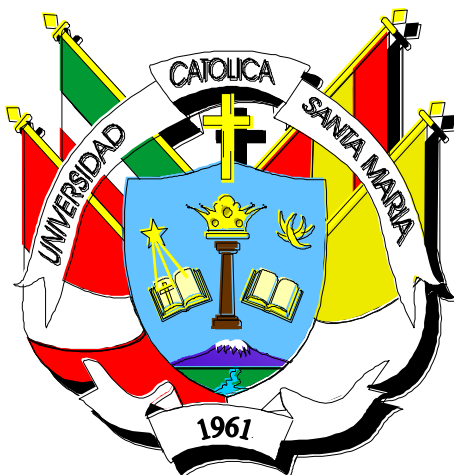


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA DE GERENCIA EN SALUD



**SATISFACCIÓN FAMILIAR SOBRE EL TRATO AL PACIENTE
CRÍTICO EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL NACIONAL DEL SUR CARLOS ALBERTO SEGUÍN
ESCOBEDO ESSALUD
AREQUIPA - 2008**

**TESIS PRESENTADA POR LA BACHILLER
SILVIA DIANA AMPUERO ESPINOZA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER DE: GERENCIA EN SALUD.**

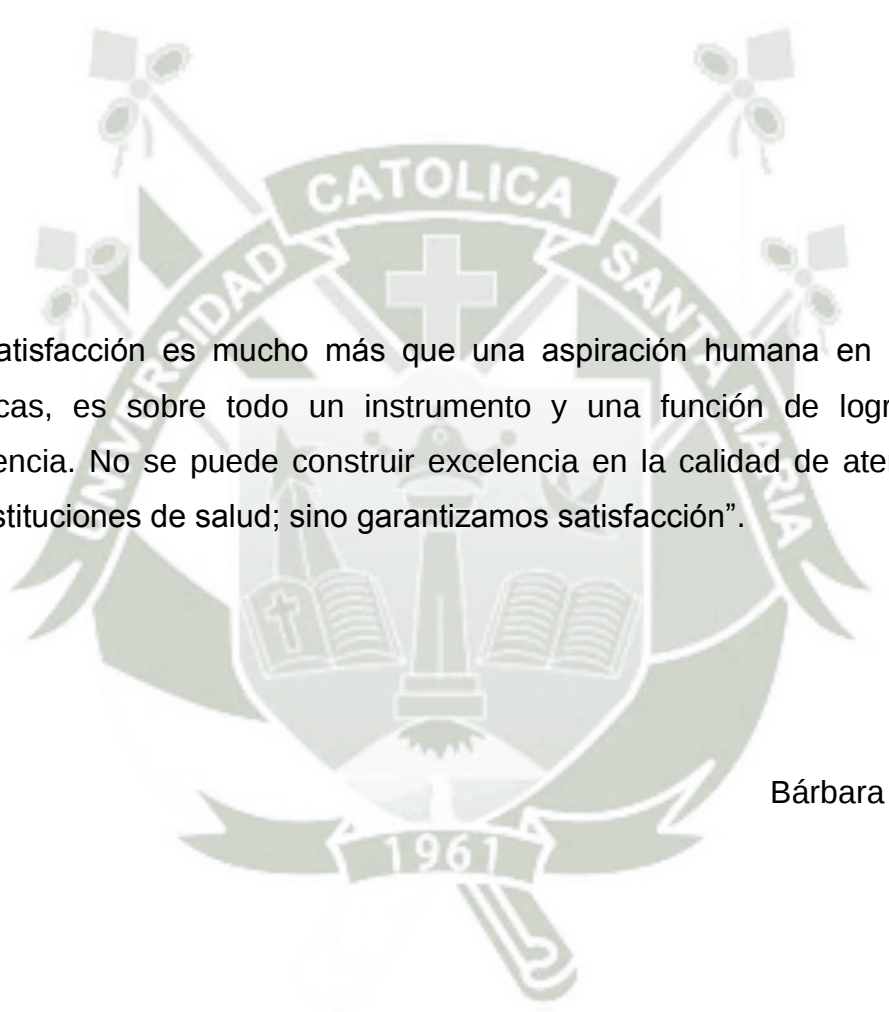
**AREQUIPA – PERÚ
2009**

*Doy gracias a Dios por permanecer
siempre a mi lado y regalarme vida para
poder realizar cada una de mis metas
propuestas.*



*A mi esposo Nelson, a mis hijos Diego y Daniela
por su amor y por ser la fuente inagotable de
mi deseo de superación personal*

*A mis queridos padres Mario y Haydeé
por la semilla que dejaron en mí para
seguir siempre adelante.*



“La satisfacción es mucho más que una aspiración humana en nuestras prácticas, es sobre todo un instrumento y una función de logro de la excelencia. No se puede construir excelencia en la calidad de atención en las instituciones de salud; sino garantizamos satisfacción”.

Bárbara Zas Ros

INDICE

	Pág.
RESÚMEN.....	v
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	xi
CAPÍTULO ÚNICO DE RESULTADOS.....	01
1. Características de la población de estudio	02
2. Medición de la satisfacción del familiar del paciente crítico.....	17
3. Apreciaciones de los familiares del paciente crítico para ser Acompañante Permanente.....	74
4. Percepción de la Calidad de los Servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos.....	77
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES.....	84
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN.....	86
BIBLIOGRAFÍA.....	94
ANEXOS	
ANEXO N° 1: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	
ANEXO N° 2: PILOTAJE	
ANEXO N° 3: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	
ANEXO N° 4: ASIGNACIÓN DE CATEGORÍAS DE NIVEL DE SATISFACCIÓN	

RESUMEN

La presente investigación tiene como título **“Satisfacción Familiar Sobre el Trato al Paciente Crítico en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud – Arequipa 2008”**. Se ha realizado con el objetivo principal de determinar la satisfacción del familiar que acude a nuestro servicio en calidad de visita, siendo el observador externo más cercano e íntimo del paciente crítico. Para valorar la atención que se propicia a éste en la Unidad de Cuidados Intensivos y el trato que recibe el mismo familiar por el equipo de Salud, si corresponde a las verdaderas necesidades, que se presentan en éste período árido que le toca vivir, por la gravedad de su paciente.

Este estudio se inicio en setiembre del 2007 y se terminó en marzo del 2008 con 60 familiares / allegados, al paciente crítico de la Unidad de Cuidados Intensivos del HNCASE. Fue descriptivo, se utilizó el cuestionario de Molter y Leske adecuado a nuestro estudio por la autora, tipo entrevista a los familiares del paciente crítico. La opinión se obtuvo a través de una Primera Parte que corresponde a datos generales de información del familiar y una Segunda Parte con nueve enunciados y cinco posibilidades de respuestas para medir el nivel de satisfacción del familiar, mediante la escala de Likert, escala de uso en encuestas para investigación que va de 1 a 5 puntos: nada satisfactorio, poco satisfactorio, indeciso, satisfactorio, muy satisfactorio.

Los datos se analizaron mediante estadísticas descriptivas: distribución de frecuencias para organizar la información contenida en nuestro estudio, tabla de contingencia para analizar si existe alguna relación de dependencia o independencia entre el nivel de la variable cualitativa, objeto de estudio.

Los resultados en general, de la entrevista aplicada a los familiares del paciente crítico, para medir su satisfacción, le corresponde para el, **Tipo de Acogida** por el personal al **Nivel Satisfactorio con un 66.11% y para Poco Satisfactorio con un 3.89%**. En relación al **sentimiento de integración y**

seguridad del familiar, el nivel alcanzado fue de satisfactorio con **77.50%** frente a una minoría que se encuentra **poco satisfecha** con un **2.50%**, en cuanto al **nivel de información** por el personal el nivel correspondiente es **satisfactorio** con un **76.67%** y para **poco satisfactorio** **6.67%**.

Para la **organización de la visita familiar** el nivel de alcanzado fue de **satisfactorio** con un **66.67%**, resaltando al **poco satisfactorio** con un **17.78%**. Para el nivel de **confianza y accesibilidad por el personal** de la unidad, los familiares encuentran satisfechos en un **64.44%** y **poco satisfechos** con un **5.56%**. Sobre la **percepción de la calidad de cuidados**, el nivel es de **satisfactorio** con un **71.67%**, destacando al **muy satisfactorio**, con un **25%**.

Para la satisfacción sobre la **capacidad de relación y comunicación con el personal**, el nivel alcanzado fue de **satisfactorio** con un **71.67%**, haciendo mención a **poco satisfactorio** con un **2.22%**. Sobre la satisfacción de los **factores estresantes** de los familiares del paciente crítico, el nivel fue de **satisfactorio** con un **81.67%**, y **poco satisfactorio** con un **7.50%**.

El nivel de satisfacción sobre el **trato recibido por el personal** hacia los familiares del paciente crítico, fue de **satisfactorio** con un **71.67%** y **poco satisfactorio** con un **3.33%**.

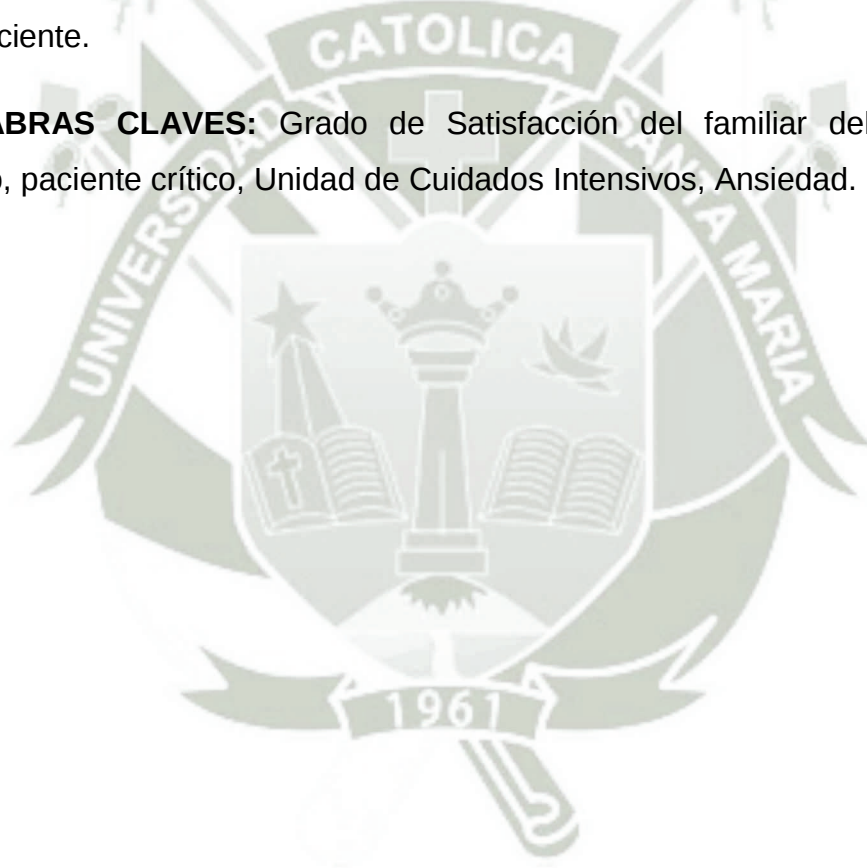
Esto quiere decir que el familiar del paciente crítico recibe un trato amable, igualitario, sentirse acogido, escuchado, que se le entrega la información respecto a los requerimientos, con un lenguaje comprensible, por personal suficiente y competente que asegure la calidad científico técnica en la resolución del problema de salud de su paciente, de manera integral, con respecto a la identidad cultural y social.

El resultado fue de **Insatisfactorio**, para el nivel de las condiciones de infraestructura por no existir los ambientes adecuados, para brindar comodidad durante el periodo de espera en búsqueda de una información o esperando la hora propicia para visitar a su paciente. Respecto a la

privacidad del lugar el Nivel es **Poco satisfactorio con 53.3%**, respecto al lugar donde se recibe información el nivel es **Poco Satisfactorio con 53.33%**, respecto a la comodidad de la sala de espera el nivel correspondiente es **Nada Satisfactorio con 66.67%**.

Los familiares del paciente crítico se encuentran plenamente de acuerdo en que se establezca la nueva modalidad de visita en beneficio de su familiar, correspondiente a ser **Acompañante Permanente**, por un tiempo prolongado durante algunas horas del día, afirmaron que es conveniente, pese sus ocupaciones en un **70%**, pero un **30%** opinan que no es conveniente, porque su compañía va hacer un obstáculo para la atención de su paciente.

PALABRAS CLAVES: Grado de Satisfacción del familiar del paciente crítico, paciente crítico, Unidad de Cuidados Intensivos, Ansiedad.



ABSTRACT

This research is entitled "Family Satisfaction On Critical Patient Treatment in Intensive Care Service at the Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo EsSalud - Arequipa 2008 ". Was conducted with the primary objective of determining the satisfaction of the family who comes to our visit as being the nearest outsider and intimate critically ill patient. To assess the care that leads to it in the Intensive Care Unit and his treatment by the same family health team, if applicable to the real needs, which are presented in this arid period you live in, by the severity of their patient. This study was initiated in September 2007 and was completed in March 2008 with 60 relatives / associates, the critical patients Intensive Care Unit HNCASE. It was descriptive questionnaire was used Molter and Leske appropriate to our study by the author, type interview family members of critically ill patients. The opinion was obtained through a first part that corresponds to general data on family information and a second part with nine statements and five potential responses to measure the level of family satisfaction by Likert scale, scale of use in research surveys from 1 to 5 points: all satisfactory, unsatisfactory, undecided, satisfactory, very satisfactory.

The data were analyzed using descriptive statistics: frequency distribution for organizing the information in our study, contingency table to analyze whether there is any relation of dependence or independence between the level of the categorical variable, object of study.

The results generally applied to interview the relatives of critical patients to measure their satisfaction, it is up to, type of welcome by the staff with a satisfactory level and 66.11% Unsatisfactory with a 3.89%. In relation to the sense of belonging and family security, the level reached was satisfactory with 77.50% against a minority who are dissatisfied with a 2.50% in the level

of personal information by the corresponding level is satisfactory with a 76.67% and 6.67% unsatisfactory.

To organize family visits the level reached was satisfactory with a 66.67%, highlighting the unsatisfactory with a 17.78%. For the level of trust and accessibility by the unit staff, family members are satisfied by 64.44% and dissatisfied with a 5.56%. On the perceived quality of care, the level is satisfactory with a 71.67%, with the very satisfactory, with 25%. To the satisfaction on the ability to interface and communicate with staff, the level reached was satisfactory with a 71.67%, making little mention of a 2.22% satisfactory. On the satisfaction of the stressors of family members of critically ill patients, the level was satisfactory with a 81.67%, and unsatisfactory with a 7.50%.

The level of satisfaction about their treatment by staff to the families of critically ill patients, was satisfactory with a 71.67% and unsatisfactory with a 3.33%.

This means that the family of critically ill patients are treated friendly, egalitarian, feel welcomed, listened to, which gives information about the requirements, in language understandable, sufficient and competent staff to ensure the quality of scientific and technical solving the problem of his patient's health, holistically, with respect to cultural and social identity. The result was Unsatisfactory, for the level of infrastructure conditions in the absence of appropriate environments, for comfort during the waiting period in search of information or waiting for the propitious moment to visit his patient. Regarding the privacy of the place is Unsatisfactory Level with 53.3%, as to where information is received is unsatisfactory level with 53.33% compared to the comfort of the waiting room the level required is nothing satisfactory with 66.67%.

Family members of critically ill patients are in full agreement on the establishment of the new mode of access for the benefit of his family for being constant companion for a long time for a few hours a day, said it is

desirable, although their occupations 70%, but 30% think it is inappropriate, because his company will make a barrier to care for your patient.

KEY WORDS: family satisfaction level of critical patients, critically ill, Intensive Care Unit, Anxiety.



INTRODUCCIÓN

La investigación denominada **“Satisfacción del Familiar sobre el Trato al Paciente Crítico en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo EsSalud – Arequipa 2008”**.

Se pretende investigar dicho tema porque en la Unidad de Cuidados Intensivos, durante los diecisiete años de creación nunca se ha medido **“La Satisfacción del Familiar del Paciente Crítico”**, que acude en condición de visita. Basada en la atención asistencial y cuidados que brinda el personal, tanto al paciente como al familiar, cuando ambos son partícipes de esta situación, uno por la gravedad que padece, y el otro por la preocupación, evolución, y pronóstico del primero.

Además se hace referencia a los hechos que el familiar vive en la unidad de cuidados intensivos, desde el aspecto de su hospitalización sucede generalmente de forma aguda y repentina, teniendo la familia poco tiempo para adaptarse frente a esta situación estresante. Los familiares pueden sentirse desorganizados, desamparados y con dificultades para movilizarse, emergiendo diferentes tipos de necesidades.

Debido a la inestabilidad del paciente el profesional se centra mas en la observación y en la movilización estrecha del mismo, de forma que, aunque considera que es necesario tener en cuenta los requerimientos de la familia, la realidad es que pasan a un segundo plano.

Las necesidades de los familiares son conceptuados como esenciales y exigidas por ellos. Estas cuando son llenadas alivian o disminuyen la aflicción y las angustias inmediatamente, mejorando su bienestar. La gran mayoría de estudio sobre familiares de paciente en estado crítico se han concentrado en describir la importancia y el nivel de satisfacción de sus necesidades. Se han evaluado las necesidades de las familias de los

pacientes críticos; sin embargo, la valoración de las mismas no va ser sinónimo de satisfacción debido aunque no se alcancen pueden que estén satisfechos, y viceversa, el que se alcancen no va garantizar una completa satisfacción.

Los familiares y los profesionales de Unidad de Cuidados Intensivos que cuidan del paciente crítico, tenemos nuestras propias percepciones acerca de las necesidades de las familias del paciente ingresado en Unidades de Cuidados Intensivos, en este sentido sería importante poder disponer de una herramienta que nos sirva de sistema de autoevaluación sobre la calidad percibida de calidades y pacientes en la atención asistencial. De acuerdo con la literatura internacional, las necesidades de los familiares en Unidad de Cuidados Intensivos fueron investigadas en diversos aspectos. Así mismo, los resultados contribuyeron para tomar conciencia de que la tensión de las necesidades de las familias es una responsabilidad que no puede ser ignorada por ningún hospital.

El objetivo de nuestro estudio es, **Valorar el Nivel de Satisfacción de los Familiares de los Pacientes Ingresados en nuestra Unidad** respecto del entorno asistencial, la información, el trato recibido, la calidad de los cuidados, la infraestructura donde les toca permanecer durante la estadía del paciente.

Con los resultados obtenidos se pretende realizar una reflexión crítica, por parte de los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos (Médicos, Personal de Enfermería, etc.) sobre la atención ofrecida a los familiares de los pacientes en la práctica clínica diaria.



CAPÍTULO I

RESULTADOS



1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

TABLA N° 1
PARENTESCO DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO

	Tipo de parentesco	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Padre/Madre	9	10	15.00%	15.00%
2	Hijo/a	26	40	43.33%	58.33%
3	Hermano/a	3	44	5.00%	63.33%
4	Cónyuge	19	63	31.67%	95.00%
5	Otros	3	66	5.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

De la población encuestada el 43.3% mantienen una relación de parentesco de hijo/ hija.

El 31.67% mantienen una relación de parentesco de cónyuge.

El 15% mantienen una relación de parentesco de padre /madre.

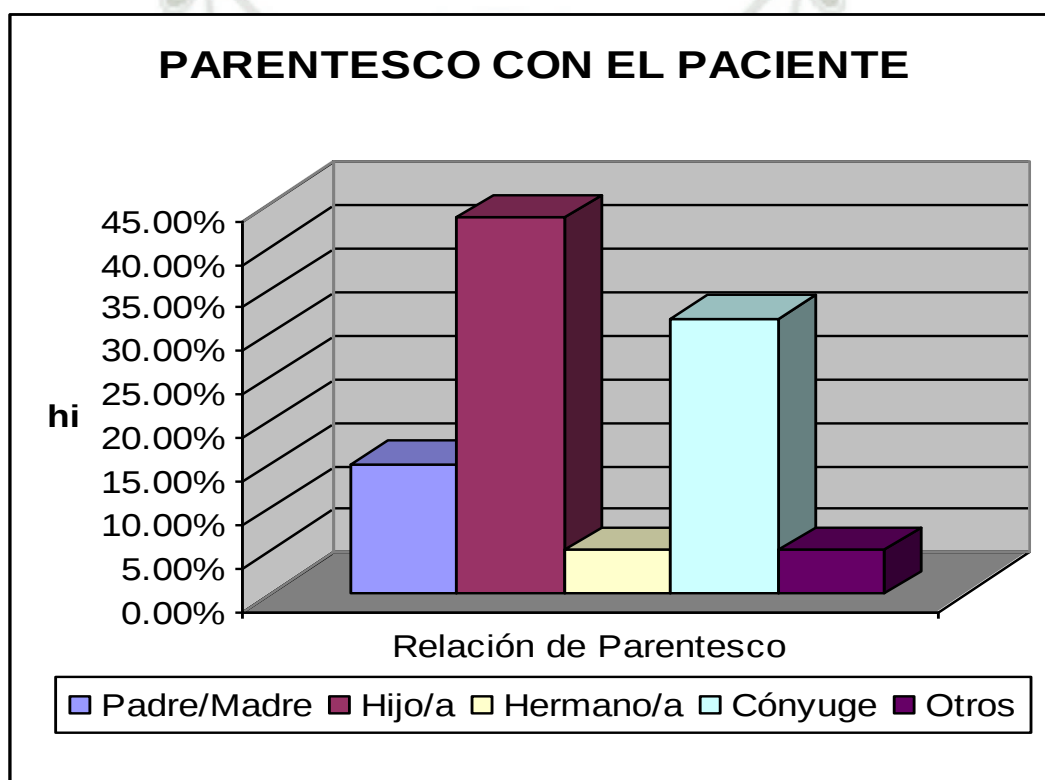
El 5% mantienen una relación de parentesco de otros (yernos, cuñados primos, amigos...etc.)

Los familiares que asisten a recibir información sobre su paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos, en su mayoría son hijos y cónyuges. Son los familiares más próximos por vínculos de consanguinidad al enfermo.

Una minoría son padre o madre, debido a que el paciente crítico casi siempre se encuentra en la edad senil.

GRÁFICO N° 1

PARENTESCO DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador.

TABLA N° 2
EDAD DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO

	Edad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	<30	6	6	10.00%	10.00%
2	30-39	12	18	20.00%	30.00%
3	40-49	24	42	40.00%	70.00%
4	50-59	10	52	16.67%	86.67%
5	>=60	8	60	13.33%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

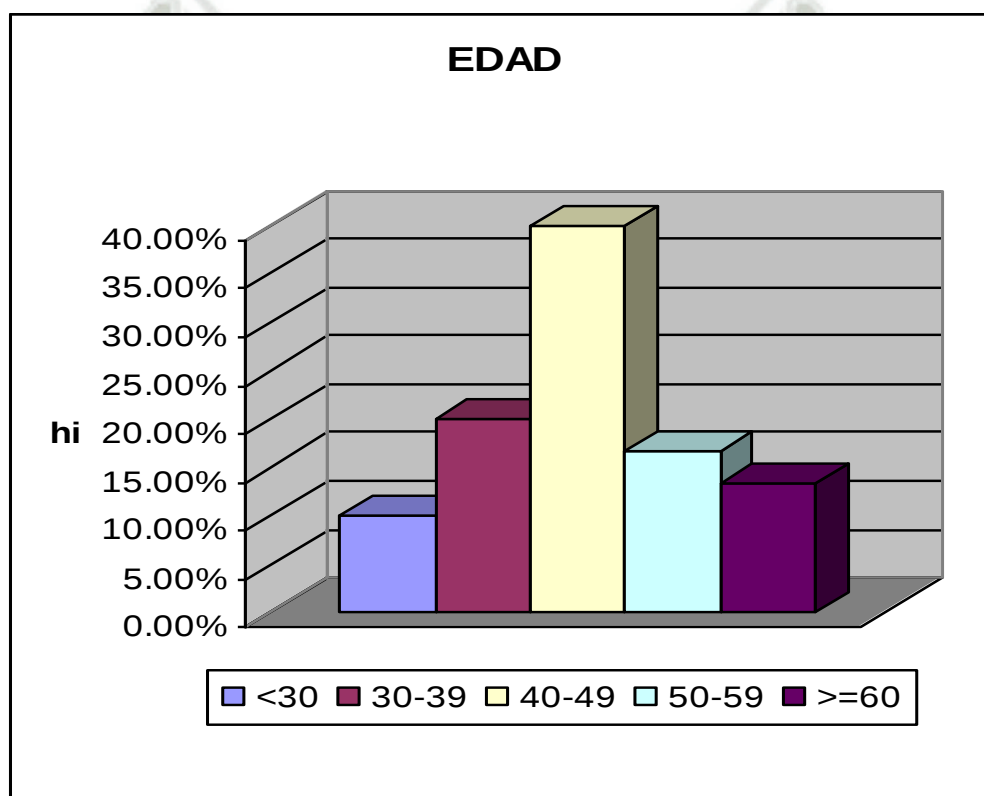
La edad media de nuestros entrevistados esta comprendida en la franja de 40-49 años correspondiente al 40%, seguida por 30-39 años, correspondiente al 20%, seguida por 50-59 años correspondiente al 16.67%,

Y una minoría corresponde a mayores de 60 años con un 13.33%, seguido por los menores de 30 años con un 10%.

La edad del familiar que visita al paciente crítico, corresponde al intervalo de 40 – 49 años en su mayoría, eso quiere decir que la población adulta es la acude a visitar al paciente crítico, ya que este último se encuentra en la etapa de vida senil, siendo su visitante más próximo, o sus hijos o su cónyuge.

GRÁFICO N° 2

EDAD DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA Nº 3
SEXO DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO

	Sexo	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Hombre	11	11	18.33%	18.33%
2	Mujer	49	60	81.67%	81.67%
	TOTAL	60		100.00%	100.00%

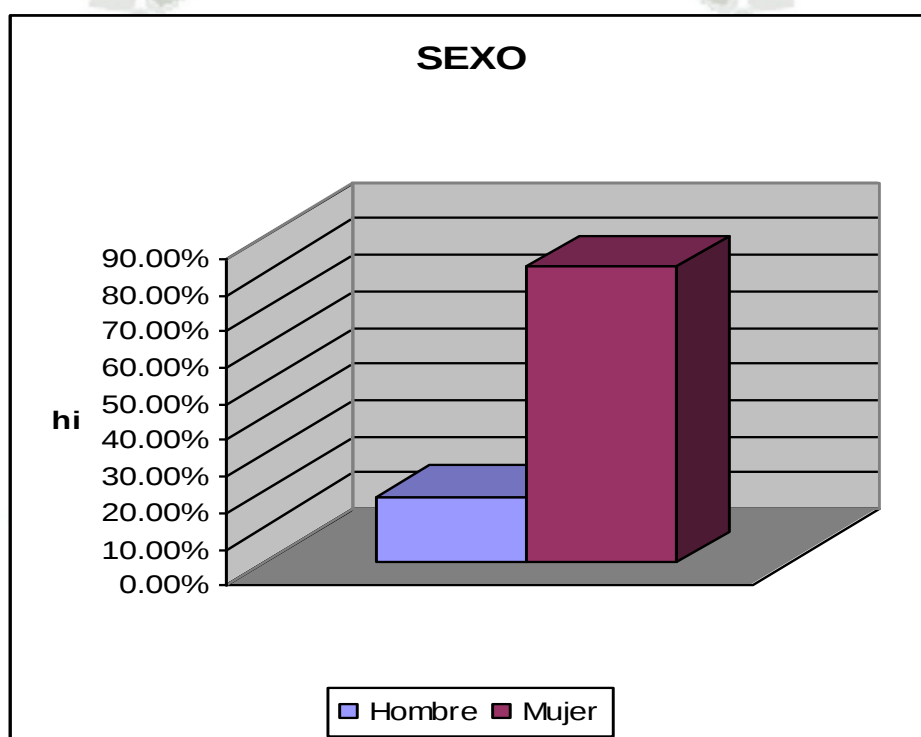
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

De un total de 60 encuestados de familiares o allegados, aparece como receptor habitual de la información, la mujer con un 81.67% frente a los hombres con un 18.33%.

