



**UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD CS. DE LA SALUD Y LOS ALIMENTOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**“FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DE LA
SATISFACCIÓN USUARIA EN FAMILIAR DE PACIENTE
HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
PALIATIVOS, HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL-
ESPAÑA.”**

INTEGRANTES:

FUENTES RODRÍGUEZ FELIPE
RIOSECO MELLA MARIA JOSE
ZÚÑIGA QUINTANA CAROLINA

DOCENTE GUÍA:

SRA. GLORIA ARANEDA P.
MAGISTER ENF. M.Q.

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA
CHILLÁN-CHILE
2007**

AGRADECIMIENTOS.

- ❖ A nuestra docente guía, Sra. Gloria Araneda Pagliotti, por la confianza y colaboración permanente en el desarrollo de este estudio.

- ❖ Al Departamento de Relaciones Internacionales de nuestra casa de estudios, por facilitar la realización de este estudio en el extranjero.

- ❖ A la Escuela de Enfermería de la Universidad de Castilla la Mancha, especialmente a su Directora Sra. M^o del Carmen Prado Laguna, por su muy buena acogida e incondicional apoyo brindado durante nuestra estancia en España.

- ❖ Al Hospital General de Ciudad Real, a su director Sr. Jesús Fernández, y al personal de la Unidad de Cuidados Paliativos de ese establecimiento especialmente a la Enfermera Supervisora Sra. Victoria Calatayud por su colaboración y buena disposición en el desarrollo de este estudio.

DEDICATORIAS.

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios, por todo su apoyo, compañía y fuente de perseverancia en este camino recorrido.

A mi madre por su cariño incondicional y por entregarme las herramientas necesarias para el logro de este sueño.

A mis amigos, compañeros y todas aquellas personas que día a día con su espíritu y alegría me dieron las fuerzas necesarias para llegar al cumplimiento de esta etapa.

Felipe.

Dios me ha dado muchos regalos y hoy es mi oportunidad de agradecer a él por todos los logros que he tenido por su apoyo incondicional.

A mis padres quienes guiaron mis pasos y hoy cuando culmina un ciclo quiero expresar mi profundo agradecimiento...a mi padre que con su esfuerzo motivo mi accionar y sobre todo a mi gran amiga...a mi madre que con su amor y profunda dedicación durante todos estos años ve el término de un proceso, donde ella ha sido el pilar fundamental para forjar mi vida con su maravilloso ejemplo.

María José.

Con inmensa gratitud dedico este trabajo en el cual están plasmadas muchas horas de esfuerzo y entrega a ti Dios... amigo y guía incondicional, sin duda el pilar fundamental para llegar hasta esta instancia. También con mucho cariño se lo dedico a mis padres, por el apoyo y comprensión incondicional brindados no sólo durante el desarrollo de este trabajo; sino desde el inicio de toda mi etapa de formación. Siéntanse orgullosos, porque este éxito es fruto de vuestros sacrificios. Quisiera por último, dedicar estas líneas a todas esas bellas personas, familiares y amigos, que contribuyeron de forma valiosa en este logro... gracias por caminar siempre a mi lado...

Carolina

ÍNDICE

Resumen

Abstract

I.Introducción	1
I.1 Delimitación y Fundamentación del Problema	3
I.1.1 Importancia para el profesional de Enfermería	4
I.2 Problema y Problematicación	6
I.2.1 Problema de investigación	6
I.2.2 Problematicación	6
I.3 Antecedentes Teóricos y Empíricos	8
I.3.1. Marco Teórico	8
I.3.2. Marco Empírico	21
I.4 Propósito de la Investigación	30
I.5 Objetivos Generales y Específicos	30
I.6 Listado de Variables	34
I.7.1. Variable Dependiente	34
I.7.2. Variable Independiente	34
II.Metodología de la Investigación	35
II.1. Tipo de Diseño	35
II.2. Universo y Muestra	35
II.3. Unidad de Análisis	35
II.4. Aspectos Éticos de la Investigación	36
II.5. Recolección de Datos	36
II.6. Descripción del Instrumento Recolector	37
II.7. Prueba Piloto	39
II.8. Procesamiento de Datos y Prueba Estadística	40

III. Análisis	41
III.1 Análisis de Resultados.....	41
III.2 Discusión de los Resultados.....	67
IV. Conclusiones, Sugerencias y Limitaciones	72
IV. 1 Conclusión.....	72
IV. 2 Sugerencias.....	74
IV. 3 Limitaciones.....	74
V. Bibliografía	75
VI. Anexos	81

Anexo 1 Definición Nominal y Operacional de variables

Anexo 2 Carta de Solicitud de Investigación

Anexo 3 Carta Aceptación Investigación

Anexo 4 Consentimiento Informado

Anexo 5 Cuestionario

Anexo 6 Escalas Utilizadas

 a).-Mini escala de depresión

 b).-Escala de clasificación social de Graffar

Anexo 7 Derechos del Paciente Terminal

RESUMEN.

Estudio descriptivo, analítico, de corte transversal que tuvo como propósito conocer grado de asociación de algunos factores en la percepción de satisfacción usuaria del familiar del paciente oncológico atendido en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General, Ciudad Real – España. El universo - muestra correspondió a 35 familiares de usuarios hospitalizados, a quienes se les aplicó durante el 19 de Febrero al 14 de Marzo de 2007 un cuestionario elaborado por los investigadores, que además incluyó: Escala Graffar (5 preguntas) para evaluar nivel socioeconómico, mini escala depresión (3 preguntas) e instrumento SERVQUAL (23 preguntas) que evaluó la percepción de satisfacción. Para comprobar factibilidad de cuestionario se realizó prueba piloto asesorada por expertos. En el proceso de análisis se utilizaron los coeficientes de asociación: Phi, Coeficiente de Contingencia y Gamma todos procesados en programa estadístico SPSS 14.0 para Windows.

Los resultados arrojaron que la nota promedio de satisfacción global en una escala del 1 al 10 fue de 8,74 indicando satisfacción en familias de usuarios. Dentro de las características sociodemográficas se encontró que: 77,1% eran de sexo femenino, 40% tenían más de 70 años, 71,4% era casado, 42,8% poseían instrucción básica incompleta, 48,6% presentaba nivel socioeconómico medio bajo, 71,4% tenía depresión, 97,1% manifestó la inclusión de la familia en la atención y la procedencia de la muestra se encontraba equilibrada tanto para rural y urbano.

De las 7 subdimensiones de satisfacción, se concluyó que las mejores evaluadas con nota 7 fueron: empatía y trato al usuario (62,9%), tiempo dedicado a la atención (57,1%), capacidad técnica y expectativas (54,3%), infraestructura (45,7%) y tiempo de espera (42,9%).

Se encontró asociación altamente significativa en procedencia geográfica con empatía y capacitación técnica, las restantes aunque no arrojaron un valor P significativo expresaron asociaciones del tipo débil, mediana y fuerte.

Palabras Claves: Satisfacción Usuaría, Cuidados Paliativos, Hospitalización.

ABSTRACT

Descriptive, analytical cross-sectional study, that had the purpose of knowing the association degree of some factors in the perception of the family satisfaction of the oncology patient attended in the Palliative Care Unit at the General Hospital of Ciudad Real – Spain. The Universe – sample was composed by 35 relatives of users hospitalized, whom were applied a questionnaire during the 19 of February to the 14 of March of 2007 elaborated by the researchers, that also encompassed: Graffar scale (5 questions) to evaluate socioeconomic level, mini scale depression (3 questions) and instrument SERVQUAL (23 questions) to evaluate the perception of the satisfaction. In order to verify questionnaire feasibility a pilot test advised by experts was made. In the analysis process the following association coefficients were used: Phi, Coefficient of Contingency and Gamma, all processed in statistical program SPSS 14.0 for Windows.

The results showed that the average of global satisfaction score was 8.74 in a 1 to 10 scale, indicating satisfaction in user's families. It was found that within the sociodemographic characteristics of the sample: 77.1% were of feminine sex, 40% were over 70 years, 71.4% were married, 42.8% had incomplete basic instruction, 48.6% presented low-average socioeconomic level, 71.4% had depression, 97.1% showed the inclusion of the family in the attention, and the origin of the sample was balanced for rural and urban sectors.

Of the 7 subdimensions of satisfaction, it was concluded that the best evaluated ones with a score of 7 were: empathy and attitude to the user (62.9%), time dedicated to the attention (57.1%), technical capacity and expectations (54.3%), infrastructure (45.7%) and time of delay (42.9%).

It was found a highly significant association in geographic origin with empathy and technical qualification. Although the rests did not showed a significant p-value, they expressed a weak, medium and strong kind of associations.

Key words: User satisfaction, Palliative Cares, Hospitalization

I. INTRODUCCIÓN

La calidad de atención en Salud es uno de los ejes centrales de los procesos de la reforma y modernización de los diferentes estados tales como Chile y España (1). Uno de sus indicadores es la satisfacción del usuario, que corresponde a uno los aspectos que en términos de evaluación de los Servicios de Salud y Centros de Atención, ha venido cobrando mayor interés en salud pública (2). El estado de satisfacción se entiende, como que lo recibido es técnicamente bueno, humanamente agradable y contribuye a resolver un problema físico y/o psicosocial. (17)

Lo anterior adquiere mayor relevancia en los usuarios que padecen una patología crónica como el cáncer, ya que trastoca su vida en diversos aspectos, por lo que una atención que cumpla de manera eficiente con sus necesidades contribuirá a una mayor satisfacción. De igual modo, esta será percibida por los familiares, ya que en los momentos en que el paciente pierde su autonomía son los que mantienen mayor contacto con el centro asistencial.

