de Salud.

4. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

Existe relación significativa de la calidad del cuidado de enfermería con el nivel de satisfacción de familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Daniel Alcides Carrión, ESSALUD Tacna 2015.

5. VARIABLES

Variable independiente: Calidad del cuidado enfermero(a)

Variable dependiente: Nivel de Satisfacción de los familiares de los pacientes de UCI.

Operacionalización de variables

Variable	Definición Operacionalización	Dimensión	Indicador	Escala
VARIABLE INDEPENDIENTE: Calidad del cuidado de enfermería.	La efectividad del cuidado en lograr y producir salud y satisfacción, definidas por los miembros individuales de una sociedad o subcultura particular, es el valor último de la calidad del cuidado". (12).	<ul style="list-style-type: none"> - Empatía - Competencia profesional - Capacidad de respuesta - Confort - Información 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión de sentimientos. - Eficacia profesional. - Resolución de problemas. - Comodidad en el cuidado. - Calidad de información. 	<p>Eficiente (23 - 28 pts.)</p> <p>Promedio/Regular (15 - 22 pts.)</p> <p>Ineficiente (7 - 14 pts.)</p> <p>Muy ineficiente (< de 7 pts.)</p>
VARIABLE DEPENDIENTE: Nivel de satisfacción de los familiares de los pacientes.	"La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del usuario influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa". (15).	<ul style="list-style-type: none"> - Trato que proporciona al paciente - Calidad y técnica del cuidado. - Disponibilidad - Continuidad del cuidado - Resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relación interpersonal de confianza. - Desempeño laboral. - Accesibilidad al profesional. - Seguimiento y monitoreo. - Satisfacción de necesidades. 	<p>Muy satisfecho (67 - 88 pts.)</p> <p>Satisfecho (45 - 66 pts.)</p> <p>Insatisfecho (22 - 44 pts.)</p> <p>Muy insatisfecho (< de 22 pts.)</p>

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

Poblete M, et.al. (8), Investigaron el Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paulista. 2007. Los estudios revelan que los pacientes valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se le presta dentro de las instituciones hospitalarias, es decir un cuidado humanizado y transpersonal.

Gonzales J, et.al. (9), Realizaron un estudio sobre: Percepción del Cuidado en pacientes que ingresan al Servicio de hospitalización de urgencias de Gineco Obstetricia de una institución de II y III nivel de atención. En cuanto a los resultados globales de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería que arrojó el estudio se pudo ver que todas las categorías fueron calificadas de acuerdo a la atención recibida, lo que mostró una adecuada percepción de cuidado humanizado por parte de los pacientes, las categorías fueron calificadas en su totalidad en un rango bueno, lo que indica que el personal de enfermería está capacitado y es

apto para brindar una buena atención, esto es importante ya que contribuye al fortalecimiento de los comportamientos que fueron menos percibidos.

Lorenzini A, et.al. (10), Realizaron un Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería en el Centro de Estudios e Investigaciones en Enfermería CEPEN (Rio de Janeiro) 2001-2003. De acuerdo con la caracterización de las categorías de este estudio, los conocimientos encontrados presentan diferentes abordajes filosóficos y lineamientos metodológicos, nuevas técnicas y tecnologías, campo teórico del saber cuidar. Tales conocimientos fueron generados a partir de estudios sobre el cuidado enfocado a diferentes aspectos del hacer relacionado a la actuación de la enfermería en los ámbitos hospitalario, domiciliario, ambulatorio y comunitario. Las perspectivas de avance en estas temáticas son prometedoras, ya que en ellas convergen nuevos significados, concepciones y modos de pensar y hacer posible la construcción de nuevas tecnologías o saberes para la práctica de la enfermería.

Rivera L N, (11), Investigó sobre Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country (Bogotá). 2007. El verdadero cuidado de enfermería tiene como núcleo la perspectiva, la necesidad y la prioridad del paciente o usuario,

constituyéndose en la estructura viva (columna y corazón) del ejercicio profesional de enfermería, en la Clínica del Country. Esta experiencia investigativa permitió descubrir la riqueza de conocimiento que alberga nuestra práctica diaria, conocimiento de la disciplina de enfermería, que incentiva la mejora en el cuidado de nuestros pacientes. Así mismo, permitió rescatar aptitudes y actitudes investigativas que hicieron visible al profesional de enfermería dentro de la Institución.

Bautista R. L. (12) en su trabajo Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander, Cúcuta, Colombia 2008, utilizó el instrumento Caring Assessment Questionare (Care-Q) de Patricia Larson, integrado por cincuenta preguntas divididas en las siguientes subescalas del comportamiento de la enfermera: accesible, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza, y monitorea y hace seguimiento.

De los resultados: los comportamientos más importantes percibidos por los usuarios están relacionados con habilidades del personal como: administrar al paciente los tratamientos y las medicinas oportunamente, saber aplicar inyecciones, manipular equipos de uso parenteral (sueros), las máquinas de succión y otros equipos. Los comportamientos menos

importantes son: preguntar al paciente cómo prefiere que lo llamen, sentarse con éste, ser jovial, ofrecer alternativas razonables y encontrar la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios de su estado de salud.

Santana Cabrera L, et.al. (13) Realizó un trabajo con el objetivo de comparar el grado de satisfacción de familiares de pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) las Palmas de Gran Canaria 2007, con la percepción del profesional sobre el entorno asistencial y la información recibida. Muestra como resultados que el profesional sobreestima las necesidades de los familiares en aspectos como el ruido, iluminación, comodidad, intimidad, la adecuación de la sala de espera y la información sobre los cuidados recibidos. El profesional, a diferencia del familiar, pensaba que informaba adecuadamente sobre el aparataje utilizado y que conocía el nombre del personal de enfermería. Ambos grupos coincidían en que conocían el nombre de los médicos, eran informados de la situación al ingreso, el horario de visitas era adecuado, que pudieran pasar dos o más familiares al box y que estarían más cómodos si pudieran sentarse. Concluye que la satisfacción del familiar era mayor que la del profesional entrevistado. Detectamos la necesidad de mejorar la sala de espera, personalizar la atención y valorar individualmente la flexibilidad en el horario de visitas.

Kay H. Stricker et.al. (14) En su estudio de satisfacción de la familia en la unidad de cuidados intensivos: lo que hace la diferencia, estudio multicéntrico en las UCI suizo en el año 2012. En resumen el puntaje fue de 78 ± 14 (media \pm DE) para la satisfacción general, 79 ± 14 para el cuidado y el 77 ± 15 para la información / la toma de decisiones. En los análisis de regresión lineal multivariable multinivel, una mayor gravedad de la enfermedad se asoció con una mayor satisfacción, mientras que un paciente mayor: relación de la enfermera y los criterios de admisión / descarga escritas se asociaron con la satisfacción global inferior. El uso de parcelas rendimiento importancia, se identificaron elementos con alto impacto en la satisfacción general pero baja satisfacción. Ellos incluyen: apoyo emocional, proporcionando, información consistente completa comprensible y coordinación de la atención.

En general, los familiares se mostraron satisfechos con la atención y la información / toma de decisiones. Sin embargo, varios factores, como el apoyo emocional, coordinación de la atención y la comunicación, se asocian con la mala satisfacción, lo que sugiere la necesidad de mejora.

Franco C. R. (15) en su trabajo de percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención que realiza la enfermera durante la crisis situacional en la UCI Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins año

2004. Los resultados fueron que el 37.5%, refirieron una percepción favorable, 33.3% desfavorable, y 29.2% indiferente. Ello está referido a que las enfermeras no orientan a la familia sobre la forma de hacer frente a los sentimientos de angustia, no tienen un tono cálido al hablar con los familiares y no tranquilizan con palabras de aliento. Los aspectos desfavorables e indiferentes en el área de comunicación verbal fueron que las enfermeras no preguntan sobre los problemas que enfrentan debido al paciente crítico, ni explica sobre los procedimientos que se realiza a los pacientes, en el área de comunicación no verbal no le mira de manera cálida al responder alguna inquietud del familiar y en el área de apoyo emocional no le toman de la mano cuando los observan tristes o afligidos y no se acerca para tranquilizarlos.

Los aspectos favorables en el área de comunicación verbal está dado por que las enfermeras utilizan un lenguaje claro y sencillo al responder alguna inquietud al familiar, en la comunicación no verbal explica los procedimientos y le presta atención cuando le pregunta algo, mientras que en el aspecto de apoyo emocional se muestra atentas y comprensivas con los familiares del paciente.

Las conclusiones fueron que existe un porcentaje significativo de familiar del paciente crítico que percibe la intervención de enfermería durante la crisis situacional como indiferente en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente desfavorable en la dimensión de comunicación no verbal. Limitando así la restauración de la homeostasis psico-emocional del familiar.

2.2 BASES TEÓRICAS-CIENTÍFICAS

2.2.1. Calidad de los servicios:

Diversos autores, han señalado que la calidad de los servicios sanitarios depende, entre otros factores, de las condiciones de relación interpersonal (ayuda técnica más apoyo interpersonal) entre los profesionales de la salud y los pacientes. Esta interacción daría como resultado no solo determinado nivel de recuperación física (parte objetiva de la relación) sino que determinaría, en gran parte, el grado de satisfacción o insatisfacción del paciente con respecto a los servicios que como consumidor de un producto sanitario ha recibido (16).

Donabedian considera la interacción entre el personal de salud y el paciente desde dos puntos de vista: “las prestaciones técnicas y la relación

personal con el paciente”, los cuales son dos aspectos de la percepción de los pacientes acerca de la calidad del servicio (17).

“Las percepciones de la calidad están influenciadas tanto por los aspectos interpersonales como clínicos de la atención de salud... Ambos son importantes, la calidad del servicio es intrínsecamente subjetiva y personal y depende de la relación entre el proveedor y el cliente” (17).

Los estudios sobre calidad enfrentan el problema de la ambigüedad del concepto. Una de las definiciones más aceptadas, aplicada específicamente a los servicios de salud, es la propuesta por Avedis Donabedian, *“la calidad de la atención a la salud es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que se juzgan son las expectativas de resultado que se podrían atribuir a la atención en el presente”*(16).

Para Donabedian La percepción de los padres de los pacientes añade un componente esencial en la valoración del servicio prestado. *“La efectividad del cuidado... en lograr y producir salud y satisfacción, definidas por los*

miembros individuales de una sociedad o subcultura particular, es el valor último de la calidad del cuidado” (10).

Donabedian *“Si los pacientes están insatisfechos, el cuidado está lejos del ser el ideal, al margen de cuan alta pueda ser la calidad según criterio clínico u otro ajeno al del propio consumidor” (17).*

Donabedian describió la calidad de la atención en tres dimensiones, la técnica, la interpersonal, y la de las comodidades. La primera entendida como la aplicación de la ciencia y la tecnología a la solución del problema de salud del paciente. La segunda se expresa en la relación que se establece entre prestadores y receptores de los servicios. Por último, las comodidades son todos los elementos del ambiente físico que rodean el proceso de atención (18).

Aunque hay considerables estudios que intentan estimar la satisfacción del paciente con diferentes aspectos de la prestación del cuidado de la salud, ha habido, sin embargo, muchos menos esfuerzos por medir la satisfacción con los proveedores particulares (10).

2.2.1.1. Calidad de cuidado

La definición de calidad de servicio más extendida es la ofrecida por Reeves y Bednar (19). La principal peculiaridad de esta clasificación es su naturaleza integral, o sea, refleja diversas formas de entender la calidad (Salvador, 2005) (20), tales como:

Excelencia, se trata de lo mejor en sentido pleno o absoluto. En esta categoría, se considera que las organizaciones deben concentrar sus esfuerzos para conseguir óptimos resultados que potencien la imagen de calidad institucional y alcancen la aceptación y compromiso de los empleados (20).

Valor, la calidad viene determinada por varios factores, por ejemplo el precio y la accesibilidad. Adoptar este planteamiento beneficia la eficiencia interna y efectividad externa, al tiempo que satisface las expectativas de los clientes (20).

Ajustes a las especificaciones, se concibe la calidad de tal modo que su medida sirve para la consecución de objetivos en distintos momentos temporales (20).

Satisfacción de las expectativas de los usuarios. La calidad viene dada por el grado en que se cubren las expectativas de los usuarios. Esta línea de trabajo es más compleja, ya que dichos juicios fluctúan tanto en el tiempo como en función del servicio (21).

2.2.1.2. Calidad del cuidado en medicina intensiva:

Desde hace algo más de 30 años la medicina intensiva, es una especialidad que ha permitido mejorar la atención del paciente crítico. Durante estos años se han producido cambios importantes en el manejo de estos pacientes introduciéndose avances científicos y tecnológicos especialmente en la monitorización y en el soporte de la disfunción orgánica (22). Ello ha llevado, sin lugar a dudas, a mejorar la efectividad de la medicina actual cobrándose como precio hacerla también menos segura y más peligrosa. En palabras de Chantler: *“La medicina ha pasado de ser simple, poco efectiva y relativamente segura a convertirse en compleja, efectiva pero potencialmente peligrosa (23).* La medicina intensiva es el máximo exponente de ello. El reto en los próximos años debe ser moldear la efectividad de la medicina intensiva con el resto de dimensiones de la calidad y en el caso de que la seguridad entre en conflicto con alguna de ellas priorizarla para cumplir el aforismo hipocrático “lo primero, no dañar” (23).