En los resultados prevalece el sexo femenino sobre el sexo masculino, porque la persona del entorno familiar más cercana al paciente crítico en su mayoría de veces es la cónyuge, que cubre un papel muy importante en esta situación de gravedad del enfermo.

GRÁFICO N° 3

SEXO DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 4

**TIEMPO DE ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DE SU FAMILIAR**

	Tiempo de Estancia	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	1-5 Días	44	44	73.33%	73.33%
2	6-10 Días	6	50	10.00%	83.33%
3	11-15 Días	3	53	5.00%	88.33%
4	16-30 Días	1	54	1.67%	90.00%
5	>30 Días	6	60	10.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

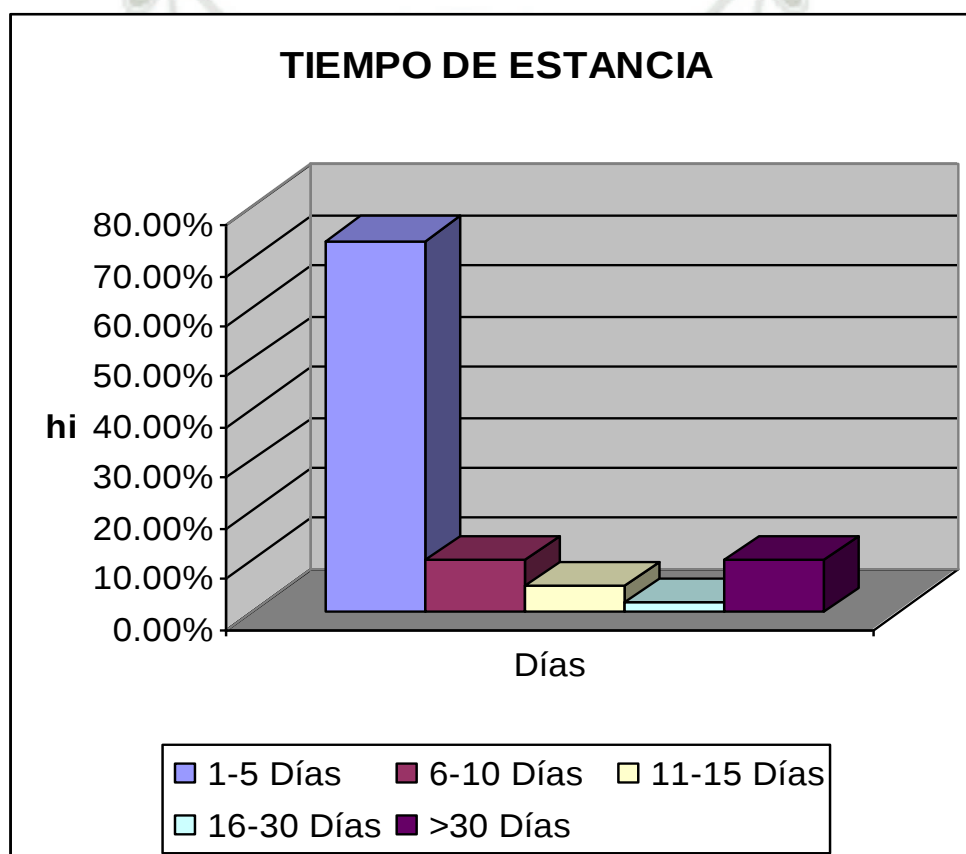
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Nuestros pacientes tienen una estancia media de 1-7 días con un 73.33%, seguido por 6-10 días, y una estancia >30 días con un 10% ambos, seguido 11-15 días con 5%, y de 16-30 días con un 1.677%.

La estancia del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos es de 1 a 7 días en su mayoría, es un indicador manejable de día/cama, pero sin embargo tenemos un grupo minoritario, que su período de estancia es de 16 a 30 días o más. Esto se debe a que el paciente crítico, se vuelve crónico y dependiente de la ventilación mecánica, de tal forma que no puede ser transferido a servicios generales; y esta situación quita oportunidad a otros pacientes críticos.

GRÁFICO N° 4

TIEMPO DE ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS DE SU FAMILIAR



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 5
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE
CRÍTICO**

	Grado de Instrucción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Sin estudios	0	0	0.00%	0.00%
2	Primarios	9	9	15.00%	15.00%
3	Secundarios	6	15	10.00%	25.00%
4	Superiores	45	60	75.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

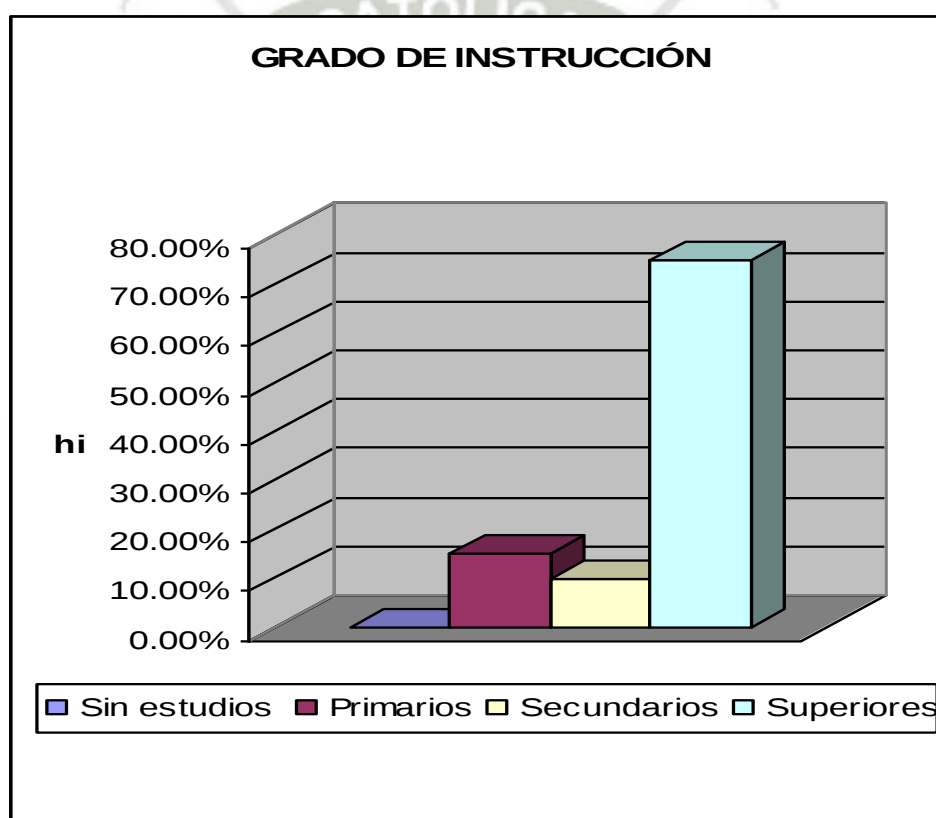
De la población entrevistada, el nivel de estudios es superior, con un 75%, frente a un 15% con educación primaria y un 10% con educación secundaria.

En la población entrevistada, todos cuentan con estudios primarios, secundarios o superiores.

El familiar del paciente crítico, en su mayoría cuenta con estudios superiores, esto facilita la comunicación, entendimiento y comprensión del estado de salud de su paciente y más aún su colaboración en los requerimientos de este último, para su recuperación.

GRÁFICO N° 5

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE
CRÍTICO



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 6
**SITUACIÓN LABORAL ACTUAL DE LOS FAMILIARES
DEL PACIENTE CRÍTICO**

	Situación laboral actual	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Trabaja	30	30	50.00%	50.00%
2	Estudiante	2	32	3.33%	53.33%
3	Ama de Casa	20	52	33.33%	86.67%
4	Jubilado	1	53	1.67%	88.33%
5	Sin empleo	5	58	8.33%	96.67%
6	* Otros	2	60	3.33%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

La mitad de la población entrevistada trabaja, 50% frente a un 33.33% son amas de casa, y un 8.33% sin empleo.

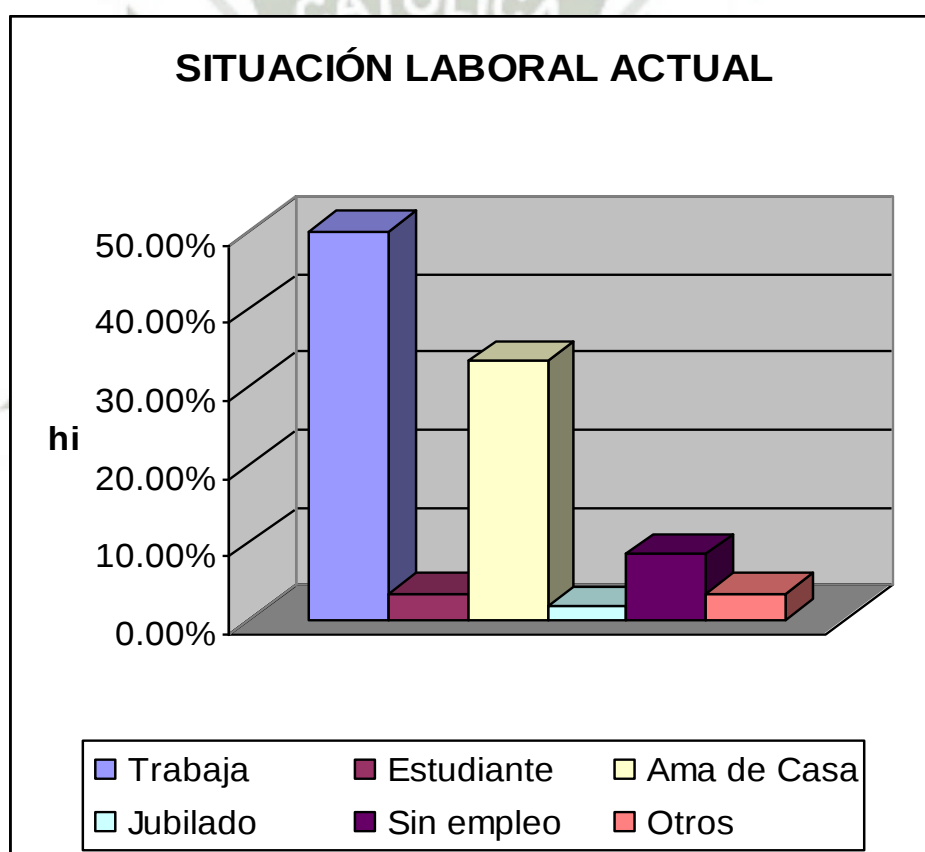
Un grupo minoritario estudia con 3.33% y otros (trabajos eventuales, en el campo, o comercio), con 3.33%

De la población en estudio en primer lugar está el grupo que trabaja y en segundo lugar el ama de casa, que dispone de tiempo para poder ocuparse de las necesidades primordiales de su paciente. Mientras que el primer grupo tiene que terminar su jornada laboral para poder desplazarse al hospital, en busca de información, visita y solucionar algunos pendientes.

** Otros (Trabajos eventuales, en el campo, o comercio).*

GRÁFICO N° 6

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL DE LOS FAMILIARES
DEL PACIENTE CRÍTICO



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 7

ANTECEDENTES EN OTRA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO

	Experiencia en otra Unidad de Cuidados Intensivos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Con antecedentes	17	17	28.33%	28.33%
2	Sin antecedentes	43	60	71.67%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

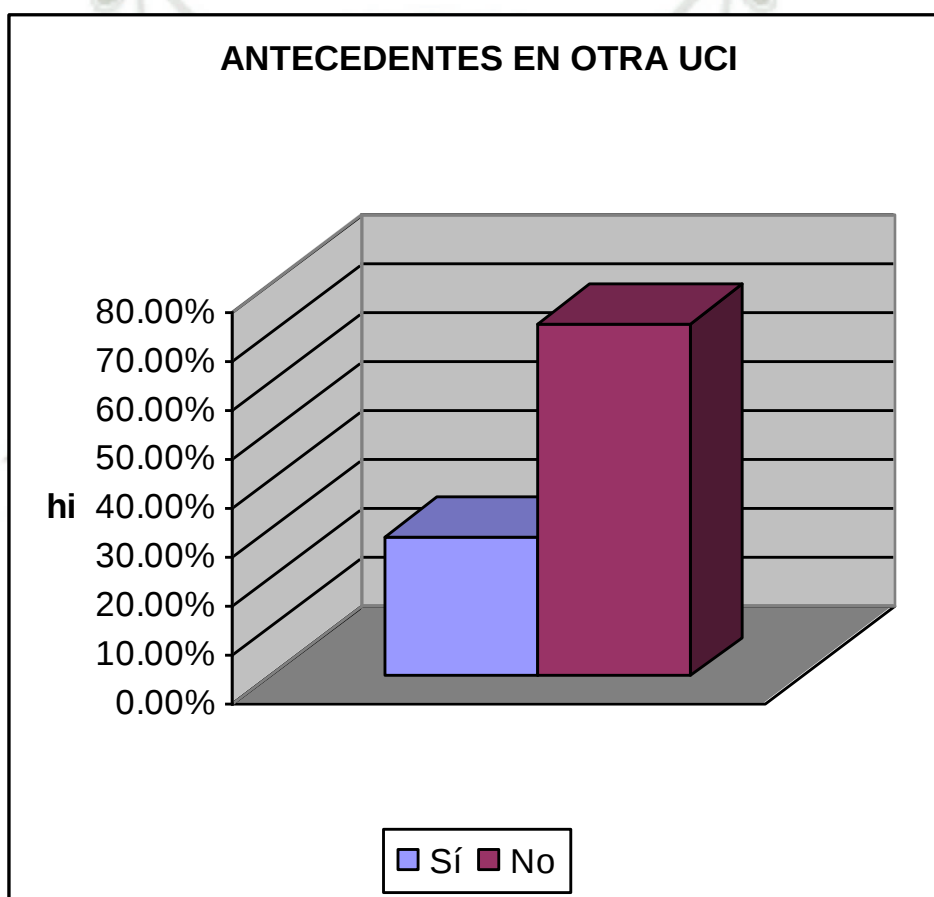
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

En cuanto a la experiencia en otras Unidad de Cuidados Intensivos, el 28.33% si tuvo antecedente, frente al 71.67% que no tuvo antecedente.

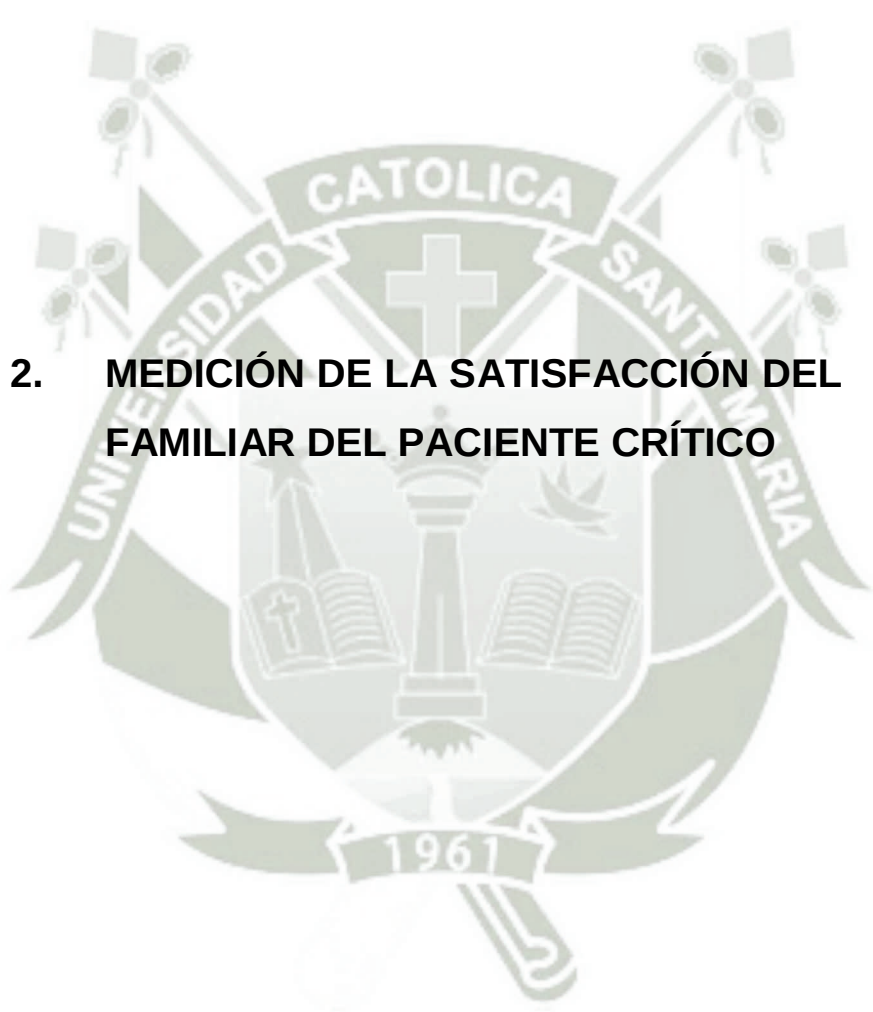
De la población en estudio, hay un grupo minoritario que tuvo antecedentes en otras unidades de Cuidados Intensivos, lo que facilita, el entendimiento, comprensión y colaboración con respecto a las normas de visita, para estas unidades.

GRÁFICO N° 7

**ANTECEDENTES EN OTRA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS DE LOS
FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO**



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador



2. MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO

TABLA N° 8

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN AL TIPO DE
ACOGIDA POR EL PERSONAL UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A
SU LLEGADA**

Nivel de Satisfacción		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	15	15	25.00%	25.00%
2	Satisfactorio	40	55	66.67%	91.67%
3	Indeciso (a)	1	56	1.67%	93.33%
4	Poco Satisfactorio	2	58	3.33%	96.67%
5	Nada Satisfactorio	2	60	3.33%	100.00%
TOTAL		60		100.00%	

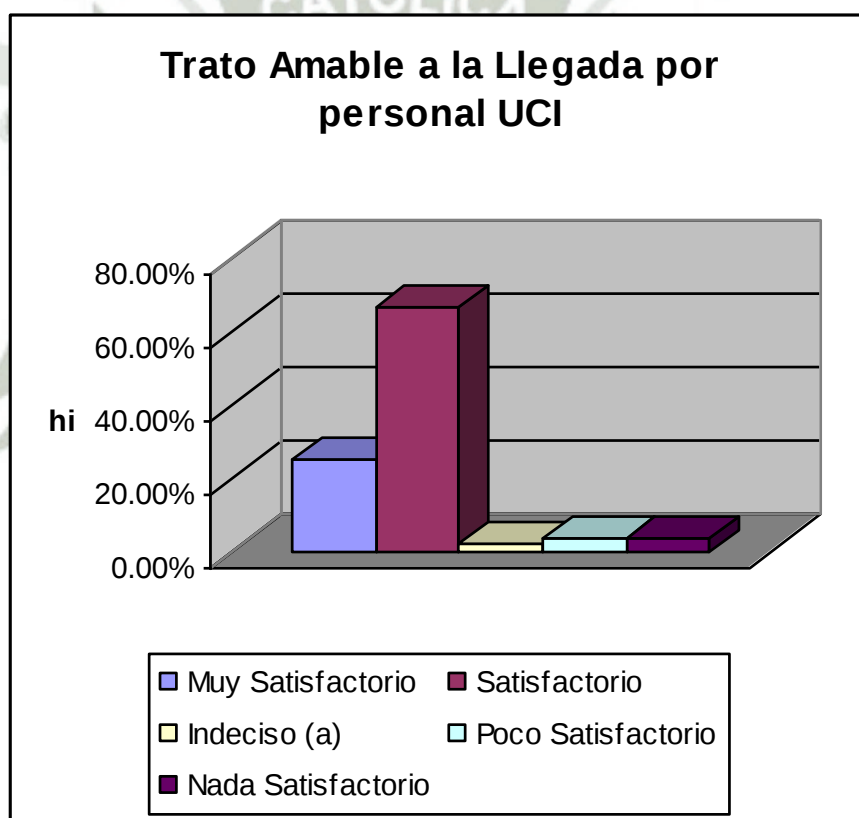
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Generalmente el nivel de satisfacción alcanzado, en relación a un trato a amable este puede considerarse satisfactorio en 66.67%, seguido por “muy satisfactorio” con 25%, seguido por los grupos “poco satisfactorio” y “nada satisfactorio” ambos con el 3.33%, quedando el grupo “indeciso” con un 1.67%.

La mayoría de familiares se encuentran satisfechos con el trato amable por el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos. Sin dejar de lado al grupo minoritario que se encuentra poco satisfecho, nada satisfecho, este grupo es el de nuestro interés, porque probablemente en alguna oportunidad haya sido tratado despectivamente, este factor le quita calidad al trabajo del equipo de salud; sería muy importante reforzar conductas sobre un trato amable, en el personal, para que nuestro cuidado al paciente crítico, sea óptimo.

GRÁFICO N° 8

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN AL TIPO DE
ACOGIDA POR EL PERSONAL UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A
SU LLEGADA



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 9

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR POR EL PERSONAL
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN RELACIÓN AL RESPETO
MOSTRADO A SU PERSONA**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	12	12	20.00%	20.00%
2	Satisfactorio	46	58	76.67%	96.67%
3	Indeciso (a)	2	60	3.33%	100.00%
4	Poco Satisfactorio	0	60	0.00%	
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	
	TOTAL	60		100.00%	

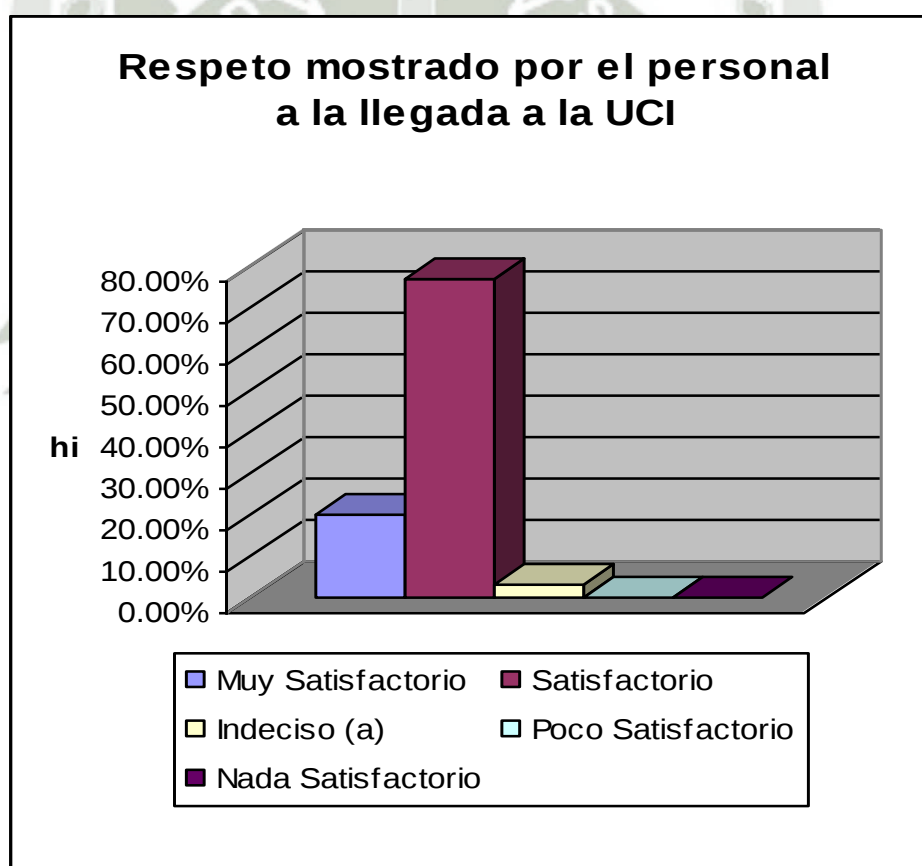
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Se puede ver, que el nivel de satisfacción alcanzado por los entrevistados, en lo referente al respeto mostrado a su persona por el personal Unidad de Cuidados Intensivos, fue “satisfactorio “con un 76.67%,”muy satisfactorio” en un 20%,y 3.33% pertenece al grupo “indeciso”.

El grupo de familiares en estudio al acudir al servicio de Cuidados Intensivos se sintió satisfecho por el respeto mostrado a su persona y sobre todo por el sentimiento de identificación por el personal debido a la situación de ansiedad angustia y preocupación por la que pasa por su paciente. En segundo lugar se encuentra el grupo con un nivel muy satisfactorio, encontrando en el personal mucha calidad humana para atenderlo.

GRÁFICO N° 9

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR POR EL PERSONAL
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN RELACIÓN AL RESPETO
MOSTRADO A SU PERSONA**



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 10

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN AL TIEMPO
QUE EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
DEMORÓ EN PONERSE EN CONTACTO AL INGRESO DEL PACIENTE
CRÍTICO**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	13	13	21.67%	21.67%
2	Satisfactorio	33	46	55.00%	76.67%
3	Indeciso (a)	9	55	15.00%	91.67%
4	Poco Satisfactorio	5	60	8.33%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

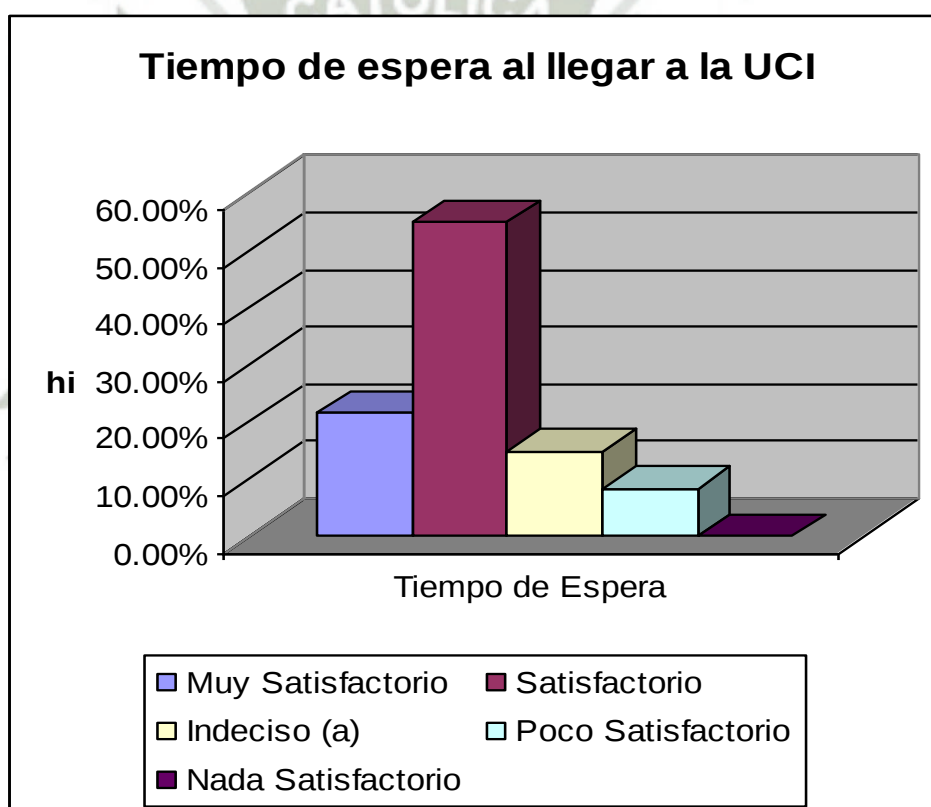
En su mayoría se observa que el nivel de satisfacción correspondiente a las apreciaciones de los familiares entrevistados, corresponde a “satisfactorio” con 55%, seguido con 21.67% de “muy satisfactorio”, con una minoría “indecisa” de 15% y “poco satisfactorio” con 8.33%.

En cuanto al tiempo que el personal de Cuidados Intensivos, demoró en ponerse en contacto al ingreso del paciente con el familiar, la mayoría indica que se puso en contacto en un tiempo tolerable, correspondiente al nivel de satisfactorio. Sin dejar de lado al otro grupo de familiares minoritario con nivel **poco satisfactorio**, sintieron que el tiempo de espera fue prolongado y los llevo a una mayor angustia y preocupación por su paciente.

La importancia de los resultados es fijar nuestro objetivo en dar una información corta y precisa en un tiempo no prolongado, para no generar este sentimiento de impotencia en el familiar que espera. Más aún el personal de Cuidados Intensivos no olvidar y no restar importancia al familiar que espera fuera de la unidad, pensando que solo y exclusivamente debe brindar su atención al paciente que ingresa, dejando de lado su entorno familiar.

