



FACULTAD DE MEDICINA "HIPOLITO UNANUE"

**SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE
EL CUIDADO BRINDADO AL NIÑO ATENDIDO EN UNIDADES CRÍTICAS EN
UN INSTITUTO ESPECIALIZADO, 2018**

Tesis para optar el Título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos

AUTORA:

Ore Yactayo, Evelyn Mercedes

ASESORA:

Mg. Becerra Medina, Lucy

JURADO:

Dra. Jáuregui Romero, Hilda

Mag. Landauro Rojas, Isolina Gloria

Lic. Zelada Loyola, Ledda

LIMA-PERU

2019

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad

A mis Padres Mirta y Guillermo por apoyarme en todo momento, por los valores inculcados y haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida

A mi Hermano Guillermo Jairsinho por ser mi ejemplo a seguir y darme ánimos todos los días para seguir adelante

DEDICATORIA

*A Dios, mis queridos Padres
Guillermo y Mirta y hermano
Guillermo Jairsinho por ser los
principales promotores de mis
sueños, gracias a ellos por cada día
confiar, creer en mí y en mis
expectativas, los amo*

*A mis ángeles Domitila, Juana y
Alfredo por guiarme desde el cielo,
antes de partir me transmitieron las
enseñanzas necesarias para poder
superar cualquier obstáculo que
tuviera en mi vida, los quiero mucho*

*A mi abuelito Benedicto, por estar
presente siempre, por darme ánimos
y por su amor brindado día a día*

*A mi compañero de vida Emeric
Jorge, por su apoyo incondicional y
amor infinito, por los momentos
vividos y los que aún nos faltan vivir*

**SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR SOBRE EL CUIDADO BRINDADO AL NIÑO
ATENDIDO EN UNIDADES CRÍTICAS EN UN INSTITUTO ESPECIALIZADO,**

2018

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
I. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. Descripción y Formulación del Problema.....	12
1.1.1. Descripción del problema.....	12
1.1.2. Formulación del problema:.....	14
1.2. Antecedentes.....	14
1.2.1. Antecedentes Nacionales.....	14
1.2.2. Antecedentes Internacionales.....	15
1.3. Objetivos.....	18
1.3.1. Objetivo General.....	18
1.3.2. Objetivo Específicos.....	18
1.4. Justificación.....	18
II. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. Satisfacción:.....	19
2.2. Componentes de la Calidad Asistencial.....	21
2.3. Definición de Cuidado.....	22
2.4. Cuidado Humanizado.....	24
2.5. Calidad Máxima Versus Calidad Óptima.....	24
2.6. Motivaciones para la mejora de la calidad.....	25
2.7. Planificación, evaluación y mejora de la calidad asistencial.....	25
2.8. Satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios.....	26
2.9. Percepción del cuidado humanizado de enfermería.....	29
2.10. La familia del paciente hospitalizado en las Unidades de Cuidados Críticos.....	29
2.11. La unidad de cuidados Críticos.....	30

2.12.	Perfil profesional de enfermería en unidad de cuidados Críticos	31
2.13.	Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	32
2.13.1.	Componentes de la calidad asistencial	33
2.13.2.	Conceptos sobre calidad de los servicios de salud.....	34
III.	MÉTODO	38
3.1.	Tipo de Investigación.....	38
3.2.	Ámbito Temporal Y Espacial	38
3.2.1.	Ámbito Temporal:.....	38
3.2.2.	Ámbito Espacial:.....	38
3.3.	Variables	38
3.3.1.	Satisfacción de los Padres:	38
3.3.2.	Cuidado Enfermero:	39
3.4.	Población y muestra	39
3.5.	Instrumentos	40
3.6.	Procedimientos.....	40
3.7.	Análisis de datos	41
IV.	RESULTADOS	42
V.	DISCUSION DE RESULTADOS	48
VI.	CONCLUSIONES.....	50
VII.	RECOMENDACIONES	51
VIII.	REFERENCIAS.....	52
IX.	ANEXOS.....	57
ANEXO A	.....	57
ANEXO B	.....	59
ANEXO C	.....	60
ANEXO D	.....	61
ANEXO E	.....	66

RESUMEN

El presente estudio tuvo como principal objetivo: Determinar el nivel de satisfacción del familiar sobre el cuidado enfermero brindado al paciente atendido en las unidades críticas en un instituto especializado, 2018. Para ello se contó con una población de 60 madres de niños hospitalizados en Unidades Críticas. Método: Es un estudio descriptivo de corte transversal, de enfoque cuantitativo. Para medir el conocimiento se hizo uso de un cuestionario validado por Marky Bazán, Giuliana Andrea en el trabajo de investigación cuyo título es: Satisfacción según percepción de los padres y cuidado enfermero al niño con infección respiratoria aguda en el Hospital Nacional Dos de Mayo diciembre 2012, que consta de 26 ítems, cuyas preguntas fueron formuladas con escala Likert, cuenta con una prueba de Alfa de Crombach ($p > 0,60$) y Kuder Richardson ($p > 0,60$). Resultados: se obtuvo que del 100% (60) de madres encuestadas respecto a la satisfacción en el aspecto Técnico Científico según su percepción se encontró, que el 73.33% (44) de ellas manifestaron tener un nivel de satisfacción alto, el 20% (12) presentan satisfacción media y solo el 6.67% (4) en un nivel de satisfacción baja ; luego tenemos que del 100% (60) de madres encuestadas respecto a la satisfacción en el aspecto Interpersonal según su percepción se encontró, que el 73.33% (44) de ellas manifestaron tener un nivel de satisfacción alto, el 21.67% (13) presentan satisfacción media y solo el 5% (3) en nivel de satisfacción baja y finalmente del 100% (60) de madres encuestadas respecto a la satisfacción en el aspecto Entorno según su percepción se encontró, que el 70% (42) de ellas manifestaron tener un nivel de satisfacción alto, el 21.67% (13) presentan satisfacción media y solo el 8.33% (5) en nivel de satisfacción baja. Conclusiones: El nivel de satisfacción de los padres sobre la calidad de atención que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de Unidades Críticas, es de nivel adecuado.

Palabras Claves; Nivel de Satisfacción, Familiares de pacientes, Cuidado Enfermero y Pacientes Hospitalizados en Unidades Críticas.

ABSTRACT

The main objective of this study was to: Determine the level of satisfaction of the family member regarding the nursing care provided to the patient attended in the critical units in a specialized institute, 2018. For this, there was a population of 60 Mothers with children hospitalized in Critical Units. Method: It is a descriptive study of cross section, of quantitative approach. To measure the knowledge, a questionnaire validated by Marky Bazán, Giuliana Andrea was used in the research work whose title is: Satisfaction according to perception of the parents and nursing care to the child with acute respiratory infection in the National Hospital December 2012, which consists of 26 items, whose questions were formulated with Likert scale, has a test of Crombach's Alpha ($p > 0.60$) and Kuder Richardson ($p > 0.60$). Results: it was found that of 100% (60) of surveyed mothers with respect to satisfaction in the Scientific Technical aspect according to their perception, 73.33% (44) of them reported having a high level of satisfaction, 20% (12) have average satisfaction and only 6.67% (4) at a low level of satisfaction; then we have 100% (60) of mothers surveyed regarding satisfaction in the Interpersonal aspect according to their perception was found, that 73.33% (44) of them said they had a high level of satisfaction, 21.67% (13) presented average satisfaction and only 5% (3) in low level of satisfaction and finally of 100% (60) of surveyed mothers with respect to satisfaction in the Environment aspect according to their perception was found, that 70% (42) of them expressed have a high level of satisfaction, 21.67% (13) have average satisfaction and only 8.33% (5) have a low level of satisfaction. Conclusions: The level of satisfaction of the parents regarding the quality of care provided by the nursing professional in the services of Critical Units is of an adequate level.

Keywords: Level of Satisfaction, Relatives of patients, Nursing Care and Patients Hospitalized in Critical Units.

I. INTRODUCCIÓN

Evaluar la satisfacción en salud es uno de los componentes para mejorar la calidad de los servicios, puesto que permite identificar la percepción que tienen los pacientes y sus familiares en relación a los elementos que van a determinar su satisfacción o insatisfacción.

La satisfacción asume ser el nivel de conformidad del paciente y ayuda a conocer como el paciente valora los servicios que recibe del profesional de enfermería u otros profesionales de la salud, grado de complacencia o respuesta favorable o desfavorable a sus expectativas con respecto a la atención que recibe, es por ello la satisfacción debe ser un objetivo irrenunciable para cualquier responsable de brindar servicios de salud (Romero, 1996, pág.24).

La OMS indica que, toda persona tiene derecho a la mejor atención alcanzable en salud y ha incluido la calidad de atención como un objetivo del macro proyecto de salud para todos, dentro del cual se tiene en cuenta la percepción y satisfacción de los pacientes (Páez, 2000, pág. 2)

Es por esta razón por la que se da mucho valor y énfasis al cuidado humanizado y holístico lo cual permite lograr una calidad de atención para las personas que acuden a los servicios de salud.

La disciplina enfermería debe ofrecer cuidados integrales y holísticos considerando siempre al paciente como una persona única. Así lo sostienen diversos teóricos como Madeleine Leininger en la Teoría de la Diversidad y la Universalidad del Cuidado Cultural, la autora afirma que la persona es un ser que no puede ser dividida de su aspecto cultural, así mismo que una persona tiene, de modo natural, la propensión a cuidar a los que la rodean (Manrique, Reyes, Delgado, & Jiménez, 2005, pág. 4).

Moyra Allen, en su modelo dirigido hacia la promoción de la salud considera a la persona como la familia, la cual posee una gran influencia sobre sus miembros e inversamente cada miembro, en la familia. El individuo y la familia son sistemas abiertos en interacción constante el uno con el otro, con el entorno y la comunidad. (Kérpuac, Pepin, Ducharme, Duquete, & Major, 1995, pág. 15).

En definitiva, es el principal motivo que impulsa a la búsqueda de estrategias y de un cambio para que estas necesidades sean cubiertas y principalmente que sean satisfechas; para mejorar los cuidados de enfermería en relación al paciente y sus familias en el entorno de una unidad crítica es necesario que se implementen acciones que nos lleven al cambio tal y como figura en numerosas investigaciones, revisiones bibliográficas y experiencias en la propia práctica clínica.

La metodología biomédica aún vigente en nuestro sistema de salud hace que existan grandes diferencias entre la filosofía enfermera y lo que realmente se hace en la práctica clínica, así vemos como “en la mayor parte de los establecimientos de salud se sigue observando una práctica dirigida al paciente y su enfermedad” y la Unidad Crítica no es una excepción a esta realidad (Arricivita, Robayna, Díaz, Arias, & Cabrera, 2002, pág. 45).

El personal de salud de las unidades críticas debe conocer cómo afrontar el sufrimiento de los pacientes y sus familias; lo que implica conocer su situación para así tener conciencia de su importancia, lo que se traduce en la necesidad de exigir en los profesionales una formación teórica y entrenamiento práctico, con el fin de adquirir las habilidades necesarias para el correcto manejo de las situaciones tanto personales como de equipo, que puedan surgir en la unidad. Por todo ello resulta imprescindible y es necesario conocer la opinión y el grado de satisfacción acerca del servicio sanitario que prestamos, con el fin de ajustarlo a las necesidades reales, las prioridades y expectativas que tiene el paciente y su familia.

En una investigación dirigida por Valenzuela. en marzo (2015) , titulado “*¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencias?*”, cuyo objetivo general describe el concepto de humanización y de cuidado que poseen los profesionales de enfermería del servicio de urgencias y la percepción de los enfermeros que se dan en el momento de cuidado entre enfermera-paciente en los servicios de urgencias, es un estudio cualitativo con una muestra de 11 enfermeros, , en lo cual se concluyó: “los profesionales son capaces de identificar aquellos valores, actitudes y prácticas que les permite realizar un cuidado más humanizado , sin embargo , son conscientes de que no siempre lo realizan e identifican factores y errores que interfieren encontrando en su aspecto relacional que atribuyen a la competencia relacional y en técnicas de comunicación y falta de conocimientos, además de la relación que se establece con el paciente / familia y con el equipo interdisciplinar y los factores deshumanizantes del trabajo como la masificación ,burocratización ,rigidez de norma”.