Calidad de atención en la medicina intensiva:

El objetivo de la medicina intensiva es ofrecer a los pacientes críticos una asistencia sanitaria ajustada a sus necesidades, de calidad y de la manera más segura posible. La medicina intensiva constituye uno de los principales componentes de los sistemas sanitarios modernos. Es un recurso con una demanda creciente y que conlleva un gasto sanitario elevado. La calidad asistencial ha ido paulatinamente situándose en el centro angular de la atención sanitaria, alcanzando en los últimos años un mayor protagonismo la seguridad del paciente, como una de las dimensiones clave de la calidad (24).

En el caso de la medicina intensiva, este interés es todavía más evidente no sólo por su impacto social y económico, sino porque algunas de las dimensiones de la calidad cobran en el paciente crítico un significado más intenso, más vulnerables con accesibilidad limitada, equidad en la distribución de recursos, evidencia científica escasa, eficiencia limitada.

La calidad asistencial puede definirse como «el grado en que los servicios prestados a un individuo y a la población aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseables y coherentes con el conocimiento actual de los profesionales» (24). O de forma más simple, la evaluación de

la calidad reflejaría la discordancia entre los resultados que se deberían conseguir y los que verdaderamente se alcanzan. Se define la calidad de la asistencia sanitaria como aquella dimensión de ésta que garantiza una asistencia segura, adecuada, efectiva, eficiente, accesible, sigue los principios de justicia y está centrada en el enfermo (25).

Aunque el objetivo final de la medicina es cubrir las necesidades médicas del paciente, debe considerar a la vez las expectativas de la familia y de sus allegados, de los profesionales, de las instituciones y de la sociedad en general.

2.2.1.3. Calidad del cuidado de enfermería:

La enfermera como parte integrante del equipo de salud se ha ido adaptando a los cambios que se han producido en la salud y, como no podía ser de otra manera, ha ido asimilando técnicas cada vez más sofisticadas y complejas que en ocasiones la alejan de una visión del hombre como persona que debiera ser la medida de todo, pero que, lamentablemente, se convierte, muchas veces en un extraño en el mundo que precisamente ha sido creado para él en el medio sanitario (26).

El cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero establece con el paciente,

y supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado (27).

Según Ortega y Suarez, la garantía de calidad en Enfermería atañe al proceso mediante el cual se establecen una serie de normas políticas, normas técnicas, procedimientos y estándares que guían las actividades y permiten controlar procedimientos, detectar de manera oportuna las desviaciones y tomar las medidas correctivas para lograr un grado de excelencia en relación con las intervenciones de enfermería y los cuidados establecidos (28).

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Define la calidad de los cuidados de enfermería como “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de Enfermería, acorde con los estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios”, lo cual requiere de una planeación óptima, para que el cuidado sea efectivo y seguro. Los niveles de calidad

del cuidado enfermero son: Eficiente (cuidado óptimo), promedio (con algunos observaciones) e ineficiente (quejas en la atención). (29).

Instrumento de medición de la Calidad de atención de enfermería:

Escala SERVQUAL, adaptada por Babakus y Mangold (30) para su utilización en el ámbito hospitalario, que mide la calidad asistencial basada en la diferencia de puntuaciones obtenidas entre las expectativas y las percepciones de los pacientes. Las puntuaciones indican que las percepciones estaban por debajo de las expectativas, es decir, los pacientes han encontrado déficit en la calidad del servicio recibido. Por otro lado, las puntuaciones positivas muestran que las percepciones superan las expectativas; en otras palabras, los pacientes han evaluado positivamente la calidad del servicio. Esta escala tiene cinco dimensiones que hacen referencia a:

- Empatía: Cuidado científico y humanístico personalizado a cada paciente. Mide la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro (30).
- Competencia profesional: Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento,

privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza. Por ello se requiere que en todas las instituciones de salud se cuente con programas permanentes de educación continua, donde se mantenga actualizado al personal en los procesos de atención con apego estricto a los estándares internacionales de calidad y seguridad. Estos programas deben ser dirigidos a todo el personal, con énfasis en los de nuevo ingreso, de tal forma que se garantice que al incorporarse a la atención, cuenten con las competencias adecuadas para brindar un servicio de calidad y libre de riesgos (30).

- Capacidad de respuesta: disposición para ayudar y proporcionar con prontitud el servicio prometido. Disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable, la formación de los profesionales de enfermería se considera un factor clave, su presencia y permanencia en los servicios de salud sitúan a las enfermeras en una condición crítica, tanto por el riesgo de error como por su capacidad y potencialidad para promover la seguridad de los pacientes (30).

- Fiabilidad o confort: capacidad para llevar a cabo los servicios prometidos de manera fiable y precisa. La contribución de todos y cada

uno de los actores sociales involucrados en el ámbito de la salud permitirá garantizar que la atención que se proporcione cumpla con los estándares de calidad y sea libre de riesgo para todos los usuarios; la co-responsabilidad de todos es fundamental. Existe evidencia de múltiples avances, sin embargo, las diferencias en la calidad y seguridad que se proporciona en las diversas instituciones siguen siendo notorias, se requiere un mayor esfuerzo para afirmar que la atención que se proporciona a todo usuario independientemente del tipo de institución a la que acuda a solicitar atención, es de calidad y libre de riesgo (30).

- Información: conocimiento y buena educación de los profesionales y su capacidad para inspirar confianza, esto implica desarrollar la comprensión del paciente y familia de su propio rol en la promoción, mantenimiento, vigilancia y restablecimiento de su salud, así como el conocimiento y las habilidades suficientes para poder involucrarse en la mejora de su salud (31).

2.2.2. La familia de los pacientes:

Definición de familia: La OMS 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 se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial" (32).

La familia del paciente crítico

John L. Canty nos refiere:

“La familia es un grupo con características determinadas por la cultura, que influye en la cooperación económica, reproducción, crianza y socialización de sus integrantes...”

Suele actuar para sostener y proteger a sus miembros, tanto individual como colectivamente. Es el soporte principal de sus integrantes. Toda amenaza a la función hace que se sienta ansiosa, si la familia siente la amenaza de perder a uno de sus miembros, se defiende contra la pérdida”
(1).

“La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan, y están sujetos a la influencia del entorno. Por lo tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis. El ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos somete a los miembros de su familia a una situación difícil, que provoca ansiedad y preocupación” (1).

Como podemos apreciar en la cita anterior la enfermedad y la hospitalización son factores de crisis. La familia es la unidad social básica y puede ser un recurso importante para minimizar los problemas de salud acarreados en algún miembro de la familia; sin embargo cuando su paciente sufre una enfermedad grave puede necesitar a su familia más que nunca. Constituyendo la familia un soporte social básico, que ayuda a disminuir los efectos del estrés y a mejorar la salud mental del paciente. Las personas cuando presentan alguna clase de alteración en su salud se ven en la necesidad de permanecer hospitalizados, originando tanto en él como en su familia un gran estrés interrumpiendo su función familiar.

Mosby manifiesta que: “El ingreso en una unidad de asistencia crítica puede ser muy duro, tanto para el paciente como para su familia. Debido a las ideas preconcebidas y a anteriores experiencias de amigos o familiares en la UCI, la ansiedad del paciente y de la familia puede sobrepasar los niveles funcionales. Tanto el ambiente de la UCI como el propio proceso patológico influyen en numerosos aspectos psico-sociales... (33). El paciente en estado crítico se caracteriza por la existencia de problemas clínicos reales y potenciales de extrema gravedad y por la necesidad de un control y una actuación para prevenir complicaciones y restablecer su salud” (33).

Sentimientos que experimentan los familiares del paciente crítico (1):

Según Fink: Los pacientes, familiares e inclusive las enfermeras de cuidados intensivos experimentan una crisis en la que se puede diferenciar cuatro fases:

Choque emocional: en la que el sujeto siente una amenaza hacia él o algún miembro de su familia, ve a la realidad hostil, abrumadora, experimentando en respuesta a ello ansiedad, desesperanza, miedo y obnubilación en el pensamiento.

Retirada defensiva: el sujeto procura conservar el equilibrio emocional, trata de evitar la realidad experimentando negación, represión, indiferencia o euforia. Se manifiesta enojado y resistente al cambio procurando organizar en forma defensiva sus ideas.

Aceptación: El sujeto se enfrenta a la realidad y se siente deprimido. Experimenta apatía, agitación, amargura, aflicción, intensa ansiedad o ideas suicidas, si el factor que produce estrés es demasiado abrumador. Su pensamiento se desorganiza debido a la alteración de la percepción de la realidad.

Adaptación y cambio: Siente una sensación de auto valía, experimenta un aumento gradual de satisfacción.

2.2.3. Morbilidad de la Unidad de Cuidados Intensivos

Dentro de las enfermedades que requieren hospitalización en las Unidades de Cuidados Intensivos según la IX Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), son: las enfermedades cardiológicas, coronaria, hemodinámica, respiratorio, enfermedades quirúrgicas y médico-quirúrgicas, complicaciones de cirugía, enfermedades e intervenciones traumatológicas, infecciones, intoxicaciones, alergia, tipos de accidentes, traumas, complicaciones, obstetricia y ginecología entre otros.

Teniendo en cuenta que los criterios para el ingreso de una UCI son; pacientes que no responden de forma suficiente a la terapéutica habitual y cuyo organismo ha llegado a una situación límite, provocada por una enfermedad extremadamente grave de cualquier origen, pero en los cuales existe como premisa la recuperabilidad, pacientes con enfermedades que requieren aislamiento para evitar su propagación.

Siendo importante tener en cuenta que la unidad de cuidados intensivos es aquella unidad hospitalaria altamente tecnificada dedicado a la asistencia intensiva integral y continuada del paciente críticamente enfermo, independientemente de cual sea el origen de esta situación en la que se

caracteriza por la necesidad de un control y una actuación constantes para prevenir las posibles complicaciones y restablecer la salud; por ende su personal debe estar altamente entrenado para administrar cuidados especializados.

Esta definición implica la existencia de los siguientes elementos básicos: infraestructura adecuada; dotación de material de monitorización y de terapéutica intensiva; equipo médico, de enfermería y de personal auxiliar bien cualificados y organización asistencial de cobertura continuada durante las 24 horas. El tiempo de permanencia y pronóstico de vida, está determinado por la edad del paciente, enfermedad y grado de complicación, entre otros. Al respecto Mosby refiere *“El ingreso en una unidad de asistencia crítica puede ser muy duro, tanto para el paciente como para su familia”* (33).

El entorno de la UCI es un recuerdo constante de amenaza a la vida y de la salud (30). De modo que su evolución y duración, en la mayoría de los casos no es predecible. Canty expone que:

“El paciente en la UCI puede experimentar una crisis biológica, a la vez que su familia está en crisis psicológica. El suministro de cuidados eficaces al

sujeto necesariamente involucra el cuidado de los miembros disponibles de la familia” (1).

Rivera nos dice que:

“Los pacientes son cuidados con modernas técnicas de sedación..., y control del dolor. En cuanto al sufrimiento infringido por el cuidado intensivo, éste es mayor, sin ninguna duda, entre los familiares que entre los mismos pacientes” (31).

Motivo por el cual si no se les ayuda a afrontar la situación con adecuados mecanismos de resolución, esta ansiedad del familiar puede repercutir en el proceso de recuperación del paciente.

2.2.4. Satisfacción de las expectativas de los usuarios

Definición de satisfacción:

Es la percepción de los familiares de los pacientes que fueron atendidos en la unidad de cuidados intensivos acerca de las características del cuidado que ha recibido del personal de enfermería durante su hospitalización (34).

El principio básico que sustenta este aspecto indica que se alcanzaran elevados niveles de calidad si se cubren las expectativas de los usuarios.

Esta línea de trabajo es más complejo que las anteriores, ya que los juicios emitidos por los clientes fluctúan tanto en el tiempo como en la función del servicio.

La variable satisfacción de las expectativas del usuario es muy amplia, remitiéndose a las siguientes dimensiones: empatía establecida con el usuario, competencia profesional en la tarea, nivel de información brindado al usuario, y capacidad de respuesta del personal de enfermería.

Otros autores (35) utilizan exclusivamente la satisfacción del paciente como una importante medida de la atención a la salud, pero enfocándose exclusivamente a resultados, o bien, problemas muy específicos, como tiempo de espera de la atención médica, tomando en cuenta no sólo la satisfacción del paciente, sino también la del prestador del servicio.