GRÁFICO N° 10

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN AL TIEMPO
QUE EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
DEMORÓ EN PONERSE EN CONTACTO AL INGRESO DEL PACIENTE
CRÍTICO**



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 11

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
CONFIANZA QUE INSPIRA EL EQUIPO DE SALUD PARA LA
ATENCIÓN DEL PACIENTE**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	8	8	13.33%	13.33%
2	Satisfactorio	46	54	76.67%	90.00%
3	Indeciso (a)	3	57	5.00%	95.00%
4	Poco Satisfactorio	3	60	5.00%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

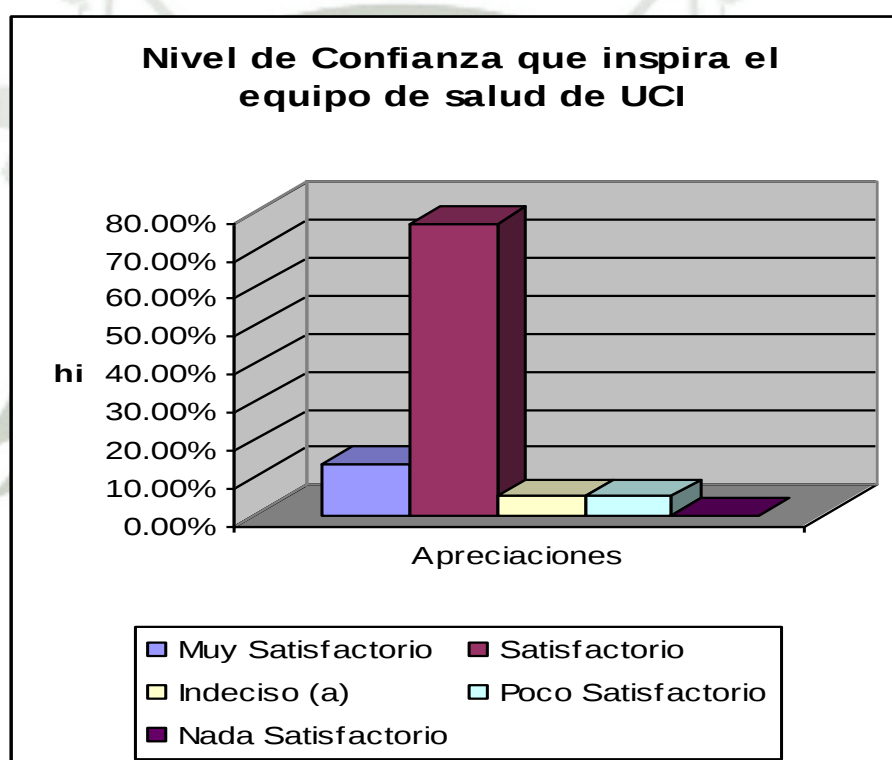
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Se aprecia el nivel de confianza que inspira el equipo de salud a los entrevistados, tiene una representatividad de 76.67% correspondiente a “satisfactorio”, 13.33% para “muy satisfactorio”, 5% para ambos grupos de “indeciso” y “poco satisfactorio”.

El servicio de Cuidados Intensivos cuenta con personal especializado, estructura física altamente implementada, con equipos de alta tecnología lo que genera confianza en el **nivel de satisfactorio**, del familiar para la atención integral, que se brinda a su paciente, aunado a la alta especialización de la unidad se encuentra el equipo de salud dispuesto a el reto de satisfacer tanto las necesidades del paciente como del familiar con calidad, excelencia y un sentimiento de identificación plena. Sin dejar de lado al grupo de familiares “indecisos”, “poco satisfactorio” para mejorar la atención y elevar el nivel de confianza a lo óptimo deseado.

GRÁFICO N° 11

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
CONFIANZA QUE INSPIRA EL EQUIPO DE SALUD PARA LA
ATENCIÓN DEL PACIENTE**



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 12

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO CON RECURSOS NECESARIOS
PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	13	13	21.67%	21.67%
2	Satisfactorio	47	60	78.33%	100.00%
3	Indeciso (a)	0	60	0.00%	100.00%
4	Poco Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

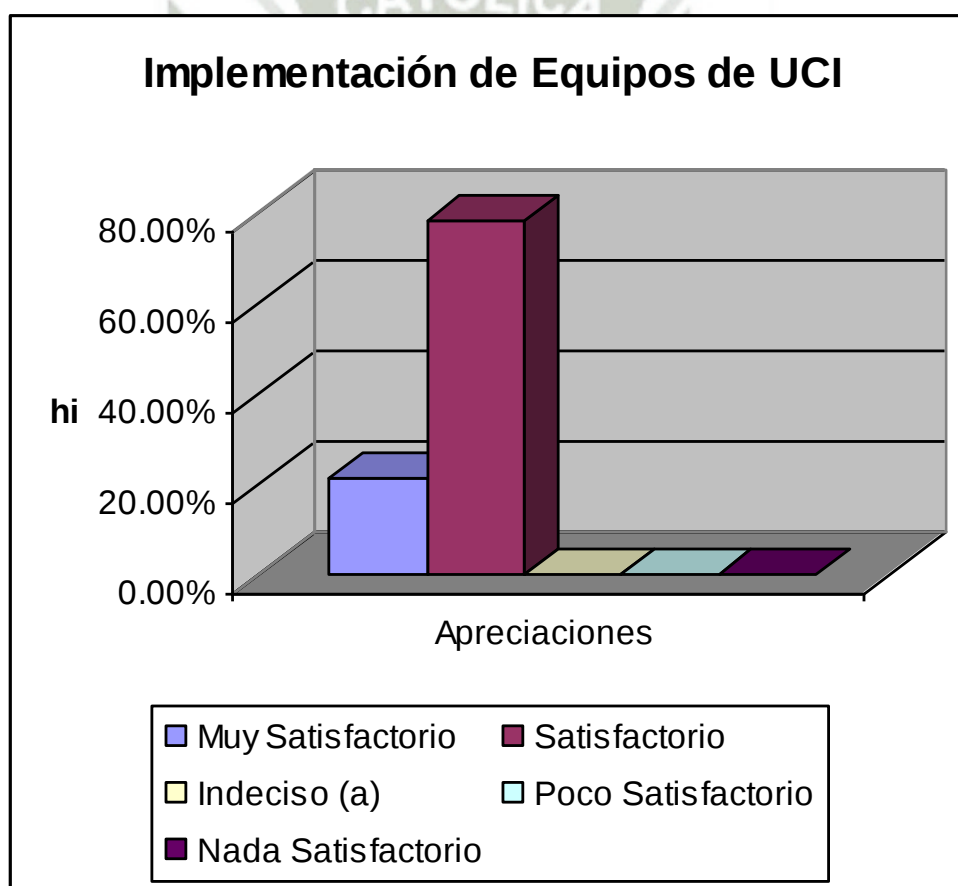
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Generalmente el nivel de satisfacción de los familiares entrevistados, en la implementación del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, es “satisfactorio” con un 78.33%, un 21.67% para “muy satisfactorio”.

La Unidad de Cuidados Intensivos cuenta con una estructura física adecuada, personal especializado y tecnología de punta, lo que crea expectativa en los familiares del paciente crítico en primer lugar en el nivel satisfactorio en segundo lugar muy satisfactorio, estos dos grupos sienten seguridad en la atención de sus pacientes por la implementación adecuada de la unidad.

GRÁFICO N° 12

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
IMPLEMENTACIÓN DEL SERVICIO CON RECURSOS NECESARIOS
PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 13
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
INFORMACIÓN AL INGRESO DE SU PACIENTE EN UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	6	6	10.00%	10.00%
2	Satisfactorio	44	50	73.33%	83.33%
3	Indeciso (a)	2	52	3.33%	86.67%
4	Poco Satisfactorio	7	59	11.67%	98.33%
5	Nada Satisfactorio	1	60	1.67%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

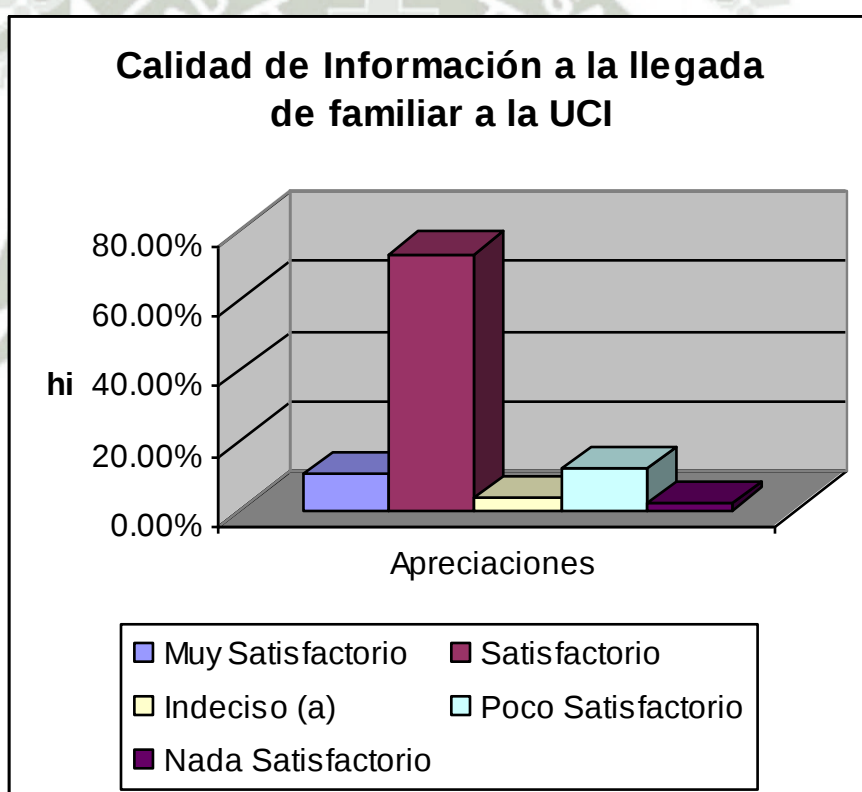
El nivel de satisfacción de los entrevistados en la información a la llegada de su familiar a la Unidad de Cuidados Intensivos, es “satisfactorio” con el 73.33%, seguido por el 11.67% correspondiente a “poco satisfactorio”, un 10% para “muy satisfactorio”, con la existencia del grupo de “indeciso” con un 3.33%, y 1.67% para “nada satisfactorio”.

En cuanto a la información otorgada al familiar al ingreso del paciente, el resultado mayoritario corresponde a los niveles de “satisfactorio” y “muy satisfactorio” eso quiere decir que el personal esta cubriendo una necesidad primordial del familiar que espera y se encuentra muy preocupado por el riesgo de salud de su paciente.

Mientras que el resultado minoritario de “indeciso” y “nada satisfactorio” es sujeto de un análisis para establecer un plan de mejora en el personal para no olvidar al familiar que espera fuera de la unidad.

GRÁFICO N° 13

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
INFORMACIÓN AL INGRESO DE SU PACIENTE EN UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS**



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 14

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A QUE SI LA
INFORMACIÓN QUE RECIBE MEJORA EL CONOCIMIENTO SOBRE EL
ESTADO DE SU PACIENTE**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	6	6	10.00%	10.00%
2	Satisfactorio	48	54	80.00%	90.00%
3	Indeciso (a)	3	57	5.00%	95.00%
4	Poco Satisfactorio	3	60	5.00%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

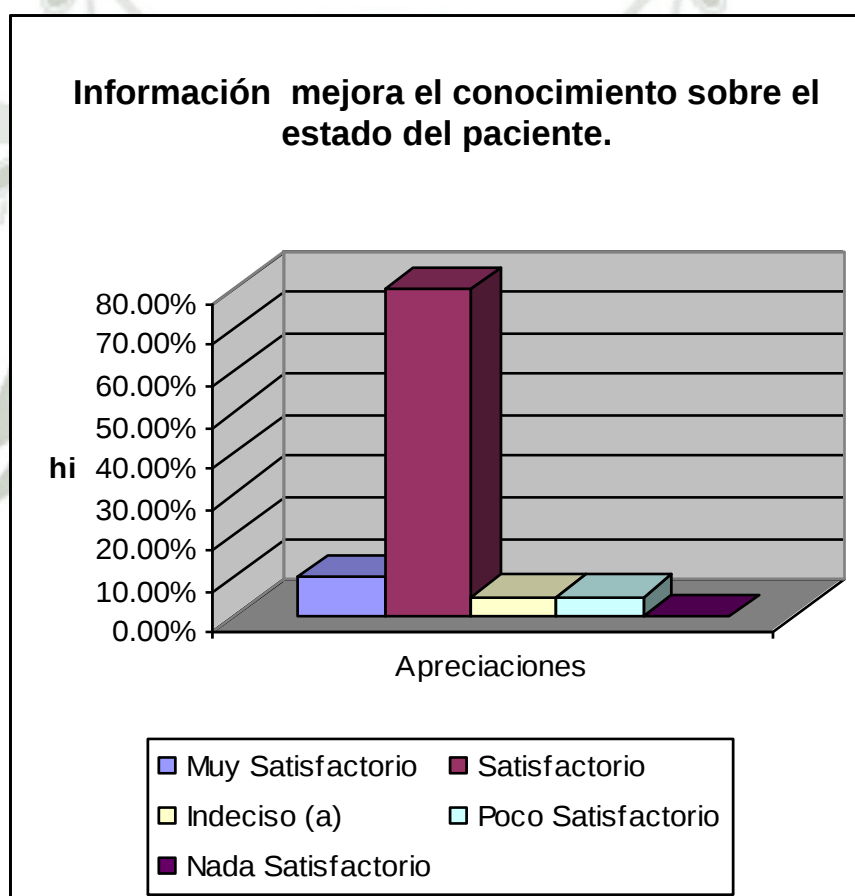
Se puede ver que el nivel de satisfacción alcanzado en términos generales, es “satisfactorio” con 80%, en relación a la información que reciben los encuestados, mejora su conocimiento sobre el estado de su familiar.

El familiar opina mayoritariamente sentirse “satisfecho” con la información que se le brinda respecto al estado de salud de su paciente, ya que esta es comprensible, veraz y permite absolver preguntas con el profesional de turno.

Mientras que un grupo minoritario opina que la información es muy corta, poco comprensible y no existe confianza para poder resolver interrogantes sobre la salud de su paciente con el profesional de turno.

GRÁFICO N° 14

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A QUE SI LA INFORMACIÓN QUE RECIBE MEJORA EL CONOCIMIENTO SOBRE EL ESTADO DE SU PACIENTE



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 15

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN AL
LENGUAJE QUE UTILIZA EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE EL ESTADO DEL PACIENTE CRÍTICO**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	6	6	10.00%	10.00%
2	Satisfactorio	51	57	85.00%	95.00%
3	Indeciso (a)	0	57	0.00%	95.00%
4	Poco Satisfactorio	3	60	5.00%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

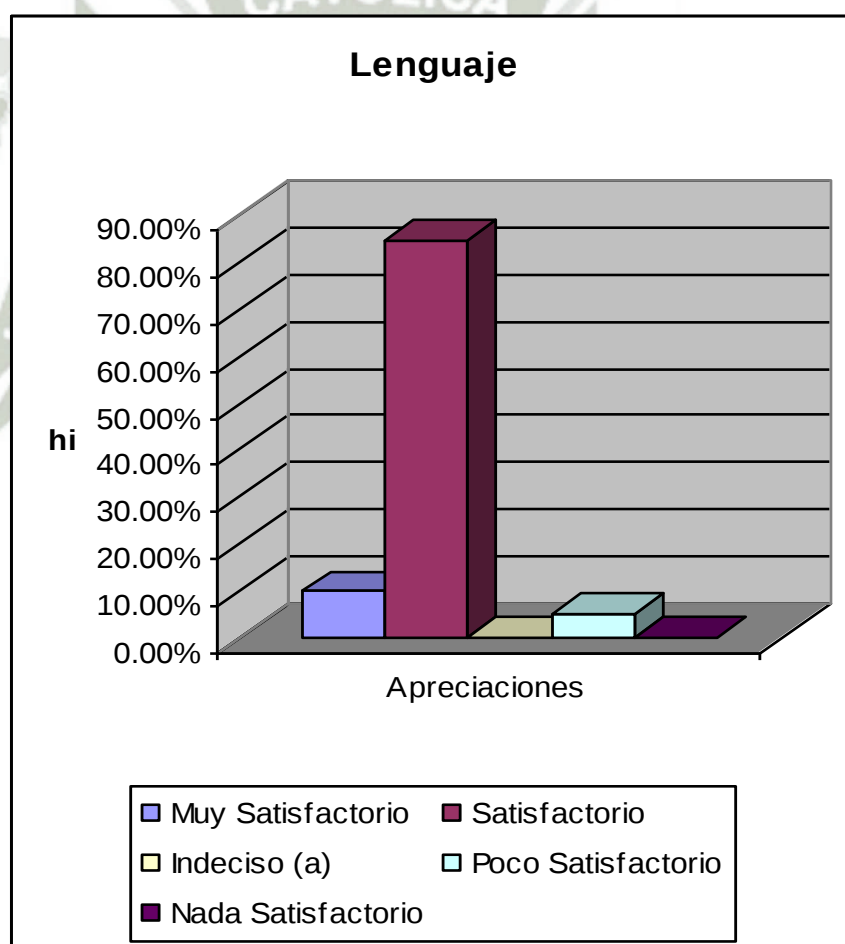
Respecto al lenguaje que utiliza el personal Unidad de Cuidados Intensivos para informar, el nivel de satisfacción, alcanzado es “satisfactorio” en 85%,” muy satisfactorio” en 10%,

Y “poco satisfactorio” en 5%.

En esta investigación la mayoría de resultados obtenidos corresponden al **nivel satisfactorio** por ejemplo cuando se habla del lenguaje utilizado por el profesional responsable de brindar la información un 85% esta satisfecho. Pero lo que nos debe importar es el grupo minoritario que no esta satisfecho, quienes opinaron en forma personal de el profesional, que sintieron que no utilizó el lenguaje y tolerancia adecuados de acuerdo al nivel cultural del familiar.

GRÁFICO N° 15

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN AL
LENGUAJE QUE UTILIZA EL PERSONAL UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS SOBRE EL ESTADO DEL PACIENTE CRÍTICO**



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 16

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
INFORMACIÓN QUE RECIBE SI CORRESPONDE CON LAS
VERDADERAS CONDICIONES DE SU PACIENTE**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	5	5	8.33%	8.33%
2	Satisfactorio	49	54	81.67%	90.00%
3	Indeciso (a)	2	56	3.33%	93.33%
4	Poco Satisfactorio	4	60	6.67%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

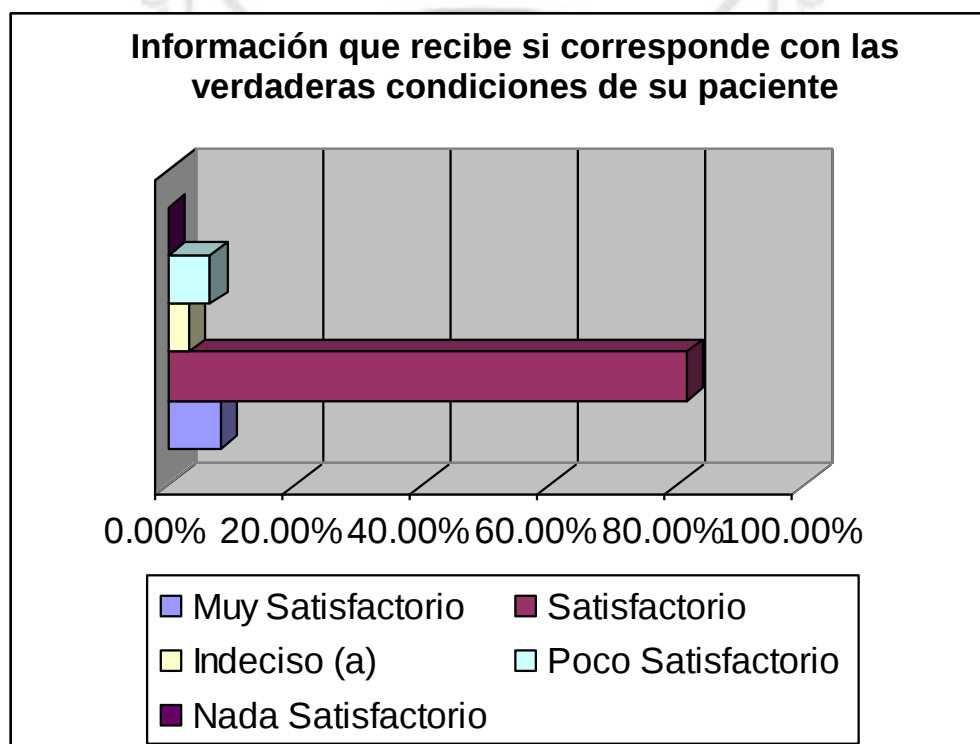
En su mayoría, los familiares expresan que la información ofrecida se corresponde con las condiciones reales de su familiar, con un 81.67% para el nivel de “satisfactorio”.

Con respecto a esta tabla los familiares se sintieron satisfechos con la información de su paciente, cabe resaltar que hay un grupo en el nivel de “poco satisfactorio”, que se encuentra descontento, con respecto a la versión otorgada por el profesional médico, piensan que fue muy corta y precisa, dejando interrogantes en este grupo.

Lo importante de brindar información por el profesional responsable, es que esta sea siempre veraz y corresponda a las condiciones del paciente, más aún si esta en riesgo de muerte, esto hace, que el familiar se vaya preparando psicológicamente para el suceso y no ocurra un desenlace fatal y se vea sorprendido por una información falta de veracidad.

GRÁFICO N° 16

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
INFORMACIÓN QUE RECIBE SI CORRESPONDE CON LAS
VERDADERAS CONDICIONES DE SU PACIENTE**



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 17

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
CONFIANZA PARA EXPRESAR DUDAS CON RESPECTO AL ESTADO
DE SU FAMILIAR**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	4	4	6.67%	6.67%
2	Satisfactorio	47	51	78.33%	85.00%
3	Indeciso (a)	4	55	6.67%	91.67%
4	Poco Satisfactorio	5	60	8.33%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

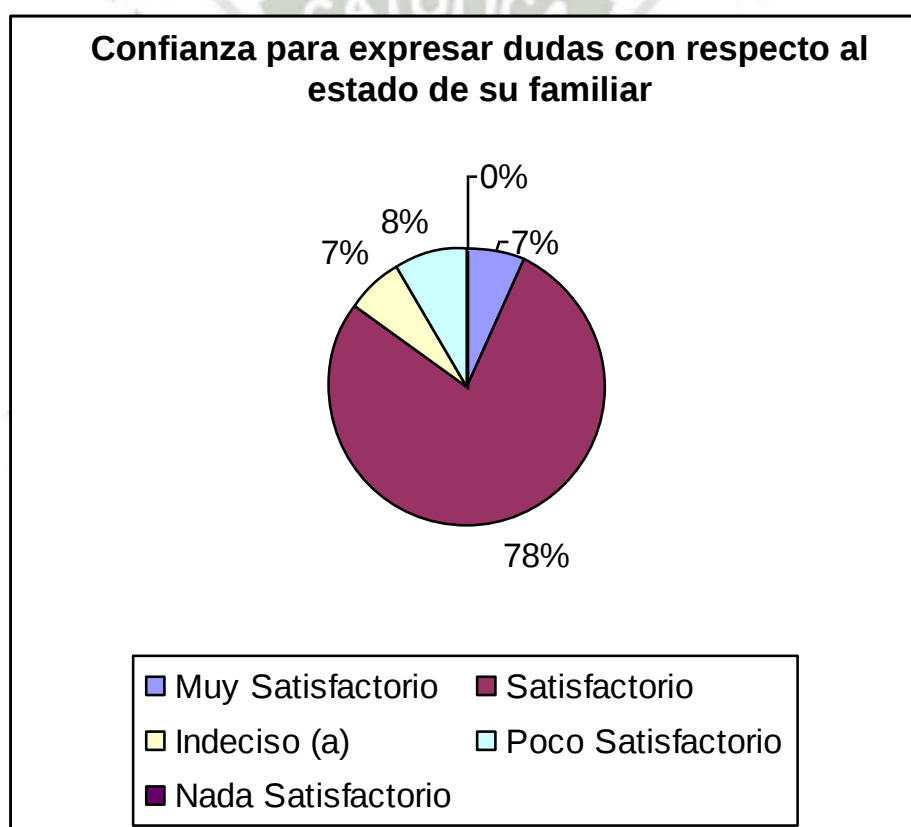
El nivel de confianza de los entrevistados para expresar dudas con respecto al estado de su familiar, se encuentran centrados, en el nivel “satisfactorio” con 78.33%, seguido por “poco satisfactorio” con 8.33%, “muy satisfactorio”, “Ind.-siso” ambos con 6.67%.

El familiar del paciente crítico en su mayoría opina que la comunicación con los profesionales responsables de la información, sienten confianza para expresar sus interrogantes o dudas al respecto de la enfermedad de su paciente, encontrando comprensión, correspondiendo a este grupo el **nivel satisfactorio**.

Pero sin embargo hay un grupo minoritario que corresponde al **nivel de poco satisfactorio e indeciso**, opina que el profesional que brinda la información lo hace en forma muy concisa, concreta y rápida sin dejar, margen a interrogantes sobre la salud de su paciente.

GRÁFICO N° 17

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
CONFIANZA PARA EXPRESAR DUDAS CON RESPECTO AL ESTADO
DE SU FAMILIAR



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 18

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A RECIBIR
INFORMACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE LA UNIDAD
CUIDADOS INTENSIVOS FUERA DEL HORARIO ESTABLECIDO**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	3	3	5.00%	5.00%
2	Satisfactorio	39	42	65.00%	70.00%
3	Indeciso (a)	14	56	23.33%	93.33%
4	Poco Satisfactorio	4	60	6.67%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

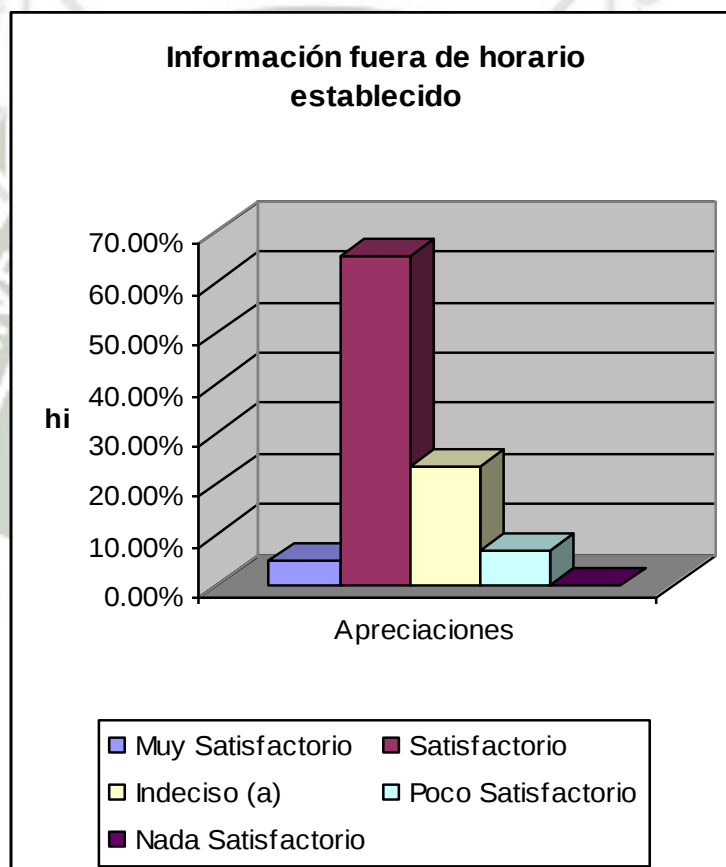
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Las apreciaciones de los entrevistados en relación a la pregunta, de recibir información fuera de horario establecido, es "satisfactorio" con un 65%, "indeciso" con 23.33%, seguido por "poco satisfactorio" con 6.67%, y "muy satisfactorio" con 5%.

Las reglas, normas y protocolos que conforman el engranaje de la Unidad de Cuidados Intensivos, empoderan al personal para el cumplimiento de estas, de tal forma que surge la dificultad de brindar información fuera del horario establecido, sobre todo algunos profesionales más que otros. Pese esta situación que se vive en la mayoría de unidades, tenemos como resultado mayoritario correspondiente al nivel de satisfactorio, porque se puede recibir información fuera del horario establecido.