En el Perú, dentro del marco de los Lineamientos de Política Sectoriales, el Ministerio de Salud, en el mes de diciembre del año 2001, garantizó el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, el cual establece los principios, bases conceptuales y objetivas que van a orientar los esfuerzos por mejorar la calidad de atención (Ministerio de Salud, 2000, pág. 23).

De acuerdo a ello los distintos sectores de salud tanto públicos como privados vienen tomando en cuenta la importancia que tiene la calidad en el accionar de enfermería. Pero antagónico a ello son escasos los medios a través de los cuales los pacientes y sus familiares pueden expresar sus valoraciones de la atención en el servicio.

Es imprescindible entonces, determinar en nivel de satisfacción que expresan los familiares de los pacientes hospitalizados en los servicios de Unidades críticas, al valorar los cuidados que brinda el profesional de enfermería. Durante las horas de trabajo, se pudo evidenciar que los pacientes y sus familiares en muchas ocasiones se muestran descontentos

frente al accionar de la enfermera(o), manifestando: “la señorita no me hace caso, siento mucho dolor”, “siempre que le pido información sobre mi familiar sus respuestas no son claras o siempre dicen que están ocupados”, “el medico ya habló con ustedes en la mañana”, “tendrá que esperar a que mañana nuevamente le informen”; generando de este modo descontento, temor e incertidumbre, lo que podría afectar al paciente y a su familia en el proceso de recuperación.

1.1.Descripción y Formulación del Problema

1.1.1. Descripción del problema

Las unidades de cuidados críticos se caracterizan por ser lugares cerrados donde las visitas restrictivas hacen difícil el acceso a los familiares de los pacientes hospitalizados (Velasco, Prieto, Castillo, Merino, & Perea, 2005, pág. 76).

La gravedad del paciente, el predominio de una concepción biomédica y la importancia de la tecnología frente a las relaciones humanas favorecen que las necesidades de los familiares no se tengan en cuenta” (Zaforta, Gastaldo, Sánchez, & Lastra, 2005, pág. 137).

La estancia en una las Unidades Criticas provoca alteraciones emocionales en el enfermo, por la gravedad de su situación, las dificultades de comunicación y el aislamiento que le produce estar lejos de sus seres queridos. Esto se alivia con el contacto y la presencia de los familiares, los cuales también manifiestan sus propias necesidades, como pueden ser la de comunicación, seguridad, información o comodidad. Habitualmente se ven

desbordados por la difícil toma de decisiones, la incertidumbre y la aceptación de la situación (Llamas, y otros, 2009, pág. 54).

Todos estos aspectos se han recogido desde hace más de 2 décadas en numerosos estudios; La satisfacción viene a ser el grado de conformidad del paciente y familia con respecto al servicio que recibe del profesional de enfermería o de otros profesionales de la salud, es el grado de complacencia o respuesta favorable a sus expectativas con respecto a la atención que recibe. La satisfacción del paciente debe ser un objetivo irrenunciable para cualquier responsable de brindar servicios de salud (Hidalgo, Vélez, & Pueyo, 2007, pág. 108).

Las familias tienen que compaginar sus sentimientos con las explicaciones complejas que recibe acerca del curso de la enfermedad y el cuidado de su paciente, y a veces, se ven en la necesidad de aceptar lo inevitable o de participar en la toma de decisiones comprometidas; Estos conflictos afectivos y emocionales a los que deben enfrentarse no sólo afectan a la salud psíquica del familiar, sino que además condicionan la recuperación física del paciente. (Cárdenas, 2008, pág. 23).

En el contexto mundial, los cambios generados por la globalización han hecho que los pacientes y familiares sean más exigentes y tienen la información en las diferentes redes sociales. Esta preocupación se ha materializado en diferentes trabajos de investigación que describe un alto y mediano nivel de insatisfacción. Un estudio realizado en España, “describe que los familiares de los pacientes respondieron estar satisfechos en su mayoría con la información recibida con el tema de empatía con el personal y la comodidad dentro de la unidad” (Santana, 2007, pág. 14).

En el ámbito nacional en el año 2009, un estudio realizado en el hospital Arzobispo Loayza muestra que la atención de enfermera no es buena, y esto redundó en la insatisfacción del paciente y familia.

1.1.2. Formulación del problema:

¿Cuál es el nivel de satisfacción del familiar sobre el cuidado enfermero brindado al paciente atendido en las unidades críticas del Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja 2018?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Guerrero, Meneses & De la Cruz (2015), realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal en el servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Teniendo como resultado que el Cuidado Humano que ofrece los enfermeros es regular en un 52%, mientras que el 26%, es alto. El cuidado humanizado es dado en forma regular y es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua con la finalidad de generar la sensibilización del personal de enfermería para aplicar buen trato al paciente desde un abordaje basado en valores humanos.

Bergara (2013), realizó estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. En la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital San Juan de Lurigancho ;obtuvo como resultado que del 100%(30), 60%(18) estuvieron medianamente satisfecho, 26.7% (8) completamente satisfecho,13.3%(4) insatisfechos, siendo que el nivel

de satisfacción de los familiares de los pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera en el servicio de la unidad de cuidados intensivos en el mayor porcentaje es medianamente satisfecho ;la enfermera que atiende a su familiar, utiliza palabras de difícil comprensión, y en su forma de actuar cuando la enfermera continua realizando sus actividades sin importarle que le están hablando, cruza los brazos en signo de malestar, informa apresuradamente, durante la comunicación mira a otro lado, y no atiende la solicitud.

Quispe (2014), estudio descriptivo, de corte transversal, obtuvo como resultado que la información brindada por la enfermera determina insatisfacción en los familiares de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos lo que denota preocupación al pensar en el enfoque de calidad de los cuidados de enfermería debiéndose vigilar e incentivar.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Valenzuela (2015) realizó un trabajo de investigación, fue un estudio cualitativo. La muestra estuvo conformada por 11 enfermeros. Cuyo objetivo general fue describir el concepto de humanización y de cuidado que poseen los profesionales de enfermería del servicio de urgencias y la percepción de los enfermeros que se dan en el momento de cuidado entre enfermera – paciente en los servicios de urgencias, en el cual se concluyó: “ los profesionales son capaces de identificar aquellos valores, actitudes y prácticas que les permite realizar un cuidado más humanizado, sin embargo, son conscientes de que no siempre lo realizan e identifican factores y errores que interfieren encontrando en su aspecto relacional que atribuyen a la competencia relacional y en técnicas de comunicación y falta de conocimientos, además de la relación que se establece con el paciente / familia y con el

equipo interdisciplinar, y los factores deshumanizantes del trabajo como la masificación, burocratización , rigidez de norma.

En Ecuador, Sangopanta (2014), llevó a cabo un trabajo de investigación titulado: Grado de satisfacción de las madres con respecto a la calidad de atención del personal de enfermería en los pacientes hospitalizados del servicio de pediatría en el Hospital provincial general Latacunga en el período de diciembre 2013 – mayo del 2014. Este estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 123 madres de los niños hospitalizados. Las respuestas de las madres, acerca de la satisfacción con respecto a la atención de enfermería fue que el 15% tienen satisfacción baja, 42% medio y 43% alto.

En Colombia, Arrieta, Castro, Kar & Zambrano (2013), realizaron un estudio titulado” Percepción del cuidado humanizado de los cuidadores de los niños hospitalizados en el hospital infantil napoleón franco de la ciudad de Cartagena en el segundo periodo del año 2013”, cuyo objetivo general fue describir la percepción del cuidado humanizado de los cuidadores de los niños hospitalizados en el Hospital Infantil Napoleón ,es un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, concluyeron: “el estudio se observa que los cuidadores en una cifra alta ve algunas veces el apoyo emocional. En el apoyo físico se observa que el 18% en el caso de brindar comodidad siempre, el 22% en el caso de que siempre brinda atención a las necesidades básicas, En las enfermeras hay características que soslayan las actitudes de ellas para con los cuidadores, en el estudio la empatía, la amabilidad, el desempeño, la claridad en la comunicación se destaca la respuesta “algunas veces” en un porcentaje alto, más o menos entre el 40 al 45% según sus características,

pero también vemos en el caso de la claridad al comunicarse que el 37% de los cuidadores responde que casi siempre son claras”.

Beltrán (2015), realizó un estudio de tipo fenomenológico interpretativo que obtiene como resultado: el cuidado como las intervenciones y procedimientos complejos reclaman la atención de las enfermeras en el marco de un cuidado donde existe preocupaciones, por las demandas institucionales, la exagerada asignación de funciones y la falta de interés se ha dejado de lado el cuidado de dichos detalles; las autoras refieren que "las enfermeras no tienen suficiente tiempo para cosas pequeñas por ocuparse de lo extra y no se preocupan por la comodidad y cuidado personalizado lo que contribuye, a que "los pacientes y familias no identifiquen a la enfermera como la persona que lidera o brinda el cuidado directo. Todo esto contribuye a la ausencia de las enfermeras al lado de la cama de los pacientes y la falta de interacción en el cuidado que no hace posible la confianza requerida para el cuidado.

Freitas, Santana & Bauer (2014), realizaron un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional de corte transversal de modo que el resultado fue que la enfermería tiene dificultad en ampliar el alcance de sus cuidados, que hay un déficit de la calidad de los cuidados de enfermería prestados en la institución, y también un bajo nivel de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería recibidos, en todos los dominios evaluados.

A raíz del análisis de los diferentes antecedentes nacionales e internacionales, podemos observar que la atención e información que se le brinda al familiar del paciente hospitalizado en unidades de cuidados intensivos es en mayor porcentaje favorable, si bien es cierto hay un porcentaje de familiares que no se encuentran satisfechos debido a múltiples factores, tomando en cuenta que este porcentaje no es siempre tan bajo (incluso puede llegar a un 30-35% del

total) por lo tanto lo que se desea es que el porcentaje de familiares satisfechos aumente incluso llegando a un 90% logrando así una mejor comunicación entre personal de salud y familiares

1.3.Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar el nivel de satisfacción del familiar sobre el cuidado enfermero brindado al paciente atendido en las unidades críticas del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, 2018.

1.3.2. Objetivo Específicos

- Identificar el nivel de satisfacción del familiar de los pacientes hospitalizados en los servicios de unidades críticas del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, respecto al cuidado enfermero en la dimensión entorno.
- Identificar el nivel de satisfacción del familiar de los pacientes hospitalizados en los servicios de unidades críticas del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, respecto al cuidado enfermero en la dimensión capacidad técnica.
- Identificar el nivel de satisfacción del familiar de los pacientes hospitalizados en los servicios de unidades críticas del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, respecto al cuidado enfermero en la dimensión comunicación.

1.4.Justificación

El presente trabajo de investigación permitió poder conocer la situación actual de la satisfacción del familiar acompañante en los servicios de cuidados críticos del instituto nacional de salud del niño – San Borja, con el fin de evidenciar e identificar en que aspectos se deben plantear mejoras que optimicen la calidad de atención brindada, así mismo sirvió al profesional de enfermería para fortalecer la base del cuidado generando un mayor compromiso

moral y responsabilidad social en el accionar, lo cual va garantizar que el paciente se recupere con las mejores condiciones posibles y que su familiar se muestre satisfecho.

Es importante contar con información real y de carácter científico sobre la satisfacción primordialmente de los familiares con respecto a la atención que recibe de la enfermera como indicador de calidad del cuidado de enfermería. En tal sentido el presente trabajo nos permitió conocer si los familiares de los pacientes están satisfechos o no, y en función a estos resultados se propuso estrategias tendientes a mejorar el nivel de satisfacción de ellos, Es por ello que de acuerdo con los objetivos planteados esta investigación nos permitió identificar la satisfacción del familiar acompañante hacia los cuidados de enfermería, proponiendo cambios que contribuyan en un mayor y mejor rendimiento del personal de salud. Por consiguiente, la investigación propuesta busco mediante la aplicación de la teoría y los conceptos de satisfacción contrastar los diferentes conceptos con la realidad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1.Satisfacción:

La satisfacción es toda aquella información, expresión o respuesta emitida por el familiar del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera (Ministerio de Salud, 2016, pág. 8).