Niveles de satisfacción: (36)

La satisfacción es un requisito indispensable para ganarse lugar en la mente de los clientes.

El grado de satisfacción se clasifica en:

Insatisfecho: se produce cuando el desempeño percibido del producto no alcanza las expectativas del cliente.

Poco satisfecho: cuando se encuentra algunos errores en la atención al paciente.

Satisfecho: Se produce cuando el desempeño percibido del producto coincide las expectativas del cliente.

2.2.5. Satisfacción del familiar:

Los seis atributos o dimensiones del cuidado de enfermería que están relacionados con la satisfacción de los pacientes con el cuidado de enfermería hospitalario. Las dimensiones son: trato, calidad técnica del cuidado, medio ambiente *físico*, *disponibilidad*, continuidad y resultado del cuidado (37).

La satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería como la congruencia o acuerdo entre las expectativas de los pacientes y su experiencia actual con el cuidado que recibe del personal de enfermería. De acuerdo al autor existen características individuales que influyen en la satisfacción del paciente tales como edad, sexo, escolaridad y experiencias de hospitalizaciones que pueden determinar diferencias en la satisfacción. A continuación se señalan las características que incluyen cada una de las dimensiones: el trato que proporciona enfermería se enfoca en el tipo de cuidado, las características de satisfacción incluyen cortesía, amabilidad,

privacidad, interés, consideración, amistad, paciencia y sinceridad. Las características negativas se asocian con desinterés, precipitación, falta de respeto, conductas que causan dificultad, dolor, insulto o preocupación innecesaria (38).

“La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad. Dado que la satisfacción del usuario influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa” (38).

La satisfacción del usuario puede influir en:

- El hecho de que el usuario procure o no procure atención,
- El lugar al cual acuda para recibir atención,
- El hecho de que esté dispuesto a pagar por los servicios,
- El hecho de que el usuario siga o no siga las instrucciones del prestador de servicios,
- El hecho de que el usuario regrese o no regrese al prestador de servicios.
- El hecho de que el usuario recomiende o no recomiende los servicios a los demás.

La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los

servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes (16).

Cuando el usuario percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y, de hecho, reducir la calidad de atención. Los usuarios a veces solicitan pruebas, procedimientos o tratamientos inapropiados porque creen, erróneamente, que constituyen buena calidad. El orientar a los usuarios e informar al público con respecto a lo que constituye la atención apropiada son aspectos importantes en la prestación de servicios de buena calidad.

La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad de servicios. No obstante, resulta difícil evaluar la satisfacción del usuario. Los métodos y las medidas para la recolección de datos pueden influir en las respuestas del usuario. Además, tanto el acceso a los servicios como las repercusiones de los servicios en la salud (por ejemplo, la presencia de efectos secundarios) pueden afectar la satisfacción del usuario a tal nivel que no refleje el proceso de prestar atención.

A continuación se señalan las características que incluyen cada una de las dimensiones: (37)

- **El trato**, que proporciona enfermería se enfoca en el tipo de cuidado, las características de satisfacción incluyen cortesía, amabilidad, privacidad, interés, consideración, amistad, paciencia y sinceridad. Las características negativas se asocian con desinterés, precipitación, falta de respeto, conductas que causan dificultad, dolor, insulto o preocupación innecesaria (37).
- **La calidad y técnica del cuidado**: implica las destrezas técnicas y habilidades de los proveedores en los procedimientos necesarios para el cuidado. Lo positivo corresponde a la habilidad al realizar el cuidado, experiencia, perfección, entrenamiento. Las conductas negativas incluyen falta de habilidad en el desarrollo de los procedimientos, inexperiencia y tomar riesgos innecesarios El medio ambiente físico se refiere al lugar en el cual se otorga el cuidado. La satisfacción con este incluye una atmósfera placentera, instalaciones atractivas, buena iluminación, limpieza, pulcritud y ambiente confortable (37).

La disponibilidad se enfoca en el servicio y en el personal, se refiere a la oportunidad con que se presta el cuidado. Los aspectos positivos incluyen conseguir una enfermera cuando se necesita y recibir el cuidado requerido, lo negativo corresponde a no brindar el cuidado con oportunidad (37).

La continuidad del cuidado está definida en términos de entrega del cuidado por el mismo proveedor. Los aspectos positivos se relacionan con el seguimiento de las necesidades del paciente por el personal de enfermería de los diferentes turnos (37).

La última dimensión, resultado del cuidado se refiere a la percepción del paciente acerca del cuidado que él esperaba de enfermería. Los aspectos relacionados con la satisfacción incluyen alivio del dolor, participación en el cuidado y educación para el cuidado en el hogar (37).

Para fines del presente estudio se consideraron las dimensiones del cuidado que de acuerdo a Eriksen (1988) están involucradas en forma directa en la satisfacción del paciente y que influyen en la evaluación de la satisfacción del cuidado de enfermería.

TEORÍA DEL CUIDADO COMO VALOR EN EL EJERCICIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SEGÚN MAYEROFF M.

Existen múltiples connotaciones del verbo cuidar, en los diccionarios lo definen como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, pensar, meditar, asistir, aplicar la atención o pensamiento, vigilar, tratar, prevenir. "El cuidado significa además preocupación, interés, afecto, importarse, proteger, gustar, en portugués

significa cautela, celo, responsabilidad, preocupación. El verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención" (38).

Para enfermería tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano, así se define el cuidado como "ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona. Es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo" (38).

Algunos estudiosos derivan cuidado del latín

Cuidar: Esta palabra "es un sinónimo erudito de cuidado, usada en la traducción de Ser e Tempo de Martín Heidegger. En su forma más antigua, cura en latín se escribía coera y era usada en un contexto de relación de amor y de amistad. Expresaba actitud de cuidado, de desvelo, de preocupación y de inquietud por la persona amada o por el objeto de estimación" (39).

En tal sentido, entendiendo el cuidado como una actitud de responsabilidad y involucramiento afectivo con otro ser humano, "la palabra cuidado incluye dos significaciones básicas, íntimamente ligadas entre sí: La primera la actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. La segunda,

de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene cuidado se siente envuelta y afectivamente ligada al otro".

Rescatar el concepto de cuidado humano (39).

Rescatar el cuidado humano en cada uno de nosotros, los seres humanos, es vital en el momento actual. En todos los sectores, y en particular, entre las profesiones de la salud, el cuidado como una condición humana debería constituir un imperativo moral.

Mayeroff describe ocho componentes del cuidado, que no deben faltar en este artículo, pues es necesario que toda persona que pretende brindar cuidados, los conozca y aplique para que realmente el paciente se sienta satisfecho del cuidado recibido así como ella misma (39).

Los principales componentes del cuidado según este autor son: conocimiento, ritmos alternados, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje. El autor hace una descripción de cada uno, los cuales se resumirán de la siguiente manera:

Conocimiento: Para cuidar de alguien, debo conocer muchas cosas. Necesito conocer, por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento;

preciso saber cómo responder a sus necesidades, y cuáles son mis propios poderes y limitaciones (39).

Ritmos Alternados: No puedo cuidar apenas por hábito; debo ser capaz de aprender a partir de mi pasado. Veo cuantos comprenden mis acciones, si ayudé o no, y a la luz de los resultados, mantengo o modifico mi comportamiento de modo de poder ayudar mejor al otro.

Paciencia: La paciencia es un componente importante del cuidado: yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera. Con paciencia, yo doy tiempo y por lo tanto posibilito al otro encontrarse a sí mismo en su propio tiempo. La paciencia incluye la tolerancia. La tolerancia expresa mi respeto por el crecimiento del otro (39).

Sinceridad: En el cuidado soy sincero al intentar ser verdadero. Al cuidar de otro, debo ver al otro como él es y no como a mí me gustaría que fuese, o como siento que debe ser. Si voy a ayudar a otro a crecer, debo corresponder a sus necesidades de cambio. Pero además de ver al otro como él es, debo también verme a mí como yo soy. Soy sincero al cuidar, no por conveniencia, sino porque la sinceridad es parte integrante del cuidado (39).

Confianza: El cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera. Al cuidar de otra persona confío en que él va a errar y a aprender de sus errores. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje (39).

Humildad: El hombre que cuida es sinceramente humilde cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre sí mismo, y sobre aquello que el cuidado comprende. Una actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado. La humildad también está presente al tomar conciencia de que mi cuidado específico no es de forma algún privilegiado. Lo que es significativo en última instancia no es si mi cuidado es más importante que su cuidado, pero sí que el hombre es capaz de cuidar y que tenga algo de que cuidar. La preocupación en saber cuál es el cuidado más valioso me desvía del cuidado (39).

Esperanza: Existe la esperanza de que el otro crezca a través de mi cuidado. No debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las expectativas infundadas. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades. Al contrario, donde no hay posibilidades de nuevo crecimiento habrá desespero (39).

Coraje: Confiar en el crecimiento del otro y en mi propia capacidad de cuidar me da coraje para lanzarme a lo desconocido, pero también es verdad que sin el coraje de lanzarme a lo desconocido tal confianza sería imposible (39).

La enfermera y el enfermero para impartir cuidado humano debe poseer actitudes, aptitudes, cualidades y habilidades personales que le permitan aplicar todos los componentes del cuidado humano descritos por Mayeroff, durante su vida personal y profesional, en sus diferentes roles.

Además de los componentes del cuidado humano señalados por Mayeroff, es necesario que el profesional de la salud brinde un cuidado solidario al usuario, ya que "en el cuidado solidario hay una disposición de ayuda mutua entre el profesional y el paciente, que eleva sus niveles de conciencia, posibilita el fortalecimiento de las relaciones de sociabilidad y contribuye para el restablecimiento de la salud" (39).

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS:

Calidad del cuidado de enfermería: La definición de calidad de servicio más extendida es la ofrecida por Reeves y Bednar (2004). La principal

peculiaridad de esta clasificación es su naturaleza integral en la cual se reflejan cuatro modelos de concebir la calidad: (39)

Satisfacción de las expectativas de los usuarios, el principio básico que sustenta este aspecto indica que se alcanzaran elevados niveles de calidad si se cubren las expectativas de los usuarios. Esta línea de trabajo es más complejo que las anteriores, ya que los juicios emitidos por los clientes fluctúan tanto en el tiempo como en la función del servicio (39).

Seguridad del paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (39).

Atención en salud; Son los servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud (40).

Expectativas: Las expectativas son las esperanzas que los usuarios tienen por conseguir algo. Las expectativas de los clientes se producen por el efecto de una o más de estas cuatro situaciones (39).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo: De acuerdo al nivel de conocimientos o profundidad.

Transversal: Por el tiempo del estudio o frecuencia de medición de las variables.

Correlacional: Relaciona dos variables.

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Unidad de cuidados intensivos del Hospital III Daniel Alcides Carrión
Essalud Tacna 2015.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población o Universo

La población fueron todos los familiares de los pacientes que se atendieron en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2015, siendo un total de 96 encuestados en 1 mes.

3.3.2. Muestra

Tamaño de la muestra:

Fue la población total, de familiares que acudieron a la visita de los pacientes hospitalizados en UCI del Hospital Daniel Alcides Carrión – Essalud Tacna, en el mes de Setiembre 2015.

Tipo de muestreo:

Para el estudio se realizó el muestreo no probabilístico por intención.

Unidad de análisis:

Familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Daniel Alcides Carrión – Essalud Tacna 2015.

Criterios de Inclusión:

- Familiares de pacientes que acepten participar voluntariamente en el estudio, papa, mama, hermanos y familiares de segundo grado.
- Familiares de pacientes de ambos sexos. .

Criterios de Exclusión:

- Familiares de pacientes de otros servicios.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica es la entrevista y el instrumento es la encuesta las cuales se elaboraron según los objetivos del estudio.

Instrumento N° 01:

Variable independiente: Calidad del cuidado enfermero(a) (Ver Anexo N° 01).

Cuestionario que consta de 2 partes

Para la primera parte del instrumento del presente estudio se diseñó la cédula de identificación de las familias de pacientes.

Luego se tiene el cuestionario que consta de 7 ítems, valorados en las dimensiones de: empatía 2 reactivos; competencia profesional, capacidad de respuesta y confort 1 reactivo; e información 2 reactivos.

Con una escala de puntaje total: 28 puntos

Eficiente: De 23 a 28 puntos

Promedio: De 15 a 22 puntos

Ineficiente: De 7 a 14 puntos

Muy ineficiente: < 7 puntos

Instrumento N° 02:

Variable dependiente: Satisfacción de los familiares de pacientes (Ver Anexo N° 02)

La percepción de la satisfacción del paciente se registró a través de la Escala de Satisfacción de familiares del Paciente con el Cuidado de Enfermería de Eriksen, integrada por 22 reactivos con cinco subescalas que miden los atributos o características del cuidado de enfermería.