GRÁFICO N° 18

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A RECIBIR
INFORMACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE LA UNIDAD
CUIDADOS INTENSIVOS FUERA DEL HORARIO ESTABLECIDO**



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 19

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
ACCESIBILIDAD DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS PARA BRINDARLE INFORMACIÓN**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta acum..	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	5	5	8.33%	8.33%
2	Satisfactorio	46	51	76.67%	85.00%
3	Indeciso (a)	6	57	10.00%	95.00%
4	Poco Satisfactorio	3	60	5.00%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

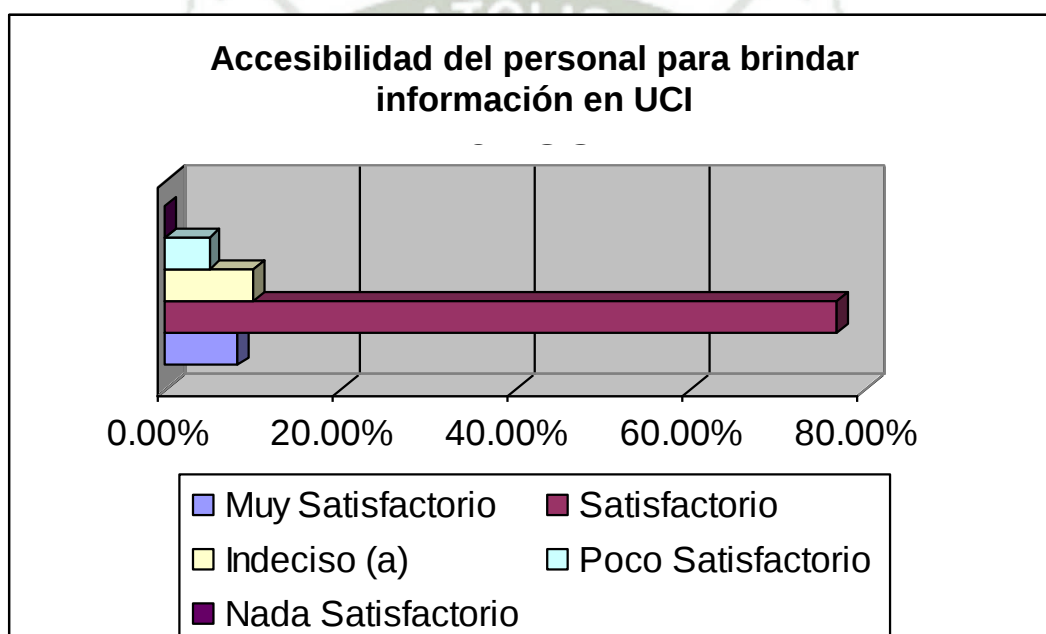
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

El nivel de satisfacción con respecto a la accesibilidad para dar información por personal Unidad de Cuidados Intensivos, a los encuestados corresponde a "satisfactorio" con 76.67%.

El hecho que el personal de Cuidados Intensivos se desenvuelva en un ambiente altamente estresante por la complejidad de los pacientes críticos, hay un alto sentido de sensibilización humana frente al dolor y sufrimiento, que vive el familiar de tal forma que lo hace accesible y capaz de resolver necesidades del familiar.

GRÁFICO N° 19

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
ACCESIBILIDAD DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS PARA BRINDARLE INFORMACIÓN



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 20

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
INFORMACIÓN QUE SE LE BRINDA SEGÚN FUNCIÓN DEL
PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	3	3	5.00%	5.00%
2	Satisfactorio	44	47	73.33%	78.33%
3	Indeciso (a)	10	57	16.67%	95.00%
4	Poco Satisfactorio	3	60	5.00%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

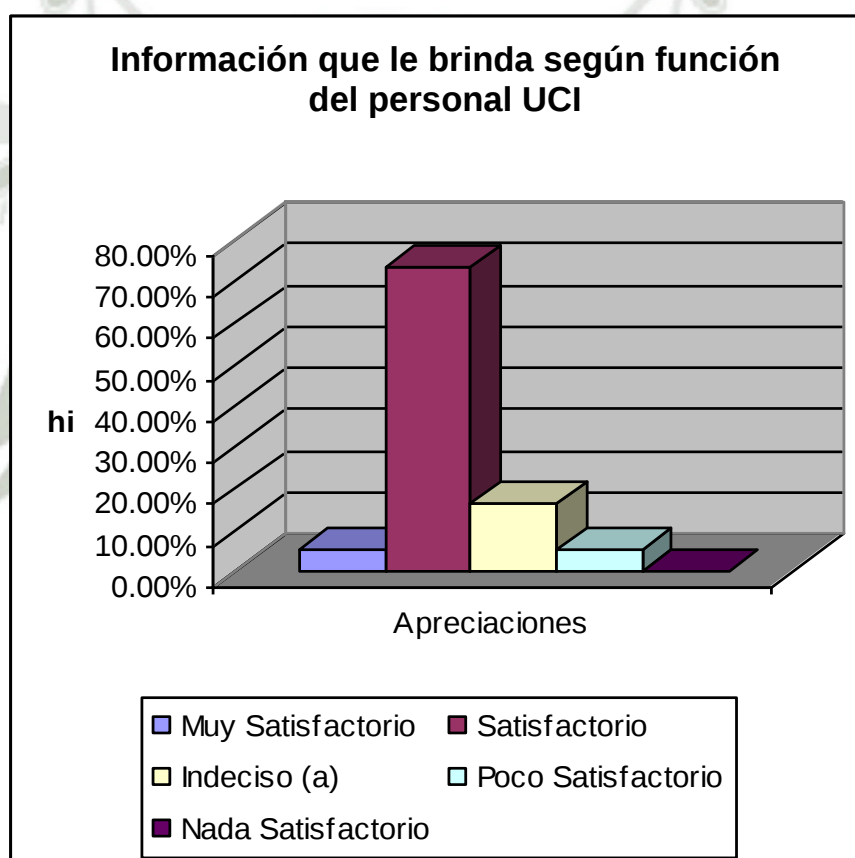
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Podemos observar que el nivel de satisfacción alcanzado por los entrevistados alcanza el nivel de “satisfactorio” con 73.33% seguido por “indeciso” con 16.67% y con “muy satisfactorio”, “poco satisfactorio” ambos con 5%.

El nivel de satisfacción en cuanto a la satisfacción que se brinda de acuerdo a la función que cumple el personal de la unidad, corresponde a “satisfactorio” y “muy satisfactorio”, eso revela el gran sentido de sensibilidad humana del equipo de salud, pero sin embargo también tenemos el nivel minoritario de “poco satisfactorio” e “indeciso”, eso quiere decir que no todo el personal tiene el mismo sentido de identificación con el familiar, es importante tomar en cuenta esta situación, para lograr un trato igualitario del personal, hacia el familiar del paciente crítico.

GRÁFICO N° 20

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
INFORMACIÓN QUE SE LE BRINDA SEGÚN FUNCIÓN DEL
PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 21

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN AL
HORARIO PARA BRINDAR INFORMACIÓN**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	3	3	5.00%	5.00%
2	Satisfactorio	43	46	71.67%	76.67%
3	Indeciso (a)	0	46	0.00%	76.67%
4	Poco Satisfactorio	14	60	23.33%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

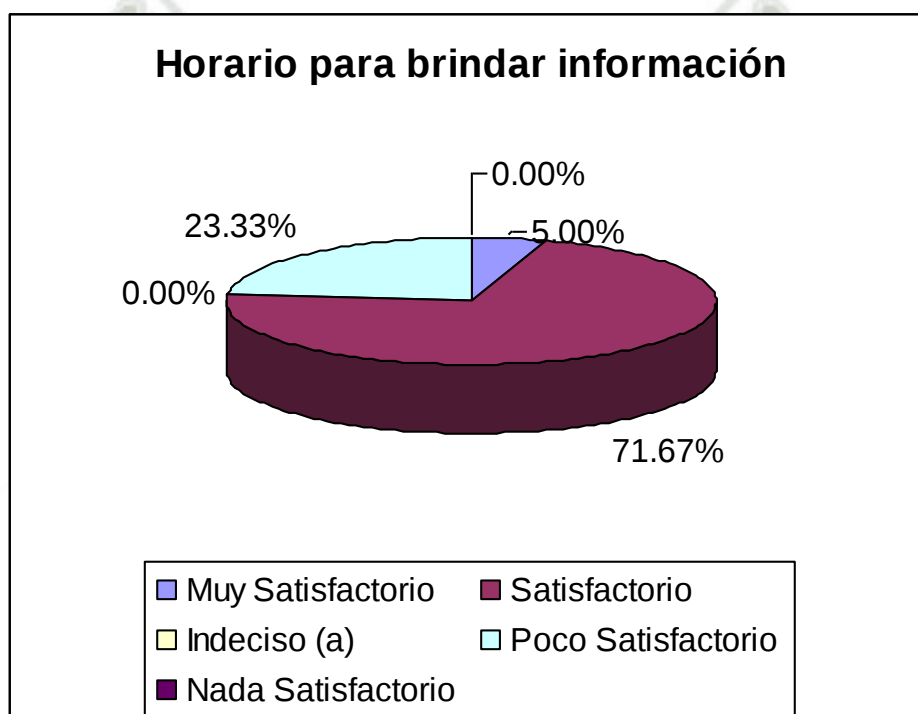
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

El horario entre los entrevistados tiene una aceptación de “satisfactorio” con 71.67%, frente a” poco satisfactorio” con 23.333%.

El horario para brindar información diaria es de 11 a.m., un grupo mayoritario de familiares se encuentran satisfechos con dicho horario, mientras que hay otro grupo que se encuentra en el nivel de poco satisfactorio porque este horario no le conviene, por la jornada laboral que desempeña en la mañana, y esto le imposibilita recibir la información sobre la evolución de su paciente. Para dar conformidad y satisfacción en general al grupo de familiares que visitan a su paciente para recibir información, sería importante la creación de dos turnos de información en horarios diferentes, para así adecuarse a las necesidades del familiar visitante.

GRÁFICO N° 21

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN AL
HORARIO PARA BRINDAR INFORMACIÓN



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 22

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A HORARIOS
DE VISITA EN UN SERVICIO DE ESTE TIPO**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	5	5	8.33%	8.33%
2	Satisfactorio	38	43	63.33%	71.67%
3	Indeciso (a)	2	45	3.33%	75.00%
4	Poco Satisfactorio	15	60	25.00%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

El horario de visita entre los entrevistados, fue de “satisfactorio” con 63.33% frente a “poco satisfactorio” con 25%, “muy satisfactorio” con 8.33%,”indeciso” con 3.33%.

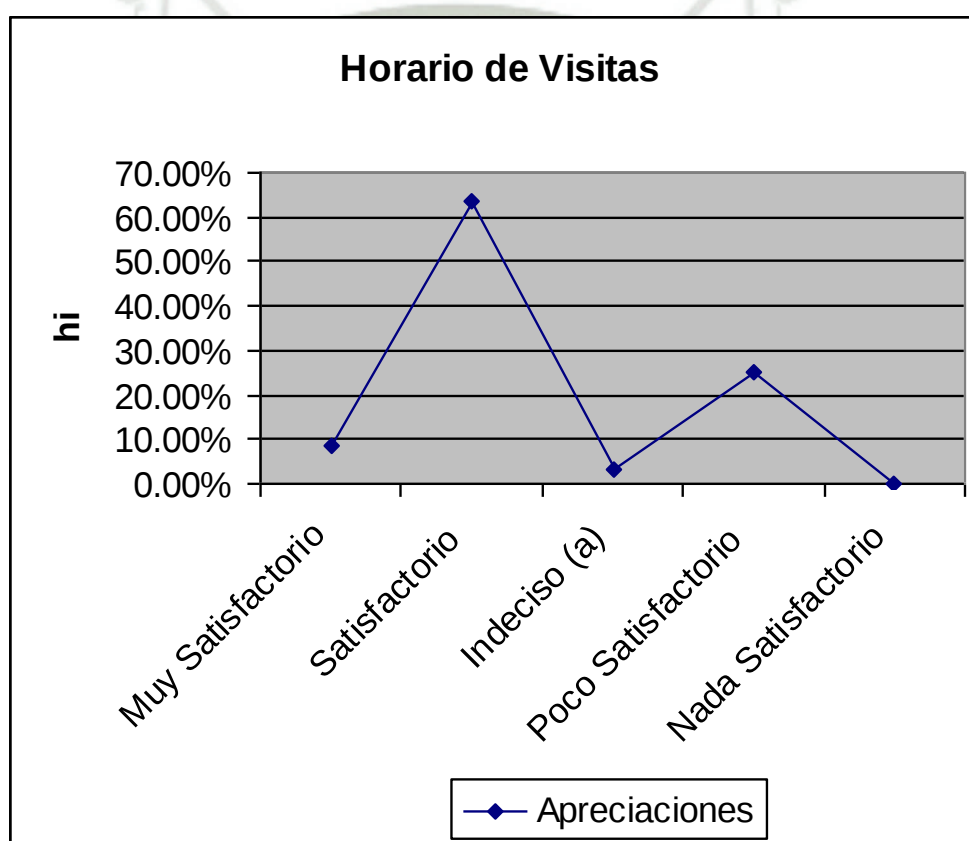
En relación a los horarios de visita que se manejan en la Unidad de Cuidados Intensivos, se realizan en la mañana a las 11 a.m y en la tarde a las 18:30 p. m.

El nivel de satisfacción corresponde a “satisfactorio” mayoritariamente. También se observa el nivel “poco satisfactorio” con un 25 %, opinan que los tiempos son cortos y restringidos, el contacto con su familiar es mínimo y poco participativo. Refieren sentirse como simples observadores.

Es importante hacer conciencia de este hecho para establecer un plan de mejora con lo que respecta al horario y la forma de la visita.

GRÁFICO N° 22

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A
HORARIOS DE VISITA EN UN SERVICIO DE ESTE TIPO



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 23
**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LAS
NORMAS DE VISITA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	18	18	30.00%	30.00%
2	Satisfactorio	39	57	65.00%	95.00%
3	Indeciso (a)	0	57	0.00%	95.00%
4	Poco Satisfactorio	3	60	5.00%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

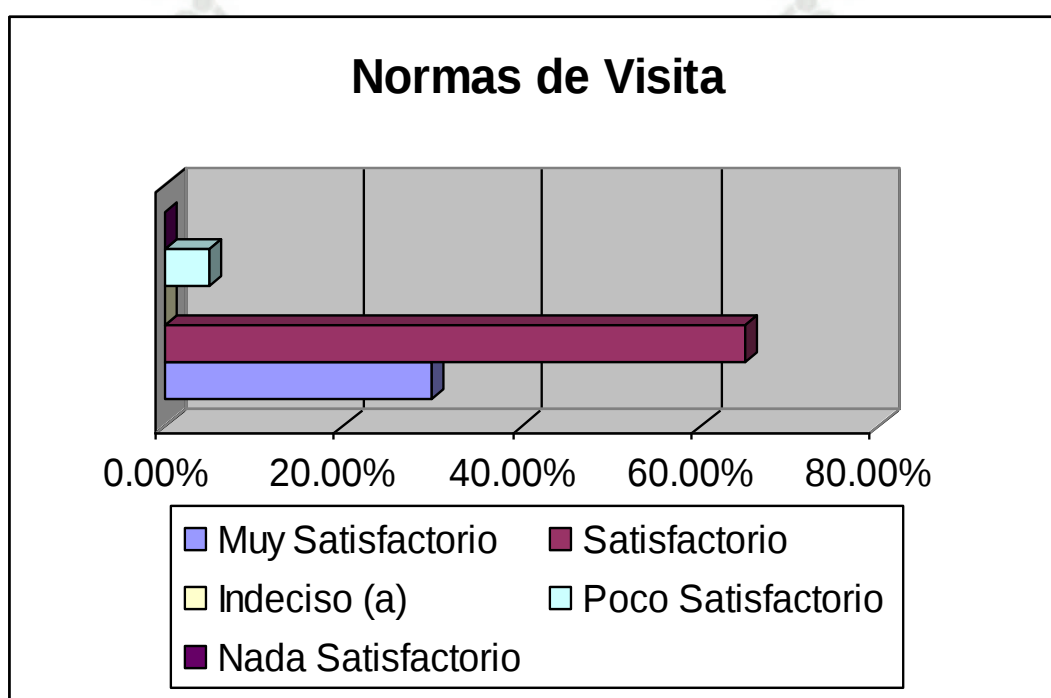
Las apreciaciones de los entrevistados con respecto a las normas de visita corresponde a “satisfactorio” con 65%,”muy satisfactorio” con 30% y “poco satisfactorio” con 5%.

Las normas y reglas de visita a pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos, le satisface a la mayoría de los familiares, mientras que hay un segundo grupo poco satisfecho, opina que, las normas son muy exigentes, y sobre todo hacen referencia a la restricción de el número de personas que ingresan. Debe ser una persona por paciente, y de preferencia familiar cercano (madre, padre, hijos... etc.), causando incomodidad y malestar, y no logrando comprender el porque de las normas de visita.

Estas normas del lavado de manos, uso de bata, corresponden a medidas de bioseguridad para disminuir infecciones agregadas a los pacientes, aquí la importancia de difundirlas y crear conciencia en los familiares.

GRÁFICO N° 23

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LAS
NORMAS DE VISITA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 24

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
CONFIANZA Y ACCESIBILIDAD AL MÉDICO EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS**

	Nivel de Satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	8	8	13.33%	13.33%
2	Satisfactorio	43	51	71.67%	85.00%
3	Indeciso (a)	3	54	5.00%	90.00%
4	Poco Satisfactorio	6	60	10.00%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

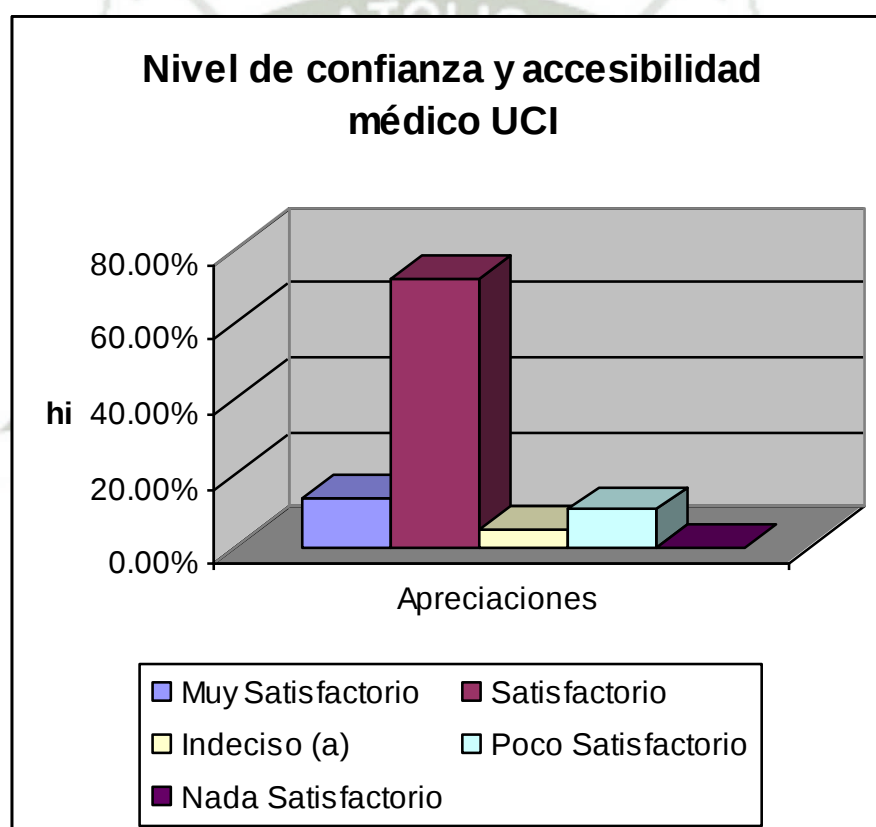
Un 71.67% de los entrevistados piensa que el médico es accesible, correspondiendo a el nivel de satisfacción de “satisfactorio”, un 13.33% “muy satisfactorio”, un 10% a “poco satisfactorio” y un 5% “indeciso”.

El médico en la Unidad de Cuidados Intensivos, cumple con la función de dar información al familiar sobre la evolución del paciente, los familiares entrevistados opinan mayoritariamente que este profesional brinda confianza y es accesible a cualquier interrogante o duda de los entrevistados.

Pero hay otro grupo de familiares minoritario que opinan, que este profesional no es accesible y no da confianza para resolver las dudas del familiar, refieren encontrar respuestas cortas, rigidez o simplemente les recuerdan horarios de información, creando una situación en este grupo de insatisfacción.

GRÁFICO N° 24

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
CONFIANZA Y ACCESIBILIDAD AL MÉDICO EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS**



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 25

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
CONFIANZA Y ACCESIBILIDAD A LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	4	4	6.67%	6.67%
2	Satisfactorio	43	47	71.67%	78.33%
3	Indeciso (a)	9	56	15.00%	93.33%
4	Poco Satisfactorio	4	60	6.67%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

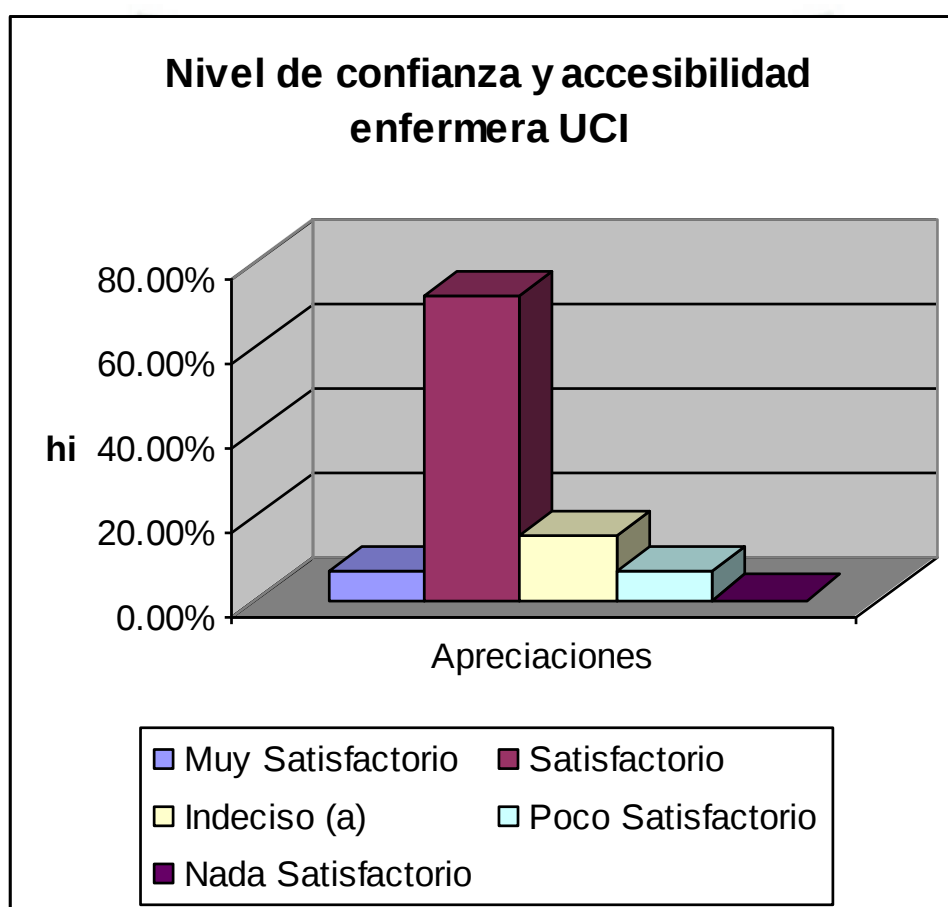
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Los entrevistados consideran que en el nivel de accesibilidad a la enfermera, mayoritariamente se encuentra en “satisfactorio” con 71.67%,”indeciso” con 15%, “muy satisfactorio” y “poco satisfactorio” ambos grupos con 6.67%.

El profesional de enfermería es quien brinda la atención integral al paciente crítico, pasa las 24 horas del día dedicada a satisfacer sus necesidades correspondiente a su esfera biosicosocial espiritual, el grupo de entrevistados opinan en su mayoría que la enfermera es accesible y genera confianza a los familiares, atenuando sus temores, preocupaciones y angustias, sintiéndose con respecto a este nivel, satisfechos, y muy satisfechos. Hay otro grupo de entrevistados que corresponden al nivel de indeciso con un 15% y poco satisfactorio con un 6.67%, opinan que este profesional se abstrae en la atención al paciente, y los tiempos que otorga al familiar son cortos y rígidos, cumpliendo a cabalidad con su función y atención integral al paciente descuidando al familiar dejándolo insatisfecho.

GRÁFICO N° 25

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
CONFIANZA Y ACCESIBILIDAD A LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS**



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 26

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
CONFIANZA Y ACCESIBILIDAD DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	6	6	10.00%	10.00%
2	Satisfactorio	30	36	50.00%	60.00%
3	Indeciso (a)	24	60	40.00%	100.00%
4	Poco Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

El nivel de accesibilidad al técnico de enfermería considerado por los entrevistados, corresponde al nivel de “satisfactorio con 50%, “indeciso” con 40%

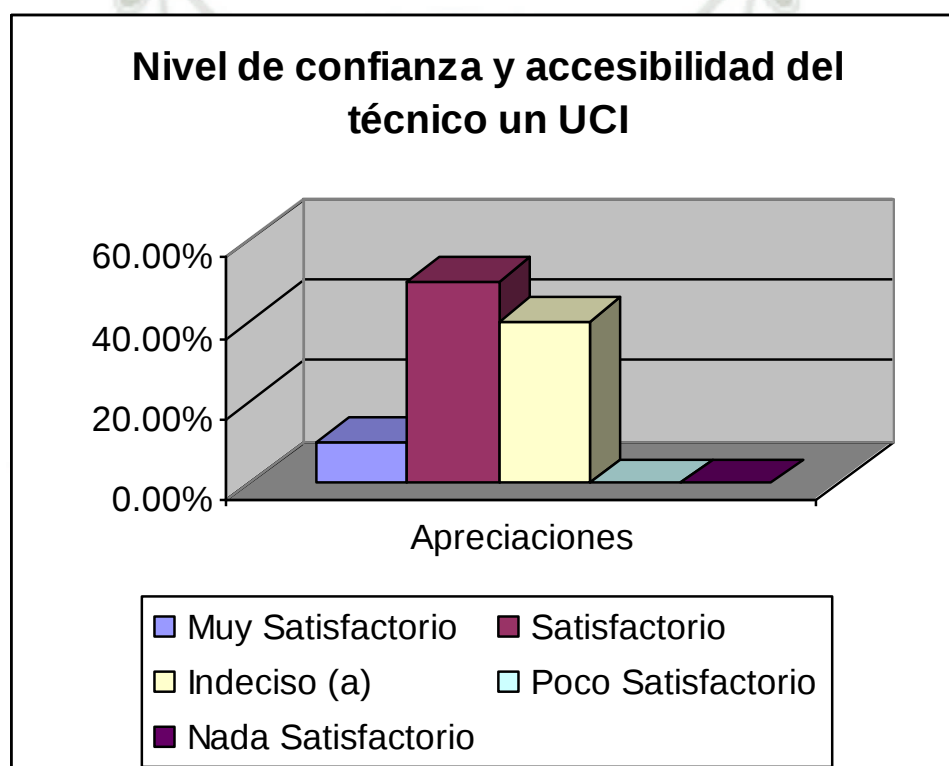
Y “muy satisfactorio” con 10%.

El grupo de familiares entrevistados se encuentran satisfechos en un 50%, con respecto a la accesibilidad del técnico de enfermería, refieren que la mayoría de veces no lo identifica, o simplemente pasa desapercibido.

Un 40 % opinan como “indeciso”, porque no lo ubican no lo relacionan con el paciente, siendo su accesibilidad casi nula par el familiar.