La evaluación de la satisfacción permite conocer las percepciones y actitudes del usuario y/o familia, convirtiéndose en un ámbito clave para los prestadores de servicios. El conocimiento del grado de la satisfacción usuaria aporta un diagnóstico de los problemas de calidad de la atención visualizados por los clientes, lo que permite que en el proceso de toma de decisiones se les incluya su opinión. (17)

Así entonces, el nivel de satisfacción logrado no se relaciona sólo con la calidad técnica de los servicios que se prestan, sino también de las expectativas del cliente y familia. Por lo tanto, el conocimiento de la visión que tienen éstos respecto a los servicios brindados debiera ser una meta fundamental de toda organización, ya que constituye información vital para guiar su gestión con calidad considerando las necesidades de ellos.

Un importante problema de Salud Pública a nivel nacional e internacional es el cáncer. En Chile corresponde a la segunda causa de muerte con un 24,2% de la población, destacando una tasa de mortalidad de 122,8 x 100.000 habitantes, con una distribución según sexo de 127,2 x 100.000 en hombres y 118,6 x 100.000 mujeres en el año 2002 (3). Mundialmente el cáncer es la cuarta causa de muerte con un 12,5% de la población y específicamente en España, ocupa el primer lugar con un 30,16% de la población en el año 2000 (4).

La estimación de la incidencia anual del cáncer en España en el periodo 1997-2006, según sexo y localización tumoral es la siguiente: en el caso de las mujeres la mayor incidencia corresponde al cáncer de mamas con una tasa de 67,06 x 100.000 habitantes, en segundo lugar el cáncer de colon y recto con un 36,1 x 100.000 habitantes. En hombres en cambio, la principal incidencia se ubica en el cáncer de pulmón con 77,40 x 100.000 habitantes seguida por el cáncer de colon y recto con un 63,58 x 100.000 habitantes (5). Cabe mencionar que a pesar de las cifras, en este país los pacientes que padecen esta enfermedad reciben una atención especializada según estado de gravedad, ya que pueden recibir cuidados paliativos a nivel domiciliario o bien hospitalizándose en unidades específicas.

Considerando los datos señalados sobre la patología del cáncer y teniendo en cuenta los factores que pueden influir en el mejoramiento de la calidad asistencial desde la perspectiva del familiar responsable de los cuidados del enfermo terminal, corresponde al equipo de salud y en especial al profesional de enfermería gestionar los cuidados de forma óptima y con calidad para lograr el beneficio directo del individuo y su familia.

I.1. DELIMITACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En los tiempos actuales, ha adquirido gran relevancia en los centros asistenciales de salud las opiniones y puntos de vista relacionados con satisfacción expresados por los usuarios directos y sus familiares, que si bien estos últimos no son objetos de la atención, deben relacionarse de forma protagónica con el establecimiento, especialmente aquellos responsables de pacientes que debido a su patología pierden su independencia y requieren de cuidados permanentes de un familiar o de una persona a cargo. Ejemplo clave de lo anteriormente expuesto, lo constituyen las personas que padecen de cáncer terminal, que producto de lo avanzado de su patología pierden su autonomía, derivando en ocasiones en una mayor demanda del entorno.

Con lo antes mencionado, se puede visualizar la importancia que adquiere la evaluación de la satisfacción usuaria en los centros de salud. Este concepto es definido como un indicador global de la calidad de atención, el cual permite identificar las oportunidades de mejora en futuras acciones destinadas a fortalecer la prestación del servicio, que en éste caso corresponden a familiares de pacientes con cáncer.

Actualmente el cáncer ha aumentado sus tasas de incidencia a nivel internacional, se sabe también que el diagnóstico de esta enfermedad produce un quiebre en el ámbito personal, familiar y social, por lo cual el centro de salud y/o unidad encargada de brindar los cuidados pertinentes adquieren gran relevancia para el equilibrio de los individuos en ésta etapa. Por todo esto, se considera relevante conocer los ámbitos que satisfacen las necesidades de los usuarios, junto con los factores que influyen en su satisfacción, considerando a su familia como el principal evaluador de la atención brindada.

Dada la importancia de lo anterior, es que el área de investigación del presente estudio estará centrada en conocer la posible asociación entre la percepción de la

satisfacción usuaria con aspectos propios de la unidad de cuidados paliativos del Hospital General de Ciudad Real - España, tales como: calidad de atención en la cual se encuentra incorporados ámbitos como la accesibilidad, infraestructura y capacidad técnica. Junto con esto se consideran relevantes otros factores propios del individuo como sexo, edad, condición socioeconómica entre otros. Estos serán evaluados por familiares considerando las condiciones de salud propias del usuario al momento de la hospitalización.

El resultado de los análisis de los factores que se consideran en el estudio podrían contribuir a optimizar la satisfacción usuaria, área de emergente crecimiento en las políticas de salud tanto en España como en Chile. Los países en vías de desarrollo, se podrían ver favorecidos al conocer experiencias sobre el tema de un país que tiene un amplio manejo de pacientes oncológicos terminales y considerar así sus falencias y a la vez aportar innovaciones que pudieran ser consideradas en la atención, logrando una mejor percepción de la atención brindada por el centro de salud, lo cual influirá directamente en la calidad de vida del usuario y su familia. Cabe destacar que para contribuir a lo anterior, este estudio fue planificado para realizarse paralelamente en estos dos países, pero por motivos ajenos a la voluntad de los investigadores sólo se pudo llevar a cabo en España.

I.1.1- IMPORTANCIA PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

El cáncer a nivel mundial es una enfermedad que ocupa uno de los primeros lugares como causa de muerte. Durante la evolución de la enfermedad, los usuarios y sus familias requieren de cuidados específicos de los profesionales de la salud y en especial de los profesionales de enfermería, los cuales deben ser brindados con el máximo de calidad.

Resulta crucial entonces definir el concepto de calidad. La Real Academia Española señala que es una “cualidad”, una “manera de ser”, alguien que goza de la estimación general (11). Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la

calidad de la atención en salud es definida como “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente, del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (12), misión clave en la práctica habitual del profesional de enfermería.

El conocer los factores involucrados en la percepción que tiene la familia sobre la atención recibida, podrían aportar innovaciones relacionadas con la incorporación de nuevos enfoques destinados a optimizar la calidad de atención, teniendo en cuenta la realidad del paciente y familia. Estas nuevas ideas, podrían ser claves para el bienestar de estos individuos que se encuentran en una etapa de profunda inestabilidad biopsicosocial y muy receptivos a su entorno.

El Profesional de Enfermería adquiere vital importancia al conocer los factores asociados a la percepción que tiene la familia del usuario respecto a la atención que se le brinda. Identificar por ejemplo las áreas más débiles como también las mejor valoradas y de ésta manera, aportar ideas innovadoras relacionadas con la creación de estrategias destinadas a mejorar la calidad de atención, que puedan ser puestas en práctica en un tiempo no muy lejano, para que se traduzcan en una mejor percepción de la atención brindada por un determinado centro de atención paliativo, lo cual influirá directamente en la calidad de salud del usuario y su entorno.

I.2. PROBLEMA Y PROBLEMATIZACIÓN

I.2.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué factores se asocian en la percepción de la satisfacción usuaria del familiar del paciente oncológico de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Ciudad Real – España, durante los meses de Febrero y Marzo del año 2007?

I.2.2. PROBLEMATIZACIÓN:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas del familiar del paciente oncológico?
2. ¿Cuál es el grado de satisfacción del familiar del paciente oncológico?
3. ¿Cuál es la asociación de las variables sociodemográficas del familiar del paciente oncológico con su percepción de la satisfacción usuaria?
4. ¿Cuál es la asociación del abordaje familiar del tratamiento en la percepción de la satisfacción usuaria del familiar del paciente oncológico?
5. ¿Cuál es la asociación del estado depresivo del familiar del paciente oncológico en la percepción de la satisfacción usuaria?
6. ¿Cuál es la asociación de las variables sociodemográficas del familiar en la percepción de la satisfacción usuaria en relación a la infraestructura?
7. ¿Cuál es la asociación de las variables sociodemográficas del familiar en la percepción de la satisfacción usuaria en relación a la empatía?
8. ¿Cuál es la asociación de las variables sociodemográficas del familiar en la percepción de la satisfacción usuaria en relación a las expectativas previas?
9. ¿Cuál es la asociación de las variables sociodemográficas del familiar en la percepción de la satisfacción usuaria en relación a la capacitación técnica del profesional de salud?

10. ¿Cuál es la asociación de las variables sociodemográficas del familiar en la percepción de la satisfacción usuaria en relación al tiempo de espera?
11. ¿Cuál es la asociación de las variables sociodemográficas del familiar en la percepción de la satisfacción usuaria en relación al tiempo dedicado a la atención?
12. ¿Cuál es la asociación de las variables sociodemográficas del familiar en su percepción de la satisfacción usuaria en relación al trato brindado al usuario?

I.3. ANTECEDENTES TEÓRICO EMPÍRICOS

I.3.1. MARCO TEÓRICO.

Si se analiza el concepto de enfermería a lo largo de la historia, se encuentra un gran número de visiones relacionadas en su mayoría a las funciones asistenciales de su rol, que sin duda son de gran importancia dadas las características de “cuidar” que se le otorga. No obstante, en los tiempos actuales el profesional de enfermería ha tomado un rol más protagónico en la gestión y administración de los cuidados, los cuales contribuyen entre otros a determinar si la atención brindada está acorde con las necesidades y demandas del usuario.

Si consideramos a la matriarca de la enfermería moderna Florence Nightingale, su principal objetivo era ayudar a las personas; denotando así su clara entrega, en uno de sus cuadernos privados donde escribe “Dios me ha ablandado y me ha llamado a este servicio”. (6) Este pensamiento constante permitió el cambio de visiones acerca de la enfermería y por ende su concepción moderna. Nightingale pensaba que esta disciplina, llamada así hasta ese entonces, tenía que responder

a una vocación, pero que esta debería basarse en algo más que en la intuición y la dedicación.