La primera subescala mide el trato que proporciona enfermería, integrada por 8 reactivos (1 a 8) la segunda mide la calidad técnica y 3 reactivos (9 a 11), la tercera y cuarta subescalas miden disponibilidad y continuidad del cuidado con 3 reactivos cada una (del 12 al 14 y del 15 al 17 respectivamente), la subescala de resultados de la atención integrada por 5 reactivos (del 18 al 22).

La escala tiene cuatro opciones de respuesta:

1 = nunca,

2 = algunas veces,

3 = casi siempre y

4 = siempre.

Escala de puntaje: Puntaje total de 88 puntos

Muy satisfecho: De 67 a 88 puntos

Satisfecho: De 45 a 66 puntos

Insatisfecho: De 22 a 44 puntos

Muy insatisfecho; < 22 puntos.

Confiabilidad del instrumento

Para medir la satisfacción según percepción de los familiares, se utilizó la “Escala de Satisfacción de padres del Paciente con el Cuidado de enfermería de Eriksen”, instrumento que fue debidamente validado por Marky Bazán, Giuliana Andrea (2012) y modificado por la autora de la presente investigación, para valorar el nivel de satisfacción desde la percepción de los familiares de los pacientes de UCI.

Para medir la “calidad del cuidado de enfermería se utilizó la escala de SERVQUAL, adaptada para el ámbito hospitalario por Babakus y Mangold que previamente para su validez fue sometido a “Juicio de Expertos” (especialistas en el área), a los cuales se les proporcionó el resumen del proyecto de investigación y el instrumento, conteniendo criterios para su evaluación, siendo los resultados valorados mediante la prueba binomial ($p < 0,05$); así mismo, todas sus sugerencias se tomaron en cuenta para mejorar los instrumentos (ver anexo 05).

Para la confiabilidad de los instrumento, según Marky Bazán, Giuliana Andrea (2012), se aplicó el plan piloto a una muestra de 30 familias con características similares, para su posterior análisis estadístico mediante la prueba de Alfa de Crombach ($p > 0,60$) para “nivel de satisfacción según percepción de los familiares” (ver anexo 02).

3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se consideró los siguientes aspectos:

- Se informó y solicitó la autorización de los jefes de Servicio y al comité de investigación del Hospital Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna.
- Se informó y pidió consentimiento de la población en estudio haciendo hincapié que los datos recolectados y resultados obtenidos mediante su participación, son estrictamente confidenciales.
- Se realizó la lectura del contenido o instrucciones de los instrumentos.
- Se procedió a aplicar el instrumento a un máximo de 3 familiares de cada paciente.

- El instrumento se aplicó en un tiempo de 10 minutos, las respuestas fueron marcadas de manera personal y directa.

3.6. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron procesados en el paquete SPSS/info/software versión 18.0, se presentan los datos en tablas simples, se elaboraron gráficos para cada tabla.

Para la comprobación de hipótesis se utilizó la estadística inferencial.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados.

TABLA 01

**CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD,
SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y PARENTESCO DE LOS
FAMILIARES DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
DEL HOSPITAL, DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, ESSALUD
TACNA 2015.**

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN		Nº	%		
GRUPO EDAD	JOVEN	14	14,6		
	ADULTO	61	63,5		
	ADULTO MAYOR	21	21,9		
	Total	96	100,0		
SEXO	MASCULINO	48	50,0		
	FEMENINO	48	50,0		
	Total	96	100,0		
GRADO DE INSTRUCCIÓN	SIN INSTRUCCIÓN	1	1,0		
	PRIMARIA	8	8,3		
	SECUNDARIA	20	20,8		
	SUPERIOR	67	69,8		
	Total	96	100,0		
PARENTESCO	PAPÁ	7	7,3		
	MADRE	6	6,3		
	HNO/HNA	12	12,5		
	TÍO/TÍA	20	20,8		
	OTROS FAM.	51	53,1		
	Total	96	100,0		
	N	Mínimo	Máximo	Media	Varianza
EDAD	96	21	81	42,78	284,95

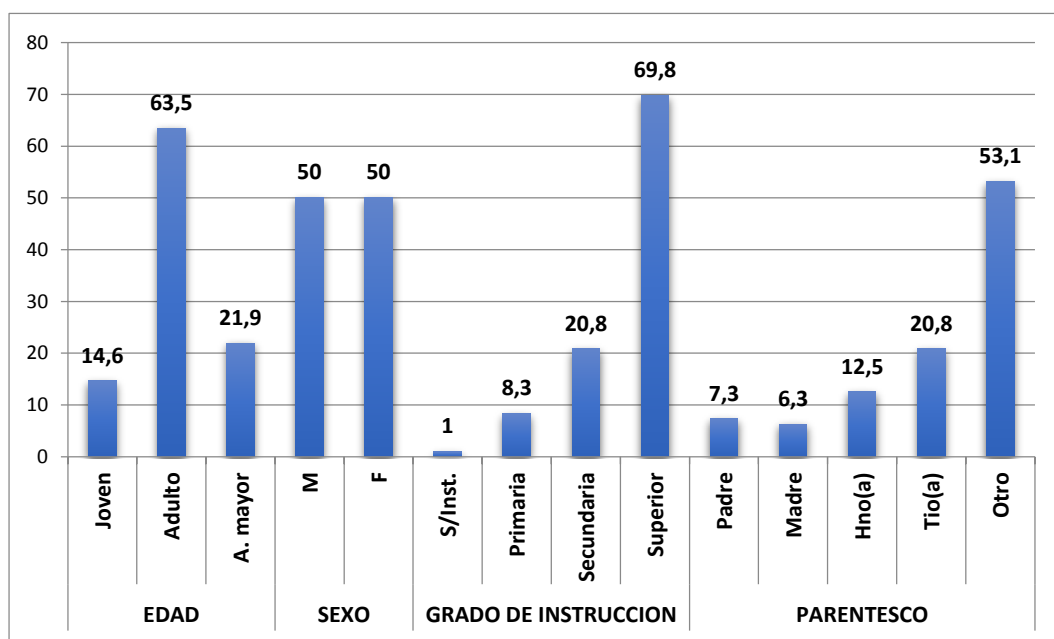
FUENTE; Encuesta aplicada a familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital DAC-ESSALUD Tacna 2015. Elaborado por: Marky Bazán, Giuliana Andrea (2012); modificado por Paria Calizaya Sonia M.

Descripción:

En la presente tabla se muestra que del total de población encuestada (n=96), el 63% es adulto y el 21,9% es adulto mayor. La edad promedio de este grupo es 42,8 años ($\pm 21-81$), El sexo es 50% masculino y femenino. El grado de instrucción de mayor frecuencia es superior en 69,8% y secundaria 20%. El tipo de parentesco con el paciente fue otros familiares (53,1%) y le sigue en importancia tío, tía con 20,8%.

GRÁFICO 01

**CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD,
SEXO, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y PARENTESCO DE LOS
FAMILIARES DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS,
DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, ESSALUD
TACNA, 2015.**



FUENTE: Tabla 01

TABLA 02
CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
HOSPITAL, DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, ESSALUD,
TACNA, 2015.

CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	Ineficiente		Regular		Eficiente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EMPATÍA								
Capacidad comprender necesidades	3	3,1	90	93,8	3	3,1	96	100
Capacidad ponerse en su lugar	5	5,2	88	91,7	3	3,1	96	100
COMPETENCIA PROFESIONAL								
Eficacia en realizar tareas	6	6,3	87	90,6	3	3,1	96	100
CAPACIDAD DE RESPUESTA								
Rapidez resolver problemas	4	4,2	89	92,7	3	3,1	96	100
CONFORT								
Comodidades ofrecidas	6	6,3	86	89,6	4	4,2	96	100
INFORMACIÓN								
Información brindada sobre su cuidado	6	6,3	86	89,6	4	4,2	96	100
Capacidad de responder interrogantes	4	4,2	87	90,6	5	5,2	96	100

FUENTE; Escala SERVQUAL, adaptada por Babakus y Mangold,

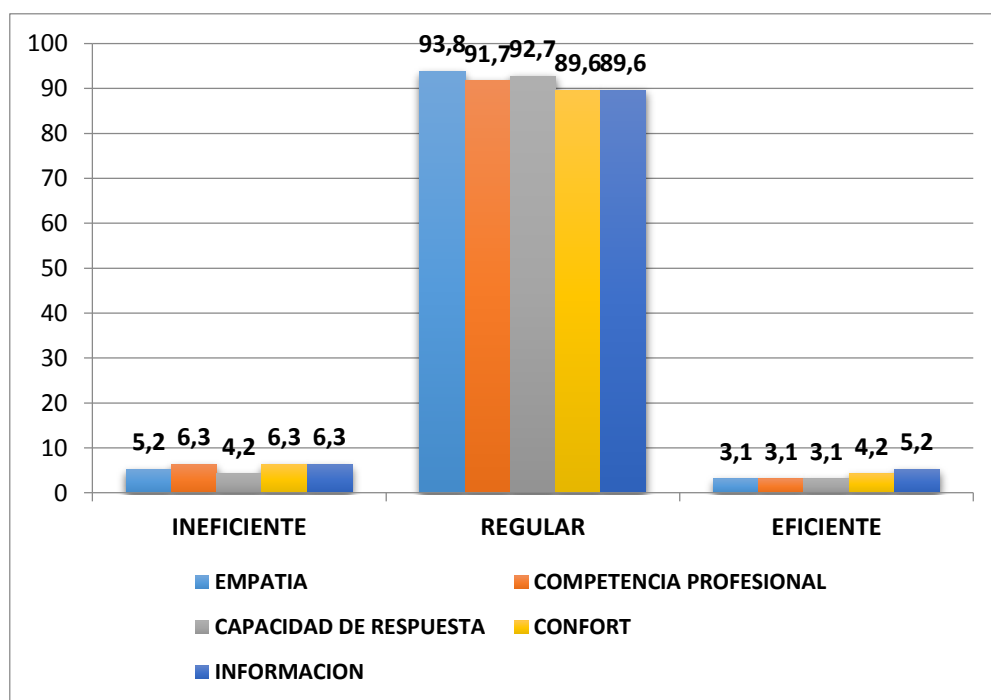
Modificada y validada para el presente trabajo por Paria Calizaya Sonia M., aplicado a los familiares del paciente de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital DAC, ESSALUD Tacna, 2015.

Descripción:

En la tabla 02, respecto a la calidad del cuidado de enfermería se observa que los familiares de los pacientes perciben la calidad del cuidado, Regular, en los indicadores de empatía, capacidad de comprender necesidades y ponerse en su lugar con un 93,8% y 91,7% respectivamente. En competencia profesional, eficacia para realizar tareas en un 90,6%. En capacidad de respuesta, un 92,7%, y 89,6% respecto a confort. En información presenta similares porcentajes de 89,6% y 90,6% información brindada y capacidad de responder interrogantes.

GRÁFICO 02

CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL, DANIEL ALCIDES CARRIÓN, ESSALUD, TACNA, 2015.



FUENTE: Tabla 02.

TABLA 03

CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LOS FAMILIARES. HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, ESSALUD, TACNA, 2015.

Características de las Familias	Calidad de cuidado de Enfermería								
	Ineficiente		Regular		Eficiente		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
EDAD	Joven	0	0,00	12	85,71	2	14,29	14	100
	Adulto	2	3,28	59	96,72	0	0,00	61	100
	Adulto mayor	2	9,52	17	80,95	2	9,52	21	100
	Total	4	4,17	88	91,67	4	4,17	96	100
SEXO	Masculino	1	2,08	44	91,67	3	6,25	48	100
	Femenino	3	6,25	44	91,67	1	2,08	48	100
	Total	4	4,17	88	91,67	4	4,17	96	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Instrucción	0	0,00	1	100,00	0	0,00	1	100
	Primaria	2	25,00	6	75,00	0	0,00	8	100
	Secundaria	1	5,00	19	95,00	0	0,00	20	100
	Superior	1	1,49	62	92,54	4	5,97	67	100
	Total	4	4,17	88	91,67	4	4,17	96	100
PAREN TESCO	Padre	0	0,00	6	85,71	1	14,29	7	100
	Madre	1	16,67	5	83,33	0	0,00	6	100
	Hno (a)	0	0,00	11	91,67	1	8,33	12	100
	Tio (a)	0	0,00	20	100,00	0	0,00	20	100
	Otro familiar	3	5,88	46	90,20	2	3,92	51	100
	Total	4	4,17	88	91,67	4	4,17	96	100

FUENTE; Escala SERVQUAL, adaptada por Babakus y Mangold,

Modificada y validada para el presente trabajo por Paria Calizaya Sonia M., aplicado a los familiares del paciente de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital DAC, ESSALUD Tacna, 2015.

Descripción:

En la tabla 03, acerca de la calidad del cuidado de enfermería a los pacientes, según las características de los familiares, se observó que según la edad, la calidad del cuidado de enfermería Regular es percibida por el joven, adulto y adulto mayor, en donde el 14,29% del grupo joven percibe la calidad del cuidado como eficiente y el 9,52% del adulto mayor perciben el cuidado ineficiente y el mismo porcentaje eficiente.