Uno de los autores más representativos que habla sobre satisfacción del paciente es Donabedian quien la define, “como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud” y en relación con los servicios de salud es un punto nodal para determinar la calidad de la atención médica que se presta” (Donabedian, 2012, pág. 23).

Por lo tanto, el presente trabajo se basa en la teoría de Avedis; la cual se explica a continuación:

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales; El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común. En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite". (Donabedian, 2012, pág. 26)

El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del usuario y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del usuario". Para mejorar y mantener la calidad de los servicios es necesario establecer un sistema de aseguramiento de calidad, el mejoramiento de la calidad no depende de la voluntad y dedición de las personas, sino también de la utilización correcta de los

recursos, esta mejoría se construye a base de la motivación y esfuerzo constante de todo el equipo humano (OMS, 2007, pág. 15).

2.2.Componentes de la Calidad Asistencial

Los tres componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta son: El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable. A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer que incluye: (Donabedian, 2012, pág. 33).

- **Efectividad:** Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- **Eficiencia:** La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.
- **Accesibilidad:** Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc. - **Aceptabilidad:** Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.
- **Competencia profesional:** Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios.

Uno de los debates más interesantes en este ámbito es la discusión sobre si los costes deben formar parte de la definición de calidad. Mientras algunos autores mantienen la necesidad de separar ambos conceptos para poder interrelacionarlos otros incluyen la eficiencia en el centro de la definición de calidad postulando que, si no se da, no tiene sentido la discusión sobre calidad.

2.3. Definición de Cuidado

El 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. (Waldow, 1998, pág. 58)

El verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención” 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 realizarse como persona. Es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo”. Deriva cuidado del latín cura. Esta palabra “es un sinónimo erudito de cuidado, usada en la traducción del texto “Ser e Tempo” (El ser y el tiempo) 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” Para Nel Noddings el cuidado se basa en la receptividad, quien cuida se “siente” con el otro y “recibe al otro” totalmente; es un proceso más cognoscitivo, emotivo y requiere cambios en la motivación y relación con el otro (Maveroff, 1971, pág. 33).

Martin Buber dice:” cuidar es una forma de diálogo que surge de una disposición para ser solicitado por el otro cuidar requiere ir más allá de los actos de observar y mirar, requiere un nivel de alerta e inmersión en la situación presente, cuidar es más que una acción es una forma de ser”.

Medina sostiene que: “Cuidar es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad. Se trata de valorar a la persona en términos de humanidad centrándose en sus necesidades y en un cuidado comprensivo y sensible. Satisfaciendo la necesidad humana de estima a través de la manifestación del compromiso y el interés por cuidar”.

El cuidado significa: la actitud de desvelo, de solicitud y atención para con el otro y la preocupación e intranquilidad, porque la persona que tiene cuidado se siente envuelta afectivamente con el otro. Esto incluye necesariamente el imperativo ético y el amor como parte de la triada biológica hacia lo social como su destino y su posibilidad de recreación y resonancia. (Waldow, 1998, pág. 45).

Desde el punto de vista psicológico es cuando una persona hace uso de la inteligencia emocional e influencia de manera motivadora en las personas de su entorno, por ejemplo, en el toque terapéutico y en el cuidado mismo, porque hay un intercambio de energía entre el cuidador y el ser cuidado, sobre todo cuando este se realiza con un enfoque holístico (Maveroff, 1971, pág. 43).

Además, menciona que el cuidado sobrepasa toda existencia humana, y produce resonancias en diversas actitudes importantes. El cuidado acompañado de sus resonancias es el artesano de nuestra humanidad. Es así como el cuidado produce resonancias tales como: la caricia la ternura la cordialidad la compasión y la justa medida entre otros.

2.4.Cuidado Humanizado

La humanización es un proceso mediante el cual se adquieren rasgos típicos del ser humano, desde el punto de vista biológico, espiritual, racional y social. Humanización del cuidado es la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad centrada individuo, a través de un vínculo (Rivera & Triana, 2007, pág. 11).

La esencia de cuidado humanizado se basa en las relaciones interpersonales. De acuerdo a Hildegart E. Peplau hace referencia: una relación humana se establece entre una persona que requiere ayuda y un enfermero formado para reconocer sus necesidades (biológicas, psicológica, espirituales, sociales y conductual) responder terapéuticamente (Boff, 1999, pág. 91).

La enfermera se dedica principalmente a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los pacientes, quienes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de enfermos es un fenómeno social universal que solo resulta efectivo si se practica de forma interpersonal.

2.5.Calidad Máxima Versus Calidad Óptima

Es importante diferenciar el significado de calidad máxima y calidad óptima. En efecto, la primera constituye un intento de consecución de la calidad ideal teórica, al precio que sea y con independencia de considerar si existen o no factores que se oponen a su consecución. Representa como es lógico una utopía, la mayor parte de las veces inalcanzable pero que hay que perseguir. A este concepto se opone la calidad óptima, es decir aquella que, atendiendo a las circunstancias presentes, es factible de conseguir (Peplau, 1990, pág. 23).

Significa por tanto una adecuación del esfuerzo que debe hacerse para conseguir una determinada calidad, la máxima posible atendiendo las circunstancias. Como se comprenderá, constituye una visión más realista y razonable.

2.6.Motivaciones para la mejora de la calidad

Las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de la calidad son de distinto origen. De un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de la misma hacia otra situación de mayor calidad acorde con los valores éticos. Por otra parte, la mejora de la calidad puede ser promulgada por el legislador, por ejemplo, al dictar leyes de acreditación de los centros de atención que contengan unos requisitos de mínimos para determinadas actividades. La mejora de la calidad puede generarse por otra vía, como es la constatación de que el centro posee una mala imagen dentro de la comunidad y en consecuencia el motivo social será en este caso el responsable del cambio. Por fin, los motivos económicos en general y el control de los costes en particular pueden ser la génesis del cambio (Juran, 1990, pág. 23).

2.7.Planificación, evaluación y mejora de la calidad asistencial

El aumento de los costes de la atención motivó en la década de los 80 una situación de crisis de los sistemas de atención a las personas que condujo progresivamente al convencimiento de que es necesario el establecimiento de prioridades, atendiendo a la limitación de recursos y al encarecimiento progresivo, sin menoscabo de la calidad de la atención. En este contexto los sistemas de atención a las personas se vuelven hacia las empresas industriales para aprovechar su experiencia en el manejo de situaciones de crisis y se empiezan a aplicar enfoques de la calidad provenientes de la industria que aportan un nuevo desarrollo a los conceptos de la calidad sanitaria. Una aportación esencial en este ámbito es la realizada por Juran, quien sostiene que la calidad no sólo puede evaluarse y mejorarse, sino

que debe también planificarse, siendo esta fase necesariamente previa a las demás. (Juran, 1990, pág. 28)

En resumen, la evaluación y mejora de la calidad consiste en:

- Establecer cuál es en cada momento la práctica considerada como correcta.
- Compararla con la que estamos realizando.
- Establecer los motivos por los cuales tenemos problemas.
- Aplicar los cambios necesarios para solucionarlos.
- Comprobar si estos cambios son eficaces.

2.8.Satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios

La calidad es la obtención del máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y la tecnología más avanzada tomando en cuenta los requerimientos del paciente, así como las capacidades y limitaciones de recurso de la Institución de acuerdo con los valores sociales imperantes”. También hace referencia a tres enfoques útiles para evaluar la calidad: la estructura, el proceso y el resultado (Donabedian, 2012, pág. 54)

- **Estructura:** Engloba los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención.
- **Proceso:** Incluye todo lo que el personal de salud hace por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo realiza y los resultados incluyen los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado.
- **Resultado:** Representa el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

La calidad es definida por la OMS como: “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta

todos los factores y conocimientos del usuario y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del usuario” (OMS, 2007, pág. 43).

Para mejorar y mantener la calidad de los servicios es necesario establecer un sistema de aseguramiento de calidad, el mejoramiento de la calidad no depende de la voluntad y dedición de las personas, sino también de la utilización correcta de los recursos, esta mejoría se construye a base de la motivación y esfuerzo constante de todo el equipo humano.

Para llegar a la garantía de la calidad se necesita: Crear, comunicar y comprometerse con los objetivos y propósitos de la empresa, aprender la nueva filosofía a todo nivel organizacional, incorporar las inspecciones dentro del proceso, erradicar principio de a mayor costo mayor calidad, implantar la capacitación permanente, mejora continua, liderazgo, eliminar el miedo y crear confianza e inspirar innovación, alineamiento con los objetivos organizacionales.

La calidad en los Servicios de Salud es un compuesto de varios atributos o dimensiones tanto objetivas como subjetivas, es importante entender las dimensiones de la calidad para que podamos saber cómo nuestros clientes definen la calidad de nuestros servicios.

Estos atributos son:

- **Disponibilidad:** Es el grado con que un servicio de salud está disponible, siempre que los clientes lo necesiten.
- **Accesibilidad:** Grado con que el cliente espera que lo atiendan cuando lo necesita
- **Cortesía:** Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra una actitud amable con el cliente siendo capaz de reconocer y comprender sus sentimientos. La cortesía mueve a un individuo a mostrar un cierto nivel de conformidad y empatía para con los sentimientos de otras personas, una persona cortés se comporta con dignidad y respeto hacia otros y se esfuerza por lograr armonía en las relaciones interpersonales.

- **Agilidad:** Grado con que el proveedor de servicio de salud satisface rápidamente la solicitud de los clientes.
- **Confianza:** Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer las habilidades para prestar el servicio prometido, de manera precisa y confiable, siendo percibido así por el cliente.
- **Competencia:** Grado con que el proveedor de servicio de salud demuestra poseer las habilidades y los conocimientos necesarios para prestar atención al cliente. Mientras mayor sea la competencia percibida del proveedor de servicio, mayor será el nivel de satisfacción del cliente.
- **Comunicación:** Grado con que el proveedor de servicio de salud se comunica con sus clientes a través de un lenguaje simple, claro y de fácil entendimiento, esta comunicación entre clientes y proveedores de servicio pueden incrementar la satisfacción de los mismos con la calidad de los servicios y atención hospitalaria recibida.

La deficiencia de la calidad en la atención de los servicios de salud es una de las principales quejas y críticas que reciben las instituciones en nuestro país, dada la percepción que el usuario tiene en estas instituciones, por lo tanto conocer la percepción de los padres de familia es de vital importancia para el sector salud, ya que la enfermera es quien se encuentran en mayor contacto con el paciente y es quien pudiera modificar la percepción que el usuario tiene con relación a su atención, a través de una comunicación efectiva-enfermera paciente y con las bases teóricas con las que cuenta para guiar su práctica, ya que aportan elementos para evaluar, analizar y proponer planes de acción con diferentes teorías y modelos, una de estas teorías es de Imogene King, quien anima a la enfermera y al cliente a compartir información sobre sus percepciones (si las percepciones son acertadas se alcanzan las metas y se alcanzara un crecimiento y desarrollo, así como resultados de los cuidados de enfermería efectivos.

Utiliza un enfoque orientado hacia una meta en que los individuos interactúan dentro de un sistema social, aportando conocimientos y habilidades específicas para el proceso de enfermería y el cliente aporta su autoconocimiento y sus percepciones.

2.9. Percepción del cuidado humanizado de enfermería

Es definida como el proceso mental mediante el cual el paciente y el profesional de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado que se brinda. Se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción del cuidador (Enfermera) – ser cuidado (Paciente), se categorizan en 9 comportamientos de cuidado humanizado: sentimientos del paciente, características de la enfermera cuidadora, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, pro actividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención ; la percepción de estos comportamientos es primordial para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía (Hagei, 2008, pág. 24).

2.10. La familia del paciente hospitalizado en las Unidades de Cuidados Críticos

Es un grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja. El Diccionario de la Lengua Española la define como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, lo que lleva implícito los conceptos de parentesco y convivencia, aunque existan otros modos, como la adopción.