Esta precursora demostró que la salud de los enfermos y de los heridos, podía restablecerse mediante la instrucción y la formación clínica de las enfermeras (7), situación que se mantiene actualmente en las diversas escuelas de enfermería pero abarcando además, las distintas funciones del rol de esta profesión; función asistencial - educativa, investigación, docencia, gestión- administración, las cuales conceden a ésta la calidad de ciencia y de arte.

Fitzpatrick y Whall describieron la idea de entorno de Nightingale como la suma de “todos aquellos elementos externos que influyen en la salud de las personas sanas y enfermas”, en la que se incluía “todo, desde los alimentos y las flores del paciente hasta las interacciones verbales y no verbales con que se expresa”. Casi ningún elemento escapaba de su definición de entorno (6), descripción que está estrechamente ligada con la satisfacción de las necesidades relacionadas con la forma de prestar los cuidados.

En los diversos escritos de Nightingale, se menciona que las enfermeras trabajaban por y para el paciente y se encargaban de controlar el entorno en el que éste se movía para facilitar su recuperación. (6)

Henderson en tanto, manifiesta que; “es la satisfacción de las necesidades fundamentales en toda su complejidad la que mantiene la integridad de la persona”. (8) Igualmente se puede deducir que el entorno según Henderson es la naturaleza o el medio que actúa de manera positiva o negativa sobre la persona y con esta óptica, la enfermera se esfuerza en crear un entorno favorable a la salud. Imogene King, en su teoría de la consecución de objetivos, establece la importancia de la interacción entre el usuario y el profesional de enfermería a través de su percepción y juicio respecto al entorno, que resulta esencial para comprender las formas por lo que los seres humanos interaccionan con este para

mantener la salud. “Las adaptaciones a la vida y a la salud están influidas por las interacciones de cada persona con su entorno. Cada ser humano percibe el mundo globalmente como persona en virtud de las transacciones que realiza con otros individuos y objetos del entorno”. (6)

La teoría de King propone un marco conceptual de sistemas abiertos como base de su teoría. Su visión del proceso de enfermería hace especial énfasis en los procesos interpersonales, basa su teoría en la teoría general de sistemas, la ciencia de la conducta y el razonamiento inductivo y deductivo. (9)

La filosofía personal de King sobre los seres humanos y la vida tiene un claro reflejo en sus supuestos teóricos. En éstos se incluyen los aspectos relativos al entorno, la salud, la enfermería, las personas y las interacciones enfermera-paciente. Su marco sistémico y su teoría de la consecución de objetivos se basa en el supuesto general de que el interés central de la enfermería es el ser humano, en la interacción con su entorno, lo que conduce a las personas a un estado de salud entendido como la capacidad para desempeñar un rol social. (6)

En el metaparadigma King abarca:

Persona: Ser social, emocional, racional, que percibe, controla, con propósitos, orientado hacia una acción y en el tiempo.

Tiene tres necesidades de salud fundamentales:

- Información sanitaria útil y oportuna.
- Cuidados para prevenir enfermedades.
- Ayuda cuando las demandas de autocuidado no pueden ser satisfechas.

Salud: La describe como un ciclo dinámico del ciclo vital. La enfermedad se considera como una interferencia en la continuidad del ciclo de la vida. Implica

continuos ajustes al estrés en los ambientes internos y externos, los que podrían corresponder al centro de salud que proporciona la atención al usuario.

La salud es contemplada como los ajustes a los agentes estresantes del entorno interno y externo, ajustes que se realizan a través de la optimización del uso de los recursos para lograr el máximo potencial para la vida diaria. Lo cual propone una permanente evaluación de la atención entregada al usuario.

Entorno: Puede interpretarse desde la teoría general de sistemas, como un sistema abierto con límites permeables que permiten el intercambio de materia, energía e información.

Enfermería: Hace alusión a la relación observable entre enfermera/cliente, cuyo objetivo sería ayudar al individuo a mantener su salud y actuar según el rol apropiado.

Se considera como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; las imperfecciones de la enfermera y cliente, influyen en la relación.

Promueve, mantiene y restaura la salud, y cuida en una enfermedad, lesión a un cliente terminal.

Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados enfermeros.

Anima a la enfermera y al cliente a compartir información sobre sus percepciones, si estas son acertadas se alcanzan las metas, el crecimiento y desarrollo, así como resultados de los cuidados de enfermería efectivos; Además, se producirá una transacción, si la enfermera y el cliente perciben expectativas de rol congruentes y las llevan a cabo, mientras que se producirá estrés si resulta un rol conflictivo.

Utiliza un enfoque orientado hacia una meta, en el que los individuos interactúan dentro de un sistema social. La enfermera aporta conocimientos y habilidades

específicas para el proceso de enfermería y el cliente aporta su autoconocimiento y sus percepciones. (9)

Esta teoría adquiere importancia a la hora de evaluar la percepción de la atención brindada por un determinado centro de salud a un usuario, la que contempla la permanente relación que existe entre el centro de salud y este a la hora de satisfacer sus necesidades. Producto de lo anteriormente expuesto, se considera propicio la utilización de las bases de ésta teoría para guiar los lineamientos fundamentales de ésta investigación.

En base a las teorías y percepciones de los diferentes autores a lo largo de la historia se llega a que enfermería reúne la ciencia y el arte y que se centra en la persona, la cual está en continua interacción con su entorno. (8)

A la hora de hablar de satisfacción usuaria, se tiene en primer lugar que hablar de calidad, ya que satisfacción es considerada un indicador de ésta, definiéndose como indicador, una medida cuantitativa que puede usarse de guía para controlar y valorar la calidad de actividades en la atención a pacientes. (10)

La Real Academia de la Lengua Española define calidad como una “cualidad”, una “manera de ser”, alguien que goza de la estimación general. (11) Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) se refiere a calidad de la atención en salud como “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”. (12)

El concepto de calidad puede ser diferente para las personas según el contexto en el que este se emplee, desde el punto de vista trascendental, es considerada excelencia; si se toma como enfoque basado en un producto, es considerada precisa y medible; si la analizamos desde la perspectiva basada en el cliente se

toma de acuerdo a la calidad percibida que está a los ojos del cliente, de este modo podemos llegar a que calidad es la satisfacción de necesidades y expectativas percibidas por los clientes o pacientes. (10)

De esta forma, se puede deducir que el concepto de calidad abarca múltiples áreas, estando siempre presente en el hombre a través del tiempo, de las diferentes culturas y actividades desarrolladas por él. Así por ejemplo, los Fenicios- Egipcios- Mayas, habían establecido leyes, normas y controles de calidad de sus productos. En tanto que el Código de Hamurabi, decretaba la muerte del albañil que construyera una casa que se derrumbara, matando a su dueño. Durante el siglo XIII- Los Gremios, establecen el control de calidad de las obras de los artesanos. Así también, Florence Nightingale establece las bases para programas de garantía de calidad al proponer un formato uniforme para recolectar y evaluar la información estadística de los hospitales. Elton Mayo, trabajando en la fábrica Hawthorne de la Western Electric, muestra la relación entre los factores psicológicos y sociales y el rendimiento de los individuos en los grupos de trabajo. Crea el Departamento de control de calidad. Sumado a esto, W. Shewhart, en 1924, introduce la estadística como instrumento de gestión de calidad y dos conceptos importantes: la variabilidad de los procesos y la pluralidad de las dimensiones de la calidad. También, F. Albrecht aporta a éste concepto, destaca la importancia de la calidad en el servicio al cliente interno, como paso imprescindible para lograr calidad en el servicio al cliente externo. Defiende la inversión de la pirámide de la organización (toda la organización debe servir al que sirve, al cliente externo). (13)

Avedis Donabedian, aporta un extenso y profundo análisis de los componentes de la Calidad de la Atención. Describió 4 componentes: el manejo técnico de la salud y de la enfermedad, la relación interpersonal entre los proveedores de la atención y de éstos con los usuarios o clientes, los principios éticos que regulan la atención de salud, señala también la importancia del costo en calidad. Caracteriza el proceso de producción de los Servicios de Salud en tres elementos: a) la

estructura, (equipo físico, tecnología, documentos normativos, recursos humanos, financieros, jurídicos y políticos), b) el proceso (mecanismos involucrados en la producción de servicios) y c) el resultado, lo que constituye un aporte relevante para el proceso de evaluación de la calidad. Juran J.M., señala “Calidad es la propiedad de un producto, que cumple con las necesidades de los clientes y por lo tanto produce satisfacción del mismo”, habla además, del producto sin error ni deficiencias. Ambas condiciones, es decir, cumplir con las necesidades del cliente y no tener deficiencias no son opuestas, sino que, para que un producto sea de buena calidad debe cumplir con ambas. Una o la otra aisladas, no constituyen calidad. Estableció la llamada trilogía de Juran, que plantea tres procesos a través de los cuales se puede lograr, mantener y mejorar la calidad; 1) Planificación de la Calidad, 2) Control de la Calidad, 3) Mejoramiento de la Calidad. (13)

El concepto de calidad se compone de elementos, atributos o dimensiones, las que incluyen: accesibilidad, equidad, competencia profesional, satisfacción usuaria, efectividad, eficiencia, continuidad, oportunidad, seguridad, hotelería, privacidad y confidencialidad. La calidad depende de las características de la organización, que incluyen la misión, visión, valores y principios que nos permiten contribuir a un plan de calidad. (10)

Al analizar el concepto de satisfacción usuaria, se denota que es una herramienta de gran importancia que necesariamente debe ser incorporada como fundamento del modelo de atención, ya que resulta ser una inagotable fuente de insumos para la toma de trascendentes decisiones en el ámbito de la gestión. El grado de satisfacción del usuario, debe ser considerado como un indicador global que permite conocer tanto la calidad de la atención prestada, como algunas características de dicho proceso, en la perspectiva de identificar algunas oportunidades de mejora durante el proceso de atención que permita conducir al equipo de salud las estrategias y recursos disponibles para procurar alcanzar las necesidades de los usuarios. (14)