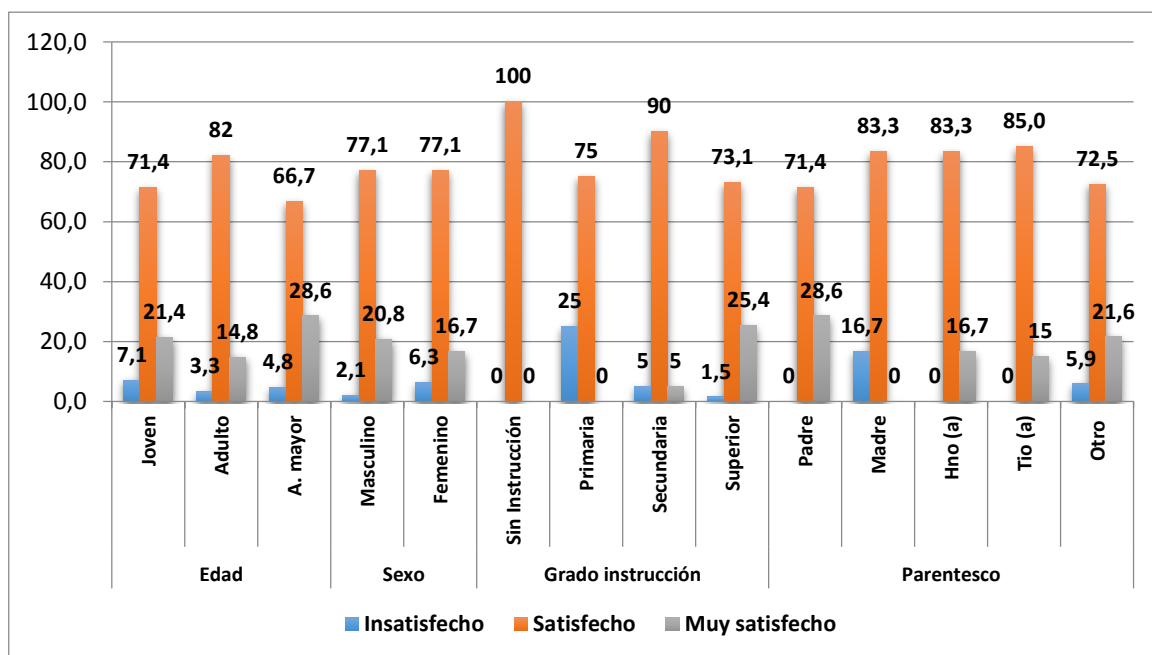
Según el sexo del familiar, la calidad del cuidado de enfermería, Regular, es percibida por el 91,67%, tanto para el sexo masculino y femenino.

Según el grado de instrucción, la calidad del cuidado de enfermería, Regular es percibida por el 95,00% del grupo con grado de instrucción secundaria, teniendo un 5,00% del mismo grupo que lo percibe como ineficiente, y el 5,97% del grupo con grado de instrucción superior percibe la calidad de cuidado como, eficiente.

Según el parentesco del familiar, la calidad del cuidado de enfermería Regular, es percibida por el 91,67% de los familiares, resaltando los familiares como tío, tía con un 100%.

GRÁFICO 03

CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LOS FAMILIARES. HOSPITAL III DANIEL ALCIDES CARRIÓN, ESSALUD, TACNA, 2015.



FUENTE: Tabla 03.

TABLA 04
NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
DEL HOSPITAL, DANIEL ALCIDES
CARRIÓN ESSALUD
TACNA, 2015.

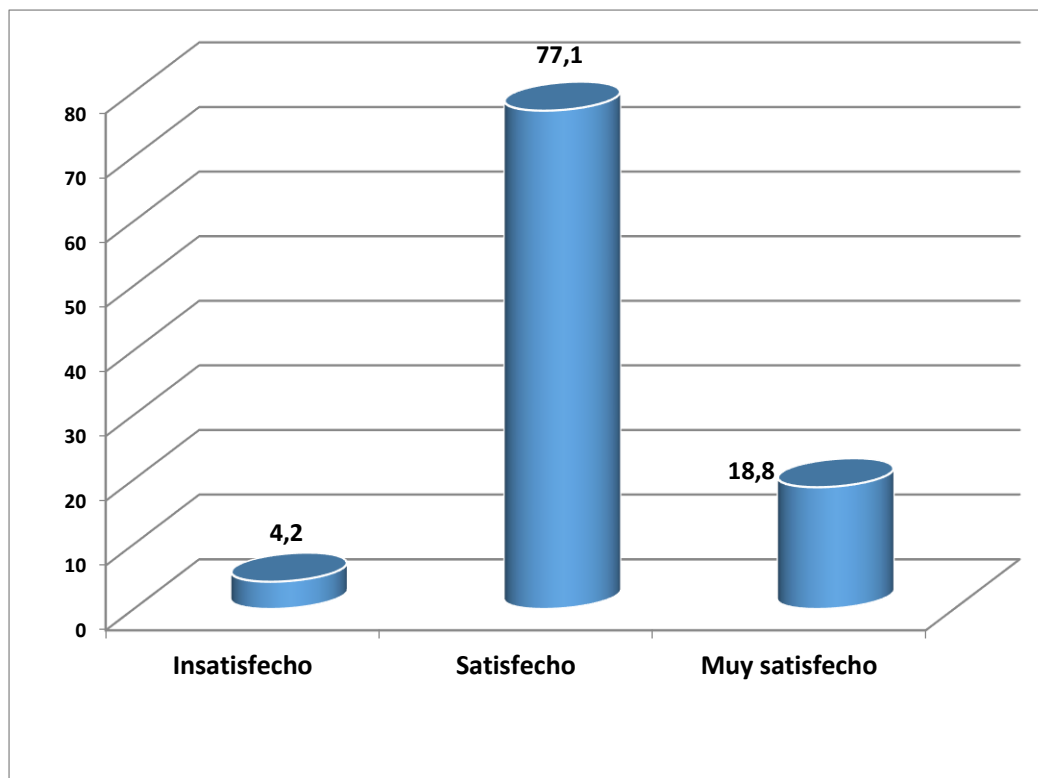
Nivel de satisfacción	Nº	%
Muy insatisfecho	0	0,0
Insatisfecho	4	4,2
Satisfecho	74	77,1
Muy satisfecho	18	18,8
Total	96	100,0

FUENTE; Encuesta aplicada a familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital DAC-ESSALUD Tacna 2015. Elaborado por: Marky Bazán, Giuliana Andrea (2012); modificado y validado por Paria Calizaya Sonia M.

Descripción:

Tabla 4: La presente tabla muestra el nivel de satisfacción de los familiares de los pacientes de UCI, en donde el nivel de satisfacción, Satisfecha corresponde al 77,1% de los familiares, el nivel de satisfacción Muy Satisfecha al 18,8% y el nivel de satisfacción Insatisfecha al 4,2%.

GRÁFICO 04
NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
DEL HOSPITAL III, DANIEL ALCIDES
CARRIÓN ESSALUD
TACNA, 2015.



FUENTE: Tabla 04

TABLA 05

**NIVEL DE SATISFACCIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LOS
FAMILIARES DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DEL HOSPITAL III, DANIEL ALCIDES
CARRIÓN ESSALUD
TACNA, 2015.**

CARACTERÍSTICAS DE LOS FAMILIARES	Nivel de satisfacción								
	Insatisfecha		Satisfecha		Muy satisfecha		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
EDAD	Joven	1	7,14	10	71,43	3	21,43	14	100
	Adulto	2	3,28	50	81,97	9	14,75	61	100
	Adulto mayor	1	4,76	14	66,67	6	28,57	21	100
	Total	4	4,17	74	77,08	18	18,75	96	100
SEXO	Masculino	1	2,08	37	77,08	10	20,83	48	100
	Femenino	3	6,25	37	77,08	8	16,67	48	100
	Total	4	4,17	74	77,08	18	18,75	96	100
GRADO DE INSTRU CCIÓN	Sin Instrucción	0	0,00	1	100,00	0	0,00	1	100
	Primaria	2	25,00	6	75,00	0	0,00	8	100
	Secundaria	1	5,00	18	90,00	1	5,00	20	100
	Superior	1	1,49	49	73,13	17	25,37	67	100
	Total	4	4,17	74	77,08	18	18,75	96	100
PAREN TESCO	Padre	0	0,00	5	71,43	2	28,57	7	100
	Madre	1	16,67	5	83,33	0	0,00	6	100
	Hno (a)	0	0,00	10	83,33	2	16,67	12	100
	Tío (a)	0	0,00	17	85,00	3	15,00	20	100
	Otro familiar	3	5,88	37	72,55	11	21,57	51	100
	Total	4	4,17	74	77,08	18	18,75	96	100

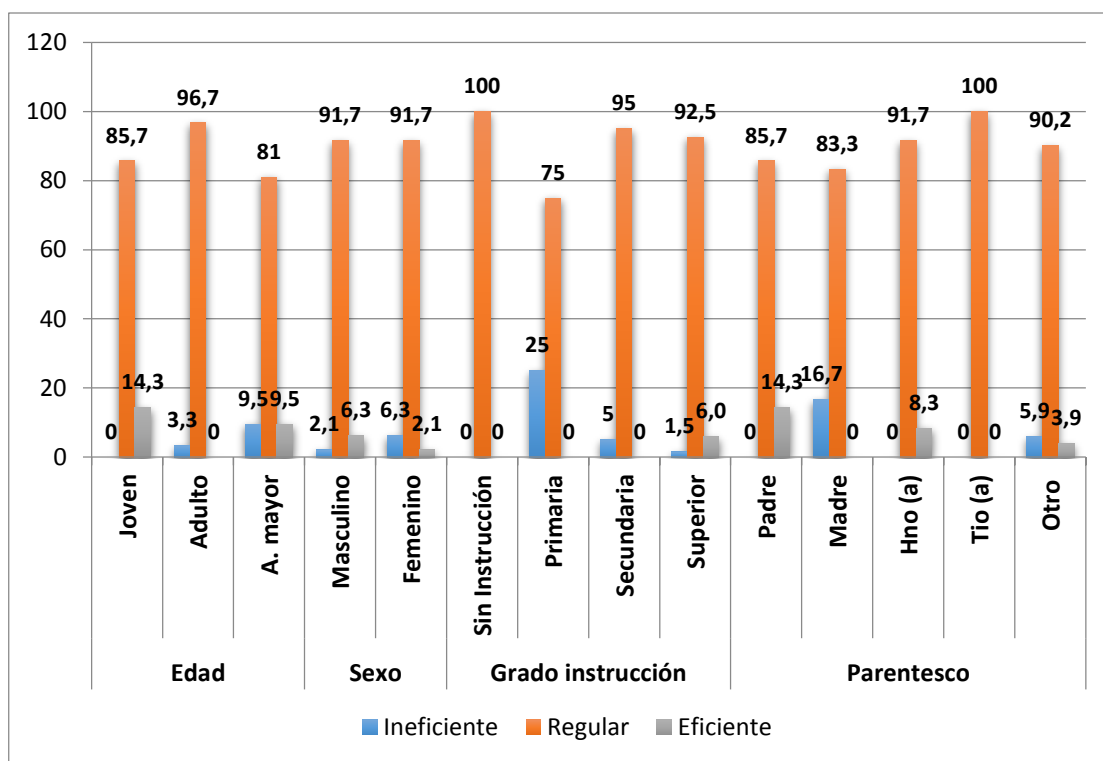
FUENTE; Encuesta aplicada a familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital DAC-ESSALUD Tacna 2015. Elaborado por: Marky Bazán, Giuliana Andrea (2012); modificado por Paria Calizaya Sonia M.

Descripción:

En la tabla 05, acerca del nivel de satisfacción según las características de los familiares, se puede observar que de acuerdo a la edad, el grupo adulto, percibe el nivel de satisfacción, Satisfecha, con un 81,97%, el grupo joven con un 71,43%, y el grupo adulto mayor con un 66,67%. Según el sexo del familiar, el nivel de satisfacción, Satisfecha, es percibido por el 77,08%, tanto para el sexo masculino como femenino. Según el grado de instrucción del familiar, el nivel de satisfacción, Satisfecho corresponde al 90,00% del grado de instrucción secundaria, el 75,00% al de primaria y un 73,13% al grado de instrucción superior. Según el parentesco del familiar, el nivel de satisfacción, Satisfecha, es percibido por más del 71% de los familiares.

GRÁFICO 05

NIVEL DE SATISFACCIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL, DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD TACNA, 2015.



FUENTE: Tabla 05

TABLA 06
RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y
EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES DE LOS PACIENTES
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD,
TACNA, 2015.