GRÁFICO N° 26

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
CONFIANZA Y ACCESIBILIDAD DEL TÉCNICO DE ENFERMERÍA
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 27

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LOS
SENTIMIENTOS DE CONFIANZA Y SEGURIDAD RESPECTO A LA
ATENCIÓN DEL PACIENTE POR EL MÉDICO**

	Nivel satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	7	7	11.67%	11.67%
2	Satisfactorio	47	54	78.33%	90.00%
3	Indeciso (a)	3	57	5.00%	95.00%
4	Poco Satisfactorio	3	60	5.00%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

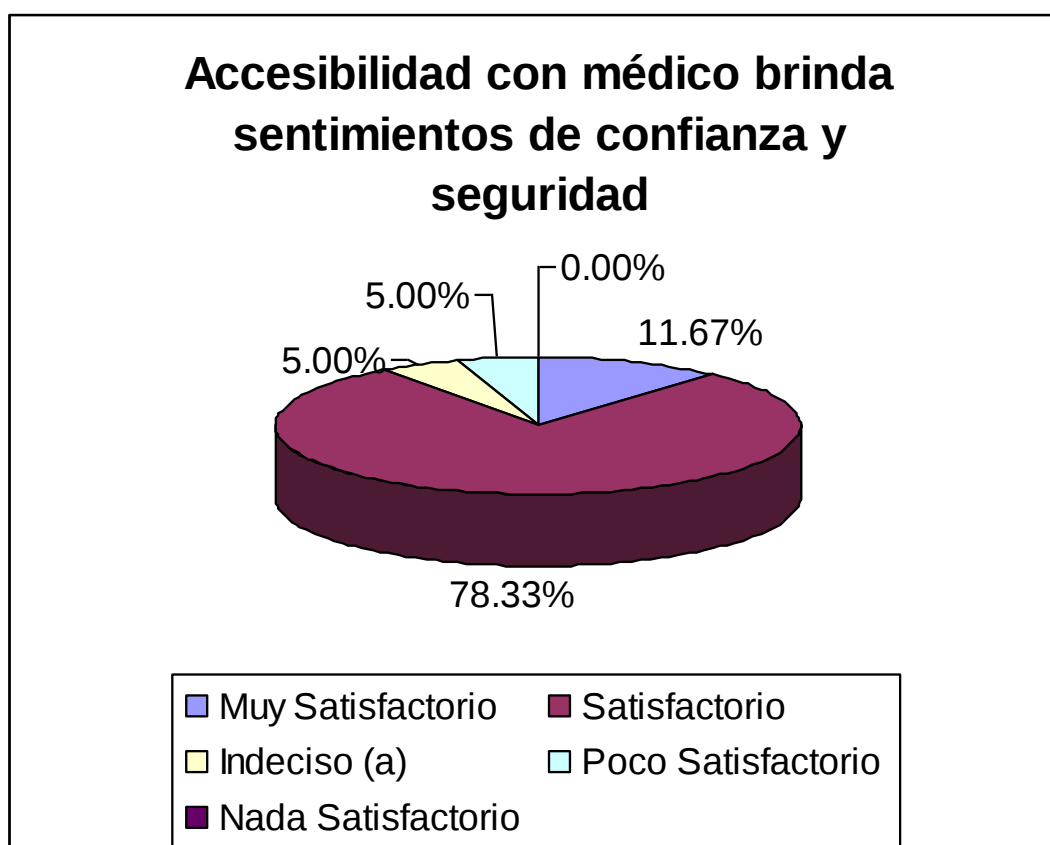
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Los entrevistados piensan que el médico es accesible y les da sentimientos de seguridad, siendo la apreciación coincidente para el nivel satisfactorio con 78.33%.

El médico de Unidad de Cuidados Intensivos, genera en el familiar sentimientos de confianza y seguridad, en la atención del paciente, opinando mayoritariamente sentirse satisfechos, seguido por el nivel de muy satisfechos. Sin dejar de lado al nivel que se siente poco satisfecho, ya que algunos profesionales no logran identificarse con las necesidades del familiar.

GRÁFICO N° 27

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LOS
SENTIMIENTOS DE CONFIANZA Y SEGURIDAD RESPECTO A LA
ATENCIÓN DEL PACIENTE POR EL MÉDICO



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 28

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LOS
SENTIMIENTOS DE CONFIANZA Y SEGURIDAD RESPECTO A LA
ATENCIÓN DEL PACIENTE POR LA ENFERMERA**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	6	6	10.00%	10.00%
2	Satisfactorio	48	54	80.00%	90.00%
3	Indeciso (a)	6	60	10.00%	100.00%
4	Poco Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

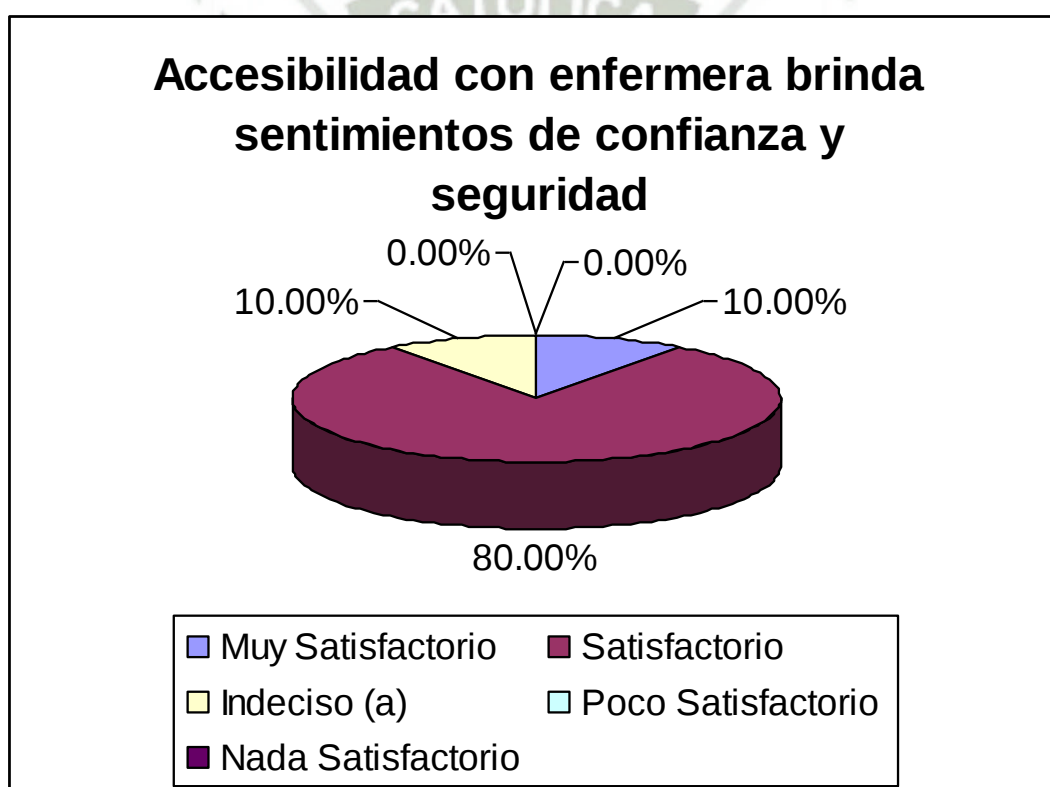
Los entrevistados consideran a la enfermera accesible, da sentimientos de seguridad y confianza en un 80% correspondiente al nivel de “satisfactorio”.

La enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos es fundamental, por brindar atención integral al paciente, lo que hace generar en el familiar sentimientos de confianza, seguridad, y por ende da lugar a satisfacción en el familiar por el trato dado a su paciente y a su persona.

También hay un grupo minoritario “indeciso” que corresponde al 10%, opina no reconocer exactamente a la enfermera.

GRÁFICO N° 28

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LOS
SENTIMIENTOS DE CONFIANZA Y SEGURIDAD RESPECTO A LA
ATENCIÓN DEL PACIENTE POR LA ENFERMERA



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 29

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LOS
SENTIMIENTOS DE CONFIANZA Y SEGURIDAD RESPECTO A LA
ATENCIÓN DEL PACIENTE POR EL TÉCNICO DE ENFERMERÍA**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	5	5	8.33%	8.33%
2	Satisfactorio	34	39	56.67%	65.00%
3	Indeciso (a)	20	59	33.33%	98.33%
4	Poco Satisfactorio	1	60	1.67%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
		60		100.00%	

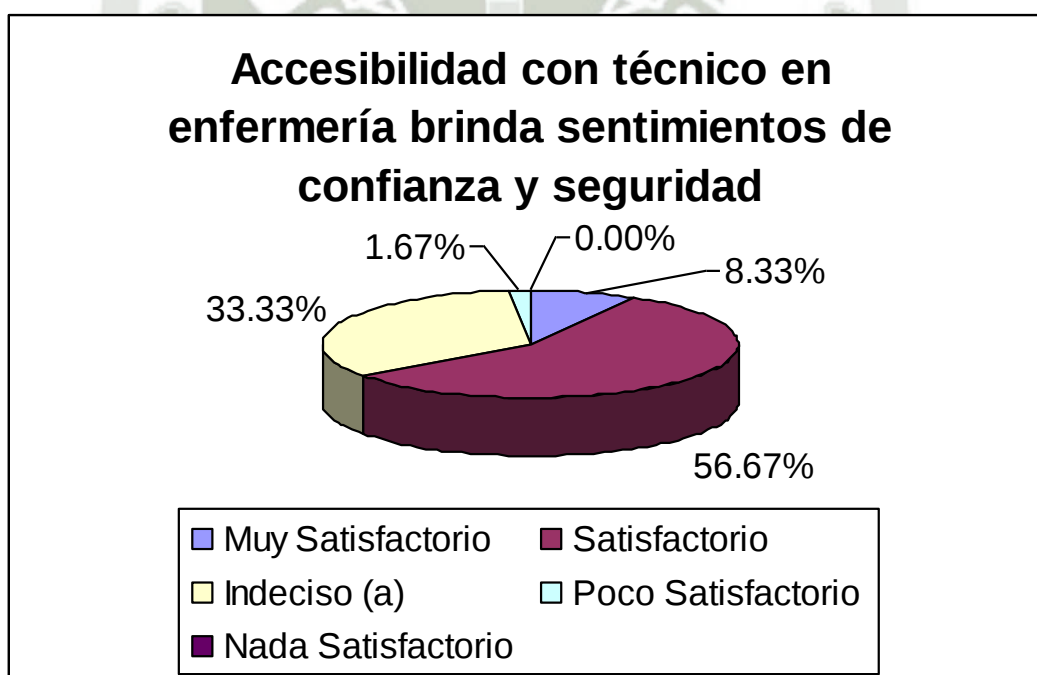
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Se observa que las apreciaciones de los entrevistados correspondiente, a la accesibilidad y a los sentimientos de seguridad que brinda el técnico de enfermería se encuentran en el nivel de “satisfactorio” con un 56.67% frente a el nivel “indeciso” con 33.33%, seguido de el 8.33% correspondiente a “muy satisfactorio”, y “poco satisfactorio” a 1.67%.

El técnico de enfermería no es reconocido por el familiar, de tal forma que cuando se le entrevistó, un grupo minoritario refiere no saber que función cumple y cual es el uniforme que lleva puesto, se tuvo que hacer una explicación para el reconocimiento de dicho personal, a lo que el familiar contesto que sí les brindan sentimiento de seguridad y confianza.

GRÁFICO N° 29

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LOS
SENTIMIENTOS DE CONFIANZA Y SEGURIDAD RESPECTO A LA
ATENCIÓN DEL PACIENTE POR EL TÉCNICO DE ENFERMERÍA



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 30

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN AL TIEMPO
DE ESPERA PARA UNA EXPLICACIÓN PREVIA SI LE AYUDARON A
SUPERAR LA CRISIS DEL MOMENTO POR LA GRAVEDAD DEL
PACIENTE**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	4	4	6.67%	6.67%
2	Satisfactorio	46	50	76.67%	83.33%
3	Indeciso (a)	3	53	5.00%	88.33%
4	Poco Satisfactorio	6	59	10.00%	98.33%
5	Nada Satisfactorio	1	60	1.67%	100.00%
	TOTAL			100.00%	

Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

El nivel de satisfacción de los entrevistados en lo que respecta al tiempo de espera para un explicación previa coinciden en que si les ayudo a superar la crisis satisfactoriamente, con un 76.67%.

Los entrevistados manifiestan que en muchas oportunidades el tiempo de espera fue largo, pero se sintieron satisfechos cuando el profesional de salud se comunicó para darles una explicación sobre las ocurrencias del paciente, esto le ayudo al familiar a superar la crisis del momento de angustia y desesperación.

GRÁFICO N° 30

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN AL TIEMPO
DE ESPERA PARA UNA EXPLICACIÓN PREVIA SI LE AYUDARON A
SUPERAR LA CRISIS DEL MOMENTO POR LA GRAVEDAD DEL
PACIENTE**



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 31

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR SEGÚN EL TRATO RECIBIDO
POR EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PUDO
SUPERAR LA ANSIEDAD DE LA EXPERIENCIA**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	3	3	5.00%	5.00%
2	Satisfactorio	52	55	86.67%	91.67%
3	Indeciso (a)	1	56	1.67%	93.33%
4	Poco Satisfactorio	3	59	5.00%	98.33%
5	Nada Satisfactorio	1	60	1.67%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

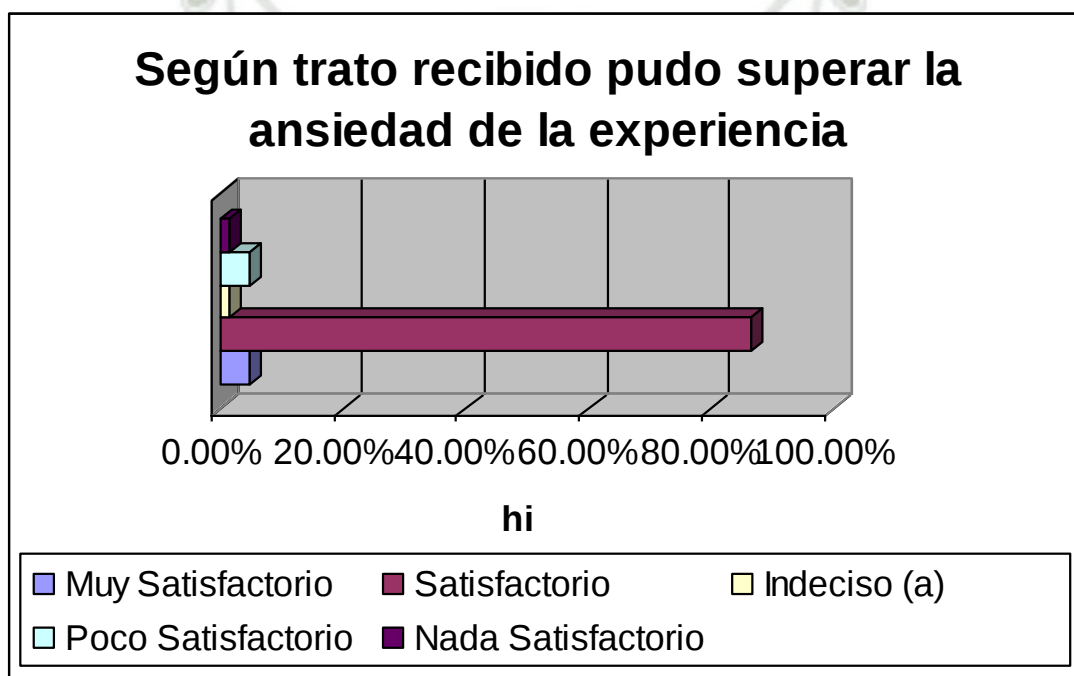
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Se observa que los entrevistados pudieron superar la ansiedad de la experiencia por el buen trato que se les brindó, correspondiente a un 86.67% “satisfactorio, frente a una minoría poco satisfecha con 5%.

Los entrevistados refieren que el trato recibido por el personal de Cuidados Intensivos fue satisfactorio, sintieron identificación con la preocupación y angustia por la salud del paciente, y esto les ayudó a superar el momento.

GRÁFICO N° 31

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR SEGÚN EL TRATO RECIBIDO
POR EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PUDO
SUPERAR LA ANSIEDAD DE LA EXPERIENCIA



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 32

**NIVEL DE SATISFACCIÓN GENERAL DEL FAMILIAR EN RELACIÓN AL
TRATO RECIBIDO POR EL EQUIPO DE SALUD DURANTE LA
PERMANENCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	15	15	25.00%	25.00%
2	Satisfactorio	43	58	71.67%	96.67%
3	Indeciso (a)	0	58	0.00%	96.67%
4	Poco Satisfactorio	2	60	3.33%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

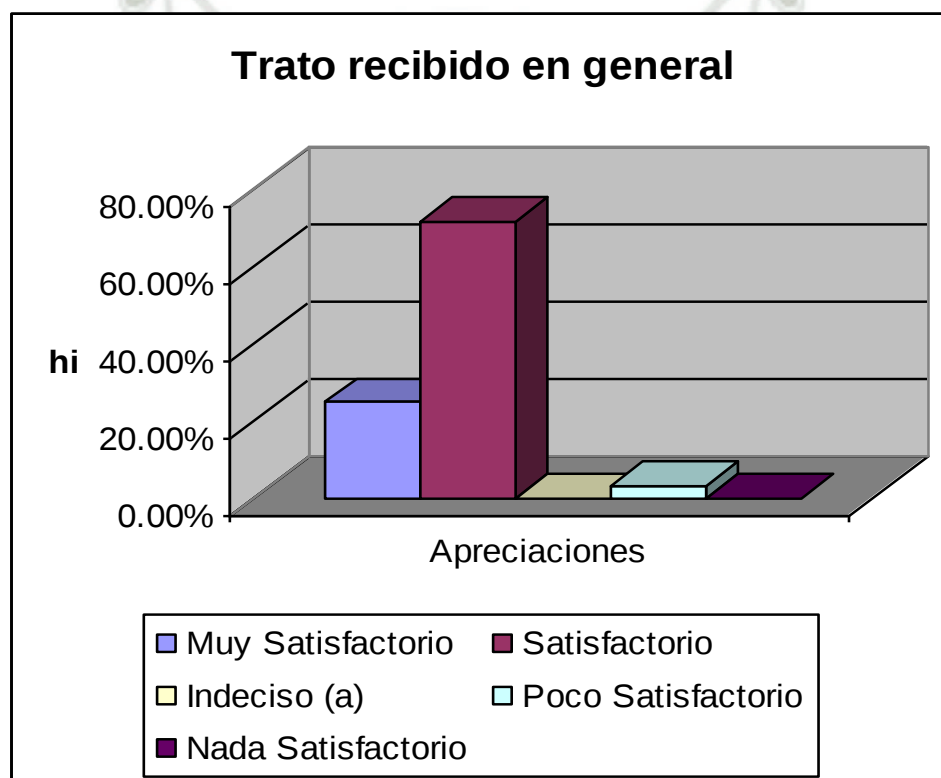
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Generalmente, el nivel de satisfacción alcanzado por los entrevistados con respecto al trato recibido por el equipo de salud, se centran coincidentemente en un trato satisfactorio con un 71.67%, seguido por el 25% correspondiente a muy satisfactorio, la generalidad es familiares satisfechos con el trato en la Unidad de Cuidados Intensivos.

El nivel de satisfacción en general, de los familiares con respecto al trato recibido por el personal de la unidad, corresponde a “satisfactorio” porque cada uno de los miembros de salud, desde la función que le compete, trata de brindar apoyo emocional y psicológico al familiar, haciéndolo sentir bien y en confianza.

GRÁFICO N° 32

**NIVEL DE SATISFACCIÓN GENERAL DEL FAMILIAR EN RELACIÓN AL
TRATO RECIBIDO POR EL EQUIPO DE SALUD DURANTE LA
PERMANENCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 33

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
PRIVACIDAD DEL LUGAR DONDE SE RECIBE INFORMACIÓN**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta acum..	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	2	2	3.33%	3.33%
2	Satisfactorio	29	31	48.33%	51.67%
3	Indeciso (a)	5	36	8.33%	60.00%
4	Poco Satisfactorio	23	59	38.33%	98.33%
5	Nada Satisfactorio	1	60	1.67%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

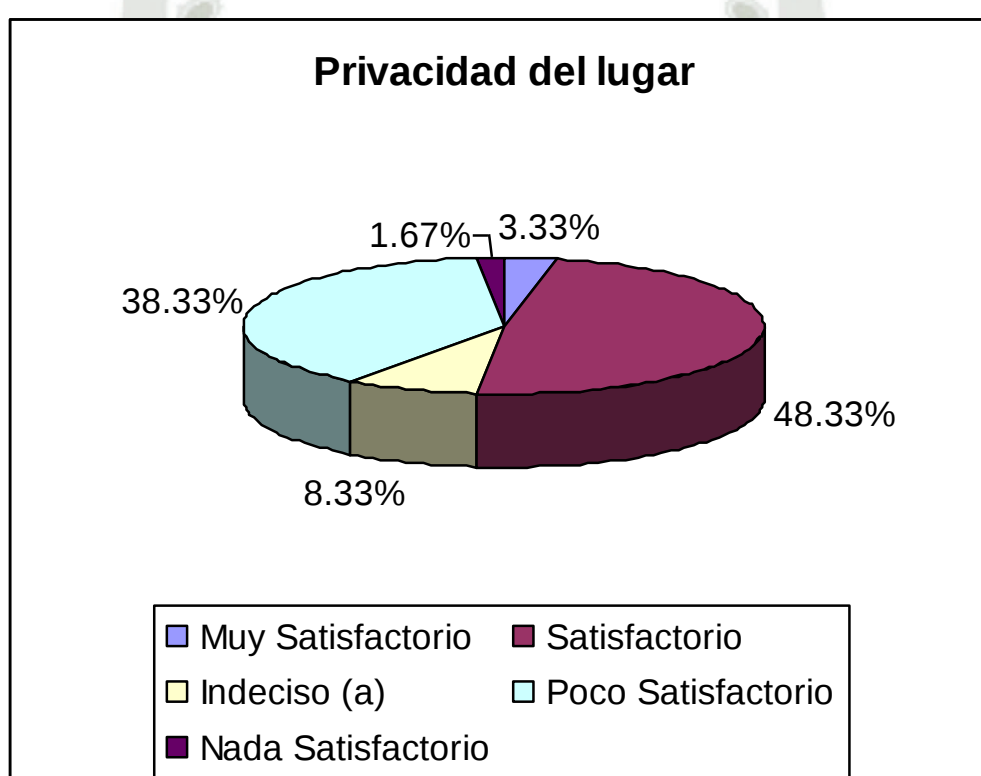
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Podemos observar que las apreciaciones de los entrevistados se encuentran divididas con respecto a la privacidad del lugar donde se recibe información, un 48.33% precisan que es satisfactorio el lugar, un 38.33% opinan que es poco satisfactorio, un 8.33% es indeciso no le da mucha importancia, un 3.33% opina que es satisfactorio, un 1.67% opina que no es nada satisfactorio el lugar y más aun, no hay privacidad.

El lugar donde recibe información el familiar, en su mayoría no es tomado en cuenta, quizá por la preocupación y ansiedad que viven, su interés es de información inmediata sobre el paciente, pero con el transcurso de los días, van observando que la información se les brinda en un ambiente que no es el adecuado para los fines de la misma, más aun no hay privacidad. Esta función se realiza en el pasadizo de ingreso de la unidad, sin tomar en cuenta el desplazamiento de familiares, personal de salud, limpieza, laboratorio y de otros servicios, encontrándose así un porcentaje del 38% correspondiente al nivel de poco satisfactorio.

GRÁFICO N° 33

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
PRIVACIDAD DEL LUGAR DONDE SE RECIBE INFORMACIÓN



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 34

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
UBICACIÓN DEL LUGAR DONDE SE RECIBE INFORMACIÓN DE LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

	Nivel de satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	1	1	1.67%	1.67%
2	Satisfactorio	20	21	33.33%	35.00%
3	Indeciso (a)	5	26	8.33%	43.33%
4	Poco Satisfactorio	32	58	53.33%	96.67%
5	Nada Satisfactorio	2	60	3.33%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

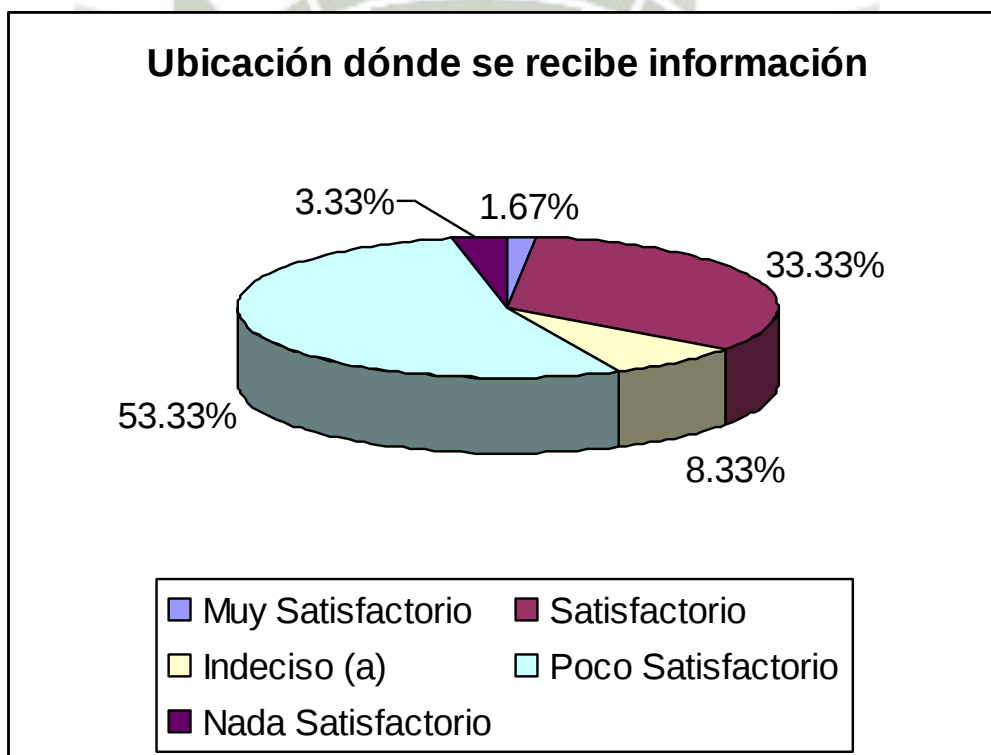
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Las apreciaciones de los entrevistados con respecto del lugar donde se recibe información, opinan mayoritariamente que el lugar es poco satisfactorio correspondiente a un 53.33%, satisfactorio con un 33.33% el grupo indeciso que no le es importante el lugar con un 8.33%, seguido de nada satisfactorio con un 3.33% y un grupo minoritario opina que es muy satisfactorio con 1.67%.

Las opiniones del familiar con respecto al lugar de información, refieren que es poco satisfactorio, en primer lugar porque no existe la estructura física adecuada, esta se realiza en el pasadizo de entrada a la unidad.