Pascoe, define satisfacción del usuario, como “comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria”. La satisfacción usuaria es considerada como una respuesta actitudinal y de juicio de valor que el usuario construye producto de su encuentro e interacción con el servicio. La satisfacción es un fenómeno básicamente psicológico que requiere de metodologías cualitativas para complementar su estudio. (2)

Otros autores indican, que satisfacción usuaria es uno de los resultados que se derivan de la atención sanitaria y un elemento fundamental como indicador válido de la calidad de los cuidados sanitarios que se prestan. (15)

El análisis de la satisfacción del usuario, permite obtener la opinión acerca de los aspectos relacionados con la estructura (comodidades, instalaciones físicas y organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambio en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). Este análisis también permite obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención. La satisfacción del usuario está dada mediante cinco ejes; personal médico (disponibilidad, desempeño profesional, estilo personal, estilo de comunicación), personal no médico (disponibilidad, actitud y desempeño), atributos del servicio (se consideran la gama de servicios, la percepción de la calidad, el tiempo de espera no médico, los exámenes diagnósticos y el costo del servicio), servicios relacionados (se incluye fármacos y alimentación). (16)

De otro modo, también es considerada como un indicador de calidad de resultados y se le define como: El grado de cumplimiento por parte del sistema de salud respecto de las expectativas del usuario en relación a los servicios que éste le ofrece. Desde donde se le puede interpretar como:

1) Conocer las expectativas y luego el grado de cumplimiento por parte del sistema respecto de las expectativas que frente a él tiene el usuario.

- 2) Reacción del receptor de atención a aspectos importantes de su experiencia en relación a los servicios de salud.
- 3) Evaluación cognitiva de la reacción emocional del usuario a la estructura, proceso y resultado de los servicios de salud.
- 4) Medida de actitudes, creencias y percepciones de los usuarios en relación a los servicios de salud.
- 5) Estado de satisfacción entendido como lo recibido es técnicamente bueno, humanamente agradable y contribuye a resolver un problema físico y/o psicosocial. (17)

Así también, el conocimiento del grado de satisfacción usuaria tiene particular relevancia ya que aporta un diagnóstico de los problemas de calidad de la atención y de la gestión visualizados por el usuario, el que complementa el diagnóstico técnico hecho por el equipo de salud, lo que permite que en el proceso de toma de decisiones se incluya opinión usuaria. (17)

Es con esto entonces, que se puede explicar la relevancia que adquiere la medición de la satisfacción usuaria en los sistemas de salud actuales. Ya que hoy, el usuario junto con su familia son actores críticos y demandantes de las diversas actividades sanitarias que se realizan en los centros de salud.

El Dr. Avedis Donabedian, respecto de la satisfacción usuaria ha señalado “Lograr y producir salud y satisfacción, definida por cada individuo en una sociedad particular o en una subcultura, es “el último validador” de la calidad de atención”. A medida que los científicos sociales se han involucrado cada vez más en el área de los servicios, éste y otros temas se han hecho más relevantes. El usuario puede y debe jugar un importante rol en definir: “qué constituye calidad de la atención”, determinando qué valores deben ser asociados a diferentes resultados. La satisfacción del usuario puede y debe ser un indicador directo e indirecto del resultado de los servicios otorgados por el Sistema de Salud. La medición de la satisfacción debe ser: a) específica; b) diferenciada y c) multidimensional. Las

medidas globales de satisfacción a menos que sean hechas de manera muy controlada pueden inducir a error. Mientras más globales las encuestas, los resultados suelen reflejar mayor satisfacción; y entre tanto más se desagrega la información y se hacen escalas con subfactores, la satisfacción va disminuyendo. La inconsistencia metodológica de muchos estudios y de sus resultados, hace difícil incorporar la evaluación de la satisfacción en el contexto de la evaluación de la calidad de la atención. Cada vez más los investigadores le piden a los pacientes su opinión respecto de su evaluación de los resultados de la atención, pero la mayor parte de los estudios se focalizan en la relación existente entre expectativas previas y lo que ocurre en la práctica, durante y posteriormente al “episodio de atención”. No existe consenso entre los médicos respecto al rol que la satisfacción usuaria puede jugar en la evaluación de la calidad de la atención. En la medición de la satisfacción se debe usar escalas estandarizadas para poder comparar resultados. A pesar del interés creciente por medir satisfacción usuaria, la metodología para hacerlo no ha sido aún estandarizada y ello constituye un problema para comparar experiencias y resultados en términos de mejoramiento de la calidad de la atención. Pocos estudios relacionan la satisfacción del usuario con la forma en que “la atención está organizada” con excepción del sistema de dación de horas y la atención otorgada por el mismo o por diferentes médicos en atenciones sucesivas. Esto último dice relación con la continuidad de la atención. Pocos estudios consideran la evaluación que el usuario realiza respecto de los aspectos técnicos del proceso de la atención. Pocos también, vinculan la satisfacción del usuario con resultados tales como la desaparición o mejoría de una morbilidad o el mejoramiento del grado de funcionalidad del usuario, es decir con la efectividad. La satisfacción obtenida, influye en la conducta de los usuarios respecto a la utilización de los servicios. En tanto, respecto de los usuarios se sabe que; están cada vez más y mejor informados; son cada vez más exigentes y más proclives a cuestionar al sistema, expresando sus opiniones. Cuando el usuario y/o familia se enfrentan al proceso Salud – Enfermedad, lo hacen con una carga física y emocional de la cual se debe estar conscientes. Debe develar sus miedos; sus incertidumbres; debe tomar decisiones sobre materias que afectarán

a veces su calidad de vida. Se tiene el deber de entender este proceso que el usuario vive y por ende apoyársele. Por ello, el usuario y/o familia es muy sensible a todas aquellas actividades que consideren aspectos tales como: recibir información adecuada a su situación específica, que le permita comprender y actuar en consecuencia. Conocer de antemano el tipo de procedimiento al que será sometido. Si está hospitalizado, conocer la rutina diaria del establecimiento: aseo, comidas, visitas; saber quien o quienes serán sus interlocutores permanentes; a quien acudir en caso de necesidad. Respetar su privacidad, permitirle el manejo de sus espacios”. Proporcionarle un medio ambiente grato, agradable a la vista, claro, limpio, ordenado, que “afirme la sensación de vida”. El usuario vincula una serie de áreas de la atención con la calidad de los servicios que el sistema le otorga. Dicha vinculación debe ser conocida por los equipos de salud y considerada en el proceso de selección de las dimensiones de la calidad que incluirá en la medición de satisfacción usuaria. Entre las áreas de atención que el usuario visualiza vinculadas a la calidad de la atención están:

- 1) Vinculadas con la organización de la atención (accesibilidad, costo de la atención, infraestructura de los establecimientos)
- 2) Vinculadas con la calidad técnica de la atención. (17)

Es importante señalar también, las expectativas del usuario y de su familia a la hora de recibir servicios en salud. Entre ellas están; obtener servicios accesibles, obtener servicios en forma oportuna, obtener servicios a costo razonable, con tramitación justa, con trato personalizado, en un ambiente cómodo, iluminado, espacioso, ventilado, con temperatura adecuada, limpio, ordenado, con información clara, precisa, con recursos básicos en equipamiento, instrumental, con personal suficiente, con un proceso de atención adecuado que cubra sus necesidades de diagnóstico, tratamiento, control, entre otros. (18)

Es por todo lo anteriormente expuesto, que la evaluación constante de la satisfacción usuaria se hace vital para brindar una atención en la que el usuario y familia valoren las actividades que se realizan y participen activamente con el

equipo de salud en busca de su comodidad y mejor sentir. Esencial resulta esto en usuarios que deben recibir cuidados constantes y que están en un permanente contacto con su centro y equipo de salud. Vivencia de esto lo constituyen los usuarios con diagnóstico de cáncer dada la cronicidad de esta patología.

Las familias y los enfermos en ésta situación pueden presentar diversas reacciones emocionales que pueden dificultar la relación entre los distintos miembros familiares y con el equipo de salud que atiende al usuario. (19)

Dada la importancia que reviste esta enfermedad, en los últimos años se ha aumentado su estudio en todo el mundo, obteniendo con esto diversas visiones, así por ejemplo, la Asociación Española contra el Cáncer (A.E.C.C.) señala que el cáncer es un término muy amplio, el cual abarca más de 200 tipos de enfermedades (tumores malignos). Cada uno de ellos posee unas características particulares, que en algunos casos son completamente diferentes al resto de los otros cánceres, pudiendo considerarse enfermedades independientes, con sus causas, su evolución y su tratamiento específico. (19) Sin duda esta patología representa un proceso de volver a alcanzar el equilibrio interno de quien la padece, más aun una permanente lucha con el día a día, compromete ámbitos personales, familiares, entre otros.

Las necesidades de una familia con un miembro que padece este tipo de patología, vienen determinadas por la presencia de un gran impacto emocional condicionado por la aparición de múltiples temores. Los miedos se derivan, no sólo del hecho de enfrentarse a la muerte de un ser querido, sino de su sufrimiento, de la duda de si serán capaces de cuidarle de forma adecuada, de si tendrán acceso al soporte sanitario, entre otros aspectos. (19)

Es aquí, donde la emergente área de cuidados paliativos, definida como “Los cuidados totales activos y continuos al paciente y la familia, atendiendo las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales, que se prolongan al periodo de duelo si fuese necesario”, o también definida como “El cuidado total, cuando la

enfermedad no responde al tratamiento activo con finalidad curativa”. (20), juega un rol fundamental en la forma en que el usuario y su familia son capaces de sobrellevar esta enfermedad. Por lo tanto, una buena satisfacción usuaria en ésta área, favorece la visión frente a la vida y permite llevar de mejor manera y dignamente los últimos días del usuario con su familia.