Nivel de satisfacción	Calidad de cuidado de enfermería						Total		Estadísticos
	Ineficiente		Regular		Eficiente		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
Muy insatisfecho	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	Chi2: 152,625 GI; 8 P valor; 0,0001
Insatisfecho	3	75,0	1	25,0	0	0,0	4	100,0	
Satisfecho	1	1,4	72	97,3	1	1,4	74	100,0	
Muy satisfecho	0	0,0	15	83,3	3	16,7	18	100,0	
Total	4	4,2	88	91,7	4	4,2	96	100,0	

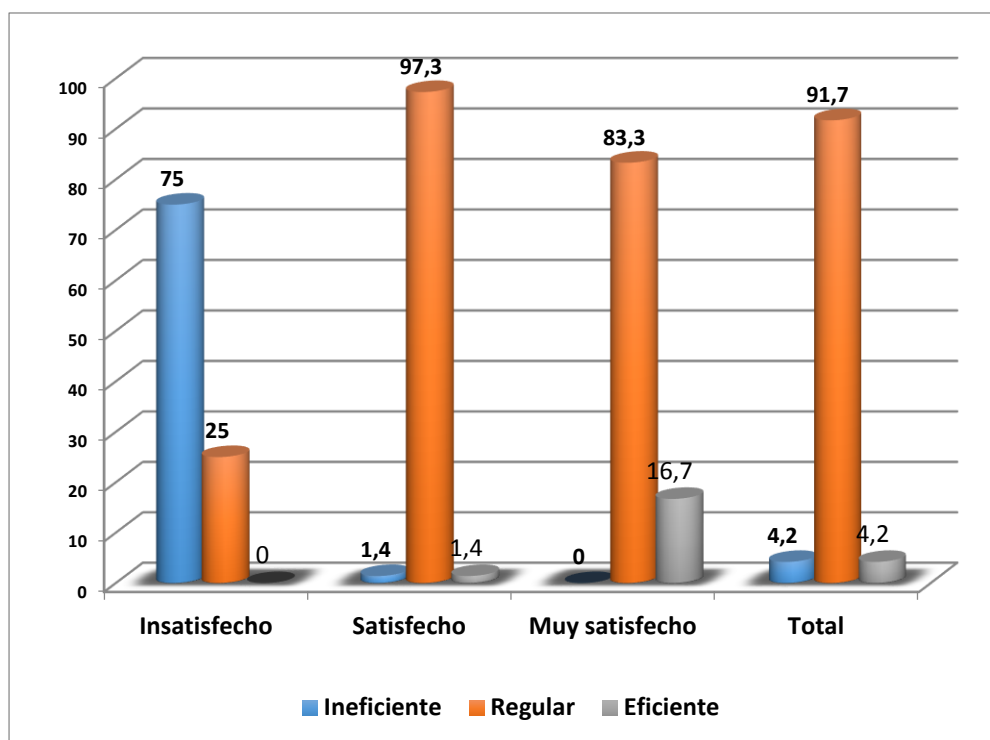
FUENTE; Encuesta aplicada a familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital DAC-ESSALUD Tacna 2015. Elaborado por: Marky Bazán, Giuliana Andrea (2012); modificado por Paria Calizaya Sonia M.

Descripción:

Tabla 06: En la presente tabla se aprecia la relación entre la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de satisfacción de los familiares de los pacientes de la UCI, en donde el 91,7% de los familiares que perciben como, Regular, la calidad del cuidado de enfermería, reportan nivel de satisfacción, Satisfecha, un 97,3% y muy satisfecha un 83,3%. El estadístico R de Pearson aplicado nos indica que si existe una relación estadísticamente significativa con un p valor 0.0001 ($p < 0.05$).

GRÁFICO 06

**RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y
EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN ESSALUD,
TACNA, 2015.**



FUENTE: Tabla 06

4.2. DISCUSIÓN

La importancia de la participación de los familiares durante el cuidado que se brinda al paciente crítico, se basa en que son ellos quienes percibirán el tipo de cuidados que brinda la enfermera (o), en la UCI. Esta tendencia es impulsada por los dos factores siguientes: la evidencia creciente de que el apoyo a la familia tiene un impacto positivo en las tasas de recuperación de los pacientes ingresados en la UCI y los altos niveles de insatisfacción reportados por las familias de los pacientes en unidades de cuidados intensivos.

Por tal motivo se desarrolló el presente trabajo, el cual tuvo como objetivo determinar si existe relación en la calidad del cuidado de enfermería con el nivel de satisfacción de familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Daniel Alcides Carrión, ESSALUD Tacna, 2015.

A continuación describiremos los resultados, con el respectivo análisis para luego comprobar nuestra hipótesis planteada:

En la tabla 01; Se puede observar que la población de estudio tuvo como características que el 63,5% es adulto y el 21,9% es adulto mayor la edad promedio 42,8 años ($\pm 21-81$), 50% es masculino. El grado de instrucción

de mayor frecuencia es superior en 69,8% y secundaria 20%. El tipo de parentesco con el paciente de la población fue otros familiares 53,1%.

Se define la calidad de la asistencia sanitaria como aquella dimensión de ésta que garantiza una asistencia segura, adecuada, efectiva, eficiente, accesible, sigue los principios de justicia y está centrada en el enfermo (22). Las percepciones de la calidad están influenciadas tanto por los aspectos interpersonales como clínicos de la atención de salud... Ambos son importantes, la calidad del servicio es intrínsecamente subjetiva y personal y depende de la relación entre el proveedor y el cliente”.

En la tabla 02, respecto a la calidad del cuidado de enfermería, se observa que los familiares de los pacientes perciben la calidad del cuidado, Regular en los indicadores de empatía, con un 93,8% para la capacidad de comprender necesidades y 91,7% para la capacidad de ponerse en su lugar.

Considerando que el ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos somete a los miembros de su familia a una situación difícil, que provoca ansiedad y preocupación, es que resulta imprescindible que el personal que labora en dichas UCI, tenga desarrollada su capacidad de empatía, lo que contribuirá a una atención humanizada. Al respecto

Poblete M, et.al. (8), Investigó el Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios, revela que los pacientes valoran más los aspectos del cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se le presta dentro de las instituciones hospitalarias, es decir un cuidado humanizado y transpersonal.

Así también **Gonzales J**,(9), realizó un estudio sobre: Percepción del Cuidado en pacientes, los resultados globales de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería que arrojó el estudio se pudo ver que todas las categorías fueron calificadas de acuerdo a la atención recibida, lo que mostró una adecuada percepción de cuidado humanizado por parte de los pacientes, las categorías fueron calificadas en su totalidad en un rango bueno, lo que indica que el personal de enfermería está capacitado y es apto para brindar una buena atención, esto es importante ya que contribuye al fortalecimiento de los comportamientos que fueron menos percibidos.

Por ello la importancia de la preparación del personal de enfermería en la atención de este grupo de pacientes críticos, para desarrollar el cuidado humanizado como prioridad.

Asimismo Donabedian (2008) considera la interacción entre el personal de salud y el paciente desde dos puntos de vista: “las prestaciones técnicas y la relación personal con el paciente”, los cuales son dos aspectos de la percepción de los pacientes acerca de la calidad del servicio (19).

En promedio el 90% de los familiares perciben como regular la calidad del cuidado brindado por la enfermera. Al respecto y según resultados de la Universidad de Lima (3) concluye que la población califica como ineficiente la calidad de atención que recibe y el MINSA muestra que existe una tendencia a seguir descendiendo, tanto para los hospitales del MINSA, como EsSalud (4).

Comparado con el presente resultado se encontró que la calidad es regular, por tanto podemos decir que nuestro resultado es mejor que lo evidenciado en otro trabajo. Debemos considerar lo que afirma **Rivera (31)**:

“Los pacientes son cuidados con modernas técnicas de sedación..., y control del dolor. En cuanto al sufrimiento infringido por el cuidado intensivo, éste es mayor, sin ninguna duda, entre los familiares que entre los mismos pacientes” (33).

Ante esta afirmación, podemos decir que la atención se ha tecnificado tanto que muchas veces solo miramos el monitor y solo vigilamos los equipos pero pasamos por alto lo que dice el paciente con un gesto, o con un

movimiento, ello nos lleva a la reflexión de la urgencia en la humanización de la atención médica especializada y no caer en la monitorización del presente trabajo.

Se encontró que perciben como regular la calidad del cuidado de la enfermera, la población joven percibe en 14,29% como eficiente. Y en la población adulto mayor un 9,52% perciben como de ineficiente y eficiente en iguales porcentajes. En las áreas de cuidados intensivos las situaciones críticas y trascendentes para la vida de nuestros pacientes proporcionan momentos de estrés e insatisfacción personal que pueden repercutir en los cuidados de nuestros enfermos y su familia. La reflexión sobre estos temas tan trascendentes supone intentar recuperar la humanidad, en el contexto de la última tecnología de que disponen la mayoría de las UCI, y reconsiderar la importancia que tienen los cuidados del enfermo y del entorno familiar.

Mosby (33) manifiesta que: *“El ingreso en una unidad de asistencia crítica puede ser muy duro, tanto para el paciente como para su familia. Debido a las ideas preconcebidas y a anteriores experiencias de amigos o familiares en la UCI, la ansiedad del paciente y de la familia puede sobrepasar los*

niveles funcionales. Tanto el ambiente de la UCI como el propio proceso patológico influyen en numerosos aspectos psico-sociales.

En la tabla 03, acerca de la calidad del cuidado de enfermería a los pacientes según las características de los familiares, se observa que en promedio el 91,67% de los familiares perciben como Regular la calidad del cuidado de enfermería, y un 4.17% lo reporta como ineficiente y coincidentemente el 4.17% como eficiente.

Considerando la importancia de la enfermera (o) de la Unidad de cuidados intensivos dentro de su rol tiene que brindar cuidados al paciente y la familia considerando a la persona como ser holístico identificando precozmente conductas de riesgo y aplicar actividades preventivas promocionales al paciente y familia(6). Al respecto **Rivera LN**, Triana A. (10), asevera que: Esta experiencia investigativa permitió descubrir la riqueza de conocimiento que alberga nuestra práctica diaria, conocimiento de la disciplina de enfermería, que incentiva la mejora en el cuidado de nuestros pacientes. Así mismo, permitió rescatar aptitudes y actitudes investigativas que hicieron visible al profesional de enfermería dentro de la Institución.

Gonzales J, Quintero D. (8), mostró una adecuada percepción de cuidado humanizado por parte de los pacientes, las categorías fueron calificadas en

su totalidad en un rango bueno, lo que indica que el personal de enfermería está capacitado y es apto para brindar una buena atención, esto es importante ya que contribuye al fortalecimiento de los comportamientos que fueron menos percibidos.

El cuidado humanizado se apoya en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero establece con el paciente, y supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado (27).

En la tabla 04, el nivel de satisfacción de los familiares respecto a la calidad del cuidado de UCI, predomina un 77,1% como satisfecho en segundo lugar como muy satisfecho con un 18,8% y en menor proporción un 4,2% insatisfecho.

Al respecto citaremos a Santana Cabrera L, et.al. (12) Donde se encontró que el profesional, a diferencia del familiar, pensaba que informaba adecuadamente sobre el aparataje utilizado y que conocía el nombre del personal de enfermería. Ambos grupos coincidían en que conocían el nombre de los médicos, eran informados de la situación al ingreso, el horario de visitas era adecuado, que pudieran pasar dos o más familiares

al box y que estarían más cómodos si pudieran sentarse. Concluye que la satisfacción del familiar era mayor que la del profesional entrevistado. Detectamos la necesidad de mejorar la sala de espera, personalizar la atención y valorar individualmente la flexibilidad en el horario de visitas.

Para Donabedian La percepción de los padres de los pacientes añade un componente esencial en la valoración del servicio prestado. La efectividad del cuidado... en lograr y producir salud y satisfacción, definidas por los miembros individuales de una sociedad o subcultura particular, es el valor último de la calidad del cuidado” (16).

Nuestros resultados muestran algo muy positivo que a pesar de todas las necesidades sentidas, gran parte de los familiares se sienten en mayor frecuencia satisfechos, aunque como un hallazgo podemos comentar dentro de nuestros resultados que los familiares también decían que no solo debemos considerar el trato del personal, también la parte de infraestructura causa gran insatisfacción ya que observamos que no hay un ambiente especial donde el familiar puede reconciliarse con sus familiares, nuestras instalaciones no cuentan con tal ambiente ya que solo hay un pasadizo sin sillas, donde el tránsito de personas es muy alto. Este resultado representa una necesidad sentida en los familiares encuestados.

En la tabla N° 05; acerca del nivel de satisfacción según las características de los familiares, se observa como satisfecha el grupo adulto con 81,97%, y al grupo joven con un 71,43%; según sexo del familiar, el 77,08% para ambos sexos tanto femenino como masculino, de acuerdo al grado de instrucción, predomina el nivel secundaria con un 90%.