GRÁFICO N° 34

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
UBICACIÓN DEL LUGAR DONDE SE RECIBE INFORMACIÓN DE LA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

TABLA N° 35

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
COMODIDAD DE LA SALA DE ESPERA DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS**

	Nivel de Satisfacción	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	0	0	0.00%	0.00%
2	Satisfactorio	3	3	5.00%	5.00%
3	Indeciso (a)	2	5	3.33%	8.33%
4	Poco Satisfactorio	15	20	25.00%	33.33%
5	Nada Satisfactorio	40	60	66.67%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

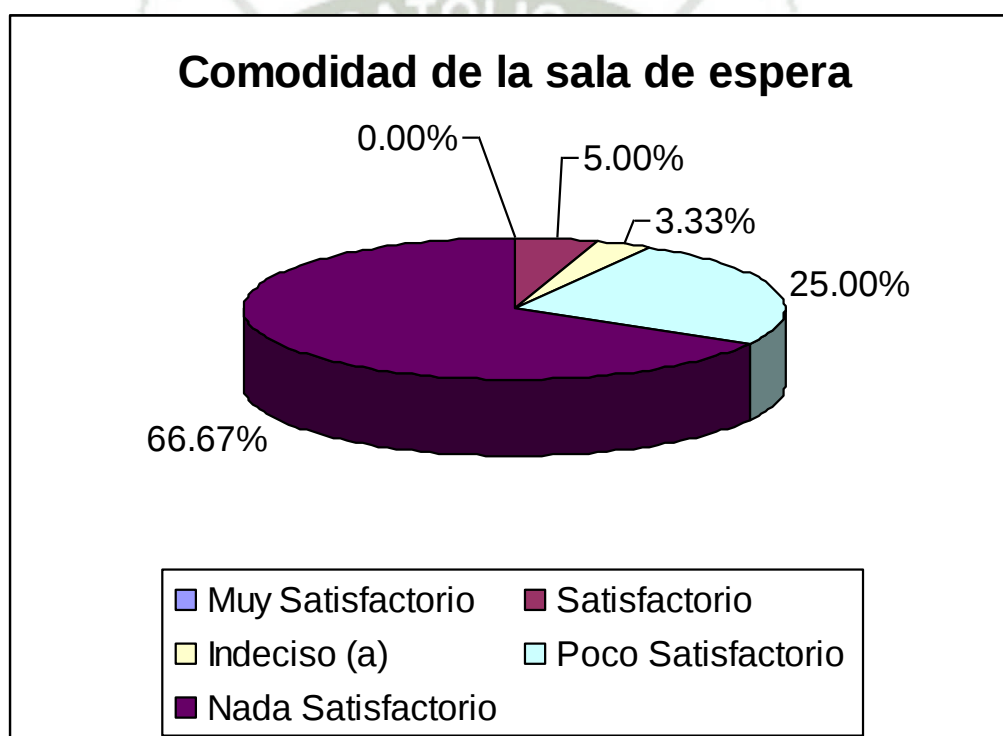
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Podemos observar que el nivel de satisfacción de los entrevistados con respecto a la comodidad de la sala de espera, opinan que es nada satisfactoria con 66.67%, seguido por poco satisfactoria en un 25%, correspondiendo la opinión minoritaria a el nivel de satisfactorio con 5%.

Los familiares entrevistados opinaron, con respecto a la sala de espera de la unidad que se encuentran en el nivel de nada satisfactorio porque el ambiente existe pero no está debidamente implementado para la espera que muchas veces es larga y prolongada, le falta comodidad y confort (sillones, etc.).

GRÁFICO N° 35

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
COMODIDAD DE LA SALA DE ESPERA DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador



3. APRECIACIONES DE LOS FAMILIARES PARA SER ACOMPAÑANTES PERMANENTES

TABLA N° 36

**APRECIACIONES DE LOS FAMILIARES PARA INCREMENTAR
NUEVA MODALIDAD DE VISITA “ACOMPAÑANTE PERMANENTE”
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

	Acompañante de paciente	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Es conveniente	42	42	70.00%	70.00%
2	No es conveniente	18	60	30.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

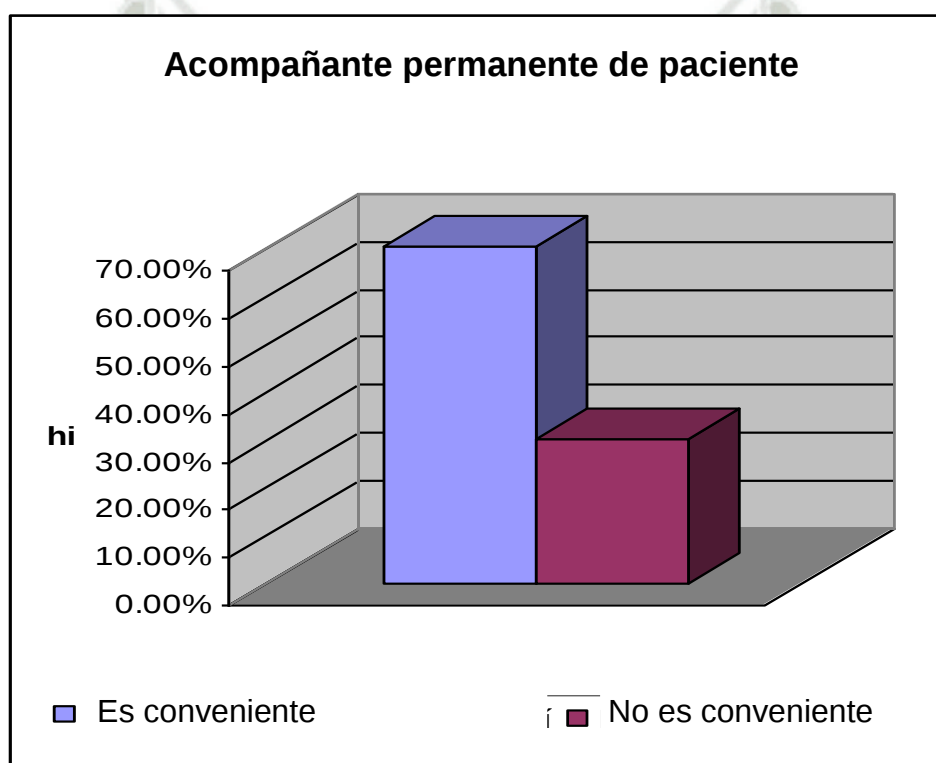
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

Las apreciaciones de los entrevistados se encuentran entre los que opinan, que es conveniente, ser acompañante permanente de su familiar corresponden a un 70% y un 30% piensan que no es conveniente.

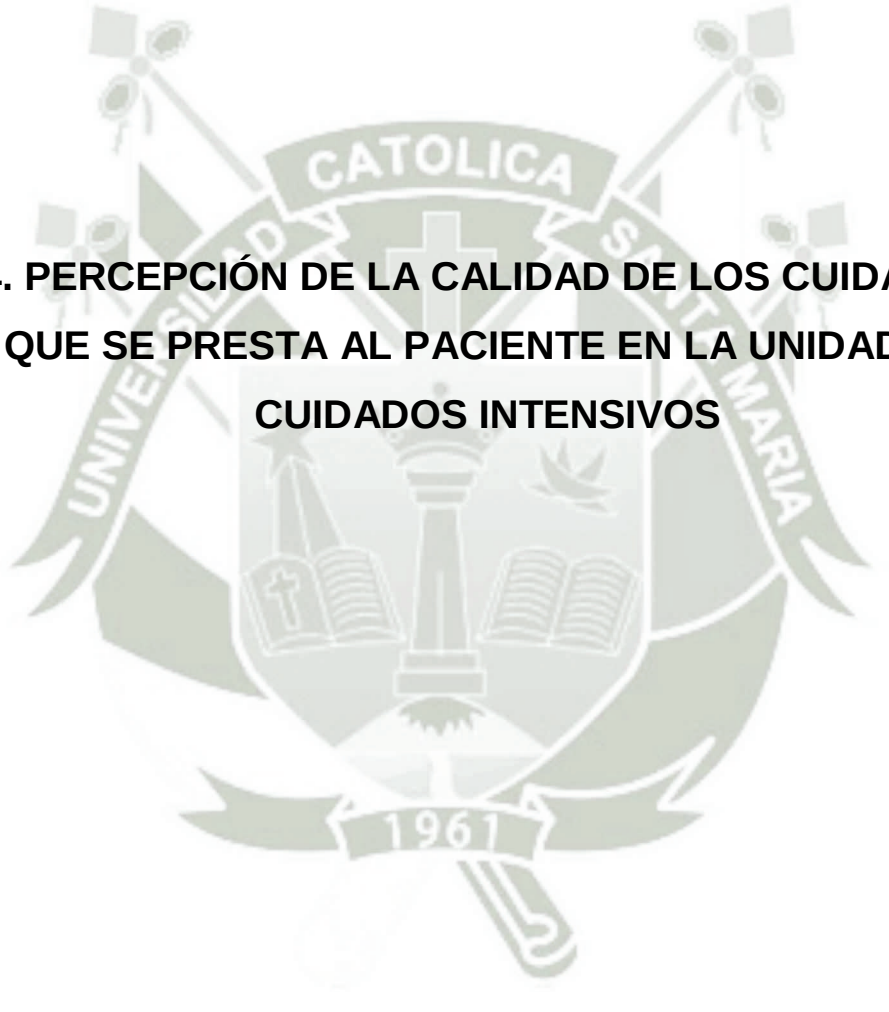
La opinión de los familiares del paciente crítico, con respecto a la modalidad de visita de “Acompañante Permanente”, refieren en su mayoría, que si es “Conveniente”, porque les ayudaría a estar más tiempo con su familiar. Esta modalidad de visita ayudará en su recuperación, haciendo hincapié que no les gustaría interferir en la atención que le brinda el personal de la unidad. Por ello es que se debe buscar un horario adecuado para implementar esta modalidad de visita.

GRÁFICO N° 36

APRECIACIONES DE LOS FAMILIARES PARA INCREMENTAR
NUEVA MODALIDAD DE VISITA “ACOMPAÑANTE PERMANENTE”



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador



4. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS QUE SE PRESTA AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

TABLA N° 37

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS QUE SE
PRESTA AL PACIENTE**

	Percepción de la Calidad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Absoluta Acum.	Frecuencia Relativa	Frecuencia Relativa Acum.
1	Muy Satisfactorio	15	15	25.00%	25.00%
2	Satisfactorio	43	58	71.67%	96.67%
3	Indeciso (a)	2	60	3.33%	100.00%
4	Poco Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
5	Nada Satisfactorio	0	60	0.00%	100.00%
	TOTAL	60		100.00%	

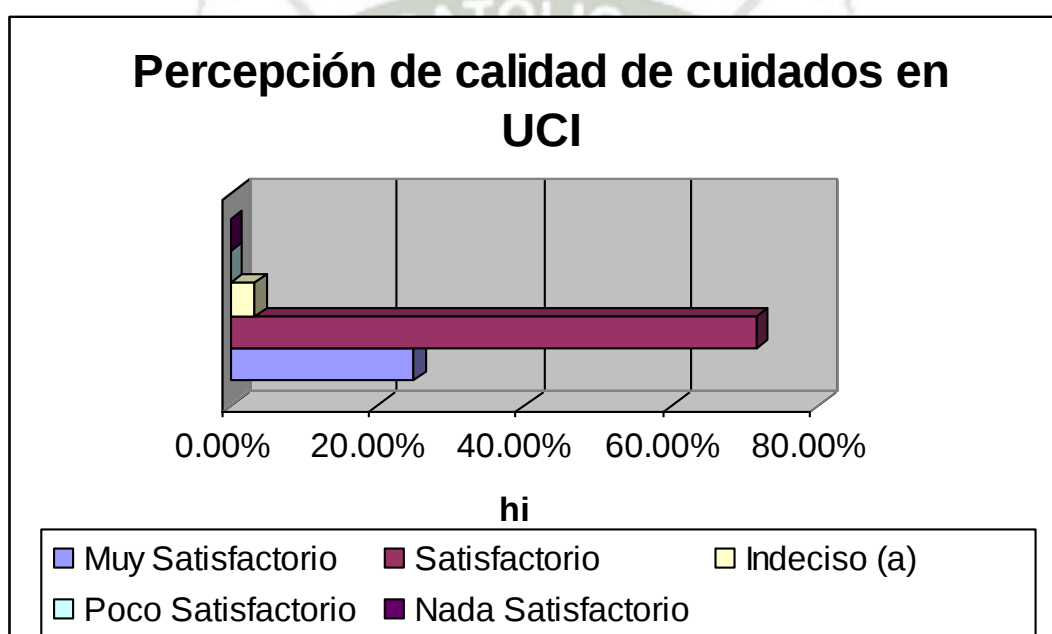
Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador

De manera general la apreciación de la calidad de los cuidados que se prestan a los pacientes, corresponde a un 71.67% para el nivel “satisfactorio” un 25% para el nivel de “muy satisfactorio”.

La calidad de los cuidados prestados por el personal al paciente en la unidad, son especializados, con tecnología de punta e infraestructura adecuada. Los familiares mayoritariamente opinan en lo que corresponden a cuidados brindados al paciente se encuentran en el nivel de satisfactorio y muy satisfactorio llenando sus expectativas sobre todo en el desenvolvimiento profesional se hará todo lo necesario y primordial en recuperar la salud de su paciente.

GRÁFICO N° 37

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL FAMILIAR EN RELACIÓN A LA
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS QUE SE
PRESTA AL PACIENTE



Fuente: Instrumento entrevista aplicado por el investigador



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA: Respecto al **“Tipo de Acogida del Familiar”**, el nivel de satisfacción alcanzado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, ESSALUD, Arequipa corresponde a **“Satisfactorio”**.

SEGUNDA: Respecto a la **“Confianza, Sentimiento de Integración y Seguridad”**, hacia el familiar, el nivel de satisfacción alcanzado, en la Unidad de Cuidados Intensivos, del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, ESSALUD Arequipa corresponde a **“Satisfactorio”**

TERCERA: Respecto a la **“Información por el Personal”**, el nivel de satisfacción alcanzando por los familiares del paciente crítico, de la Unidad de Cuidados Intensivos, del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo ESSALUD Arequipa corresponde a **“Satisfactorio”**.

CUARTA: Respecto a la **“Organización de la Visita Familiar”** el nivel de satisfacción alcanzado, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo ESSALUD Arequipa corresponde a **“Satisfactorio”**.

QUINTA: Respecto a la **“Confianza y Accesibilidad al personal”** el nivel de satisfacción alcanzado, por los familiares del paciente crítico, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital

Nacional Carlos Alberto Seguíñ Escobedo ESSALUD Arequipa corresponde a **“Satisfactorio”**.

SEXTA: Respecto a la **“Percepción de la Calidad de los Cuidados”** otorgados por el personal, el nivel de satisfacción de los familiares del paciente crítico, de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguíñ Escobedo ESSALUD Arequipa corresponde a **“Satisfactorio”**.

SÉPTIMA: Respecto a la **“Capacidad de Relación y Comunicación con el Personal”**, el nivel de satisfacción alcanzado, por los familiares del paciente crítico de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguíñ Escobedo ESSALUD Arequipa corresponde a **“Satisfactorio”**.

OCTAVA: Respecto a los **“Factores Estresantes”**, el nivel de satisfacción alcanzado, por los familiares del paciente crítico de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguíñ Escobedo ESSALUD Arequipa corresponde a **“Satisfactorio”**.

NOVENA: Respecto al **“Trato Recibido por el Personal”**, el nivel de satisfacción alcanzado, por los familiares del paciente crítico de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Carlos

Alberto Segúin Escobedo ESSALUD Arequipa corresponde a
“Satisfactorio”.

DÉCIMA: Respecto a las **“Condiciones Medio Ambientales de la Sala de Espera y Sala de Información”**, el nivel de satisfacción alcanzado, por los familiares del paciente crítico de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo ESSALUD Arequipa corresponde a **“Poco Satisfactorio”**.

CONCLUIMOS:

Respecto a la investigación **“Satisfacción del Familiar Sobre el Trato al Paciente Crítico en el Servicio de Cuidados intensivos del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo ESSALUD Arequipa – 2008”**, el nivel de satisfacción alcanzado por los familiares es **“Satisfactorio”**, para sus necesidades primordiales en calidad de visita, pero en lo que corresponde a condiciones medio ambientales de sala de espera y sala de información, es **“Poco Satisfactorio”**



RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Hacer llegar las conclusiones y propuestas de intervención del estudio de investigación ejecutado en el Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos, a las autoridades del HN – CASE – ESSALUD para mejorar la atención de usuario externo en este caso sería el visitante del paciente crítico.
- SEGUNDA:** Coordinar con el Comité de Atención al Usuario Externo, para realizar la exposición del estudio de investigación, realizado en Unidad de Cuidados Intensivos, a el personal que se encuentra laborando actualmente en dicho servicio. Así alcanzar las conclusiones y propuestas de intervención para dar una mejor atención al familiar del paciente crítico.
- TERCERA:** Concientizar al equipo de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos en las debilidades en el trato al familiar del paciente crítico para potenciar una actitud positiva, con la finalidad de asegurar una atención con calidad, calidez y excelencia.
- CUARTA:** Coordinar con las autoridades del HN – CASE – ESSALUD para comunicarles la insatisfacción que les causa a los familiares, el que no exista una sala de espera, con las condiciones mínimas para poder visitar a su paciente, con la finalidad de su pronta implementación, en beneficio de dar comodidad al usuario externo.



PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN N° 1

1. **Se propone un programa de “alfabetización emocional” para el personal que participa en el proceso y su intervención con los familiares.**

Uno de los factores más relevantes a considerar en el complejo campo de la relación médico – paciente (RMP) es el estado afectivo de sus participantes (miembros del equipo, pacientes y familiares), y el modelo para valorar sus implicaciones humanísticas es precisamente la relación establecida cuando se atienden pacientes con riesgo de muerte, es decir, la relación con el paciente grave y su acompañante.

OBJETIVO:

- Contribuir a que cada vez sea menor el número de trabajadores de la salud que tengan dificultades para situarse en lugar de los familiares con quienes se relacionan, y así cada vez irá desapareciendo el número minoritario de los familiares insatisfechos.

Actividades para el mejoramiento del trato al familiar del paciente crítico:

- Involucrarse en el drama humano, médico – paciente – familiar, con el objeto de satisfacer necesidades, no sólo del paciente, sino del familiar.
- Conducir la tensión que origina el comunicar el pronóstico de una afección mortal.
- Tener mayor tolerancia para recibir manifestaciones de hostilidad familiar, porque la mayoría de veces, el médico considera que esta relacionándose con una persona sana, sin recordar su estado afectivo.
- Los profesionales y técnicos de la salud deben enfatizar su preocupación por la profesión humanística del personal, que

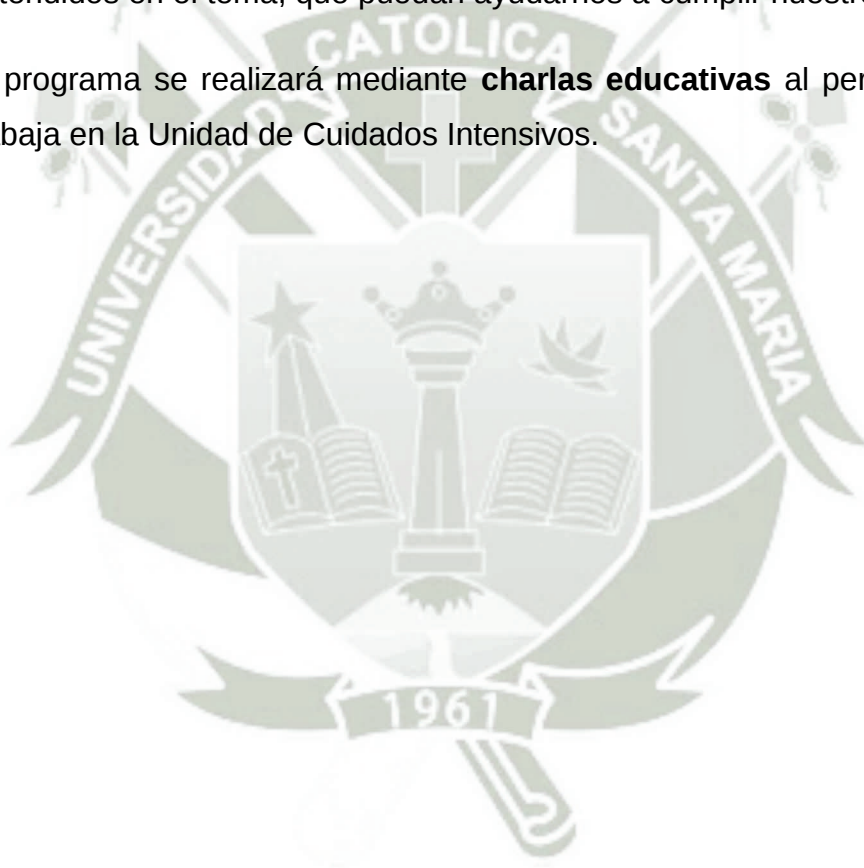
generalmente desconoce el alto significado de sus potencialidades interpersonales en los servicios de salud.

- Concientizar que se trata de una de las situaciones asistenciales en que más trascendentes resulta recurrir a la vocación médica, presente con diferentes matices en todos los trabajadores de salud.

Profesionales para realizar el programa:

Se coordinará y solicitará a las autoridades del HNCASE, mediante el Jefe de Servicio, para que se planifique reuniones con profesionales entendidos en el tema, que puedan ayudarnos a cumplir nuestro objetivo.

El programa se realizará mediante **charlas educativas** al personal que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos.



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN N° 2

2. Implementar el programa de Visita Familiar “Acompañante Permanente”.

Un grupo de familiares del paciente crítico, piensan que los horarios de visita corresponden aún periodo de tiempo muy corto, poco flexible y esto les crea ansiedad y preocupación. Deseando ser partícipes activos y no simples observadores en la atención de su paciente.

La política restrictiva de visitas en las Unidades de Cuidados Intensivos desalienta al familiar lo relega en el papel de un mero observador. Estas políticas se han mantenido a lo largo del tiempo sin considerar si tienen algún éxito realmente.

Las opiniones de los familiares entrevistados en su mayoría, están de acuerdo en que se implemente la modalidad **de visita “acompañante permanente”** creándose una mínima controversia con el grupo que no esta a favor de una mayor implicación de la familia en los cuidados del paciente. El pensamiento de este grupo es que su permanencia por un periodo mayor al de la visita protocolizada en Unidad de Cuidados Intensivos, generaría en su paciente mas problemas de salud, interrumpiría el trabajo del equipo de salud.

OBJETIVO:

- Mejorar la relación afectiva y de comprensión de los factores socio familiares del enfermo, como estabilidad emocional, además brindar el suficiente apoyo psicológico para contribuir a su recuperación.

Actividades para implementar el programa de acompañante permanente:

- Se realizará en el turno correspondiente a la tarde; para iniciar este programa de acompañante permanente en la Unidad de Cuidados Intensivos, se otorgará al familiar el horario de 15 hs. a 18 hs, eso quiere decir un periodo diario de tres horas diarias. Este horario es el más factible porque el equipo de salud en este periodo ya ha realizado las actividades más importantes del plan de cuidados programado para el paciente crítico.
- Aplicar y estimular el programa de Acompañante Permanente, explicando al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos, la importancia del mismo, y así evitar su negación a dicha implementación.
- Formar una comisión que evalúe periódicamente el cumplimiento del programa de **“acompañante permanente”**, analizando las ventajas y las desventajas para fortalecerlo.
- Implementar normas para la ejecución del programa **“acompañante permanente”**.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN N° 3

3. Implementar un nuevo “protocolo de información” para el familiar del paciente crítico.

Se ofrecerán cinco tipos de información a los familiares de nuestros pacientes:

- Información inicial o de ingreso.
- Información de la evolución.
- Información a demanda.
- Información en situaciones especiales.
- Información al alta.

Información inicial o de ingreso

Es el primer contacto con los familiares, se realiza una vez ingresado y atendidas las necesidades del paciente. Se intentará crear una situación de empatía que favorezca el proceso de comunicación. Dicha información se dará de forma oral y escrita. Se adjuntarán las tarjetas de visitas específicas de la Unidad y se comenzará con el protocolo de ingreso.

Información de evolución

Es la información que se da durante los contactos repetidos con los familiares a lo largo de la estancia del paciente en la Unidad.

Los objetivos de dicha información son:

- Información sobre el grado de satisfacción de las necesidades básicas del paciente y sus auto cuidados.
- Fomentar la participación de la familia en el plan de cuidados.

- El contenido de dicha información será la respuesta global del paciente ante su situación. Dicha información será estructurada conforme a la satisfacción de las necesidades básicas.

Información a demanda

Esta información es la que se ofrece a los familiares en el momento de la visita, es llevada a cabo por la enfermera responsable del paciente a petición del familiar, requiriendo entre otras cosas, solventar dudas sobre la información médica, explicaciones sobre el entorno tecnológico que envuelve al paciente y evolución en general.

Información en situaciones especiales

Esta información es ofrecida por la enfermera responsable del paciente en ese momento y versa sobre traslados del paciente fuera de la Unidad, situaciones de desorientación temporo – espacial, cambios en la imagen del paciente.

Información al alta

Previo al traslado la enfermera responsable del paciente, avisará a la familia y les comunicará el alta así como otras recomendaciones precisas sobre sus cuidados.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN N° 4

4. Implementar la infraestructura de la sala de espera.

Implementar la infraestructura de la sala donde se brinda información.

OBJETIVO:

- Brindar al familiar del paciente crítico un ambiente acogedor, cómodo, privado y con medidas medio ambientales psicológicas adecuadas que ayuden a superar el estrés y la preocupación por su paciente enfermo.

Actividades para realizar la propuesta de infraestructura:

- Hacerle llegar por escrito al jefe de servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos, la insatisfacción de los familiares entrevistados del paciente crítico, para que coordine con las autoridades pertinentes para una implementación de infraestructura, mobiliario y sistemas de distracción, mientras esperan visitar a su familiar o recibir información.



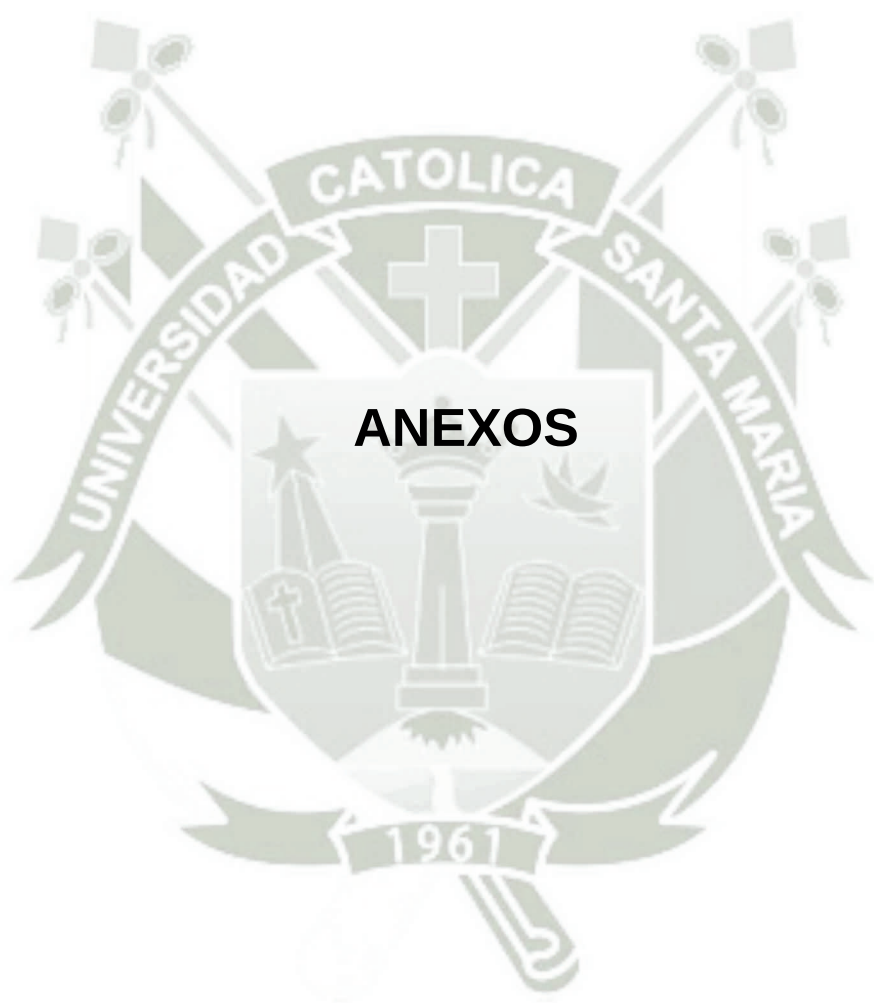
BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernat i Bernat, R; López Ruiz, J; Fonseca Reselló, J. Vivencias de los familiares del enfermo ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica* 2000 ene-feb 10(1): 19-28.
2. Campbell T. Feelings of oncology patients about being nursed in protective isolation as a consequence of cancer chemotherapy treatment. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30 (2): 439 – 447.
3. Chalfour, J La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanística. Barcelona SG. Editores 1993 336.
4. Chesla CA. Reconciling technologic and family care in Critical – Care nursing. *The journal of nursing scholarship* 1996; 28(3): 199 – 203.
5. Comisión multidisciplinaria del Hospital General San Juan de Dios, Guatemala: Propuesta de Reglamento para la visita permanente, 1980.
6. Díaz Chicano, JF; Castañón, Baquero R. Cuidados a familiares de pacientes críticos. *Enfermería científica*, 1997, 184-185; 26-30.
7. Durán MA. El tiempo y la economía española ICE 1991; 695: 9 – 48.
8. García Aguilar, JF Comunicación e información a los familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería Clínica*, 1995; 5(3): 99-104.
9. García A. ¿Cómo ven la UCI los familiares de pacientes? *REMI* 2004; 4(7): 762.
10. Gelling L. The role of hope for relatives of critically ill patients: a review of the literatura. *Nurs Stand* 1999; 14 (1): 33 – 38.