Es fundamental conocer en este tipo de usuarios cada uno de sus derechos, los cuales se encuentran agrupados según la Organización Mundial de la Salud en los “Derechos del Paciente Terminal” (anexo 6), de manera de centrar el esfuerzo del profesional de enfermería en cada uno de sus aspectos que abarca, logrando así una mayor valoración, influyendo esto en la percepción de la satisfacción usuaria.

Junto con esto otros autores señalan que actualmente la profesión de enfermería existe para atender las necesidades de salud de las personas. A medida que esas necesidades se modifican, debe suceder el cuidado a la persona enferma. Frente a esos cambios, también, existe la necesidad de que la profesión desvíe el foco del cuidado de la persona hacia la familia. En esta concepción más amplia existe la preocupación por la mantención y restauración de la salud, así como por la adaptación a los efectos residuales del cáncer. Este nuevo foco de atención confiere al enfermo una responsabilidad continua con su propio bienestar, el cual puede y debe ser compartido con la familia y profesionales de salud. (21).

I.3.2. MARCO EMPÍRICO

En Jaen España el año 2000, F. García y colaboradores realizaron una investigación titulada “Satisfacción de los usuarios de los pacientes de cirugía mayor ambulatoria en dos hospitales comarcales” , a través de, un cuestionario de satisfacción SUCMA14, que es específico para la cirugía mayor ambulatoria enviada por correo al domicilio de 100 usuarios mayores de 18 años, que fueron intervenidos entre octubre de 1999 y enero del 2000 en el hospital de San Agustín y el HU Princesa de España. Entre los resultados se observó que en la

satisfacción influyen los factores humanos (capacitación técnica $p= 0,02$, trato recibido $p= 0,01$) y los factores materiales, instalaciones con una alta correlación ($p < 0, 0001$). Los factores posteriores al proceso quirúrgico (presencia de dolor, información del alta) tienen menor o ninguna correlación. Además destaca la alta correlación ($p < 0, 0001$) que aparece entre la recomendación o nueva elección de la Cirugía mayor ambulatoria por parte del usuario, con su grado de satisfacción global tanto con el Hospital como con el proceso quirúrgico, es decir, que aquellos usuarios que quedan satisfechos se muestran altamente proclives a elegir y recomendar la actividad.(22)

Por otra parte podemos mencionar un estudio transversal realizado para determinar la satisfacción del usuario con la atención de Enfermería, efectuado por Araceli González en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga, mediante una encuesta con escala SERVQUAL enviada por correo a todos los pacientes dados de alta durante los meses de Enero, Mayo y Octubre de 2001 y Marzo y Noviembre del 2002, correspondiendo la muestra a 2310 que fueron los que respondieron el correo. Los resultados revelaron que la satisfacción global con el hospital, las características demográficas y el hecho de conocer el nombre de la enfermera son los principales factores determinantes de la satisfacción del paciente, no obstante los usuarios valoraron negativamente la información que proporcionaba la enfermera sobre las pautas de tratamiento.

Los factores que determinaron el nivel de satisfacción de los pacientes ingresados en el centro están especialmente ligados al sexo del paciente ($p < 0, 019$), formación académica ($p= 0.007$), valoración que hace del hospital en su conjunto ($p < 0, 001$) y al conocimiento personalizado de enfermería ($p < 0, 001$). Por el contrario la edad, situación laboral, el número de ingresos previos en el hospital, la época del año, tiempo de ingreso, tiempo de distancia no resultaron significativos. (15)

El año 1989, en Granada J.A. Aguado y Col realizaron un estudio en el Centro de Salud Zaidín – Sur a 613 usuarios con el propósito de conocer la satisfacción de

los usuarios, considerando variables sociodemográficas, autopercepción del estado de salud, aceptabilidad de los cuidados médicos y de enfermería.

Se observó entre los resultados que un 52% refirió que su nivel de salud era estupendo o bueno. Los niveles de confianza en el médico, tiempo de dedicación e información transmitida al paciente se sitúan ligeramente bajos, siendo el trato personal y el interés por el paciente los mejores valorados. La estructura espacial del centro asistencial y el horario fueron las variables peor evaluadas. (34)

El 2001 se publica en la revista *Calidad Asistencial*, un estudio con el propósito de conocer la opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves, Granada –España y los elementos que influyen en ésta, a través de un estudio descriptivo realizado entre Abril y Mayo de 1998, con técnicas e instrumentos de recogida y análisis de datos de tipo cuantitativo (cuestionario telefónico) y cualitativo (entrevistas individuales). Donde se midió la opinión sobre la calidad en torno a cuatro dimensiones básicas: servicio accesible, servicio de garantía, servicio personalizado y servicio confortable, así como fidelidad con el servicio y cada uno con sus ítems correspondientes definidos por el modelo SERCAL adaptación de SERVQUAL.

El cuestionario estaba formado por 20 ítems de los cuales 17 valoraban las distintas dimensiones de la calidad por medio de una escala de puntuación tipo Likert de 0 a 10 puntos (0= Total desacuerdo o insatisfacción; 10= Total acuerdo o Satisfacción); otros 3 ítems valoraron la fidelidad con el servicio. Se seleccionaron a 250 pacientes mediante muestreo aleatorio simple, de éstos 139 respondieron y el restante no lo hizo debido a que presentaban déficit cognoscitivo, no poseían teléfono o fallecían en el centro asistencial.

Dentro de los resultados la dimensión más mal evaluada fue la accesibilidad del servicio y el ítem de éste peor valorado fue el tiempo de espera. Observándose relación con la organización y coordinación del personal, sistema de priorización

de los enfermos, demanda excesiva para el personal disponible y tardanza en las pruebas complementarias. La dimensión mejor valorada fue el servicio personalizado y el ítem más bajo fue la capacidad del administrativo, seguida de la capacidad del auxiliar de servicio. Los mejores valorados fueron la capacidad y la amabilidad de la enfermera.

La puntuación media de satisfacción global con el servicio fue 7,78 ($\pm 1,83$), en una escala de 0 a 10, donde un valor mayor o igual a 7 corresponde a estar satisfecho. El 77% de los entrevistados puntuaron entre 7 y 10 la satisfacción global. (28)

La Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM), por encargo del Servicio de Salud Castilla La Mancha (SESCAM) cada año desde el 2002 realiza una serie de encuestas para medir la opinión sobre la atención recibida por los pacientes atendidos en diferentes servicios asistenciales del SESCAM, tanto en centros de atención primaria, hospitales, urgencias hospitalarias y consultas de especialidades.

En la última evaluación realizada el año 2005, los datos se recogieron en tres oportunidades a pacientes mayores de 18 años que acudieron durante el 2004 a atención primaria, consultas externas, atención de urgencia y usuarios dados de alta de establecimientos pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha.

Se evaluaron aspectos relacionados con accesibilidad al servicio, imagen física del hospital y valoración de profesionales sanitarios y no sanitarios, mediante una entrevista telefónica por sistema CATI, (*Computer Assisted Telephone Interview*) mediante el cuestionario SERVQUOS adaptación hospitalaria del SERVQUAL y por último se preguntó a los usuarios acerca de su opinión global con la asistencia recibida en una escala de 1 a 10 en el que el 1 significa la peor valoración y el 10 la mejor valoración.

En los resultados obtenidos de los hospitales se aprecia que el 89.4 % de los usuarios considera que recibió suficiente información sobre su proceso. Frente a los porcentajes de satisfacción se observa que el 94,8% se manifestó satisfecho con la eficacia y resolución de su problema de salud, el 93,4% lo hizo respecto al trato personalizado del equipo de enfermería, un 94% valoró como positivo la preparación y capacitación del equipo de enfermería, el 93,1% expresó confianza y seguridad del equipo de enfermería y un 93,3% al equipo médico, el 85,1% expresó satisfacción con el tiempo de espera, el 88,7% expresó conformidad con el sistema de señalética y el 93% de los pacientes encuestados recomendaría el hospital a otras personas.

El grado de satisfacción global con el Servicio en General fue de 8.55 y frente a la calidad de la asistencia sanitaria 8.67. (29)

A nivel latinoamericano destaca la investigación desarrollada en Perú el año 2000, por J. Seclén, titulada "Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados", mediante un estudio descriptivo y transversal. Para tal efecto se realizó un análisis de datos secundarios de la encuesta Nacional De Niveles de Vida (ENNIV), Perú, puesta a disposición de los autores por la Organización Panamericana de la Salud. La muestra de 703 pacientes se obtuvo de aquellos que autorreportaron enfermedad, malestar o accidente en las últimas 4 semanas y que accedieron a algún tipo de consulta en establecimientos de salud MINSA.

Se obtuvieron los siguientes resultados: Los usuarios de centros de salud presentan 68,1% de satisfacción usuaria y en los hospitales un 62,1%, aquellos con menores ingresos tienen menores niveles de satisfacción, sobre todo cuando ellos asisten a hospitales públicos ($p = 0,024$). El nivel educacional muestra cierta asociación positiva con la Satisfacción Usuaria, sin embargo, la significancia

estadística es valedera para el caso de la población de estudios superiores, es decir, estos últimos tienen aproximadamente 3 veces mayores posibilidades de estar satisfechos con relación a los que no tiene estudios ($p= 0,041$).

Respecto a la edad muestra asociación positiva con la satisfacción, es decir, a mayor edad existe probabilidad de estar satisfecho con la atención, es decir, los mayores de 60 años obtuvieron 4 veces más probabilidad de estar satisfechos en relación a los adolescentes.