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen

entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

Por otra parte, no hay consenso sobre una definición universal de la familia, fundada en la unión entre hombre y mujer, es el modelo principal de familia como tal, y la estructura difundida mayormente en la actualidad. Las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos. La familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de una sociedad (Agudelo, Bustos, Rodríguez, & Santa, 2010, pág. 23).

2.11. La unidad de cuidados Críticos

Es un lugar en el cual se ofrece servicio de amplia complejidad, en situaciones de estar críticamente paciente, por tal motivo los familiares se ven sometidos a una gran variedad de cambios y necesidades pobremente satisfechas que generan sensaciones de angustias ,tensión, las cuales originan el estrés en los familiares, debido a situaciones como perdida del contacto, sentimientos negativos de temor sobre el área hospitalaria, los múltiples métodos invasivos usados, las condiciones del paciente y la incertidumbre sobre lo que pueda pasar o pasará. La hospitalización prolongada es particularmente estresante para la familia del paciente, requieren de una mayor necesidad de apoyo psicológico y preocupación económica (Stuart & Laraja, 2006, pág. 32).

Las unidades de cuidados Críticos consideran que la familia actualmente es una parte importante de ese entorno, entendiéndose que los familiares pueden contribuir de forma significativa en la consecución de una buena evolución del proceso de enfermedad, de modo que reducir los niveles de estrés de los familiares podrían incidir en una mejora de los resultados del paciente.

Además, el ingreso de un paciente en una unidad de cuidados Críticos altera el normal funcionamiento del círculo familiar al que pertenecen, y experimentan niveles elevados de ansiedad y depresión, lo cual podría incrementar más riesgo de que no atiendan sus propias necesidades manifestando comportamientos no saludables como descanso inadecuado, falta de ejercicio, dieta pobre, etc. (Errasti & Tricas, 2012, pág. 42).

2.12. Perfil profesional de enfermería en unidad de cuidados Críticos

La Unidad de Cuidados Críticos es un área de la salud que está destinada a monitoreo continuamente sobre el paciente, ya sea desde el punto de vista de la enfermería como del profesional médico, presentes en la sala durante las 24 horas del día. Esto permite un monitoreo permanente de la persona enferma (función cardíaca, función respiratoria, signos vitales, extracción de muestras para laboratorio, etc.). De esta manera, el equipo está atento a cualquier manifestación clínica o de laboratorio que surja en el paciente, ya sea de mejoría o de complicación para poder brindarle una atención adecuada. (Rodríguez, y otros, 2003, pág. 98)

La/el enfermera/o que trabaja Unidades Críticas es un profesional que cuenta con título oficial, registro o matrícula profesional y que además presenta una formación académica adicional para ejercer la Enfermería en un nivel más avanzado, La enfermera como integrante del equipo de salud es responsable de cuidar a las personas con compromiso profesional, esto implica, velar por la dignidad que merece el ser humano; ya que este es un ser complejo y digno por naturaleza. (Rodríguez, y otros, 2003, pág. 99).

El paciente cuando ingresa a una Unidad de Cuidados Críticos pierde su autonomía, convirtiéndose en un ser dependiente de la atención que le ofrece el equipo de salud, en este equipo se encuentra la enfermera, quien tiene la responsabilidad de proporcionar el cuidado

asistencial puesto que está ayudando a solucionar las alteraciones que se encuentran presente en el paciente (Collado, 2010, pág. 2).

2.13. Bases teóricas sobre el tema de investigación

Una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que se formulaba de la siguiente manera es: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (Donabedian A. 1980, pág. 4).

Años más tarde, concretamente en 1989, la Organización internacional de Estandarización (ISO, por sus siglas en inglés) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado".

Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

2.13.1. Componentes de la calidad asistencial

Los 3 componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta son: El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable ((Donabedian A. , 1980, pág. 4).

A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de Palmer, que incluye:

- **Efectividad:** Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- **Eficiencia:** La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada. - **Accesibilidad:** Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.
- **Aceptabilidad:** Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención. - **Competencia profesional:** Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios. Uno de los debates más interesantes en este ámbito es la discusión sobre si los costes deben formar parte de la definición de calidad. Mientras algunos autores mantienen la necesidad de separar ambos conceptos para poder interrelacionarlos (Pe.: calidad/unidad de coste)

otros incluyen la eficiencia en el centro de la definición de calidad postulando que si no se da, no tiene sentido la discusión sobre calidad (Palmer, 1983, pág. 20).

2.13.2. Conceptos sobre calidad de los servicios de salud

De acuerdo con el diccionario de la lengua española, la palabra calidad proviene del latín *qualitas*, -atis y significa propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie ((Ipinza, 2007, pág. 23).

Esta definición además de proporcionar un significado común, da la pauta para calificar la calidad de cualquier producto o servicio con distintos niveles o grados, con relación a un referente determinado, por ejemplo, mejor, igual, peor, mejor que, etc. permitiendo llegar más allá de la emisión de un calificativo absoluto de existencia o ausencia de calidad.

En cuanto a calidad de la atención en salud, una de las definiciones más reconocidas, es la enunciada por Donabedian, quien establece, la calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios (Gonzáles, 2013, pág. 23).

El mismo autor señala dos dimensiones fundamentales de la calidad que están íntimamente enlazadas, la técnica y la interpersonal; en la primera considera la aplicación de conocimientos y técnicas para la atención a la salud y en la segunda, la relación que se establece entre los proveedores de servicios y los usuarios de los mismos sin dejar de considerar para ambas dimensiones el contexto sociocultural donde se otorgue el servicio.

Con frecuencia, el equipo médico le da más importancia al aspecto técnico, mientras que el interpersonal lo resaltan más los usuarios de los servicios. Sin embargo, es necesario

reconocer que ambos aspectos tienen igual importancia en el otorgamiento de servicios de salud; los aspectos técnicos son indispensables para lograr atención eficaz, eficiente y efectiva; y, no hay duda que una buena relación proveedor-usuario, cimentada en el respeto mutuo, determina en gran medida resultados exitosos para la salud, al propiciar mejor adhesión terapéutica y a la institución de salud, además de mayor satisfacción de usuarios y de proveedores.

Donabedian también hace referencia a tres enfoques útiles para evaluar la calidad:

- La estructura
- El proceso
- El resultado.

En la estructura engloba los recursos humanos, materiales, tecnológicos y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención.

En el proceso incluye todo lo que el personal de salud hace por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo realiza; considera también en este rubro lo que los propios usuarios hacen por ellos mismos.

Los resultados incluyen los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado, buenos o malos; la satisfacción del usuario y del personal de salud; el conocimiento que se genera durante la atención para las personas que reciben los servicios y para los que lo otorgan (Zapata, 2006, pág. 32).

Algunos autores coinciden básicamente en esos enfoques para evaluar la calidad. De esa concepción se desprende la necesidad de reconocer que para dar atención de alta calidad debe haber recursos suficientes para el tipo de servicio que se otorga, sin dejar de ver que su incremento no necesariamente va a relacionarse con la mejora de la calidad y que incluso,

el exceso o el mal uso de recursos puede ir directamente en su detrimento. También es necesario contar con un diseño organizacional acorde a los servicios que se otorgan; es evidente que si existe una inadecuada definición de autoridad; indefinición de responsabilidades; problemas de comunicación, de coordinación o de control, impactarán de manera negativa en la calidad de los servicios (Sánchez, 2002, pág. 3).

El proceso de la atención se relaciona directamente con la calidad del servicio, por lo que dirigir esfuerzos que aseguren que el personal de salud desarrolle de la mejor manera posible los procesos diagnósticos, terapéuticos, de promoción de la salud y de servicios en general, contribuye en mayor medida a garantizar una buena calidad de atención.

Del mismo modo, realizar un monitoreo sistemático al cumplimiento de dichos procesos asegura prevenir y detectar oportunamente problemas que podrían generar resultados negativos en la prestación de servicios y, obviamente, para la salud.

Por otra parte, es necesario también tener siempre presente, que otorgar servicios de salud implica, más que en cualquier otro tipo de servicios, una interacción muy humana, donde la población usuaria se encuentra en situaciones particulares: viven un mayor nivel de dependencia hacia el personal de salud, fundamentalmente por la carencia de información y de conocimientos de los aspectos médicos; frecuentemente acuden a buscar los servicios con un estado anímico particular, sobre todo si existen sospechas o evidencia de problemas de salud, lo que conlleva diversos grados de preocupación o angustia, inseguridad, incertidumbre, ansiedad, tristeza, etc.

Estas emociones se agravan por el trato que el personal de salud da con frecuencia a los usuarios, despersonalizado e indiferente; las personas se transforman en un número de cama o de expediente, o en una enfermedad (la señora de la cama 20, el señor del cáncer o la paciente de la histerectomía, etc.). Dicho trato es matizado, en muchos casos, de acuerdo a

las características personales, de las personas atendidos, fundamentalmente sociales y culturales, no es infrecuente ver como se da un trato diferente a pobres y a ricos, en los servicios públicos y los privados, etc.

Así mismo puede observarse distinta respuesta de los usuarios, puede ser de agresividad o exigencia hacia el personal de salud, sin embargo, la mayoría de las veces, sobre todo en instituciones públicas donde se atiende a personas de bajos recursos, la respuesta es de sometimiento, ante su impotencia y necesidad del servicio. Los proveedores de servicios, por su parte, con frecuencia también están sometidos a tensiones diversas: sobrecarga de trabajo, obligación de cumplir metas numéricas con relación a sus servicios, la realización de procedimientos médicos o quirúrgicos difíciles y estresantes, el involucramiento emocional con las situaciones de las personas que atienden y, en muchos casos, la falta de reconocimiento a su labor realizada.

Esto influye en su estado anímico puede generar en ocasiones, agresividad o indiferencia hacia las personas que reciben su atención. Todo lo anterior propicia un vínculo interpersonal deficiente con la consecuente mala calidad de la atención.

Es pues importante reflexionar sobre el aspecto humano que caracteriza los servicios de salud, fundamentalmente en las instituciones de servicio público y establecer mecanismos que permitan subsanar las fallas.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio fue de tipo descriptivo, corte transversal, con un enfoque cuantitativo; Diseño No Experimental

3.2. Ámbito Temporal Y Espacial

3.2.1. Ámbito Temporal:

El trabajo de investigación se realizó en el Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, albergue de madres quienes fueron evaluadas mediante el llenado de encuesta.

3.2.2. Ámbito Espacial:

El trabajo de investigación se realizó durante el periodo mayo – setiembre del año 2018

3.3. Variables

En el presente trabajo de investigación se cuenta con 2 variables:

3.3.1. Satisfacción de los Padres:

Es la sensación de placer o bienestar obtenido por los padres respecto a la atención que le brindan a su niño, esta satisfacción resulta de comparar la experiencia de la atención con las expectativas de beneficios previos por el usuario o familiares.

3.3.2. Cuidado Enfermero:

Servicio otorgado por el profesional de enfermería al niño hospitalizado en unidad de cuidados intensivos, este cuidado implica diversos componentes: naturaleza de cuidados, aplicación de conocimientos y adecuada utilización de la tecnología y recursos humanos.

3.4. Población y muestra

La población en estudio la conformó los familiares de los pacientes hospitalizados en las Unidades de Criticas del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja 2018:

Tabla 1. Cantidad de Pacientes

Área	Pacientes
UCI Cardiología	10
UCI Cardiovascular	10
UCI Quemados	10
UCI Neurocirugía	10
UCI Pediátrica	10
INT. Neonatología	10

Fuente: Elaboración Propia

En lo que respecta a muestra, se trabajó con todos los familiares de los pacientes hospitalizados en unidades criticas del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja 2018

3.5. Instrumentos

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y se trabajó con el instrumento ya validado en la tesis **“NIVEL DE SATISFACCION SEGÚN PERCEPCION DE LOS PADRES Y CUIDADO ENFERMERO AL NIÑO CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, DICIEMBRE 2012”**, que previamente para su validez fue sometido a “Juicio de Expertos” (especialistas en el área), a los cuales se les proporciono 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; Para la confiabilidad del instrumento se aplicó el plan piloto a una muestra de 30 padres de familia 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 padres”.