11. Gonzáles I. Atención psicológica al acompañante en unidades de cuidados intensivos. Rev Hosp. Hab. 1990; 31 (1) 107 – 12.
12. Jamerson P, et al. The experiences of families with a relative in the Intensive Care Unit. Heart and Lung 1996; 25 (6): 467 – 474.
13. Jenkins C, David P. While there's hope there's life. Psychosom Med 1996; 58 (2): 122 – 124.
14. Jonson, d. Measuring the ability to meet family needs, in an intensive care unit. Crit care med. 1998; feb 26(2): 226-71, 206-7.
15. López, F; Berlanga, S; Herrera, M y cols. Información a la familia como parte de los cuidados, Sesiones para la Salud. 1991; oct. 1: 4-7.
16. López, F y cols. Papel de la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Información, presencia humana y participación en los cuidados. Huelva: XIV Congreso SAMIUC. 1992.
17. Marín B. Los familiares: un elemento más del equipo terapéutico. Notas de Enfermería 1991; 1: 521 – 525.
18. Molter, NC; Leske, JS. Care family needs inventory (CCFNI), Wilwaukee: Leske JS editors, 1991.
19. Morales JM. Enfermera y entorno: influencia en el estrés del paciente crítico. Med Intensiva 1998; 22: 207 – 211.
20. Olaechea P. Normas de visita a familiares de ¿Debemos disminuir las restricciones? REMI 2003; 549.
21. Rodríguez, MC; Rodríguez, F; Roncero, A; Morgado, MI; Flores, LJ; Cortés, G; Aparcero, M; Almeida, C. Implicación Familiar en los cuidados del paciente crítico (2003). Enfermería Intensiva, 2003 jul-sep; 14 (3): 96-108.

22. Russell S. An exploratory study of patients' perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29 (4): 783 – 791.
23. Serret B, Smith V Von, Crespo L. El médico ante la enfermedad mortal, el moribundo y su familia. Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas; 1993.
24. Singer P, Martin D y Kelner M. Quality end – of – life care. Patients perspectives. *JAMA* 1999; 281 (2): 163 – 168.
25. Swigart V, et al. Letting go: family willingness to forgo life support. *Heart and Lung* 1996; 25 (6): 483 – 494.
26. Taylor P. Comprehensive nursing case management: an advanced practice model. *Nurs Case Management* 1999; 4 (1): 2 – 13.
27. Torres L; Morales Asencio, JM. Participación familiar en los cuidados del paciente crítico: recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempos Vitales*, 2004; 4 (1) 18-25.
28. Úbeda I, Roca M, García L. Presente y futuro de los cuidados informales. *Enfermería Clínica* 1998; 8 (3): 116 – 121.
29. Velasco Bueno, JM. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Tempos Vitales* 2002 2(3): 64.
30. Velasco JM. Visita de familiares en UCI: ¿cambiar normas o de cultura? (editorial). *REMI* 2003; 3(2): E2.



ANEXO N° 01

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

I. PREÁMBULO

La hospitalización de un familiar en cuidados intensivos UCI sucede generalmente de forma aguda y repentina, teniendo poco tiempo para adaptarse.

Frente a esta situación estresante de los familiares pueden sentirse desorganizados, desesperados y con dificultades para movilizarse, emergiendo diferentes tipos de necesidades.

La familia es un grupo cuyos miembros se interrelacionan, está sujeto a la influencia del entorno y por tanto la hospitalización de uno de ellos crea situación de crisis.

Las unidades de cuidados intensivos, por lo general son espacios cerrados y regulados por los profesionales, en particular las enfermeras. Esto significa que “los de dentro” (paciente profesionales de salud) mantienen poco contacto (físico, emocional y de comunicación) con los “de fuera” (familiarizares allegados de los pacientes) y que estos no tienen facilidad para acceder al interior de la unidad. La relación se restringe a los horarios de visita y al momento de la información médica.

Nuestra idea de atención de la salud a la población general y en concreto a los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos se aproxima a las definiciones propuestas por diferentes autores como King que contemplan a la persona de manera global e incluyen en el cuidar los componentes culturales, tanto personales como del entorno.

En nuestra unidad de cuidados, intensivos no existe un plan de atención a la familia en forma conjunta y coordinada por los profesionales de salud que laboran en dicha unidad.

El médico de UCI da información a familiares todos los días a las 11:00 a.m. estableciéndose una relación superficial y basada en la evolución clínica del paciente crítico y con la enfermera es solo de orientación de normas para la visita como lavado de manos, uso de mandilón y las restricciones en el número de familiares que deben ingresar y el tiempo que deben quedarse junto al paciente. Los profesionales de esta unidad más nos dedicamos a los aspectos clínicos, laboratoriales y del tratamiento de los pacientes para su recuperación, y en el caso particular de las enfermeras dan atención integral a sus pacientes designados, sintiendo muchas veces el apremio del tiempo por culminar con su plan de cuidados de enfermería, exigiéndole al familiar que su visita sea muy breve para poder continuar con sus actividades o simplemente no se da pase a la visita, creando malestar en el familiar, que muchas veces busca una palabra de aliento o quizá un apoyo emocional para los momentos difíciles que les toca vivir por la gravedad de sus familia que muchas veces esta en peligro de muerte.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Enunciado del Problema

Satisfacción familiar sobre el trato al paciente crítico en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Sur Carlos Alberto Seguin Escobedo – ESSALUD, Arequipa 2007.

Descripción del problema

a) Área del conocimiento

El problema de investigación se ubica en el área general de las Ciencias de la salud en el área específica de la Gerencia en Servicios de salud, en la especialidad Gerencia de calidad.

b) Operacionalización y descripción de variables.

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
Satisfacción familiar sobre el trato al paciente crítico.	Satisfacción sobre el tipo de acogida al familiar.	Tipo de Acogida.
	Satisfacción sobre la confianza, sentimiento de integración y seguridad hacia el familiar.	- Respeto. - Tiempo de demora en comunicarse al ingreso. - Confianza que inspira el personal. - Parecer del familiar en implementación de UCI.
	Satisfacción sobre el nivel de información por el personal.	- Información del paciente por el equipo de salud: Ingreso. Mejora el conocimiento de la enfermedad. Corresponde a la condición del paciente. Hay confianza para expresar dudas. Fuera del horario establecido. - Accesibilidad del equipo de salud - Accesibilidad del equipo de salud según función. - Lenguaje utilizado.
	Satisfacción sobre la organización de la visita familiar.	- Duración de la visita. - Ambiente. - Normas de visita. - Relación con personal.
	Satisfacción sobre el nivel de confianza y accesibilidad por el personal UCI.	Confianza y accesibilidad del personal.
	Satisfacción sobre la percepción de la calidad de cuidados por el familiar.	- Muy satisfactorio - Satisfactorio - Indeciso - Poco satisfactorio - Nada satisfactorio
	Satisfacción sobre la capacidad de relación y comunicación con el personal UCI.	- Accesibilidad. - Confianza. - Seguridad.
	Satisfacción sobre los factores estresantes de familiares.	- Tiempo de espera para una explicación previa. - Según trato recibido superó la ansiedad.
	Satisfacción sobre el trato recibido por el personal UCI.	Trato recibido.
Satisfacción grado de cumplimiento de expectativas del usuario de recibir una atención de salud con oportunidad y un trato amable e igualitario, de sentirse acogido.	Satisfacción sobre las condiciones medios ambientales de sala de espera y sala de información.	- Privacidad. - Ubicación. - Comodidad.

Interrogantes:

- ¿Existe satisfacción del familiar en la acogida al ingreso del paciente crítico?
- ¿Existe satisfacción del familiar en la confianza, seguridad y sentimiento de integración que ofrece el personal?
- ¿Existe satisfacción del familiar, con respecto al nivel de información ofrecida por el personal?
- ¿Existe satisfacción del familiar del paciente crítico con respecto a la organización de la visita?
- ¿Existe satisfacción del familiar del paciente crítico sobre el nivel de confianza y accesibilidad al personal?
- ¿Existe satisfacción del familiar del paciente crítico sobre la percepción de la calidad de los cuidados?
- ¿Existe satisfacción del familiar del paciente crítico en cuanto a la relación y comunicación con el personal?
- ¿Existe satisfacción del familiar del paciente crítico sobre los factores estresantes que origina la estadía del paciente crítico?
- ¿Existe satisfacción del familiar del paciente crítico sobre el trato recibido por el personal?
- ¿Existe satisfacción del familiar, en cuanto a la existencia de una sala de espera de información adecuada?

c) Tipo de problema: Problema de campo

d) Nivel de Investigación: Problema descriptivo.

Justificación del problema

a) Relevancia humana

El problema de estudio “Satisfacción Familiar sobre el trato al paciente crítico en el servicio de Cuidados Intensivos del

Hospital Nacional del Sur Carlos Alberto Segúin Escobedo – ESSALUD – Arequipa 2007, es muy importante su investigación porque no existe un Plan de atención al familiar del paciente crítico del servicio de Cuidados Intensivos porque siempre se ha priorizado y centralizado la atención del paciente enfocado a su gravedad, dejando secundariamente al familiar que espere fuera de las unidades, sin comprender nada de lo que ocurre dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos, lo que se desea es implantar un Plan de atención al familiar para cubrir sus necesidades, que se presenten en este periodo difícil que le toca vivir con situaciones de preocupación, angustia, mientras que su paciente se debate entre la vida y la muerte por su gravedad.

b) Relevancia contemporánea

Actualmente es prioritario tener informado al familiar del paciente crítico sobre su evolución clínica para satisfacción de su entorno, pero esta responsabilidad no solo y exclusivamente debe ser dada por el Médico, sino aunado a la Enfermera que es lo que pasa el mayor tiempo con el paciente y prioriza su Plan de Cuidados de Enfermería en todas las esferas del paciente Biosicosocial espiritual y puede dar alcances a la familia del comportamiento de su paciente frente a su enfermedad, que esferas debe mejorar la familia cuando lo visite para darle calidad de vida y esperanza. Sería importante romper el paradigma que el médico solo debe ser un ente informante y la enfermera un ente pasivo que indica horario de visita y normas.

c) Interés Institucional

El sistema de gestión de la satisfacción como indicador de calidad en salud, es de vital importancia porque este indicador

es valorativo para el actuar profesional del personal de Cuidados Intensivos porque realmente analizaremos, si nos ocupamos de las necesidades del familiar del paciente crítico y si no lo hacemos, es hora de poner en acción un Plan de atención al familiar del paciente crítico, que vive horas de angustia fuera de la unidad, es importante revertir este sentimiento de preocupación y angustia, en satisfacción por la atención que se le brinda a su paciente y la información brindada al respecto de éste. Solo así estaremos cumpliendo nuestra misión de profesionalidad de la salud servir, al prójimo, dando soporte, confort, información, proximidad y seguridad.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Conceptos y definición de satisfacción como indicador de calidad

Satisfacción: Una breve referencia semiológica nos hace encontrar como definición de satisfacción: “La acción de satisfacer, gusto, placer. Realización del deseo o gusto. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja” (encarta 97). Al ser definida como acción de satisfacer, pudiéramos siendo más exquisitos aún observar que significa satisfacer “pagar enteramente lo que debe, aquietar, saciar, dar solución, cumplir llenar... gustar, agradar a una persona algo o alguien.

Estar conforme uno con algo o alguien (Encarta 97) evidentemente cuando leemos esta definición nos damos cuenta de lo difícil que resulta satisfacer y sentirse satisfecho.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Bárbara Zas Ros. Revista “La satisfacción de la excelencia en la calidad de los servicios de salud”. La Habana, Cuba

2.1.1 Satisfacción como indicador de calidad

El que la satisfacción sea un indicador de calidad depende de su implementación de las variables fundamentales:

- a) Las complejidades del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales de ellas derivadas. La orientación del comportamiento institucional (el hospital) grupal (los servicios) e individual (el trabajador, el especialista, el técnico, etc.) en la consideración de la satisfacción.
- b) La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar diferentes indicadores de una manera científica, profesional útil.

Complejidad del proceso de satisfacción implica:

- Las variables intra subjetivas del familiar del paciente crítico.
- Las variables intrasubjetivas del prestador de servicios de salud.
- El proceso de interrelación que se produce entre ambos.
- Las condiciones del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital CASE.
- Proceso de interrelación de la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital CASE.

2.1.2 Proceso de Interrelación y las condiciones institucionales

- a) La comunicación como fuente generadora de insatisfacciones.

Puede suceder que se de una información al familiar del paciente sobre lo óptimo o realizar esto

ocasiona que sin darnos cuenta aumenten sus expectativas (por pretender excelentes) y no llega a cumplirse provoca estado de insatisfacción.

- b) La imagen del profesional y la institución a veces el proceso puede ser el resultado de una excesiva propaganda.
- c) El cumplimiento de los indicadores de satisfacción, a veces se disminuye estancia de pacientes críticos que aún no deben salir de Unidad de Cuidados Intensivos, se cae en la trampa de no hacer las cosas como se deben hacer y crea la insatisfacción del familiar del paciente crítico, porque vuelve a regresar a Unidad de Cuidados Intensivos en peores condiciones que las que salió.

2.1.3 Medición del indicador de calidad: satisfacción ¿A quién se evalúa?

En la actualidad, la evaluación de la satisfacción de los pacientes con los servicios que reciben constituyen toda una exigencia, en tanto los rangos de satisfacción del paciente están siendo usados para juzgar la calidad de atención médica. Esto hace que la complejidad del proceso se acreciente. Habría que indagar cuando de satisfacción como indicador de excelencia de la calidad de la atención de una institución de salud se trata, al cliente directo (paciente), al cliente indirecto (familiar), y al personal de asistencia.

2.1.3.1 ¿Qué evaluó?

Es necesario entre todo tener en cuenta de que concepto en satisfacción vamos a partir para la evaluación.

Existen algunas dimensiones:

Se tomará la que va relacionada con nuestro problema que es

- Evaluación de la satisfacción del paciente incluido su interno familiar, tomando como medidas las cualidades personales y accesibilidad de las que brindan los servicios, cualquiera sea la dimensión que indagemos, es necesario tener claro que el resultado como indicador quedaría limitado solo a la dimensión sobre la cual estamos trabajando, por lo que el criterio sería: esta satisfecho el familiar del paciente crítico con respecto a la identificación de sus necesidades. ⁽²⁾

2.1.3.2 ¿Con qué instrumento evaluó?

Realmente toda mi área de trabajo se abre ante esta última pregunta de ¿con qué instrumento evaluó? Lo importante parece ser no los instrumentos que se empleen (observación, entrevistas, encuestas, grupos focales, etc.) Sino la rigurosidad científica con la que sean puestos en práctica cualquiera.

⁽²⁾ A. López LA., Luna del Castillo JD, "Evaluación de la satisfacción en función de los resultados del tratamiento. 1995.

En este mundo de objetividad y subjetividad, en este mundo de dolor y bienestar que son sin duda las instituciones de salud, aspirar a lo excelente no es solo un propósito, sino un derecho de todos los hombres que actuamos en este campo de trabajo:

2.2 Concepto de Unidades de Cuidados Intensivos

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), en general suelen ser lugares en donde la tecnología y la eficiencia práctica predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana.

2.2.1 Concepto de paciente crítico

Se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que pueden comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible:

2.3 Concepto de Familia

La familia es un grupo cuyos miembros se interrelaciona y está sujeto a la influencia del entorno, por tanto la hospitalización de uno de ellos crea una situación de crisis.⁽³⁾

2.3.1 Como afecta la enfermedad al paciente y a su familia

Esta claro que toda enfermedad afecta al paciente, pero también la familia ejerce y tiene un papel principal al respecto. Tal es su responsabilidad que su actitud y su responsabilidad dependerán, en buena medida, la calidad de los cuidados y la calidad de vida del paciente. Por eso, consideramos relevante

⁽³⁾ Díaz J.F. Castañón R. Carrión F, Rodríguez JJ, Ramón M. Cuidados a familiares de pacientes críticos.

Enfermería científica 1997; 184-185-26-30.

⁽⁴⁾ <http://www.sarenet.es/parkinson/familia.htm>

analizar cual debe ser la actitud mas idónea o adecuada a la gravedad de la enfermedad que le toca afrontar.

2.3.2 Aspectos Importantes Cuando un Familiar se Enferma

Cuando un familiar se enferma aquí comienza la odisea para el resto de la familia. Ya nuestro ser querido no es el mismo, que era antes. Tiene cambios en su personalidad, en su conducta y a uno le es difícil aceptar esos cambios; mas tarde cuando se acepta, comienza el dilema de cómo hacerlo... ⁽⁴⁾

Si es el padre, quien hasta ahora ocupada un lugar determinado, debemos ser consientes que ya no va a ser el mismo. Su conducta es tan distinta que nos duele el alma. Sin embargo debemos aprender a tratarle. No olvidemos que el respeto debe seguir. Muchos son los aspectos que la familia debe considerar, ya que la responsabilidad que hasta hoy el tenía ya no la puede asumir en el futuro.

Si es nuestra madre, también aquí se dan cambios y somos nosotros quien “debemos cuidar de ella” y brindarle todo el amor que seguramente recibimos de ella cuando nosotros estuvimos enfermos. Tenemos que seguir respetando a la mujer que ha sido y que es, pero no podemos ya pedirle ni esperar de ella todos los sacrificios que sin duda a hecho con nosotros.⁽⁵⁾

Si es nuestra pareja de toda la vida, el problema es aun más delicado y lo iremos desmenuzando poco a poco.

⁽⁵⁾ Links relacionados Federación de Españolas de Enfermedades raras
http://www.humanizar.es/formación/revista/2005/ene_feb/reportaje_003.html

2.3.3 Actitud ante la enfermedad

Una actitud se define como un sistema de valoraciones previas, de estados psico-emotivos o de tendencias a actuar en pro o en contra con respecto a un objetivo o acto humano. Esto, desde el punto de vista psicológico y ético, conlleva una predisposición a actuar de una determinada manera ante un estímulo dado, es decir, depende de cómo sea la actitud que se tenga en la praxis diaria (tanto positiva como negativa) frente a cualquier adversidad, así será el resultado de nuestros pensamientos acciones respecto a una situación patológica, propia o cercana, que nos toque vivir. En este sentido, tanto la actitud del enfermo, como la de su familia más cercana, será esencial para analizar como asumir la aventura de vivir junto a o con la enfermedad. De igual modo, la actitud de los pacientes y de los miembros más próximos al enfermo, habitualmente los familiares, será también crucial para entender como y de que manera atender mejor las demandas o necesidades de la enfermedad (en general) y de la persona enferma (en particular).

Esta actitud de los paciente y familiares puede tener tres componentes u horizontes de comprensión, es decir, tres dimensiones o formas de acercarse a la responsabilidad de dejarse cuidar (ser cuidado como paciente) y dejarse implicar por el cuidado de otro enfermo (cuidar como cuidador). Estas dimensiones son: la cognoscitiva, la sentimental y la espiritual las tres actúan por lo general, al unísono, aunque son las dos primeras las que mayor fuerza ejercen, al menos en el ámbito de lo cotidiano. La tercera dimensión, el componente espiritual suele tener mas presencia cuanto mas serie la patología o mas próxima esta la vida de la persona enferma.

2.3.4 Termómetros familiares

Los sentidos del amor y del humor son quizás los mejores termómetros que pueden tener para afrontar con realismo y esperanza el transcurrir de la enfermedad y los derroteros buenos o malos de la misma. Pero sin lugar a duda, el termómetro de la dedicación familiar pasa por medir el grado de disponibilidad (dedicación e implicación) que los familiares tienen para con el enfermo.

Esta disponibilidad familiar puede entenderse como la actitud de disposición y dedicación personal para emplear tiempo, amor y unión, haya donde las circunstancias de la enfermedad o los momentos personales que vayan surgiendo junto al enfermo lo requiera. Esta disponibilidad puede ser cosa de un instante, pues hay enfermedades que precisan atención continuada, aunque habitualmente la disponibilidad se manifiesta en tiempo, en el esfuerzo, en la paciencia y en la esperanza.

Estas virtudes éticas encarnan el ideal de dedicación familiar en tanto que representen el grado ético de implicación personal en el cuidado, pueden servirnos como criterios orientadores de la perfección moral que se pueda lograr en la atención de estos pacientes críticos, así pues, tenemos el termómetro de la disponibilidad podemos medir el nivel de tiempo, de esfuerzo, de paciencia y esperanza que los cuidadores tienen para sus familiares enfermos.

2.4 Concepto de Humanización

Este proceso designará a un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la autotransformación y hacia el entendimiento del espíritu

esencial de la vida. La humanización busca, de igual modo, el desarrollo de un sentido de compasión hacia y en función y en unión:⁽⁶⁾

Con el Universo, el Espíritu y la Naturaleza.

- Con otras personas de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global; y
- Con personas que nos sucederán futuro, así como con quienes nos han antecedido.

La humanización es indiscutiblemente un medio trascendental para alentar y encaminar el poder de individuos y grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida.

La humanización puede aplicarse a cualquier aspecto del desempeño humano, tales como:

- parto y nacimiento
- enfermos en etapa terminal
- envejecientes
- impedidos
- salud y enfermedad
- educación
- ambiente
- economía
- política
- cultura y pobreza

2.5 ¿Qué es ansiedad?

La ansiedad es una respuesta frecuente y normal a situaciones nuevas o estresantes. Todos nos hemos sentido

⁽⁶⁾ Declaración de Ceará, Conferencia Internacional sobre la Humanización. Noviembre 2000. Brasil.

preocupados algunas veces en la vida diaria. Por ejemplo, algunos se sienten nervios y con ansiedad antes de la entrevista para un nuevo trabajo, antes de hablar ante un grupo, o cuando están preocupados a alguien a quien aman. Aquí están algunas formas diferentes como la gente siente ansiedad.⁽⁷⁾

- Nerviosismo.
- Tensión.
- Sensación de pánico.
- Temor.
- Sensación de que algo malo va a ocurrir.
- Sensación de “estar perdiendo el control”.

Cuando usted tiene ansiedad también puede presentar síntomas físicos como:

- Malestar en el estómago.
- Sensación de tirantez en el estómago.
- Temblor o sacudidas.
- Dificultad para respirar pulso rápido.
- Calor o enrojecimiento en la cara.

Algunas veces estas sensaciones van y vienen rápidamente, otras veces duran mucho tiempo.

La tensión puede ayudar a la gente a hacer algo bien. Por ejemplo muchos actores dicen que sienten “Un nudo o nervios en el estómago”, o momentos de tensión antes de actuar, algunas veces de hecho, las personas gozan las sensaciones

⁽⁷⁾ <http://www.sarenet.es/parkinson/familia.htm> (Pág.. 6)

de ansiedad, como cuando están viendo una carrera de caballos o dan una vuelta en la montaña rusa.

Sin embargo, cuando estas sensaciones son demasiados fuertes y contiene pensamientos de temor no permite realizar las actividades de la vida diaria. Cuando duran mucho tiempo, pueden impedir que la gente haga las cosas que son importantes para ellos.

Es entonces cuando la gente necesita a aprender a manejar mejor la ansiedad.

En estos casos la ansiedad puede surgir tanto en el campo del familiar como en el paciente.

Y frecuentemente pueden contagiarse uno del otro los sentimientos tanto de ansiedad como de depresión.

La ansiedad puede ser causada por:

- Preocupación por los procedimientos médicos.
- Temor hacer una carga para la familia y los amigos.
- Dolor e incomodidad.
- Temor a empeorar.

2.6 Ingreso del paciente crítico a la UCI y la familia

El ingreso del paciente en una UCI, somete a los miembros de la familia, a una situación difícil FAMILIA Y PACIENTE, separados físicamente de su medio habitual y del apoyo afectivo, sufren y están angustiados, si se considera la familia como un núcleo en donde cada miembro que lo integra se interrelaciona, la hospitalización de uno de ellos origina una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus componentes.

El paciente y su familia se encuentran en situación de desesperanza, soledad e impotencia, angustiados por el miedo al futuro y al dolor.

2.6.1 Relación de personal asistencial con el familiar del paciente crítico

El personal de enfermería tiene un papel relevante para aclarar dudas, aconsejar, a los miembros de la familia, respeto a la actitud que deben adoptar con el enfermo y animarles a superar los miedos, para poder prestar una estrecha colaboración en los cuidados de aquel. Para el paciente, la participación de la familia en estas actividades, supone en la mayoría de las ocasiones, un alivio de su angustia, sentimientos de impotencia, frustración y ansiedad.

El ambiente hostil de las UCIS, repleto de estímulos nocivos, y el hecho de no considerar a la familia como un componente importante del entorno del paciente que generan temor y ansiedad y se manifiestan en reacciones de agresividad. Esta situación de la gravedad de su paciente hace que sus sentimientos se vean exacerbados por el alto grado de complejidad técnica que los rodea y la falta de comunicación con el personal asistencia.

Concienciarse de la repercusión psicológica que supone esta problemática obliga a los profesionales de la salud, principalmente a la enfermera, a plantearse un enfoque integral de cuidados del enfermo, asimismo incluye, en el asumir integrarse y compartir tareas relacionadas con el paciente.

2.7 El Cuidador Informal en Cuidados Críticos (Familiar, acompañante permanente)

La realidad de la atención prestada los familiares y amigos se va abriendo paulatinamente paso en nuestra sociedad pero no tanto en el ámbito de los cuidados críticos donde parece que la tecnología y la agresividad son marca de clave.

“Bueno, tienen que ir despidiéndose, la visita a terminado gracias”. Esta formula u otras muy parecidas se emplean en las UCIS. Cuando por fin el último visitante abandona el módulo de atención, mirando tristemente hacia atrás, muchos profesionales sentimos que hemos dejado escapar algo importante, casi podemos escuchar como el cierre de la puerta cercena un nebuloso pensamiento que comenzaba poco a poco a materializarse. Después de la rutina, y la frecuente triste realidad actúan como amnésico bálsamo.

El triángulo familia (cuidador informal)/ paciente/profesionales (cuidador formal) nunca se ve sometido a tanto estrés como en las inmediaciones. La gravedad del proceso acontecido y la brusquedad de su instauración hace que el trinomio se fragüe a altas temperaturas. EL miedo, el dolor, la desesperanza tiñen el fondo del cuadro y en numerosas ocasiones los profesionales apenas podemos llegar acercarnos a aquellos que sufren junto a nuestro paciente. Pero cuando la situación se estabiliza, aunque sea mínimamente (los equilibrios son por definición son casi todos precarios) la interacción comienza a producirse aunque durante la visita

de los familiares muchos profesionales tienden a la sublimación.

Numerosos estudios hablan incluso de la desconexión y alejamiento que sienten los familiares de enfermos de estas unidades conforme su estancia se prolonga, incluso posponen cualquier decisión hasta consultarla con el médico, es lo que algunos autores denominan “medicalización parental”. Esta situación es uno de los efectos indeseables del actual modo de atender y de entender el cuidado.

Ya durante los años setenta la atención a la familia y la extensión del concepto de usuario a todas aquellas personas que acceden a una institución sanitaria, ya sea como paciente o como acompañante, empezó a aparecer en las calenturientas reflexiones de algunas enfermeras. Entre estas pioneras destacaremos a Molter y Leske (1979) que diseñaron un cuestionario, Critical Care Family Inventory (CCFNI) que permitía clasificar las experiencias de los familiares y allegados a los enfermos ingresados en las unidades de cuidados críticos, agrupándolas en cuatro categorías primordiales: confusión inicial, búsqueda de información, progreso o evolución y valoración de resultados. A través de este cuestionario se han desarrollado diversos estudios donde han aparecido otras categorías y realidades, destacando entre ellas conceptos como: la esperanza y el afrontamiento.

El enfrentamiento del individuo y sus allegados a un medio tan hostil como el de los cuidados críticos es un fenómeno íntimo poderosamente desorganizador; al caos inicial (ese cambio brusco y desequilibrante) en el que el asesoramiento de los profesionales y su actuación es primordial, siguen

otras etapas donde paulatinamente la esfera próxima al enfermo debe ir retomando parte de su papel. Esto se ha demostrado no sólo beneficioso para la evolución del paciente, sino que contribuye al mantenimiento de la salud del núcleo familiar en unos momentos donde su fuerza es crucial.