Con relación a la distancia al establecimiento muestra asociación inversa con el nivel de satisfacción, es decir, menores distancias se reflejan en mayor SU. No se encontró asociaciones significativas entre el estado civil, lengua materna, tiempo de espera y el sexo con la satisfacción. (2)

También aportan a este concepto F. Meléndez, O. Arteaga, E. Hernández con el estudio “Medición de la satisfacción de los usuarios directos del Departamento Programas sobre el Ambiente del Servicio de Salud Aconcagua” con el objetivo de evaluar el grado de satisfacción de los usuarios respecto de la atención percibida.

Corresponde a un estudio transversal cualitativo que permitió obtener información sobre los aspectos que interesaban a los usuarios. La encuesta consideró 37 preguntas para evaluar las dimensiones de accesibilidad, infraestructura, relaciones interpersonales, calidad técnica y satisfacción global a la muestra constituida por 307 usuarios que tramitaron solicitudes en el departamento.

Los resultados más significativos revelan que las variables que mostraron más baja satisfacción fueron horario de atención con un 63,8% calificado como bueno y muy bueno, el tiempo de tramitación de las solicitudes y el costo de atención con un 62,8% y el 46,8% calificado como adecuado respectivamente. La dimensión

infraestructura y espacio fue una de las más mal evaluada por los usuarios con un 56,09%, las relaciones interpersonales consideró el trato brindado por los distintos funcionarios que atienden al usuario evaluado con un 91,9% como bueno o muy bueno.

Los horarios y el costo de la atención fueron mal evaluado, sin embargo, presentan un menor impacto en la satisfacción global y otras como el trato y la claridad de la información que fueron mejor evaluadas se muestran más relacionadas con una mala satisfacción global.(1)

Las Enfermeras Morris, Riveros y colaboradores efectuaron un estudio exploratorio de la percepción de los usuarios que ingresan al servicio de Cirugía del Hospital H. Martín de Chillán, Chile; con el propósito de contribuir al conocimiento de los atributos que le asignan al servicio recibido los usuarios que ingresan a la Unidad. La muestra correspondió a 65 usuarios que tuvieran los siguientes criterios de inclusión: más de 3 días de hospitalización, que supieran leer y escribir y tuvieran comprensión del lenguaje a quienes les aplicó el instrumento recolector de datos.

Entre los resultados se obtiene que se identificaron 22 atributos de servicios que constituyen estándares de calidad a partir del usuario. Los atributos significativos para ellos están en las áreas de información, comunicación, satisfacción de necesidades básicas y afectivas – espirituales. Dentro de estos el 78% evaluó como significativo la información sobre su enfermedad, el 88% a la estadía con sus familiares una vez al día y trato respetuoso del personal que lo atiende. (23)

Otro estudio con similar objetivo fue el que llevaron a cabo O. Monteagudo y Col en el Hospital Universitario La Paz de Madrid el 2001, quienes realizaron un estudio de corte transversal a 580 enfermos aplicando el SERVQHOS, que es una adaptación al ámbito hospitalario español de la encuesta SERVQUAL. Los objetivos fueron: detectar y analizar factores que contribuyen a la satisfacción e

insatisfacción del paciente. Obtuvieron los siguientes resultados: la población satisfecha fue 90,6% y la insatisfecha 9,4%. La puntuación SERQHOS global de 3,87+- 0,30. Los factores relacionados con la insatisfacción fueron: ser mujer, no recibir suficiente información, ingreso en forma programada, no haber obtenido ingresos previos. Una de las principales quejas fue la falta de confort de las habitaciones. (24)

En Colombia E. Castillo y colaboradores realizan un estudio para medir el grado de satisfacción del familiar cuidador con la atención que provee el sistema de salud a adultos y niños con cáncer. Al instrumento diseñado para este estudio se le determinó la validez de contenido mediante la consulta con cinco expertos y una prueba piloto con padres y madres de niños con cáncer. El instrumento para medir la satisfacción incluyó las siguientes dimensiones: satisfacción con la capacidad científico – técnica y las relaciones interpersonales del personal médico y de enfermería, satisfacción con las condiciones de las instalaciones de la institución prestadora del servicio y con la oportunidad de la atención.

La satisfacción se midió en una escala de 1 a 10 así: excelente (9-10), bueno (7-8), regular (5-6), deficiente (4 ó menos). La satisfacción con la oportunidad de la atención se midió de acuerdo con el tiempo de espera para obtener la atención. El tiempo de espera se calificó como breve (9-10), corto (7-8), largo (5-6), muy largo (4 ó menos). En la escala también se incluyeron las opciones: no aplica, no responde y no sabe. Según los expertos la validez de contenido fue de 96% para ambos instrumentos.

Los resultados arrojaron que los cuidadores de adultos como de los niños estuvieron satisfechos (81.9% y 93% respectivamente) con la capacidad científico - técnica del personal médico para resolver los problemas y necesidades del enfermo. La satisfacción con la capacidad científico-técnica del personal de enfermería fue un poco mayor (92% niños y 86.1% adultos). De los cuidadores de niños, 79% y 61.5% de los cuidadores de adultos informaron estar satisfechos con

la capacidad del personal administrativo para resolver los problemas y necesidades.

La satisfacción con la comodidad y limpieza de las instalaciones de la institución de salud fue menor; solamente 45.9% de los cuidadores de los niños estuvieron satisfechos con la comodidad y 91.3% con la limpieza mientras que 54% de los cuidadores de los adultos estuvieron satisfechos con la comodidad y 70.5% con la limpieza de las instalaciones.

Los cuidadores de los adultos informaron menor satisfacción con la oportunidad de la atención especialmente con el tiempo de espera para la consulta (30%), tiempo de espera para las diligencias en el ingreso (34.8%) y para el egreso (39.1%). Para los cuidadores de los niños, la satisfacción fue menor en cuanto al tiempo de espera para la consulta (66%), tiempo de espera para la atención en urgencias (66.5%) y para las diligencias de egreso del hospital (66.6%). (30)

El año 2000 R. Ortiz y colaboradores realizaron un estudio transversal, comparativo y analítico titulado "Satisfacción de los usuarios de 15 Hospitales de Hidalgo, México".

Dentro de los resultados la proporción de satisfacción del estudio fue del 84, 9%. La percepción de mala calidad asociada con la insatisfacción fue de 10,8%.

Las principales variables relacionadas con insatisfacción fueron: ausencia de información sobre su enfermedad con 39,3%.

El ingreso socioeconómico influye en la satisfacción, los usuarios insatisfechos poseen mayor salario, debido a que emiten un juicio de valor más riguroso sobre los servicios que recibe.

Frente a las expectativas de atención, el 47,9% tenían mayores expectativas y ésta tiene una gran influencia de insatisfacción, no obstante, sólo 3,89% lo asoció con insatisfacción. Esto es interpretado que si las expectativas del cliente son bajas la probabilidad de satisfacción está presente aún cuando reciba servicios relativamente deficiente.

En el nivel de estudio se aprecia que aquellos con estudios inferiores presentan mayor satisfacción con un 88,6%.

Las características sociodemográficas como género y tiempo de espera no resultaron significativas (31).

I.4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.

Conocer el grado de asociación de algunos factores en la percepción de la satisfacción usuaria del familiar del paciente oncológico atendido en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Ciudad Real –España.

I.5. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.

1. OBJETIVO GENERAL

- ❖ Conocer características sociodemográficas del familiar del usuario hospitalizado en la Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital General de Ciudad Real- España.

Objetivos Específicos:

1.1 Identificar los rangos de edad de la población en estudio.

1.2 Determinar sexo de la población en estudio.

1.3 Conocer estado civil de la población en estudio.

1.4 Conocer procedencia de la población en estudio.

1.5 Identificar nivel de instrucción de la población en estudio

1.6 Determinar nivel socioeconómico de la población en estudio.

2. OBJETIVO GENERAL

- ❖ Identificar el grado de satisfacción usuaria de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados paliativos del Hospital General de Ciudad Real –España.

3. OBJETIVO GENERAL

- ❖ Determinar el grado de asociación de los factores sociodemográficos en la percepción de la satisfacción usuaria del familiar del paciente oncológico pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos.

Objetivos Específicos:

3.1 Distinguir el grado de asociación existente entre la edad del familiar del paciente oncológico con la percepción de la satisfacción usuaria.

3.2 Conocer el grado de asociación existente entre el sexo del familiar del paciente oncológico con la percepción de la satisfacción usuaria.

3.3 Establecer el grado de asociación existente entre el estado civil y la percepción de la satisfacción usuaria del familiar del paciente oncológico.

3.4 Identificar el grado de asociación existente entre la procedencia geográfica con la percepción de la satisfacción usuaria del familiar del paciente oncológico.

3.5 Reconocer el grado de asociación existente entre el nivel socioeconómico del familiar del paciente oncológico en la percepción de la satisfacción usuaria.

3.6 Conocer el grado de asociación existente entre el nivel educacional del familiar del paciente oncológico con la percepción de la satisfacción usuaria.

4. OBJETIVO GENERAL

❖ Determinar el grado de asociación del abordaje familiar en la percepción de la satisfacción usuaria del familiar del paciente oncológico.

5. OBJETIVO GENERAL

❖ Determinar el grado de asociación existente entre el estado depresivo del familiar del paciente oncológico con la percepción de su satisfacción usuaria.

6. OBJETIVO GENERAL

❖ Establecer el grado de asociación entre las características sociodemográficas del familiar del paciente hospitalizado y los factores relacionados con la satisfacción usuaria percibida por éste.

Objetivos Específicos:

- 6.1 Determinar asociación de variables sociodemográficas del familiar respecto a infraestructura.
- 6.2 Obtener asociación de variables sociodemográficas del familiar respecto a empatía.
- 6.3 Determinar asociación de variables sociodemográficas del familiar respecto a expectativas previas.
- 6.4 Obtener asociación de variables sociodemográficas del familiar respecto a capacitación técnica del profesional de salud.
- 6.5 Determinar asociación de variables sociodemográficas del familiar respecto al tiempo de espera.
- 6.6 Identificar asociación de variables sociodemográficas del familiar respecto al tiempo dedicado a la atención.
- 6.7 Determinar asociación de variables sociodemográficas del familiar respecto al trato al usuario.