El cuestionario consta de 26 preguntas cerradas con escala de respuestas tricotómicas (Siempre, A veces, Nunca), que será aplicado en un tiempo de 15 minutos, previa presentación y explicación del uso del instrumento a los padres de familia durante su permanencia y acompañamiento del niño, estando en todo momento el investigador presente para esclarecer dudas a dichos padres

3.6. Procedimientos

Se solicitó el permiso correspondiente al Instituto Especializado (Oficina de apoyo a la docencia e investigación), el cual informó sobre los requisitos para obtener la autorización respectiva adjuntando el resumen de la Investigación y finalmente pasar por el comité de ética del Instituto en mención. Una vez obtenida la autorización, procedí a informar a las madres de familia que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recogió fue confidencial y no se usó para ningún otro propósito fuera de los de esta

investigación. Sus respuestas dadas en el cuestionario fueron codificadas usando un N° de identificación y, por lo tanto, fueron anónimas y absolutamente confidenciales ya que está establecido en el código deontológico de enfermería según Artículo 89 (la enfermera debe mantener el secreto profesional para proteger el derecho del paciente a la confidencialidad de los datos que le ha proporcionado, no debiendo divulgarlos salvo expresa autorización).

3.7. Análisis de datos

Obtenida la información se efectuó el procesamiento manual mediante la codificación, para poder medir las variables en estudio, donde se tuvo en cuenta los criterios establecidos en la investigación basado en la escala de medición ordinal; considerándose para la primera variable alternativa de respuestas de 1 a 3 puntos (siempre; a veces; nunca) y para la segunda variable alternativas de respuesta de 0 a 1 punto (si, no), se utilizaron tablas y gráficos con la finalidad de representar visualmente los datos recolectados en la encuesta y lista de cotejo, presentando gráficas circulares de satisfacción de los padres y cuidado enfermero; luego graficas de barras comparativas para las dimensiones en ambas variables.

Para determinar los valores de la variable satisfacción según percepción de los padres (alto, medio, bajo) y el valor de la variable cuidado enfermero (Bueno, Regular y Malo) se establecieron de acuerdo a la Escala de Estaninos, que es la media ± 0.75 por la desviación estándar y mediante la cual se obtienen los puntos A y B que son las fronteras que dividen a la distribución en tres áreas. El procesamiento estadístico en cuanto a la escala de estaninos, se realizó mediante el programa Microsoft Excel 2016.

IV. RESULTADOS

Tabla 2. Datos generales de los padres de niños hospitalizados en unidades críticas del INSNSB 2018

ITEM		FRECUENCIA	%
EDAD	TOTAL	60	100%
	14 a 18	15	25.00%
	19 a 23	13	21.67%
	24 a 28	12	20.00%
	>29 años	20	33.33%
SEXO	Masculino	0	0.00%
	Femenino	60	100.00%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	31	51.67%
	Secundaria	21	35.00%
	Superior	8	13.33%
SITUACION LABORAL	Ama de Casa	33	55.00%
	Independiente	5	8.33%
	Dependiente	22	36.67%

Fuente: Elaboración Propia

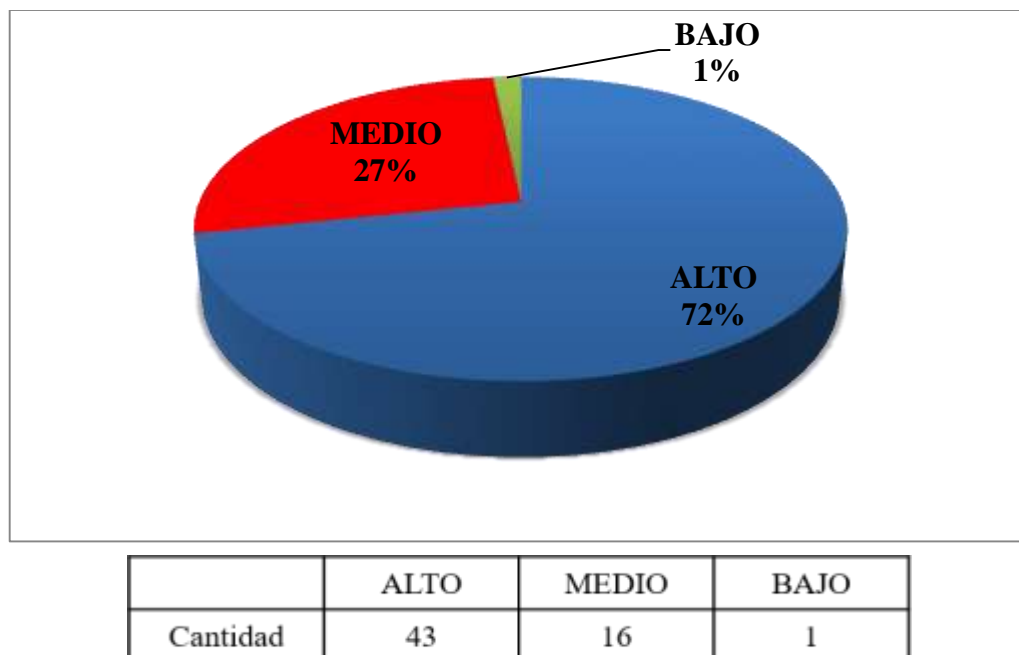
Se observa que respecto a la edad el mayor porcentaje se encuentra representado por el 33.33% (20) indicando que las edades son mayores de 29 años, siendo el sexo femenino representado por el 100% (60), según grado de instrucción el 51.67% (31) cuentan con estudios primarios y finalmente en cuanto a la situación laboral el 55 % (33) son amas de casa

Tabla 3. Tiempo de hospitalización de los niños hospitalizados en unidades críticas del INSNSB 2018

TIEMPO DE HOSPITALIZACION	FRECUENCIA	%
1 semana	22	36.67%
>1 semana	28	46.67%
1 mes	10	16.67%
TOTAL	60	100.00%

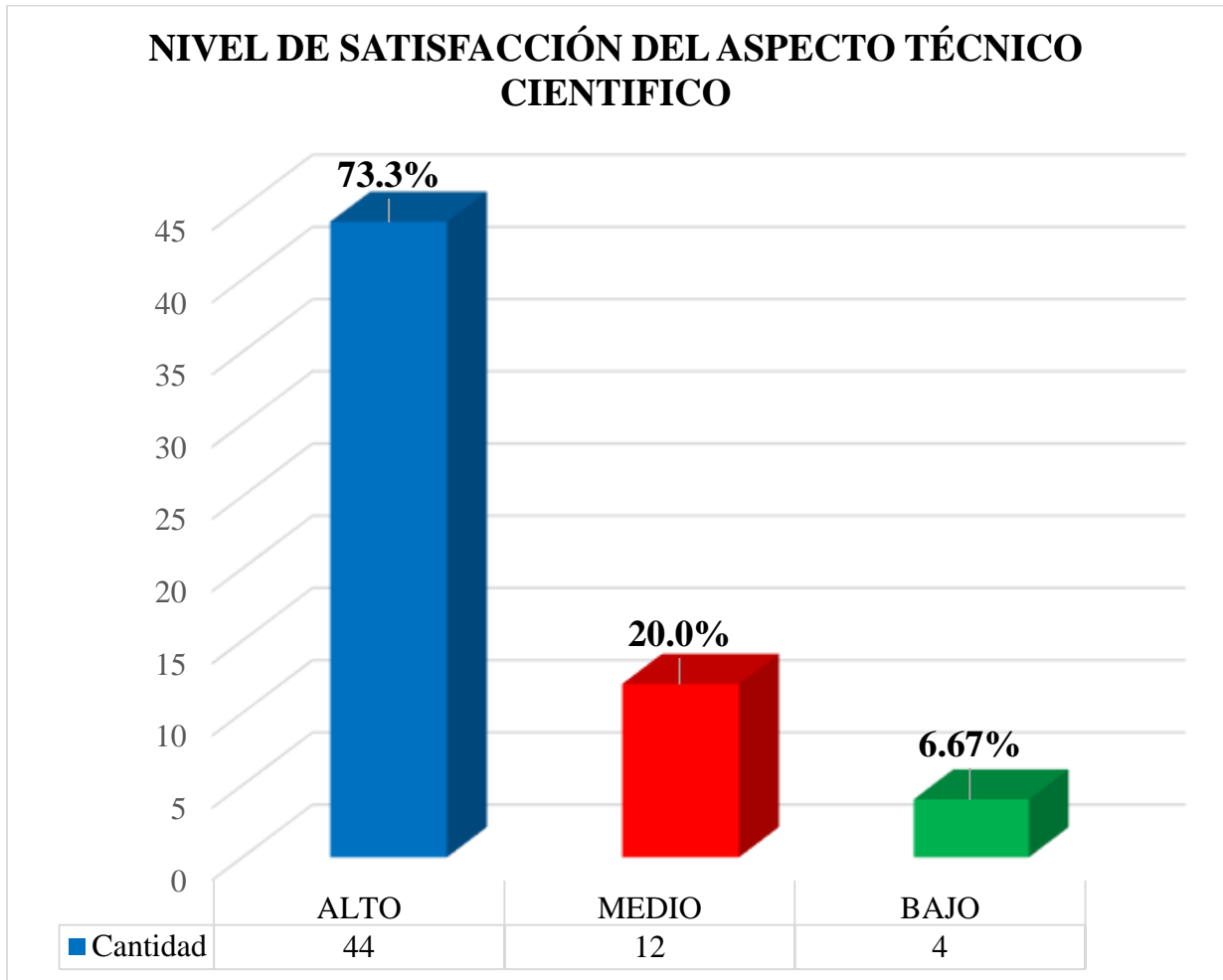
Se observa que respecto al tiempo de hospitalización el mayor porcentaje se encuentra representado por el 46.67% (28) de los niños, quienes estuvieron hospitalizados más de una semana.

Gráfico 1. Nivel de satisfacción del familiar sobre el cuidado enfermero brindado al paciente atendido en las unidades críticas del INSN – SB, octubre 2018



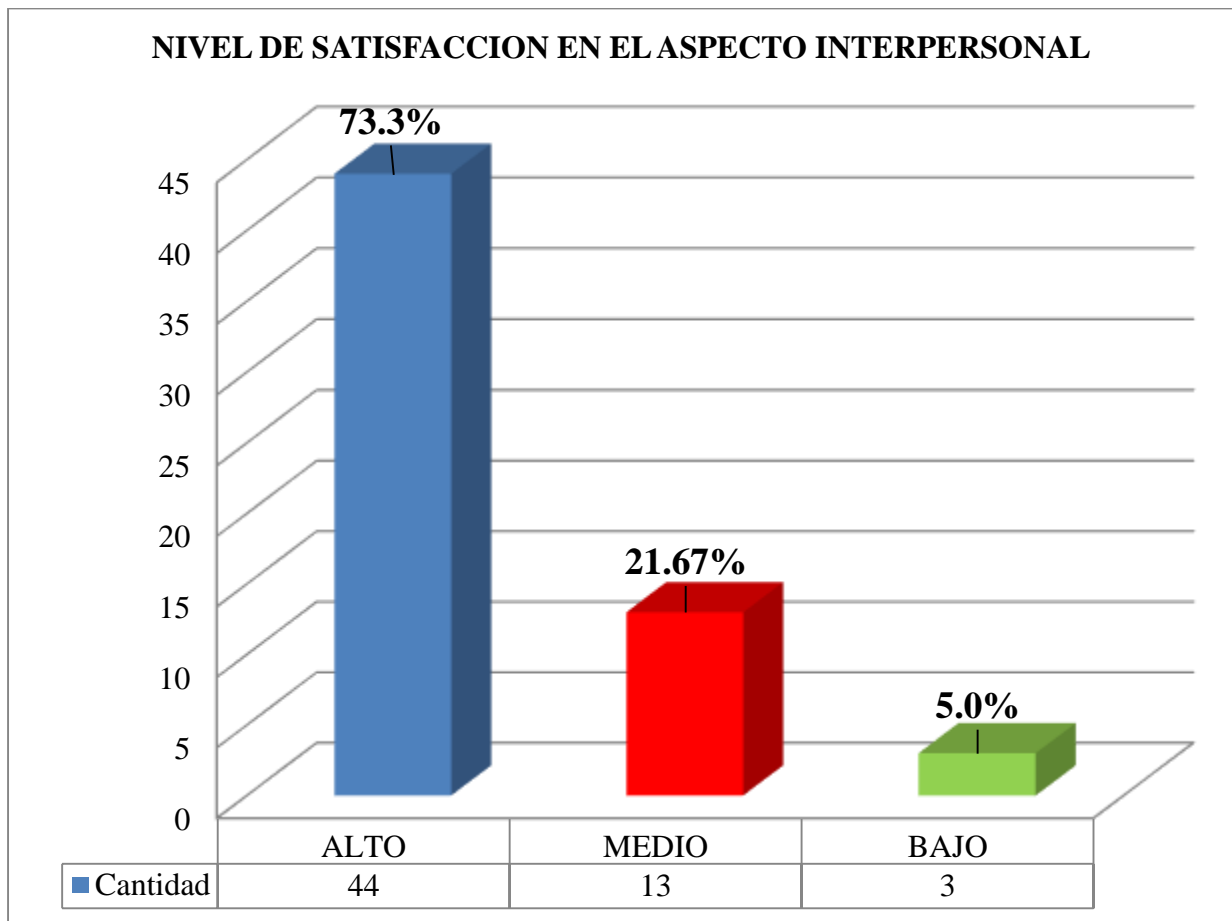
Se observa en el presente grafico que del 100% (60) de madres encuestadas respecto a la satisfacción según su percepción se encontró, que el 72 % (43) de ellos manifestó un nivel de satisfacción alto, el 27% (16) presentan satisfacción media y solo el 1% (1) en nivel de satisfacción baja.