2.8 Necesidades del familiar del paciente crítico

La valoración de las necesidades de los familiares es de importancia capital en nuestro entorno, pero nuestras intervenciones no solo deben ir encaminadas a una correcta evaluación de necesidades, deben centrarse en dos dominios: cognitivo, afectivo y conductual. Tal vez una actuación tan ecológica como esta pase a trabajar junto a ellos a la cabecera del enfermo.⁽⁸⁾

Una familia participativa es una familia mas sana, con más herramientas para luchar contra la fatiga, la impotencia y la desesperanza. Un paciente al cuidado de profesionales avezados que cuentan con el apoyo de algún referente personal próximo tiene la esfera de sus necesidades cubiertas de manera INTEGRAL, término casi impronunciable en la actualidad, con los sistemas excluyentes preponderantes. Quien va a orientar a un mejor paciente politraumatizado joven que su madre o su pareja, quien puede hacerlo con mas cariño o proximidad. La realidad que reflejamos quiere parecerse a una pescadilla ictiófaga, una familia con recursos emocionales colabora en el restablecimiento del paciente, de igual la manera la participación de la familia en el cuidado le ayuda adquirir o a mantener sus herramientas contra la defensa contra la adversidad, en definitiva su salud. Y en

⁽⁸⁾ Ricardo Gonzáles Menéndez Rev Cubana Salud Pública 2006; 32(2)

ambos casos la recuperación del paciente tras su paso por nuestras unidades bebe y personales de su grupo.

Nuestra labor es el cuidado y la atención del individuo / familia de manera integral no somos gestores de constantes, ni prolongaciones autodidactas de los sistemas de control, monitorización o tratamiento. Debemos ser capaces de conciliar la técnica con la tensión del enfermo y la interacción con la familia, nuestra profesión nos las exige. Tal vez un cambio de orientación tan solo pueda sobre venir, en algunas ocasiones, con la experiencia de un ingreso propio o de un allegado en este tipo de unidades.

Las necesidades de los familiares son conceptuadas como esenciales y exigidas por ellos. Estas cuando son llenadas alivian o disminuyen la aflicción y la angustia inmediata, mejorando su bienestar.

La gran mayoría de estudios sobre familiares de pacientes en estado crítico se han concentrado en describir la importancia y el grado de satisfacción de sus necesidades.

Existe coincidencia en la valoración que realizan varios investigadores que señalan como necesidades principales de los familiares de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos, aquellas relacionas con la información y la seguridad. Aunque la importancia es sentida por los familiares como necesidad, puede ser más bien un Procedimiento para cubrir determinadas necesidades como la seguridad psicológica.

Habitualmente, concebimos que la información hace referencia exclusivamente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento, por lo que se sostiene que la labor de informar es

una tarea de médicos y no de enfermería. Son frecuentes las referencias de algunos autores y del propio colectivo, al papel relevante de enfermería en cuanto a la atención a familiares por la continua permanencia junto a los pacientes. Dentro de un marco multidisciplinar de atención se hace imprescindible la existencia de una adecuada coordinación de la misma y conocimientos de la información que transmite cada miembro del equipo para mantener uniformidad que no cree mayor incertidumbre.

2.9 Valoración de la atención de enfermería por el familiar del Paciente crítico

Resultó conveniente y necesario realizar una valoración de la atención que prestamos habitualmente como indicador de calidad, satisfacción de los familiares de nuestros pacientes, lo cual además de llevar a la reflexión sobre el problema, podría aportarnos datos de interés acerca de:

- Las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados a UCI.
- La percepción de los familiares acerca de la calidad de los cuidados que prestamos a nuestros pacientes.
- La identificación de los factores relacionados con las necesidades descubiertas

Dicha valoración debe tener en cuenta los factores socio demográficos, tanto del paciente como del familiar, así como del proceso asistencial.⁽⁹⁾

⁽⁹⁾ Bernat MD, Tejdor R. Sanchos J. ¿Cómo valoran y comprenden los familiares la información proporcionada en una unidad de cuidados intensivos? Enferm. Intensiva 2000,11 (1):3-9

2.9.1 Algunas Iniciativas

El papel de la familia de los enfermos ingresados en las unidades de cuidados intensivos es fundamental en el plano emocional, ya que es el único soporte afectivo y el único anexo con el exterior.

Abundante bibliografía respalda esta afirmación, no solo en relación al enfermo ingresado en cuidados intensivos, sino en relación a cualquier persona enferma, hospitalizada o no:

- El apoyo emocional es la razón de ser de innumerables grupos de autogestión y autoayuda de pacientes que padecen trastornos físicos o emocionales crónicos.
- Los programas de hospitalización parcial u hospital de día, contienen como uno de sus objetivos la posibilidad de mantener las relaciones sociales de los enfermos.
- La integración social es el objetivo de buena parte de los programas de prevención para los pacientes críticos.

Existe una abundante evidencia experimental y clínica acerca del estrés con la presencia de miembros familiares medible a nivel fisiológico y psicológico. Diversas investigaciones han demostrado que la reactividad de los pacientes a las manipulaciones médicas es mucho menor cuando el paciente está acompañado de presencias familiares que cuando está solo con el equipo médico. En aquellos hospitales donde se permitía que la familia se quede con el paciente afecto de infarto de miocardio, la recuperación es más completa y más rápida que en aquellos en que se le mantiene aislado, para que no se excite. ⁽¹⁰⁾

⁽¹⁰⁾ Torres Pérez Luís Enfermero. UCI Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. Servicio Andaluz 2002(Pág. 8)

Existe evidencia de que un entorno social estable, sensible, activo y confortable protege a la persona contra las enfermedades, actúa como agente de ayuda, afecta a la rapidez de los servicios de salud acelera la curación. Diversas investigaciones epidemiológicas confirman la correlación positiva entre relaciones sociales y salud.

No conseguimos la fórmula que nos lleve a cumplir el objetivo propuesto porque en un unidad de cuidados intensivos donde la demanda de cuidados del enfermo es ininterrumpida, la familia siempre interfiere en el trabajo de los profesionales.

Hay que convertir la anormalidad “participación de familiares” en la normalidad y para ello podemos operar sobre la estructura de las normas e imponer una nueva política de visitas y acompañamiento.

2.9.2 Influencia de las condiciones medio ambientales de las UCIS del entorno familiar

El ambiente hostil de las UCIS, repleto de estímulos nocivos y el hecho de no considerar a la familia como un componente importante del entorno del paciente generan temor y ansiedad y se manifiestan en reacciones de agresividad. Se debe valorar las condiciones medioambientales: limpieza, iluminación, ruidos, mobiliario, sala de espera, intimidad para satisfacer las necesidades de los familiares a la hora de la visita para que sea agradable a su vista.

Debemos insistir en una sala de espera cómoda y una sala de información adecuada para ambas funciones que reúna

condiciones de tranquilidad, iluminación, lejos de los ambientes del paciente.

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Al hacer la revisión del estudio de investigación en el sistema de Internet, en el ámbito nacional no se encontraron trabajos similares al presente. Sin embargo existen algunos de los cuales vale la pena dar cuenta por la relación que guardan en el tema de estudio.

3.1 MD Pérez Cárdenas; M Rodríguez Gómez; Al Fernández Herranz, M Catalán Gonzáles; JC Montejo Gonzáles.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid – España.

VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Resumen.

Valorar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes de Cuidados Intensivos (UCI), respecto al entorno asistencial y a la información recibida, motivando la reflexión sobre la atención prestada y analizando los procesos susceptibles de mejora.

Diseño: Estudio prospectivo descriptivo durante un periodo de 4 meses. Ámbito UCI polivalente del Hospital 12 de Octubre de Madrid. Pacientes: Pacientes adjuntos ingresados en la UCI y que fueron dados de alta a planta de hospitalización.

3.2 Katia Santana Freitas; Miako Kimura; Karine Azevedo Sao Leao Ferreira.

Hospital Público y Privado. Sao Pablo – Brasil.

NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE HOSPITAL PÚBLICO Y PRIVADO

Resumen:

Se trata de un estudio transversal , con objeto de analizar y comparar las necesidades de los familiares de pacientes adultos internados en UTIs de un hospital público y un privado, respecto al grado de importancia satisfacción. Se les entrevistaron a 91 familiares, 47 de la institución pública y 44 de la privada, utilizándose el Inventario de Necesidades y Estresores de Familiares en Terapia Intensiva (INEFTI). No hubo diferencia significativa entre los grupos en la puntuación total de importancia atribuida a las necesidades ($p=0,410$). El grado de satisfacción fue mayor en el hospital privado con relación al público ($p=0,002$). El análisis de regresión lineal múltiple permitió establecer una jerarquía de importancia y de satisfacción de las necesidades de los familiares de cada grupo. Las diferencias observadas entre los grupos sugieren que el atendimento de sus necesidades requiere intervenciones direccionadas a la especificidad de cada tipo de institución.

3.3 Ma Aurora Rodríguez Borrego, Áurea Gutiérrez Alejandro, Belén Magallanes Vidal

Hospital General Madrid – España.

¿QUÉ SUCEDE CON LA FAMILIA DEL PACIENTE INGRESADO EN NUESTRA UCI?

Resumen:

Estudio exploratorio sobre la situación de la familia de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Con el objetivo de conocer opiniones, sentimientos y expectativas, y en base a ello, aplicar las evidencias disponibles. Encontrando que los familiares, en su mayoría, sufren angustia y depresión, no preocupándoles tanto la carencia de información como el tiempo que esperan para obtenerla.

3.4 Concha Zaforteza, Dense Gastaldo, Pilar Sánchez-Cuenca, Joan E. de Pedro, Pedro Lastra.

Hospitales de la Red Pública de la Isla de Mallorca – Madrid.

RELACIÓN ENTRE ENFERMERAS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y FAMILIARES: INDICIOS PARA EL CAMBIO

Resumen:

Conocer cuáles son las expectativas de futuro que perciben las enfermeras de UCI al respecto de la relación y los cuidados a los familiares. Este artículo es parte de un proyecto más amplio titulado “Factores que influyen en la relación entre enfermeras de UCI con los familiares del paciente crítico”. Es un estudio cualitativo de perspectiva post-estructuralista, realizado en 3 unidades de cuidados intensivos de 3 hospitales de la red pública de la isla de Mallorca. La recogida de datos fue a través de 8 episodios de observación participante y 6 entrevistas semi-estructuradas. Las descripciones de las observaciones y entrevistas transcritas se analizaron a través de su codificación en unidades de significado. El rigor se aseguró mediante la triangulación de fuentes y métodos y por la saturación de las principales categorías de análisis.

3.5 José Manuel Velasco Bueno

Hospital Costa del Sol - Colombia.

DETECCIÓN DE NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Resumen:

Conocer las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI. Conocer la percepción de los familiares acerca de la calidad de los cuidados que prestamos a nuestros pacientes. Identificar los factores relacionados con las necesidades descubiertas.

3.6 Eulalia Oliva Torras, Roser Torrents Ros, M. José Saucedo Fernández

Hospital General de Rioja – Brasil.

IMPACTO DE LOS FAMILIARES DEL PACIENTE CRÍTICO.
ANTE UNA ACOGIDA PROTOCOLIZADA

Resumen:

Conocer el grado de satisfacción y el nivel de información que tienen los familiares tras una acogida protocolizada (incluye la creación de guía informativa). Material y método. Estudio prospectivo observacional y descriptivo de los familiares de los pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos durante un año.

4. OBJETIVOS

- 4.1 Determinar el nivel de satisfacción del familiar en el tipo de acogida del paciente crítico cuando este ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos.

- 4.2 Identificar el nivel de satisfacción del familiar sobre la confianza, sentimiento de integración y seguridad ofrecido por el personal al familiar del paciente crítico.
- 4.3 Determinar el nivel de satisfacción del familiar sobre la información que se ofrece del paciente crítico.
- 4.4 Identificar el nivel de satisfacción del familiar en la organización de la visita al paciente crítico.
- 4.5 Identificar el nivel de satisfacción del familiar, sobre la confianza y accesibilidad al personal de la unidad de cuidados intensivos.
- 4.6 Identificar el nivel de satisfacción sobre la percepción de los cuidados brindados por el personal.
- 4.7 Identificar el nivel de satisfacción del familiar sobre la capacidad de relación y comunicación con el personal.
- 4.8 Identificar el nivel de satisfacción sobre los factores estresantes de los familiares del paciente crítico.
- 4.9 Determinar el nivel de satisfacción del familiar sobre el trato recibido por el personal.
- 4.10 Identificar el nivel de satisfacción del familiar del paciente crítico, sobre las condiciones medio ambientales de sala de espera y sala de información.

5. HIPÓTESIS

No corresponde al proyecto.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos de verificación

1.1 Técnicas

Para la recolección de datos: Se utilizará la técnica de la “ENTREVISTA DIRIGIDA”, estructurada cerrada.

1.2 Instrumento

Es la “CÉDULA DE ENTREVISTA” el mismo que se elabora en forma específica e inédita para el presente estudio.



Estructura del instrumento:

Variable	Indicadores		Técnica e Instrumento	Estructura del Instrumento
Satisfacción familiar sobre el trato al paciente crítico	1	SATISFACCIÓN SOBRE EL TIPO DE ACOGIDA.	Entrevista Y Cédula de Entrevista	1
	2	SATISFACCIÓN SOBRE LA CONFIANZA, SENTIMIENTO DE INTEGRACIÓN Y SEGURIDAD.		2
	3	SATISFACCIÓN SOBRE EL NIVEL DE INFORMACIÓN POR EL PERSONAL UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		3
	4	SATISFACCIÓN SOBRE LA ORGANIZACIÓN DE LA VISITA FAMILIAR.		4
	5	SATISFACCIÓN SOBRE EL NIVEL DE CONFIANZA Y ACCESIBILIDAD POR EL PERSONAL UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		5
	6	SATISFACCIÓN SOBRE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE CUIDADOS		6
	7	SATISFACCIÓN SOBRE LA CAPACIDAD DE RELACIÓN Y COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL.		7
	8	SATISFACCIÓN SOBRE LOS FACTORES ESTRESANTES DE FAMILIARES.		8
	9	SATISFACCIÓN SOBRE EL TRATO RECIBIDO POR EL PERSONAL UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.		9
	10	SATISFACCIÓN SOBRE LAS CONDICIONES MEDIO AMBIENTALES DE SALA DE ESPERA Y SALA DE INFORMACIÓN.		10

a) Entrevista Dirigida

CÉDULA DE ENTREVISTA N°.....

SATISFACCIÓN HUMANO FAMILIAR SOBRE EL TRATO AL PACIENTE CRÍTICO EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL NACIONAL DEL SUR “CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO” ESSALUD AREQUIPA – PERU, 2 008.

Instructivo: La presente está dirigida a aquellos representantes familiares que cumplan los requisitos (Un miembro de cada familia que desempeñe el papel habitual de interlocutor con el equipo asistencial mayor de 18 años y que desee participar en el estudio. En aquellos casos en que no exista ningún familiar directo consideraremos a aquella persona relacionada que visite habitualmente al enfermo.

I. PARENTESCO *Usted es su:*

1. Padre/Madre ()
2. Hija/o ()
3. Hermana/o ()
4. Cónyuge ()
5. Otros.....

II. EDAD: años

III. SEXO:

1. Hombre ()
2. Mujer ()

IV. TIEMPO DE ESTANCIA EN UCI DE SU FAMILIAR

.....

V. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- 1.- Sin estudios ()
- 2.- Primarios ()

3.- Secundarios ()

4.- Superiores ()

VI. SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

1.- Trabaja ()

2.- Estudiante ()

3.- Ama de casa ()

4.- Jubilado ()

5.- Sin empleo ()

6.- Otros.....

VII. ANTECEDENTES DE INGRESO DE ALGÚN FAMILIAR EN OTRA UCI.

1.- Si () 2. No ()

Nº	Enunciado	Muy satisfactorio(a)	Satisfactorio(a)	Indeciso(a)	Poco satisfactorio(a)	Nada satisfactorio(a)
1.	Satisfacción Sobre el Tipo de Acogida					
1.1	En relación a un trato amable por el personal de UCI a su llegada este puede considerarse					
2	Satisfacción Sobre la Confianza Sentimiento de Integración y Seguridad					
2.1	El respeto mostrado a su persona por el personal UCI al momento de su llegada fue					
2.2	El tiempo que el personal demoró en ponerse en contacto con usted al ingreso del paciente puede calificarse como					
2.3	Sobre el nivel de confianza que inspira el equipo de salud para la atención del paciente es					
2.4	La implementación del servicio con los recursos materiales necesarios para la atención del paciente es					
3.	Satisfacción Sobre el Nivel de Información por el Personal de la Unidad de Cuidados Intensivos					
3.1	La información a la llegada de su familiar a la UCI (información sobre los horarios de visitas, sobre el estado de su familiar o allegado, uso de la sala de espera, etc.) es					
3.2	La información que recibe mejora el conocimiento sobre el estado de su familiar o allegado de forma					
3.3	El lenguaje que utiliza el personal UCI para informarle es					
3.4	Cree usted que la información que ha recibido se corresponde con las verdaderas condiciones de su familiar o allegado de manera					
3.5	Durante la información del personal UCI, la confianza para expresar dudas e inquietudes con respecto al estado de su familiar es					
3.6	En relación a la necesidad de recibir información por parte del personal UCI fuera del horario establecido esta fue cubierta de forma.					

Nº	Enunciado	Muy satisfactorio(a)	Satisfactorio(a)	Indeciso(a)	Poco satisfactorio(a)	Nada satisfactorio(a)
3.7	La accesibilidad del personal UCI para darle información puede considerarse					
3.8	Según la función del personal UCI dentro del equipo de salud la información que le dio fue					
4	Satisfacción Sobre la Organización de la Visita Familiar					
4.1	El horario para brindar información en términos razonables le parece					
4.2	Los horarios de visita en un servicio de este tipo son					
4.3	Las normas de visita le parecen					
5	Satisfacción Sobre el Nivel de Confianza y Accesibilidad al Personal de Unidad de Cuidados Intensivos					
5.1	El nivel de confianza y accesibilidad al médico en Unidad de Cuidados Intensivos las considera					
5.2	El nivel de confianza y accesibilidad a la enfermera en Unidad de Cuidados Intensivos las considera					
5.3	El nivel de confianza y accesibilidad al técnico de enfermería en Unidad de Cuidados Intensivos las considera					
6	Satisfacción Sobre la Percepción de la Calidad de Cuidados					
6.1	Según su percepción acerca de la calidad de los cuidados que prestamos a nuestros pacientes esta es					
7	Satisfacción Sobre la Capacidad de Relación y Comunicación con el personal					
7.1	La accesibilidad al médico en Unidad de Cuidados Intensivos le da sentimientos de confianza y seguridad respecto a la atención del paciente de una manera					
7.2	La accesibilidad a la enfermera en Unidad de Cuidados Intensivos le da sentimientos de confianza y seguridad respecto a la atención del paciente de una manera					
7.3	La accesibilidad al técnico de enfermería en Unidad de Cuidados Intensivos le da sentimientos de confianza y seguridad respecto a la atención del paciente de una manera					
8	Satisfacción Sobre los Factores Estresantes de Familiares					
8.1	El tiempo de espera para una explicación previa le ayudaron a superar la crisis de una forma					
8.2	Según el trato recibido pudo superar la ansiedad de la experiencia					
9	Satisfacción Sobre el Trato Recibido por el Personal de Cuidados Intensivos					
9.1	En términos generales, el trato recibido por parte del equipo de salud durante la permanencia en Unidad de Cuidados Intensivos fue					
10	Satisfacción Sobre las Condiciones Medio Ambientales de Sala de Espesa y Sala de Información					
10.1	Respecto a la privacidad del lugar donde recibe información es					
10.2	Respecto a la ubicación del lugar donde recibe información es					
10.3	Respecto a la comodidad de la sala de espera					

VIII. ¿ESTARÍA DE ACUERDO EN SER ACOMPAÑANTE PERMANENTE DE SU FAMILIAR?

Es conveniente ()

No es conveniente ()

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

2. Campo de Verificación

2.1 Ubicación espacial

El estudio se realizará en el ámbito de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo EsSalud, situado en Peral s/n Arequipa Metrópoli.

2.2 Ubicación temporal

La investigación es de carácter coyuntural, el estudio se realizará en los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del HNS – CASE – Essalud - Arequipa, de Octubre del 2007 a Junio del 2008.

2.3 Unidades de Estudio

Las unidades de estudio están constituidas por los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del HNS – CASE – Essalud - Arequipa, que cumplan con los criterios de inclusión y criterios de exclusión, durante el periodo comprendido entre los meses de octubre del 2007 a Junio del 2008.

Para el estudio se considerará un miembro de cada familia que desempeñe el papel habitual de interlocutor con el equipo asistencial mayor de 18 años y que desee participar en el estudio. Si no existiera uniformidad en la designación de esta persona, excluirá del mismo (en aquellos casos en

que no exista ningún familiar directo, consideraremos aquella persona relacionada que visite habitualmente al enfermo).

Criterios de inclusión

1. Ser la persona que desempeñe el papel de interlocutor habitual.
2. Ser mayor de 18 años.
3. En caso de no existir familiar consideramos como sujeto de nuestro estudio, a aquella persona relacionada con el paciente que cumpla igualmente los requisitos anteriores.

Criterios de exclusión

1. Familiares de pacientes que reingresan en el periodo en que se desarrolle el estudio.
2. Familiares de pacientes con estancia inferior a 24 horas.

2.3.1 Universo:

El universo está representado por el familiar del paciente ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos del HNS – CASE – Essalud - Arequipa.

Los últimos años, los pacientes ingresados a Unidad de Cuidados Intensivos son en promedio 10 por mes, siendo alrededor de 120 pacientes por año.

2.3.2 Muestra:

Se ha determinado una muestra de 60 familiares del paciente ingresado a Unidad de Cuidados Intensivos, en un periodo de 6 meses, siendo el número de ingreso en

promedio de 10 pacientes por mes. La muestra es representativa del universo 60 pacientes.

3. Estrategias de Recolección de datos

3.1 Organización

Para efectos de la recolección de datos se coordinará con el Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos y con la Jefa de Enfermeras de dicha unidad.

La duración del estudio en su totalidad esta prevista para 6 meses y la recolección de datos para 2 meses aproximadamente.

3.2 Recursos

a. Potencial humano

Representado por el investigador, apoyado por un grupo de enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos para recolectar los datos durante las entrevistas a los familiares del paciente crítico.

b. Recursos físicos.

Se aprovechará la infraestructura de la Sala de Espera del servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud – Arequipa.

c. Recursos institucionales.

Se pedirá apoyo al HNS CASE – EsSalud – Arequipa.

d. Los recursos para la recolección, tabulación y análisis de datos, son básicamente útiles de escritorio serán

financiados por la persona responsable de la investigación, es decir, la autora de la tesis.

3.3 Validación del Instrumento

Para la validación del instrumento se utilizó el cuestionario de MOLTER y LESKE (1979) realizó un estudio para detectar las necesidades de los familiares de pacientes críticos utilizando el cuestionario. Sobre Necesidades de los Familiares de Pacientes Críticos, Critical Care Family Inventory (CCFNI) que permite clasificar las experiencias de los familiares y allegados a los enfermos ingresados en las unidades de cuidados críticos, agrupándolas en cuatro categorías primordiales: confusión inicial, búsqueda de información, progreso o evolución y valoración de resultados. A través de este cuestionario se han desarrollado diversos estudios donde han aparecido diversas categorías y realidades, como el caso de nuestra investigación, lo hemos adaptado a la necesidad del mismo.

Se validará el instrumento mediante una prueba piloto, se llevará a cabo sobre un número de sujetos (10 familiares) y así se evaluará las técnicas de medida, la aceptabilidad de determinadas exploraciones o preguntas, la precisión y la exactitud del instrumento e incluso la deficiencia de los sistemas de recogida para que esta sea objetiva, válida y confiable.

Para valorar el grado de satisfacción consideramos 10 ítems cuyas respuestas hemos catalogado en la Escala de Likert de 1 a 5 puntos. Es una escala psicométrica comúnmente utilizada en cuestionarios, y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación.

- Nada satisfactorio 1
- Poco satisfactorio 2

- Indeciso 3
- Satisfactorio 4
- Muy satisfactorio 5

Se remarcará la sinceridad de las respuestas emitidas para contribuir al éxito del estudio, será preciso coordinar con los familiares en la hora de la aplicación del instrumento, así como la clarificación de dudas que pudieran surgir. Finalmente se revisará que todos los instrumentos hayan sido respondidos en su totalidad para el control de la validez y confiabilidad.

3.4 Criterio para el manejo de resultados

Una vez recolectados los datos, éstos se sistematizan estadísticamente para el análisis, interpretación y conclusiones finales.

El tratamiento estadístico se realizará con el programa SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales 11.0), mediante estadísticas descriptivas de frecuencias para organizar la información contenida en nuestro estudio, tabla de contingencia para analizar si existe alguna relación de dependencia.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Tiempo Actividades	Oct. 2007				Nov. 2007				Dic. 2007				Enero 2008				Febrero 2008				Marzo 2008			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Recolección de datos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x												
2. Estructuración de resultados													x	x	x	x	x	x	x	x				
3. Informe final.																					x	x	x	x

Fecha: Abril del 2008

Firma: _____



ANEXO N ° 2

PILOTAJE

CONCLUSIONES DE PILOTAJE

La prueba piloto se llevo a cabo sobre un número de sujetos (10 familiares) se evaluó las técnicas de medida, la aceptabilidad de determinadas exploraciones o preguntas, la precisión y la exactitud del instrumento e incluso la deficiencia de los sistemas de recogida.

Mediante esta prueba validamos el instrumento que fue adaptado a las necesidades de la investigación.

El grado de satisfacción de los familiares encuestados, esta comprendido entre los valores de 4 y 5, los cuales corresponden a los niveles de satisfactorio y muy satisfactorio. No existen diferencias evidentes con los datos de filiación y tiempo de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos; tampoco la edad tiene una relación clara con la satisfacción global, ni la relación de parentesco, solo es destacable que las madres o esposas están más satisfechas.

En la pregunta abierta (Nº VIII del cuestionario), la mayoría de los encuestados afirmó estar de acuerdo en que se establezca un programa de acompañante permanente.

No se puede hacer análisis de los factores que asocian a diferentes satisfacciones, debido al pequeño tamaño de la muestra.

Deficiencias encontradas tras el pilotaje.

- Encontramos que algunos entrevistados, no se ciñen a las respuestas reflejadas con la entrevista, para ello hay que hacerles una nueva explicación rigurosa planteándoles las 5 alternativas de respuesta.
- Evitar la relación de dependencia entre las preguntas 5 y 7 de la entrevista, teniendo en cuenta que algunos encuestados han contestado

respecto a la accesibilidad de la enfermera / o, aún no habiendo necesitado recibir información.

- Modificar la carta de presentación de la entrevista, aclarando ciertos aspectos: constancia de los datos de la persona que recibe la entrevista como interlocutora habitual y ceñirse a las respuestas establecidas sin añadir comentarios.





ANEXO N° 3

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

Para la recolección de los datos se utilizó la matriz de sistematización para cada uno de los ítems de la encuesta, para fines de observación como se recolecto los datos en dicha matriz se colocará el modelo, en el que se vació los datos correspondientes a:

- I. Parentesco
- II. Edad
- III. Sexo
- IV. Tiempo de Estancia en UCI de su familiar
- V. Grado de instrucción
- VI. Situación laboral actual
- VII. Experiencia de ingreso de algún familiar en otra Unidad de Cuidados Intensivos.
- VIII. Más los nueve enunciados con sus alternativas para marcar que son:
 - Muy satisfactorio
 - Satisfactorio
 - Indeciso
 - Poco satisfactorio
 - Nada satisfactorio

[illegible][illegible]

MATRIZ EN RELACIÓN A UN TRATO AMABLE POR EL PERSONAL UCI

[illegible]

[illegible][illegible]

ANEXO N° 4

**ASIGNACIÓN DE CATEGORÍAS DE NIVEL
DE SATISFACCIÓN**

ASIGNACIÓN DE CATEGORÍAS	
Muy Satisfactorio	2
Satisfactorio	1
Indeciso (a)	0
Poco Satisfactorio	-1
Nada Satisfactorio	-2