I.6. LISTADO DE VARIABLES

I.6.1. VARIABLE DEPENDIENTE:

Percepción de la satisfacción usuaria del familiar.

- ❖ Infraestructura
- ❖ Empatía
- ❖ Expectativas previas
- ❖ Capacitación técnica del profesional de salud
- ❖ Tiempo de espera
- ❖ Tiempo dedicado a la atención
- ❖ Trato al usuario

I.6.2. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Demográficas

- ❖ Edad
- ❖ Sexo
- ❖ Estado civil
- ❖ Procedencia geográfica

Socioeconómicas

- ❖ Nivel socioeconómico
- ❖ Nivel de instrucción

Del familiar

- ❖ Estado depresivo

Del Establecimiento de Salud

- ❖ Inclusión de la familia

II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

II.1. TIPO DE DISEÑO

Estudio de diseño descriptivo, analítico, de corte transversal

II.2. UNIVERSO – MUESTRA

Estuvo compuesto por familiares directos responsables de usuarios que se encontraban hospitalizados por descompensación de su patología, en la unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Ciudad Real-España, desde el 19 de Febrero hasta el 14 de Marzo de 2007 y que cumplieran con los criterios de inclusión.

Producto de la escasa rotación de usuarios en este centro asistencial, se encuestó a 35 familiares equivalentes al 100% del universo-muestra teniendo en consideración los siguientes criterios de inclusión:

Criterios de inclusión: Familiares adultos de usuarios hospitalizados en la unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Ciudad Real-España que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

II.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

Familiar de usuario hospitalizado en la unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Ciudad Real-España con diagnóstico de cáncer terminal.

II.4. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

A través del convenio existente entre la Universidad del Bío Bío y la Universidad Castilla de la Mancha, se solicitaron con anterioridad las autorizaciones correspondientes a los jefes de carrera respectivos de cada casa de estudios. El mismo procedimiento se realizó con la dirección del Hospital General de Ciudad Real, al cual se envió formalmente una carta de autorización firmada por la directora de nuestra escuela (anexo 2). Cabe mencionar que este estudio al momento de su formulación tenía como uno de sus objetivos la aplicación paralela en la Unidad de Cuidados Paliativos de Chillán-Chile como en Ciudad Real-España, pero por motivos ajenos a la voluntad de los autores no se pudo concretar dicha iniciativa.

En el instrumento recolector de datos, se incluyó un consentimiento informado escrito para el familiar del usuario, en el cual se señalaba la calidad de anónimo, voluntario y confidencial del estudio.

II.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta que se tituló “Cuestionario para evaluar la percepción de satisfacción usuaria por parte de familiares en relación a la atención brindada en la unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Ciudad Real-España”, que se aplicó a 35 familiares adultos de usuarios hospitalizados en dicho centro en la fecha antes mencionada.

En el procedimiento para recolectar datos se valoró que el familiar del usuario cumpliera con los criterios de inclusión. Posteriormente se daba a conocer el consentimiento informado escrito para su aceptación. Conforme a lo anterior se entrega el cuestionario para proceder a contestarlo auto administrado, si la condición de entendimiento lo permitía, o en el caso contrario administrado por los responsables del estudio.

II.6. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS

Se utilizó como instrumento una encuesta que se tituló “Cuestionario para evaluar la percepción de satisfacción usuaria por parte de familiares en relación a la atención brindada en la unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Ciudad Real-España”, que consta de 5 ítems en la cual hay insertas 3 escalas ubicadas en los ítems II, III y V.

El primer ítem se compone de antecedentes demográficos correspondientes a los familiares de los usuarios. Consta de 4 preguntas dicotómicas y politómicas creadas por los autores de este estudio.

El segundo ítem se compone de antecedentes socioeconómicos del usuario evaluado a través de la Escala de Clasificación Social de Graffar. Este método fue adaptado a la población chilena en 1976 por Valenzuela, Díaz y Klagges (1976). La escala describe cinco variables: Ocupación, nivel de instrucción, fuente principal de ingreso, calidad de la vivienda y calidad del barrio donde habita la familia. Cada una de estas variables contiene categorías ordinales que van de la más alta a la más baja. A cada una de éstas se les asigna una nota entre 1 y 6, que sumadas van a determinar la ubicación de los sujetos en el estrato respectivo. (25) (Anexo 5).

NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

Estrato I	5 – 9	Nivel Socioeconómico Alto
Estrato II	10 – 13	Nivel Socioeconómico Medio Alto
Estrato III	14 – 17	Nivel Socioeconómico Medio
Estrato IV	18 – 21	Nivel Socioeconómico Medio Bajo
Estrato V	22 – 25	Nivel Socioeconómico Bajo

El tercer ítem corresponde a una mini escala de depresión (anexo 5) (26) compuesta de tres preguntas, a las cuales se les asigna un punto a cada una de las respuestas positivas. Se considera depresión si el familiar del usuario registra dos o más puntos en dicha escala.

El cuarto ítem corresponde a cualidades del establecimiento que consta de 1 pregunta la cual no está incluida en el instrumento que mide la satisfacción usuaria, pero que se considera importante analizar para este estudio.

El quinto ítem corresponde a la escala SERVQUAL de Zeithaml, Parasuraman y Berry, 1988, modificada para este estudio (27). Consta de 22 preguntas adaptadas a las 7 dimensiones a evaluar en el estudio. La primera dimensión denominada infraestructura se compone de cinco preguntas que representan las características físicas y apariencia del establecimiento, es decir, instalaciones, equipos y otros elementos con los que el cliente está en contacto al contratar el servicio. La segunda dimensión evalúa la empatía, la cual se compone de cuatro preguntas que consideran la habilidad del personal del equipo de salud de situarse en el lugar del usuario y familia entendiendo su situación actual y comprendiendo sus sentimientos. La tercera dimensión corresponde a expectativas previas, que evalúa las ideas sobre la atención que se brinda en el servicio, según comentarios o antecedentes previos. Esta dimensión se compone de una pregunta del cuestionario. La cuarta dimensión evalúa la capacitación técnica del profesional de salud, caracterizada como la actualización y perfeccionamiento de los conocimientos del equipo de salud que permitan un buen desempeño de su cargo y la resolución de las necesidades adecuadas del usuario. La quinta dimensión evalúa el tiempo de espera, descrita como el tiempo transcurrido desde la llegada del usuario acompañado por su familia al servicio hasta que es llamado a recibir atención. Está representada por dos preguntas del cuestionario. La sexta dimensión se denomina tiempo dedicado a la atención descrita como el tiempo transcurrido desde que ésta comienza hasta que termina por el profesional correspondiente. Esta dimensión consta de una pregunta. La última dimensión

evalúa el trato al usuario percibido por la familia descrita como el tipo y calidad de la relación e interacción existente por parte del equipo de salud hacia el usuario, privilegiando valores como el respeto entre otros.

Las opciones de respuesta para cada pregunta se sitúan en una escala estandarizada que va desde el 1 al 7 para que el familiar califique según su criterio. Además se incorpora una pregunta para evaluar la satisfacción global con el servicio en una escala del 1 al 10 (1 significa la peor valoración y el 10 la mejor valoración). Esta pregunta permitirá comparar la percepción general del servicio con cada aspecto particular del mismo.

Cabe mencionar, que el instrumento SERVQUAL permite evaluar la calidad del servicio brindado a través de las brechas obtenidas entre las expectativas y percepciones de los encuestados. Sin embargo, este estudio considera sólo la medición de la percepción ya que el principal objetivo de la investigación es conocer la satisfacción usuaria evaluada por éste parámetro.

II.7. PRUEBA PILOTO

La prueba piloto estuvo constituida por 10 usuarios con Insuficiencia Renal que se atendían en la unidad de diálisis del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán-Chile. En esta prueba sólo se encontraron errores de tipo comprensión en la escala SERVQUAL, los que fueron corregidos posteriormente. Una vez estando en Ciudad Real-España, se analizó el instrumento recolector con expertos de la dirección de la Unidad de Cuidados Paliativos constituida por el médico jefe de la unidad, enfermera supervisora y algunos médicos de la planta, donde sólo se corrigieron algunas diferencias marcadas por el idioma y cultura del país.

II.8. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS Y PRUEBA ESTADÍSTICA

Los datos obtenidos por medio de los cuestionarios de recolección, fueron ingresados a una planilla del programa Microsoft Excel para organizar las frecuencias y porcentajes de cada variable. Posteriormente fueron traspasados al programa estadístico SPSS 14.0 para Windows donde se aplicó la prueba estadística correspondiente, que en este caso, fue el coeficiente gamma, phi y el coeficiente de contingencia para establecer la asociación existente entre las variables en estudio. Las pruebas estadísticas phi y coeficiente de contingencia adoptan valores entre 0 y 1 y se clasifican en asociación nula, débil, mediana o fuerte según su cercanía a uno. Además considera su P Value (PV) que entrega significancia con valores inferiores a 0,05. El coeficiente gamma, adopta valores entre -1 y 1 para indicar el nivel de asociación. Este coeficiente además entrega la dirección de la asociación que puede ser directa, con valores positivos, o indirecta con valores negativos. (32- 33)

Grado de asociación según valor del coeficiente

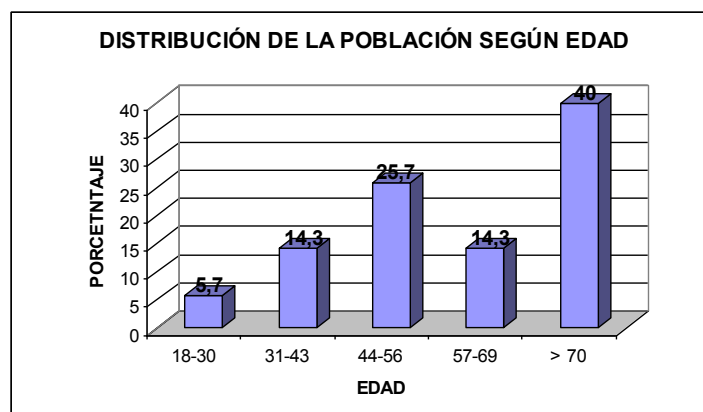
Grado de asociación	Valor del coeficiente
Nula	0 – 0,2
Débil	0,2 – 0,5
Mediana	0,5 – 0,7
Fuerte	0,7 – 1.0

III. ANÁLISIS

III.1. ANÁLISIS DE RESULTADOS

**TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN EDAD.**

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
18-30	2	5,7
31-43	5	14,3
44-56	9	25,7
57-69	5	14,3
> 70	14	40,0
Total	35	100,0



De la tabla y gráfico anterior se infiere que del total de los encuestados un 40% correspondieron a personas mayores de 70 años, un 25,7% a personas entre 44 y 56 años, un 14,3% para los grupos etáreos de 31 a 43 y 57 a 69 años respectivamente y finalmente un 5,7% para el rango de edad entre 18 y 30 años.