Gráfico 2. Nivel de satisfacción del familiar en el aspecto Técnico Científico sobre el cuidado enfermero brindado al paciente atendido en las unidades críticas del INSNSB, octubre 2018.



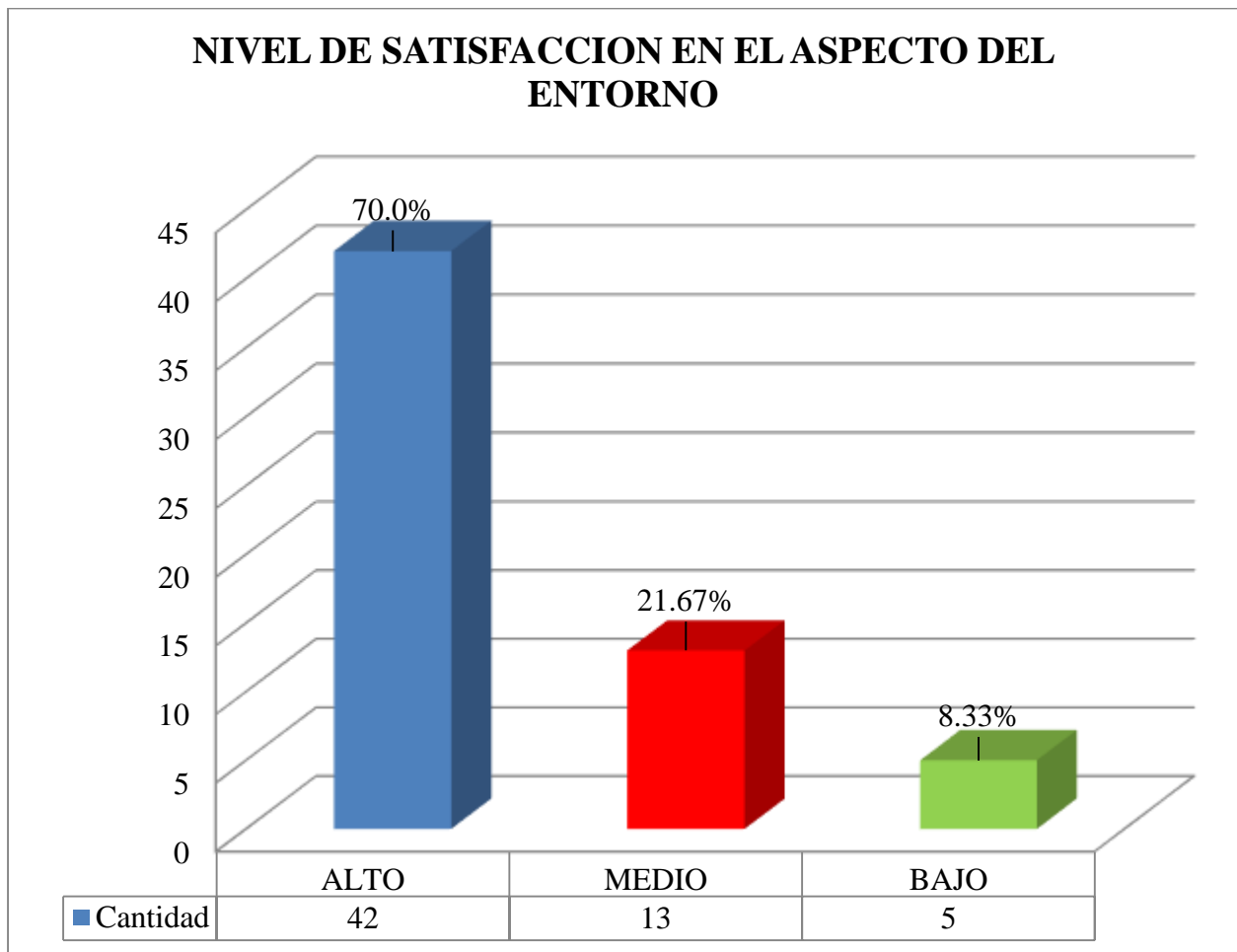
Se observa en el presente grafico que del 100% (60) de madres encuestadas respecto a la satisfacción en el aspecto Técnico Científico según su percepción se encontró, que el 73.33% (44) de ellas manifestaron tener un nivel de satisfacción alto, el 20% (12) presentan satisfacción media y solo el 6.67% (4) en nivel de satisfacción baja.

Gráfico 3. Nivel de satisfacción del familiar en el aspecto interpersonal sobre el cuidado enfermero brindado al paciente atendido en las unidades críticas del INSNSB, octubre 2018



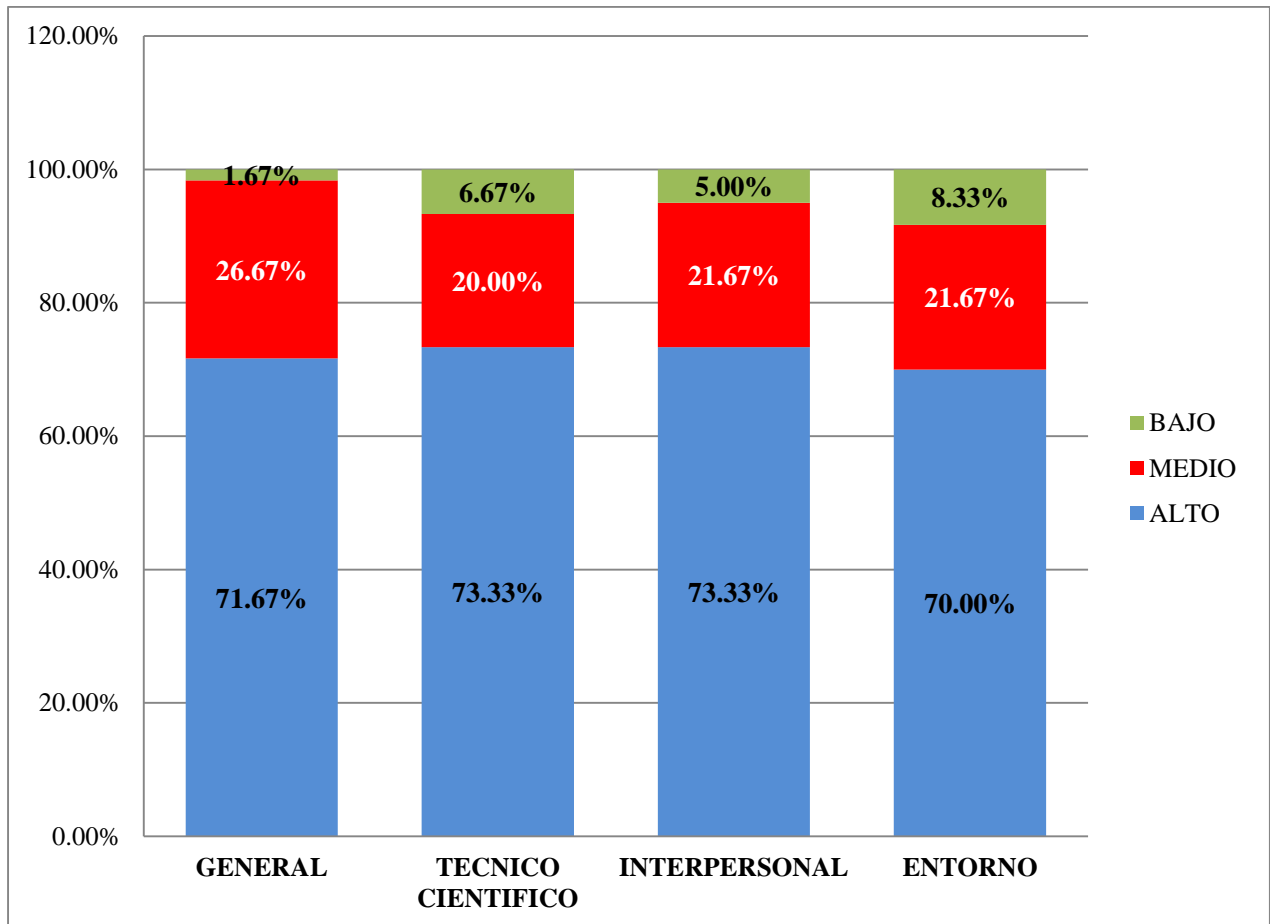
Se observa en el presente grafico que del 100% (60) de madres encuestadas respecto a la satisfacción en el aspecto Interpersonal según su percepción se encontró, que el 73.33% (44) de ellas manifestaron tener un nivel de satisfacción alto, el 21.67% (13) presentan satisfacción media y solo el 5% (3) en nivel de satisfacción baja.

Gráfico 4. Nivel de satisfacción del familiar en el Aspecto Entorno sobre el cuidado enfermero brindado al paciente atendido en las unidades críticas del INSNSB, octubre 2018



Se observa en el presente grafico que del 100% (60) de madres encuestadas respecto a la satisfacción en el aspecto Entorno según su percepción se encontró, que el 70% (42) de ellas manifestaron tener un nivel de satisfacción alto, el 21.67% (13) presentan satisfacción media y solo el 8.33% (5) en nivel de satisfacción baja.

Gráfico 5. Comparativo sobre el nivel de satisfacción general y por dimensiones del familiar sobre el cuidado enfermero brindado al paciente atendido en las unidades críticas del INSNSB, octubre 2018



.Cantidad	GENERAL	TÉCNICO CIENTÍFICO	INTERPERSONAL	ENTORNO
ALTO	43	44	44	42
MEDIO	16	12	13	13
BAJO	1	4	3	5

Se observa en el presente grafico que del 100% (60) de madres encuestadas respecto a la satisfacción a nivel general se encontró que el 71.67% presentan satisfacción de nivel alto y al evaluar la satisfacción del familiar por dimensiones encontramos que en las 3 dimensiones presentan un nivel alto de satisfacción representado en el 70% a más en todas, con un 20 % de satisfacción media en las 3 dimensiones.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

Las unidades críticas por lo general son áreas restringidas a los familiares de los pacientes, la estancia en estas unidades genera alteraciones emocionales en el paciente, la cual se alivia parcialmente con el contacto y la presencia de los familiares, quienes a la vez también manifiestan sus necesidades propias como pueden ser de comunicación, seguridad, información o comodidad las cuales pueden ser resueltas en la comunicación con los profesionales de salud. Sin embargo, a pesar de que hay recomendaciones científicas sobre la importancia de la atención a las familias del paciente grave, hay certeza de que no son puestos en práctica de forma habitual.