Al respecto **Velasco (2000)** refiere que existen características individuales que influyen en la satisfacción del paciente tales como edad, sexo, escolaridad y experiencias de hospitalizaciones que pueden determinar diferencias en la satisfacción (38). De igual manera la satisfacción percibida por los familiares muestra en nuestro trabajo diferencias que hacen evidente esta apreciación, principalmente en la edad, el grado de instrucción.

Franco C. (2003) en su trabajo de percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención que realiza la enfermera durante la crisis situacional en la UCI, concluye *“La satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado*

a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes” (15).

Por ende, la revisión de las variables propuestas en nuestro trabajo, nos mostraron que existen otras variables que deberían ser consideradas en otro trabajo de investigación.

En la tabla 6; se comprueba la hipótesis planteada, donde el estadístico R de Pearson aplicado nos indica que si existe una relación estadísticamente significativa con un p valor $p < 0.05$) entre la calidad del cuidado del enfermería y el nivel de satisfacción de los familiares de los pacientes de UCI.

Estos resultados nos hace reconocer la importancia de la intervención de enfermería durante la crisis emocional y la necesidad que la Jefatura del Departamento de Enfermería formule y/o elabore un Plan Integral dirigido al personal de enfermería con el propósito de reforzar las áreas críticas y reorientar al trato humanizado en el abordaje ante la crisis situacional que experimenta la familia favoreciendo así la relación enfermera-familia. Asimismo favorecer la elaboración de un protocolo de intervención en crisis dirigido al paciente y familia.

CONCLUSIONES

Primera

La mayoría de los familiares reporto como regular la calidad del cuidado de enfermería, partiendo del más alto nivel de insatisfacción como es el de recibir poca información, acerca del cuidado del paciente, comodidades ofrecidas y eficacia en realizar tareas.

Segunda

El nivel de satisfacción de los familiares respecto a los cuidados de enfermería en UCI, predomina como, satisfecho (77,1%), en segundo lugar como muy satisfecho y en menor proporción insatisfecho (4,2%), en cuanto a esto último refiere que la enfermera muy poco conversa con ellos.

Tercera

Existe relación estadísticamente significativa entre la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de satisfacción de los familiares de los pacientes de la UCI ($p < 0.05$).

RECOMENDACIONES

Primera

Dar a conocer los resultados a la jefatura de enfermería y la unidad de cuidados intensivos del Hospital DAC Essalud Tacna para que en el corto plazo elabore e implemente un programa de Intervención de enfermería, con actividades de capacitación tendiente a fortalecer las tecnologías blandas en los cuidados de enfermería, favoreciendo así la relación enfermera(o)-familia.

Segunda

Que la jefatura de enfermería y la Unidad de Cuidados Intensivos elaboren un protocolo de intervención en situaciones críticas, dirigido a la familia, con un programa de motivación para el personal de enfermería que responda a favorecer la calidad del cuidado humanizado que proporciona y consecuentemente elevar el nivel de satisfacción de la calidad del cuidado de enfermería.

Tercera

Que la jefatura de enfermería, promueva la creación de un consultorio de enfermería, en donde se brinde no solo consejería; sino también apoyo a la familia en situaciones de crisis emocional con la finalidad de avanzar en el cuidado humanizado.

Cuarta

Continuar en la investigación sobre la calidad del cuidado de enfermería así como la satisfacción de los familiares, en forma periódica lo que nos permitirá mejorar los aspectos donde se evidencien debilidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dowling Jane, PhD; Baofeng Wang. (2005) Impacto en la satisfacción de la familia: El Programa de Asistencia de Cuidados Críticos de la familia. September 2005, Vol 128, No. 3_supplchest.: 76S -80S.
2. Lozada, Engreed Mariela, (2013) Percepción de la calidad de los cuidados de enfermería en pacientes que reciben terapia sustitutiva renal en el servicio de hemodiálisis del hospital Carlos Andrade Marín. Carrera de Terapia Física. PUCE. Quito. 114 p. Ver en : <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/6010>
3. Grupo de Opinión de la Universidad de Lima. Barómetro Social. I Encuesta Anual sobre la Situación de Salud en el Perú. Lima Metropolitana y Callao. 2007. II Encuesta Anual sobre la Situación de Salud en el Perú. Lima Metropolitana y Callao. 2008. III Encuesta Anual sobre la Situación de Salud en el Perú. Lima Metropolitana y Callao. 2009.
4. Essalud. Vigilancia Epidemiología. (2013) Lima: Editorial Essalud;.

[Fecha de acceso 21 ABRIL 2015]; disponible en:
<http://www.essalud.gob.pe/sala-de-situacion-de-salud/>

5. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud -- Lima: Ministerio de Salud, Política Nacional de calidad en salud: (2009) Documento técnico (R.M. N° 727-2009 / Minsa) / 34 p
http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica_nacional_calidad.pdf
6. Pérez Gómez (1993) Cuidados intensivos en el adulto Madrid 4ta edición, Edit interamericana Mc Grw-Hill. 1993- p. 743
7. Rodríguez Rodríguez T.(2011) Manejo y orientación psicológica en el paciente con enfermedad cardiovascular en estado de gravedad. Rev. Psicología de la salud Feb 23,2011.
<http://www.psicologiacentifica.com/enfermedad-cardiovascular-orientacion-psicologica/>
8. Poblete M, Valenzuela (2007) Investigación del Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paulista. 2007.

9. Gonzales J, Quintero D. (2009) Percepción del Cuidado Humanizado en pacientes que ingresan al Servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

10. Lorenzini A, Luzia J, Costa IA, Trevizan MA, Carvalho C. (2004) Análisis de investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, años 2001-2003.

11. Rivera LN, Triana A. (2007) Investigación sobre Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country (Bogotá).

12. Bautista R Luz Marina (2008) Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander, Cúcuta, Colombia.
Ver en:
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/125/25>

13. Santana Cabrera L, Sánchez Palacios M, Hernández Medina E, García Martul M, Eugenio Ronaina P, Villanueva Ortiz Á. (2007) Necesidades

de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. Med. Intensiva [revista en la Internet]. Sep [citado 2016 Set. 24] ; 31(6): 273-280. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600002&lng=es.

14. Kay H. Stricker, Oliver Kimberger, Kurt Schmidlin, Marcel Zwahlen, Ulrike Mohr, Hans U. Rothen. (2009). La satisfacción de la familia en la unidad de cuidados intensivos: lo que hace la diferencia Rev. Sociedad Europea de Medicina Intensiva Volumen 35 , Número 12 / diciembre de 2009 Páginas 2051 – 2059.
<http://icmjournal.esicm.org/Journals/abstract.html?doi=10.1007/s00134-009-1611>

15. Franco Canales Rosa Esther. (2003) Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención que realiza la enfermera durante la crisis situacional en la UCI Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – Abril 2003. TESIS para optar el Título Profesional de: Licenciado en Enfermería Lima – Perú 2003

16. Esforzini a introducción a la calidad total.(2007) p.3. internet. disponible en:
<http://www.eco.unrc.edu.ar/wpcontent/uploads/2010/05/Sforzini.A.pdf>
.Citado 12 de Nov. 2016.
17. Donabedian, A., (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad. Salud Pública de México, 32:113-117.
18. Donabedian A. (1994). La calidad de la atención médica. México. La prensa médica mexicana.
19. Salvador Carmen M. (2005) Percepción de las dimensiones de la calidad de servicios en una muestra de usuarios españoles y paraguayos. Boletín de Psicología, No. 83, Marzo 2005, 69-80. Ver en:
<http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N83-4.pdf>.
20. Reeves, C.A.-Bednar, D.A.(1994): Defing quality: Alternatives and implications. Academy of Management Review, 19, 419-445.

21. Salvador, C.(2005): La percepción del cliente de los elementos determinantes de la calidad del servicio: Características del servicio y habilidades profesionales. Papeles del Psicólogo, 90, 39-47.
22. Committee on Quality of Health Care in America. (2001) Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century. Washington, DC: National Academy Press.
23. Chantler C. (1993) The role and education of doctors in the delivery of health care. Lancet. 1999;3;353:1178-81.
24. SEMICYUC (2009) Indicadores de calidad del Enfermo Crítico de la SEMICYUC 2011 se ha realizado en base al trabajo publicado por la misma Sociedad Científica en el año 2005 , disponible en <http://www.semicyuc.org/temas/calidad/indicadores-de-calidad>.
25. Societat Catalana de Medicina d'Urgències (SCMU) 2001, con el proyecto: Servicios de Urgencias: Indicadores para medir los Criterios de Calidad de la Atención Sanitaria, financiado por la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, y asumido por

la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).

26. Romero V., Cabeza B., Sainz J., San Marcos M., Carretón L., Escalante S., et al. (2006) *Calidad asistencial en el sistema sanitario*. Madrid.

27. Muñoz Y., Coral R., Moreno D., Pinilla D., Suárez Y. (2009) *Significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería*. *Repert. med.*; 18(4):246-250.

28. Ortega y Suarez. (2008) *Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación*. México: editorial panamericana; 2006., p.8.

29. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA. Citado por ORTEGA Y SUAREZ. (2006) *Manual de evaluación del servicio de calidad en Enfermería. estrategias para su aplicación*. México: editorial panamericana; 2006., p 8.

30. Buttle F. SERVQUAL: Review, critique, research agenda *Eur J Mark*, 30 (1996), pp. 8-32

31. Documento técnico RM519-2006. (2007). Dirección General de Salud de las personas. Sistema de Gestión de la calidad en salud. Lima. <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/SistemaGestiondeLaCalidad.pdf>
32. OMS – CIOMS Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra 2002. Internet. Disponible en: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm [Citado 23 de Jul 2016]
33. Mosby's Medical (2001), Nursing and Allied Health Dictionary 4ª Edición Madrid, España Oceano grupo Editorial pp. Ver en: https://books.google.com.pe/books?id=BCCRVArVEYIC&pg=PA79&lp_g=PA79&dq=Mosby.+2001.+Oceano+Grupo+Editorial+Espa
34. Loreto Efraín. (2000) Hacia una medicina más humanizada. 1ra edición. Edit Interamericana. Madrid. 2000. p. 263.
35. Ministerio de Salud. (2012) Cuidado de enfermería, Lima: Editorial MINSA.

36. Rivera LN, Triana A. (2007) Investigación sobre Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country (Bogotá).
37. Hoyos A. Guía de cuidados básicos. Consultado 16 mayo 2016. Disponible en www.scon.org.co/documentacion/guias.pdf
38. Velasco José. (2000) .Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en UCI. p. 2-12
39. Ministerio de Salud. (2008) Guía de Atención del recién Nacido. Lima: Editorial MINSA.
40. Muñoz JJ, Baena G, Venzalá MJ. (2009) Guía de cuidados del recién nacido. Córdoba, División de enfermería Hospital Universitario Reina Sofía. Consultado junio 2016. Disponible en <http://www.Healthsystem.edu/newborn-sp>.
41. Salvador Ferrer Carmen. Participación y Compromiso en la Calidad de los Servicios Paraguayos. Universidad de Almería, España
Compromiso calidad Revista Interamericana de

Psicología/Interamerican Journal of Psychology - 2006, Vol. 40, Num. 3
pp. 363-370.
<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04038.pdf>

42. Taeusch HW, Ballard, RA; Avery, ME. (2009) Satisfacción del usuario
ed. Argentina, Editorial Médica Panamericana S.A; 2009. p. 227-245,
277.

43. Weaver LJ. (2013) Aspectos de los cuidados de enfermería del recién
nacido. y satisfacción del usuario. ed. Argentina, Editorial Médica
Panamericana S.A. p.299-302. Consultado 20 mayo 2015. Ver en
www.enfermeria.neonatal

44. Marky Bazán, Giuliana Andrea (2012) "Satisfacción según percepción
de los padres y cuidado enfermero al niño con infección respiratoria
aguda en el Hospital Nacional Dos de mayo. Universidad Ricardo Palma
Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Tesis para Optar el Título
Profesional de Licenciada en Enfermería. Ver en.
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/278/1/Marky_ga.pdf

ANEXOS

ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Instrucciones: **Por favor apóyenos a mejorar el cuidado de enfermería respondiendo a este cuestionario.**

1. DATOS GENERALES DE LOS FAMILIARES

TIPO DE PARENTESCO:.....

A) Sexo: (a) Femenino (b) Masculino

B) Edad: Años.

- a. 18 a 20 años b. 20 a 34 años
- c. 35 a 59 años d. mayor de 60 años

C) Grado de instrucción

- a. Sin instrucción
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

Piense en la forma en que el personal profesional de enfermería le ha proporcionado el cuidado a su familiar.

2. ESCALA DE LA CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO(a)

En relación a:.....

Dimensiones /ítems		MUY INEFICI ENTE	INEFICI ENTE	REGUL AR	EFICIEN TE
EMPATÍA		1	2	3	4
1	La capacidad del personal de enfermería de comprender sus Necesidades.	1	2	3	4
2	La capacidad del enfermero de ponerse en su lugar.	1	2	3	4
COMPETENCIA PROFESIONAL		1	2	3	4
3	La eficacia en la realización de tareas de enfermería.	1	2	3	4
CAPACIDAD DE RESPUESTA		1	2	3	4
4	La rapidez con la cual se resolvieron sus problemas.	1	2	3	4
CONFORT		1	2	3	4
5	Las comodidades ofrecidas durante la situación de cuidado	1	2	3	4
INFORMACIÓN		1	2	3	4
6	La información brindada por los enfermeros sobre su cuidado.	1	2	3	4
7	La capacidad del enfermero para responder a sus interrogantes	1	2	3	4

ANEXO 02

ESCALA DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES DE PACIENTES

AUTOR: Marky Bazán, G. (2012) "Satisfacción según percepción de los padres y cuidado enfermero al niño con infección respiratoria aguda en el Hospital Nacional Dos de mayo.

Instrucciones: Por favor ayúdenos a mejorar el cuidado de enfermería respondiendo a este cuestionario. Piense en la forma en que el personal profesional de enfermería le ha proporcionado el cuidado a su familiar. Conforme yo lea cada enunciado del cuestionario, decida en qué medida sus necesidades han sido o no satisfechas por el personal de enfermería. No hay respuestas buenas o malas, solo nos interesa su opinión.

Los números del 1 al 4 indican hasta qué grado sus necesidades fueron satisfechas.

1=Nunca, 2=Algunas veces,3=Casi Siempre, 4=Siempre

No	Dimensiones/ítems	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Trato que le proporciona al paciente					
1	Considera que las enfermeras son amables en el trato que le proporcionan.	1	2	3	4
2	Considera que las enfermeras entienden cómo se siente su	1	2	3	4

	familiar después de su cuidado.				
3	Considera que las enfermeras le tienen paciencia a su familiar cuando le proporcionan cuidados.	1	2	3	4
4	Considera que los cuidados que proporcionan las enfermeras a su familiar es buena y acorde a sus necesidades de salud.	1	2	3	4
5	Cuando las enfermeras le dan alguna orientación o explicación usan palabras que usted puede entender fácilmente	1	2	3	4
6	Las enfermeras le ponen atención cuando usted plática con ellas.	1	2	3	4
7	Las enfermeras son amistosas o amigables con usted.	1	2	3	4
8	Las enfermeras proporcionan privacidad cuando	1	2	3	4

	realizan algún procedimiento como la curación de la herida quirúrgica, cambio de gasa, etc.				
Calidad técnica del cuidado					
9	Considera que las enfermeras tienen habilidad para realizar los procedimientos que requiere su familiar (colocar suero, administrar medicamentos, cambio de apósitos, curación de la herida).	1	2	3	4
10	Considera que las enfermeras saben cómo cuidar a pacientes que han sido hospitalizados como su familiar.	1	2	3	4
11	Las enfermeras le explican los procedimientos con palabras claras antes de realizarlos, de tal forma que usted pueda entenderlos.	1	2	3	4
Disponibilidad					

12	Hay una enfermera disponible cuando su familiar lo requiere.	1	2	3	4
13	Las enfermeras durante el turno valoran las necesidades de su familiar.	1	2	3	4
14	Las enfermeras le proporcionan a su familiar lo que necesita para cubrir sus necesidades de salud (por ejemplo calmar el dolor).	1	2	3	4
Continuidad del cuidado					
15	Las enfermeras le proporcionan los cuidados que su familiar necesita.	1	2	3	4
16	Las enfermeras durante su visita saben lo que necesita su familiar.	1	2	3	4
17	Las enfermeras que cuidan a su familiar son las mismas.	1	2	3	4
Resultados					

18	Las enfermeras hacen sentir a su familiar cómodo.	1	2	3	4
19	Las enfermeras tratan de tener a su familiar tranquilo y relajado.	1	2	3	4
20	Las enfermeras hacen sentir a su familiar seguro.	1	2	3	4
21	Recibió información sobre cada procedimiento de su familiar.	1	2	3	4
22	Las enfermeras le han orientado acerca de cómo cuidar a su familiar durante su estancia en el hospital.	1	2	3	4

Instrumento elaborado por; Marky Bazán, Giuliana Andrea (2012)

Modificada y validada para el presente trabajo por Paria Calizaya, Sonia, aplicado a los familiares del paciente de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital D.A.C. EsSalud Tacna, 2015.

ANEXO 03

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

No	Dimensiones/ítems	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Trato que le proporciona al paciente					
1	Considera que las enfermeras son amables en el trato que le proporcionan.	0	2	76	18
2	Considera que las enfermeras entienden cómo se siente su familiar después de su cuidado.	0	4	76	16
3	Considera que las enfermeras le tienen paciencia a su familiar cuando le proporcionan cuidados	0	4	74	18
4	Considera que los cuidados que le proporcionan las enfermeras es buena y acorde a sus necesidades de salud.	0	2	74	20
5	Cuando las enfermeras le dan alguna orientación o explicación usan palabras que usted puede entender fácilmente	0	4	72	20

6	Las enfermeras le ponen atención cuando usted plática con ellas.	0	10	75	11
7	Las enfermeras son amistosas o amigables con usted.	0	4	74	18
8	Las enfermeras proporcionan privacidad cuando realizan algún procedimiento como la curación de la herida quirúrgica, cambio de gasa, etc.	0	2	71	23
Calidad técnica del cuidado					
9	Considera que las enfermeras tienen habilidad para realizar los procedimientos que su familiar requiere (colocar suero, administrar medicamentos, cambio de apósitos, curación de la herida).	0	6	74	16
10	Considera que las enfermeras saben cómo cuidar a pacientes que han sido hospitalizados como su familiar.	0	4	78	14
11	Las enfermeras le explican los procedimientos con palabras claras antes de realizarlos, de tal forma que usted pueda entenderlos.	0	2	79	15

Disponibilidad					
12	Hay una enfermera disponible cuando su familiar lo requiere.	0	4	12	30
13	Las enfermeras durante el turno valoran las necesidades de su familiar.	0	6	67	23
14	Las enfermeras le proporcionan a su familiar lo que necesita para cubrir sus necesidades de salud (por ejemplo calmar el dolor).	0	5	69	22
Continuidad del cuidado					
15	Las enfermeras le proporcionan los cuidados que su familiar necesita.	0	4	72	20
16	Las enfermeras durante su visita saben lo que necesita su familiar.	0	2	78	16
17	Las enfermeras que cuidan a su familiar son las mismas.	0	3	81	12
Resultados					
18	Las enfermeras hacen sentir a su familiar cómodo.	0	8	61	27
19	Las enfermeras tratan de tener a su familiar tranquilo y relajado.	0	6	71	19
20	Las enfermeras hacen sentir a su familiar seguro.	0	2	78	16

21	Recibió información sobre cada procedimiento de su familiar.	0	2	84	10
22	Las enfermeras le han orientado acerca de cómo cuidar a su familiar durante su estancia en el hospital.	0	2	86	8

Fuente: Lista de cotejo aplicado a familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital DAC, ESSALUD Tacna, 2015.

ANEXO 04

TABLA 7

NIVEL DE SATISFACCIÓN POR DIMENSIONES DE FAMILIARES DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SATISFACCIÓN	Nº	%	
TRATO QUE LE PROPORCIONA AL PACIENTE	Muy insatisfecha	0	0
	Insatisfecha	4	4,17
	Satisfecha	74	77,08
	Muy satisfecha	18	18,75
	Total	96	100
CALIDAD TÉCNICA DEL CUIDADO	Muy insatisfecha	0	0
	Insatisfecha	4	4,17
	Satisfecha	77	80,21
	Muy satisfecha	15	15,63
	Total	96	100
DISPONIBILIDAD	Muy insatisfecha	0	0
	Insatisfecha	5	5,2
	Satisfecha	66	68,75
	Muy satisfecha	25	26,04
	Total	96	100

	Muy insatisfecha	0	0
CONTINUIDAD DEL CUIDADO	Insatisfecha	3	3,13
	Satisfecha	77	80,21
	Muy satisfecha	16	16,67
	Total	96	100
	Muy insatisfecha	0	0
RESULTADOS	Insatisfecha	4	4,17
	Satisfecha	76	79,17
	Muy satisfecha	16	16,67
	Total	96	100

Fuente: Lista de cotejo aplicado a familiares de los pacientes de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital DAC, ESSALUD Tacna, 2015.

ANEXO N°05

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, ESSALUD TACNA 2015

Control de calidad de los datos:

La validez externa:

Al validar el cuestionario se calcula la razón de validez de contenido para cada reactivo, el valor mínimo de CVR para un número de 8 expertos es 0.75 y según la tabla de Lawshe para 4 expertos tiene un valor de 0.99.

De acuerdo a dicho autor, si más de la mitad de los expertos indica que una pregunta es esencial, esa pregunta tiene al menos una validez de contenido.

Formula:
$$CVR = \frac{n - N / 2}{N / 2}$$

n= número de expertos que indican "esencial"

N= Número total de expertos

Al validar el cuestionario se calcula la razón de validez de contenido para cada reactivo.

Calculando CVR:
$$\frac{4 - 4 / 2}{4 / 2} \quad CVR = 1$$

Todos los jueces indicaron que el ítem es PERTINENTE, como se observa en el cuadro siguiente.

Reactivos	EXPERTOS				
	1	2	3	4	
1	1	1	1	1	4
2	1	1	1	1	4
3	1	1	1	1	4
4	1	1	1	1	4
5	1	1	1	1	4
6	1	1	1	1	4
7	1	1	1	1	4

Calculo del coeficiente de validez total

Coeficiente de validez total: $\frac{\sum CVRt}{\text{Total de reactivos}}$

Total de reactivos

Coeficiente de validez total= $9/9 = 1$

VALIDEZ INTERNA

LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, ESSALUD TACNA 2015

Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
p1	4,15	,600	4
p2	4,45	,500	4
p3	4,20	,907	4
p4	4,10	,968	4
p5	4,33	,986	4
p6	4,24	,927	4
p7	4,17	,947	4

Matriz de correlaciones inter-elementos

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7
p1	1,000	,567	,512	,866	,846	,512	,512
p2	,537	1,000	,935	,717	,727	,925	,925
p3	,532	,935	1,000	,833	,833	1,000	,546
p4	,816	,707	,853	1,000	1,000	,853	,526
p5	,816	,707	,853	1,000	1,000	,853	,526
p6	,522	,905	1,000	,853	,853	1,000	,736
p7	,812	,805	,736	,526	,526	,736	1,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
p1	34,25	32,250	,675	.	,963
p2	34,00	30,000	,949	.	,952
p3	34,25	26,250	,934	.	,951
p4	34,50	28,333	,844	.	,955
p5	34,50	28,333	,844	.	,955
p6	34,25	26,250	,934	.	,951
p7	34,25	28,250	,704	.	,964

Siendo el valor de la correlación mayor de 0.20, las preguntas son Validadas.

ANEXO N°06

CONSISTENCIA INTERNA DE LOS ÍTEMS DEL INSTRUMENTO

ESTADÍSTICOS DEL ALFA DE CROMBACH PARA LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, ESSALUD TACNA 2015

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,875	,875	7

Siendo el Alfa de Cronbach mayor a 0.70, se considera que el instrumento es excelente.

ANEXO N°07

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

HOJA INFORMATIVA

1. Se invita a usted a participar del proyecto de investigación "Calidad del cuidado de enfermería y su relación con el nivel de satisfacción de familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Daniel Alcides Carrión, ESSALUD Tacna 2015".
2. La investigadora del estudio es: **Lic. Sonia Paria Calizaya.**
3. La presente investigación busca evaluar el nivel de satisfacción de familiares de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Daniel Alcides Carrión, ESSALUD y su relación con la calidad del cuidado de enfermería.
4. Esta investigación consiste en encuestas personales a todos los familiares de los pacientes hospitalizados en la Uci de ESSALUD a quienes se aplicará un cuestionario previamente validado por juicio de expertos.
5. Los beneficios de participar en el estudio son que nos permitirá proponer mejoras en una atención más humanizada que no solo se dará a los pacientes sino a los familiares como personas afectadas en el momento de la hospitalización de su familiar.
6. No existe riesgo alguno si usted decide participar en el estudio.
7. Los datos obtenidos serán procesados en conjunto y en el informe final del presente estudio no figurarán sus datos personales.

8. He leído la presente hoja informativa que me ha sido entregada, he tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio. He recibido respuestas satisfactorias. He recibido suficiente información en relación con el estudio.

He hablado con la investigadora. Entiendo que la participación es voluntaria. Entiendo que puedo negarme a participar del estudio: cuando lo desee, sin que tenga que dar explicaciones, y sin que ello afecte mi presencia como familiar.

9. Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los mantengo expresamente. Y por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en el estudio de investigación.

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Firma del familiar:

Nombres y apellidos, teléfono y e-mail de la investigadora:

Lic. Sonia Paria Calizaya teléfono 952999676,

Lugar y fecha:

Tacna, _____ de _____ del 2016