En el presente investigación realizada bajo una encuesta estructurada se encontró que la satisfacción de los familiares de los pacientes atendidos en las Unidades críticas del INSNSB en general fue de un alto nivel de satisfacción (72%), la cual difiere con 2 investigaciones realizadas en otros hospitales del Perú como son: el de Marky Bazán 2013, quien valorando con la misma encuesta encontró en general un 58.18% de familiares que manifestaron un nivel de satisfacción media y el de Díaz Rivera 2017 que encontró un 60 % de bajo nivel de satisfacción.

La interrelación verbal en el cuidado o intervención del profesional de enfermería es el medio fundamental para establecer y mantener una buena relación, que sea eficaz y eficiente; y si esta comunicación verbal es escasa o mala, lo será también en la interrelación con los familiares del paciente.

Con respecto a la satisfacción de familiares según dimensiones del estudio se encontró que en lo técnico-científico el 73.33% de las madres manifestaron tener un nivel de satisfacción alto, el 20% presentan satisfacción media y solo el 6.67% en nivel de satisfacción baja. En el aspecto Interpersonal se encontró, que el 73.33% manifestaron un nivel de satisfacción alto, el

21.67% satisfacción media y solo el 5% satisfacción baja. En el aspecto Interpersonal el 70% manifestaron un nivel de satisfacción alto, el 21.67% satisfacción media y solo el 8.33% satisfacción baja. Estos resultados en nuestra opinión pueden estar relacionados por que los profesionales están comprometidos con los objetivos y los principios de la institución, la cual es dar una atención humanizada para mejorar el estado de salud de sus pacientes, además de las capacidades propias del profesional a en esta área. Sin embargo, nuestros resultados difieren de los encontrados por Marky Bazán 2013, que en el área técnico científico el 58,2% manifestaron un nivel de satisfacción medio y el 27,3% nivel de satisfacción bajo, en lo interpersonal el 49,1% manifiesta nivel de satisfacción medio y el 27,3% bajo, finalmente en la dimensión entorno el 63,6% un nivel de satisfacción medio y el 19,1% tienen un nivel de satisfacción bajo. Esta satisfacción media encontrada por Marky Bazán 2013, manifiestan la realidad de la mayoría de las Unidades críticas de nuestro país, debido a que en los hospitales el papel del personal de enfermería es proporcionar los cuidados a pie de cama, quedando su papel de informador en segundo plano, otra razón es que estos protocolos no existen en estas unidades y así también que el profesional de enfermería no se siente preparado para ello por falta de habilidades de comunicación. En contraste las unidades críticas del INSNSB, cuenta con protocolos de calidad de atención, personal capacitado, la cual es demostrada en este estudio por el alto nivel de satisfacción en la interrelación con los profesionales de enfermería. Los resultados de este estudio son muy destacables debido a que existe una subestimación de la satisfacción percibida por los familiares respecto al personal de enfermería, siendo generalmente una satisfacción media o baja en la mayoría de hospitales a diferencia del INSNSB en la cual existe un alto grado de satisfacción; por lo debería llevarnos a ser conscientes de la necesidad de reflexionar sobre las causas, implicando a todos los profesionales para poder plantear estrategias de mejora, como han hecho algunos autores a través de diseños de investigación-acción participativa

VI. CONCLUSIONES

1. El nivel de satisfacción de los padres sobre la calidad de atención que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de Unidades críticas del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, es de nivel alto, lo cual indica que la enfermera que atiende al niño le explica tanto al paciente como al familiar los procedimientos que realizan, muestran interés por sus inquietudes cuando le pregunta; la enfermera se muestra siempre dispuesta a resolver las dudas de los familiares, cuando se le pregunta sobre el tratamiento que está recibiendo el niño ,la enfermera mantiene la confidencialidad acerca del diagnóstico del niño.
2. Respecto al nivel de satisfacción de los padres sobre la calidad de atención que brinda el profesional de Enfermería en las tres dimensiones trabajadas en la investigación (según la investigación (técnico científico – interpersonal y entorno), la mayoría es de nivel alto ya que la forma como le trata la enfermera le invita a expresar lo que estaba sintiendo, se acerca con gestos amables, es decir sonrisas suaves; la enfermera se muestra amable cuando ingresa al servicio y respeta la privacidad cuando se está en contacto con el paciente; seguido por un mínimo porcentaje que refiere satisfacción baja ya que en algunas ocasiones omiten identificarse cuando ingresa al servicio.

VII. RECOMENDACIONES

1. El departamento de enfermería como jefatura y los diferentes servicios de Unidades críticas elabore estrategias que se encuentren orientadas a reflexionar y sobre todo capacitar a todo el equipo multidisciplinario de salud que labora en los servicios de cuidados críticos sobre el cuidado humanizado, para que pueda contribuir y así mejorar la calidad de atención que se brinda al paciente en todos los ámbitos, ya que todo trabajador de salud tiene el deber de brindar un trato humanizado desde el ingreso a la institución hasta que el paciente retorne a su hogar.
2. Sensibilizar a las licenciadas en enfermería sobre los cuidados brindados a los pacientes en las diferentes dimensiones a través de talleres, cursos, dinámicas, etc. que favorezcan el desarrollo de inteligencia emocional en relación a lo intrapersonal e interpersonal y así mejorar la percepción del familiar en relación al cuidado humanizado del paciente.
3. Permitir dentro del manejo del paciente crítico, se dé el sistema de UCI – PUERTAS ABIERTAS, estos programas que se vienen dando en diferentes países de Latinoamérica, lo cual nos permite un contacto más estrecho y humanizado entre los familiares y pacientes en situaciones críticas.
4. Realizar diversos trabajos de investigación de enfoque cualitativo, los cuales nos ayudarán a conocer las experiencias de los familiares y/o acompañantes de pacientes de las unidades de cuidados críticos y estos permitan reorientar y organizar el cuidado humanizado de enfermería, los cuales se podrán ir mejorando poco a poco y hasta lograr un óptimo cuidado.

VIII. REFERENCIAS

- Agudelo, C., Bustos, I., Rodriguez, A., & Santa, D. (2010). *Afrontamiento Familiar en la unidad de cuidado intensivo (adulto)*. Colombia: Universidad nacional de Colombia.
- Arrieta, A., Robayna, M., Díaz, L., Arias, M., & Cabrera, J. (2002). Características de la organización de las visitas en las unidades de cuidados críticos de la Comunidad Autónoma de Canarias. *Enfermería en cardiología. Revista Científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 5.
- Arrieta, E., castro, I., Kar, J., & Zambrano, J. (2013). *Percepción del cuidado humanizado de los cuidadores de los niños hospitalizados en hospital infantil Napoleon frnaco de la ciudad de cartagena en el seguno periodo del año 2013*. Cartagena: Universidad de Cartagena.
- Beltrán, O. (2015). Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. *Index Enferm*, 5.
- Blas, B. (2013). *Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes críticos acerca de la comunicación brindada por la enfermera en la unidad de cuidados intensivos Hospital San Juan de lurigancho*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Cardenas, L. (2008). *Estudio piloto de la validación del cuestionario CARE-Q para medir la Satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería*. España: Universidad del Bosque.
- Collado, R. (2010). Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería. *Universidad Interamericana de Puerto rico*, 5. Recuperado el 06 de Abril de 2013, de <http://cremc.ponce.inter.edu/360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>

- Díaz, V. (2017). Percepción del familiar respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente en la UCI - UCIN del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima - 2017. Trabajo de Investigación (Especialista en Enfermería Intensivista). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado. 103.
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. *Explorations in quality assessment and monitoring*, 6.
- Donabedian, A. (2012). *Evaluación de la calidad de la atención médica*. Washintong D.C.: OPS/OMS.
- Errasti, B., & Tricas, S. (2012). La visita Flexible en las unidades de cuidados intensivos: beneficios para os familiares del paciente crítico. *Enferm Intensiva*, 10.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.08.001>Medline
- Freitas, J., Santana, A., & Bauer, , M. (2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Rev. Latino Enfemagem*, 7.
- González, H. (2013). *Calidad de la atención en los servicios de salud*. España: Universidad de Alicante.
- Guerrero, R., Meneses, M., & De la Cruz, M. (2015). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión,Lima- Callao, 2015. *Rev. enferm Herediana*, 10.
- Hagei, J. (2008). *Percepción de pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el interno de enfermería de la UNMSM en los servicios generales del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

- Hidalgo, I., Vélez, Y., & Pueyo, E. (2007). Qué es importante para los familiares de los pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*, 9.
- Juran, J. (1990). *Juran y el liderazgo para la calidad. Manual para directivos*. Barcelona: Diaz de Santos.
- Kérpuac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquete, A., & Major, F. (1995). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Llamas, F., Flores, J., Acosta, M., Gonzáles, J., Albar, M., & Macías, C. (2009). Necesidades de los familiares en una unidad de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*, 8.
- Manrique, M., Reyes, I., Delgado, H., & Jiménez, B. (2005). Madeleine Leininger. Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y la Universalidad. *Enfermería* 21, 12.
- Marky, B. (2013). Satisfacción según percepción de los padres y cuidado enfermero al niño con infección respiratoria aguda en el Hospital Nacional Dos De Mayo Diciembre 2012. 127
- Maveroff, M. (1971). *A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo*. Brasil: Record.
- Ministerio de Salud. (2000). *Sistema de Gestión de la Calidad*. Perú: Minsa.
- Ministerio de Salud. (2016). *Satisfacción del usuario Externo*. Lima: Minsa.
- OMS. (2007). *Sistema de Gestión de la Garantía de la Calidad*. España: Consejo Ejecutivo.
- Páez, R. (2000). Ética de las virtudes y enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 1-4.
- Palmer, H. (1983). *Ambulatory Health Care Evaluation. Principles and Practice*. Estados Unidos: Am Hosp Publish.

- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en Enfermería. Un marco de referencia conceptual en enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat.
- Quispe, J. (2014). *Información brindada por la enfermera y la satisfacción del familiar de pacientes de la unidad de cuidados intensivos del hospital Hipólito Unanue, 2014*. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Rivera, L., & Triana, A. (2007). *Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la clínica del country en el año 2007*. Lima: UNAL.
- Rodríguez, M., Rodríguez, F., Roncero, M., Morgado, J., Theodor, J., & Flores, J. (2003). Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva*, 13.
- Romero, C. (1996). *Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Sánchez, I. (2002). Investigación en salud Pública. *Rev. Cubana en Salud Pública*, 9.
- Sangopanta, G. (2014). *grado de satisfacción de las madres con respecto a la calidad de atención del personal de enfermería en los pacientes hospitalizados del servicio de pediatría en el hospital provincial general Latacunga en el período de diciembre 2013 – mayo del 2014*. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- Santana, L. (2007). Encuesta de Satisfacción a los familiares de pacientes críticos. *Med. Intensiva*, 14.
- Stuart, G., & Laraja, M. (2006). *Enfermería Psiquiátrica principios y practica* (8 ed.). España: Elseiver. Recuperado el 02 de Abril de 2016, de

http://books.google.com.pe/books?id=Y5_eslgHqLIC&printsec=copyright&hl=es&source=gbs_pub_info_r#v=onepage&q&f=false

Valenzuela, M. (2015). *¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencia?* Alicante, España: Universidad de Alicante.

Velasco, J., Prieto, J., Castillo, J., Merino, N., & Perea, E. (2005). Organización de las visitas de familiares en las unidades de cuidados intensivos en España. *Enfermería Intensiva*, 11.

Waldow, W. (1998). *Cuidado Humano*. Brasil: Sagra Luzzato.

Zaforta, C., Gastaldo, J., Sánchez, P., & Lastra, p. (2005). The process of giving information to families of critically ill patients: A field. *Int J Nurs Stud*, 11.

Zapata, H. (2006). *Calidad en la atención de la salud*. España: Diaz Santos.

IX. ANEXOS

ANEXO A CODIGO:



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Satisfacción del familiar sobre el cuidado enfermero brindado al paciente

Atendido en unidades de cuidados intensivos

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

2018

I.PRESENTACION: Buenos días soy Lic. en enfermería Evelyn Ore Yactayo estudiante de la segunda especialidad de la UNFV – Cuidados intensivos, estoy realizando un trabajo de investigación con el objetivo de Determinar el nivel de satisfacción del familiar sobre el cuidado enfermero brindado al paciente atendido en las unidades de cuidados intensivos del Instituto nacional de salud del niño – San Borja, por lo cual solicito su colaboración para la entrevista, expresándose que los resultados serán de carácter anónimo, confidencial y de fines exclusivos para la investigación a realizar

II.DATOS GENERALES:

1. Edad:

2. Sexo: M () F ()

3. Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()

4. Situación laboral: Obrero () Empleado () Independiente ()

5. Tiempo de hospitalización del niño

Una semana ()

Más de una semana ()

Un mes ()

III.INSTRUCCIONES

1. Marcar con un aspa (X) solo una respuesta que considere correcta

2. Si tiene alguna duda preguntar a la persona encargada del cuestionario

PREGUNTAS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
TECNICO-CIENTIFICO			
1.La enfermera le explica antes de realizarle algún procedimiento a su niño			
2. Al ingresar recibió indicaciones de la enfermera sobre los ambientes y normas de la Institución			

3. La enfermera le informa sobre cómo prevenir complicaciones cuando su niño salga de alta			
4. La enfermera controla a su niño temperatura, pulso y respiración en cada turno			
5. Al realizarle algún procedimiento especial a su niño la enfermera cuenta con todo el equipo necesario			
6. Cree que la enfermera es dinámica a la hora de realizar sus cuidados			
7.La enfermera cumple con las necesidades de su niño en cuanto a la higiene-comodidad			
8. La enfermera cumple con las necesidades de su niño en cuanto a seguridad (barandas)			
INTERPERSONAL			
9.Cuando la enfermera se acerca a usted y a su niño lo saluda			
10. La enfermera le habla en tono de voz alta para atender a su niño			
11. La enfermera respeta su opinión cuando usted hace alguna observación.			
12. La enfermera llama a su niño por diminutivos (papito-mamita)			
13.Las enfermeras se preocupan cuando ven decaído a su niño			
14. Si usted está triste (preocupado) la enfermera se acerca a conversar con usted			
15. Las enfermeras tienen paciencia cuando atienden a su niño			
16. La enfermera lo escucha cuando usted tiene alguna queja			
17.Las enfermeras inspiran confianza al atender a su niño			
18. Cuando no se puede quedar en el hospital, confía que la enfermera atenderá a su niño			
ENTORNO			
19. La enfermera mantiene la privacidad de su niño cuando le brinda un cuidado especial (realización del baño)			
20. La enfermera respeta la individualidad del niño			
21.El personal de limpieza mantiene en condiciones óptimas el ambiente de su niño			
22. La enfermera le informo sobre cómo mantener el orden en el ambiente			
23. El ambiente de su niño cuenta con la iluminación necesaria para su atención			
24. El ambiente de su niño cuenta con ventilación adecuada para su atención			
25. La enfermera se preocupa que el mobiliario (cama y velador) se encuentren en buen estado			
26.Cree que la sala de UCI cuenta con el mobiliario completo (cama, silla, velador, banca) para la atención de su niño			

ANEXO B

Consentimiento informado para participantes a Investigación

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: Satisfacción del familiar sobre el cuidado enfermero brindado al paciente Atendido en unidades de cuidados críticos del INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA 2018

“Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; y, teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta será sólo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además, confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome la máxima confidencialidad”

Firma y DNI

ANEXO C
CONCORDANCIA DE OPINIONES DE JUICIOS DE EXPERTOS VARIABLE
PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	EXPERTOS											VALOR	
	1Jz	2Jz	3Jz	4Jz	5Jz	6Jz	7Jz	8Jz	9Jz				P
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
7	0	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0176
8	1	1	1	1	0	0	0	1	1				0.1641
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1				0.0020

Prueba binomial:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

N: 9 expertos

$$P: \frac{0.1977}{\text{N}^\circ \text{ criterios}} \longrightarrow \frac{0.1977}{10} : 0.019$$

P: 0.019

En la tabla de resultados de los jueces expertos evaluados a través de la prueba binomial se puede observar que los valores de p son menores de 0.05 indicando que la prueba es significativa, por lo tanto el grado de concordancia es significativo y el instrumento es válido según la prueba binomial aplicada. El valor final de la validación es 0.019

ANEXO D
CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO - ESTUDIO PILOTO: PRUEBA ALFA
DE CRONBACH PARA LA CONFIABILIDAD
VARIABLE: SATISFACCION SEGÚN PERCPECION DE LOS PADRES

Dimensión	n	Alfa - Crombach	Confiabilidad
Técnico Científico	8	.563	Aceptable
Interpersonal	10	.552	Aceptable
Entorno	8	.642	Aceptable
Todas	26	.756	Aceptable

COEFICIENTE ALFA CROMBACH

$$\alpha = \frac{N}{(N-1)} \left[1 - \frac{\sum s^2(Y_i)}{s_x^2} \right]$$

Donde:

N = numero de ítems

$\sum s^2(Y_i)$ = Sumatoria de la varianza de los ítems

s_x^2 = Varianza de toda la dimensión

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1 y es mayor que 0.5, por lo cual la confiabilidad del instrumento es **Aceptable**, tomando en cuenta en conjunto todos los ítems para la variable Satisfacción, en conclusión se acepta la confiabilidad para la primera variable según Alfa de Crombach.

Para el presente caso se procesó los 8 ítems de la Dimensión Técnico Científico mediante el programa estadístico SPSS V20

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Crombach	N de elementos
,563	8

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	Alfa de Crombach si se elimina el elemento
ITEM_TECNI1	17,80	5,457	,039	,605
ITEM_TECNI2	17,60	5,543	,132	,565
ITEM_TECNI3	18,13	5,267	,018	,637
ITEM_TECNI4	17,53	4,695	,451	,480
ITEM_TECNI5	18,07	3,924	,682	,379
ITEM_TECNI6	17,87	5,695	,004	,601
ITEM_TECNI7	17,73	4,210	,545	,433
ITEM_TECNI8	18,07	4,067	,473	,448

Luego se procesó 10 ítems de la Dimensión Interpersonal mediante el programa estadístico SPSS V20

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Crombach	N de elementos
------------------	----------------

.552	10
------	----

Estadísticos de fiabilidad

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	Alfa de Crombach si se elimina el elemento
ITEM_INTER9	21,40	4,686	,320	,501
ITEM_INTER10	21,07	5,067	,399	,495
ITEM_INTER11	21,33	4,810	,399	,483
ITEM_INTER12	21,00	5,714	,085	,557
ITEM_INTER13	21,53	4,124	,589	,408
ITEM_INTER14	21,60	4,543	,314	,502
ITEM_INTER15	22,20	7,029	-,409	,727
ITEM_INTER16	21,27	4,067	,594	,403
ITEM_INTER17	21,53	4,838	,421	,481
ITEM_INTER18	21,87	5,981	,000	,559

Se procesó los 8 ítems de la Dimensión Entorno mediante el programa estadístico SPSS V20

Alfa de Crombach	N de elementos
,642	8

Estadísticos de fiabilidad

	Media escala elimina elemento	Alfa de Crombach		N de elementos	Correlación total	Alfa de Crombach si se elimina el elemento
		Alfa de Crombach	N de elementos			
		,755	26			
ITEM_ENTOR19	18,60		3,829		,245	,659
ITEM_ENTOR20	18,87		4,124		,193	,666
ITEM_ENTOR21	18,00		4,714		,159	,648
Estadísticos total-elemento						
ITEM						,573
ITEM	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Crombach si se elimina el elemento		
ITEM_ENTOR26	18,00	4,007		,078		,663

Finalmente se procesaron los 26 ítems de todas las dimensiones juntas mediante el programa estadístico SPSS V20

ITEM TECNI1	62,47	28,267	,251	,750
ITEM_TECNI2	62,27	28,210	,448	,741
ITEM_TECNI3	62,80	27,886	,217	,755
ITEM_TECNI4	62,20	29,457	,112	,757
ITEM_TECNI5	62,73	26,495	,547	,730
ITEM_TECNI6	62,53	27,981	,385	,742
ITEM_TECNI7	62,40	27,829	,329	,745
ITEM_TECNI8	62,73	27,067	,367	,742
ITEM_INTER9	62,60	28,686	,183	,755
ITEM_INTER10	62,27	28,781	,315	,747
ITEM_INTER11	62,53	27,981	,385	,742
ITEM_INTER12	62,20	30,029	,052	,758
ITEM_INTER13	62,73	26,352	,571	,728
ITEM_INTER14	62,80	26,600	,449	,736
ITEM_INTER15	63,40	31,257	-,177	,782
ITEM_INTER16	62,47	25,981	,616	,725
ITEM_INTER17	62,73	27,210	,571	,733
ITEM_INTER18	63,07	30,352	,000	,757
ITEM_ENTOR19	62,87	28,552	,145	,761
ITEM_ENTOR20	63,13	29,695	,021	,768
ITEM_ENTOR21	62,27	28,210	,448	,741
ITEM_ENTOR22	62,20	28,600	,433	,744
ITEM_ENTOR23	62,27	29,210	,217	,752
ITEM_ENTOR24	62,20	29,029	,316	,748
ITEM_ENTOR25	62,53	27,838	,312	,746
ITEM_ENTOR26	62,27	29,210	,217	,752

ANEXO E
RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS POR ASPECTO EVALUADO

ASPECTO TECNICO CIENTIFICO	SIEMPRE	AVECES	NUNCA
La enfermera le explica antes de realizarle algún procedimiento a su niño	38	17	5
Al ingresar recibió indicaciones de la enfermera sobre los ambientes y normas de la Institución	36	16	8
La enfermera le informa sobre cómo prevenir complicaciones cuando su niño salga de alta	5	41	14
La enfermera controla a su niño temperatura, pulso y respiración en cada turno	41	13	6
Al realizarle algún procedimiento especial a su niño la enfermera cuenta con todo el equipo necesario	48	7	5
Cree que la enfermera es dinámica a la hora de realizar sus cuidados	22	33	5
La enfermera cumple con las necesidades de su niño en cuanto a la higiene-comodidad	40	12	8
La enfermera cumple con las necesidades de su niño en cuanto a seguridad (barandas)	26	26	8

ASPECTO INTERPERSONAL	SIEMPRE	AVECES	NUNCA
Cuando la enfermera se acerca a usted y a su niño lo saluda	14	44	2
La enfermera le habla en tono de voz alta para atender a su niño	7	30	23
La enfermera respeta su opinión cuando usted hace alguna observación.	3	42	15
La enfermera llama a su niño por diminutivos (papito-mamita)	6	17	37
Las enfermeras se preocupan cuando ven decaído a su niño	31	24	5
Si usted está triste (preocupado) la enfermera se acerca a conversar con usted	2	38	20
Las enfermeras tienen paciencia cuando atienden a su niño	34	25	1
La enfermera lo escucha cuando usted tiene alguna queja	4	55	1
Las enfermeras inspiran confianza al atender a su niño	7	52	1
Cuando no se puede quedar en el hospital, confía que la enfermera atenderá a su niño	9	48	3

ASPECTO ENTORNO	SIEMPRE	AVECES	NUNCA
La enfermera mantiene la privacidad de su niño cuando le brinda un cuidado especial (realización del baño)	58	2	0
La enfermera respeta la individualidad del niño	60	0	0
El personal de limpieza mantiene en condiciones óptimas el ambiente de su niño	54	6	0
La enfermera le informo sobre cómo mantener el orden en el ambiente	12	48	0
El ambiente de su niño cuenta con la iluminación necesaria para su atención	58	2	0
El ambiente de su niño cuenta con ventilación adecuada para su atención	57	2	1
La enfermera se preocupa que el mobiliario (cama y velador) se encuentren en buen estado	10	38	12
Cree que la sala de UCI cuenta con el mobiliario completo (cama, silla, velador, banca) para la atención de su niño	55	4	1