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN SEXO.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	8	22,9
Mujeres	27	77,1
Total	35	100,0

Se aprecia que del total de la población en estudio un 77,1% correspondió a mujeres.

TABLA N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Casado	25	71,4
Otro	2	5,7
Separado	1	2,9
Soltero	3	8,6
Viudo	4	11,4
Total	35	100,0

En la tabla se observa que de un total de 35 encuestados un 71,4% se encontraba casado.

TABLA N° 4
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN PROCEDENCIA.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Rural	17	48,6
Urbana	18	51,4
Total	35	100,0

Del total de los encuestados un 51,4% reside en zonas urbanas.

TABLA N° 5
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Básica completa	11	31,4
Básica incompleta	15	42,9
Media Completa	3	8,6
Media Incompleta	4	11,4
Universitaria	2	5,7
Total	35	100,0

En esta tabla se aprecia que del total de la población en estudio un 42,9% tenía educación básica incompleta, un 31,4% poseía educación básica completa y un 5,7% educación universitaria.

TABLA N° 6
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
NSE Alto	1	2,9
NSE Bajo	4	11,4
NSE Medio	11	31,4
NSE Medio Alto	2	5,7
NSE Medio Bajo	17	48,6
Total	35	100,0

La tabla muestra que el 48,6% de los encuestados presentaba un nivel socioeconómico medio bajo y un 2,9% arrojó un nivel socioeconómico alto.

TABLA N° 7
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN PRESUNTA
DEPRESIÓN.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No	10	28,6
Si	25	71,4
Total	35	100,0

Del total de los encuestados un 71,4% presentó depresión según mini escala de depresión y un 28,6% arrojó negativo.

TABLA N° 8
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN INCLUSIÓN DE LA
FAMILIA EN EL PROCESO DE ATENCIÓN.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No	1	2,9
Si	34	97,1
Total	35	100,0

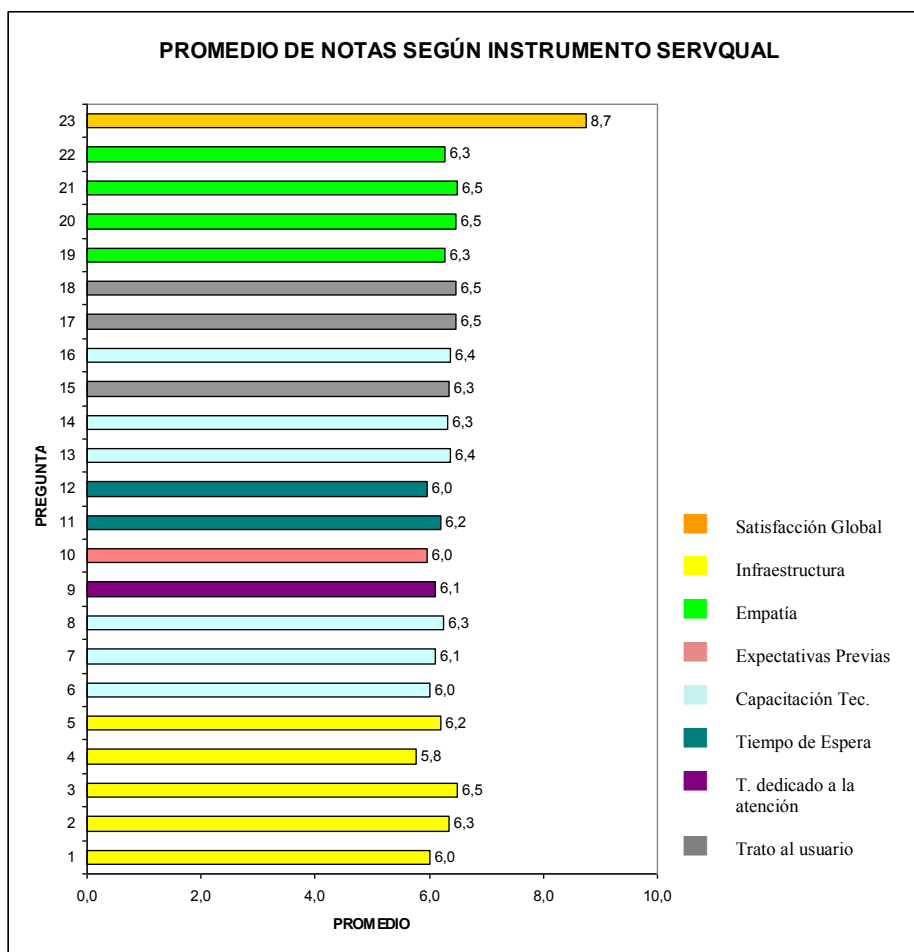
La tabla muestra a un 97,1% de encuestados que manifiesta que en el proceso de atención se incluye a la familia.

TABLA N° 9
PROMEDIO DE NOTA SEGÚN INSTRUMENTO RECOLECTOR SERVQUAL

Pregunta	Área a evaluar	Dimensión	Promedio nota de 1 a 7	D.E.
1	Instalaciones	Infraestructura	6,0	1,24
2	Servicios necesarios	Infraestructura	6,3	0,84
3	Limpieza	Infraestructura	6,5	0,89
4	Señalización	Infraestructura	5,8	1,73
5	Salas de espera	Infraestructura	6,2	1,05
6	Compromisos	Capacitación técnica	6,0	1,14
7	Actividades prestadas	Capacitación técnica	6,1	1,16
8	Confianza	Capacitación técnica	6,3	1,01
9	Tiempo de atención	Tiempo dedicado a la atención	6,1	1,23
10	Expectativas	Expectativas previas	6,0	1,54
11	Tiempo de espera	Tiempo de espera	6,2	0,93
12	Atención de acuerdo a fecha	Tiempo de espera	6,0	1,12
13	Capacitación	Capacitación técnica	6,4	0,94
14	Respuestas del personal	Capacitación técnica	6,3	0,93
15	Amabilidad	Trato al usuario percibido por familia	6,3	1,03
16	Conocimientos	Capacitación técnica	6,4	0,84
17	Acercamiento de funcionarios	Trato al usuario percibido por familia	6,5	0,95
18	Comportamiento de funcionarios	Trato al usuario percibido por familia	6,5	0,78
19	Horarios de atención	Empatía	6,3	0,93
20	Atención de acuerdo a necesidades	Empatía	6,5	0,82

21	Comodidad del ambiente	Empatía	6,5	0,82
22	Atención personalizada	Empatía	6,3	0,99

Pregunta	Área	Promedio nota de 1 a 10	D.E.
23	Satisfacción global	8,7	1,50



En la tabla expuesta se observan las 22 preguntas evaluadas por el instrumento recolector SERVQUAL que considera las distintas dimensiones más la pregunta número 23 que evalúa la satisfacción global.

Se puede deducir que entre estas 22 preguntas las mejores evaluadas son la 3, 17, 18, 20 y 21, referentes a limpieza, acercamiento de los funcionarios, comportamiento de los funcionarios, entrega de atención de acuerdo a sus necesidades reales y comodidad del ambiente respectivamente, donde en una escala de 1 a 7, el promedio de nota recibido es de 6,5.

La pregunta con promedio más bajo corresponde a la número 4 con una nota promedio de 5,8. Esta evalúa la señalización al interior del establecimiento.

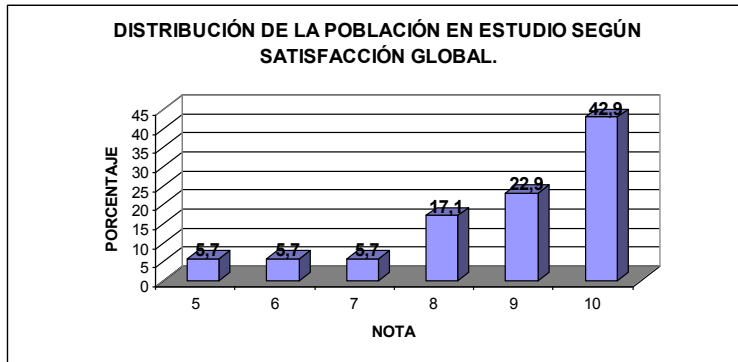
En relación a la pregunta número 23 que esta destinada a evaluar la satisfacción global del familiar se muestra que el promedio de nota obtenido en una escala del 1 al 10 es de 8,7

**TABLA N° 10
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN SATISFACCIÓN GLOBAL.**

Nota	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
5	2	5,7	5,7
6	2	5,7	11,4
7	2	5,7	17,1
8	6	17,1	34,3
9	8	22,9	57,1
10	15	42,9	100,0
Total	35	100,0	

Media: 8,74

D.E.: 1,502



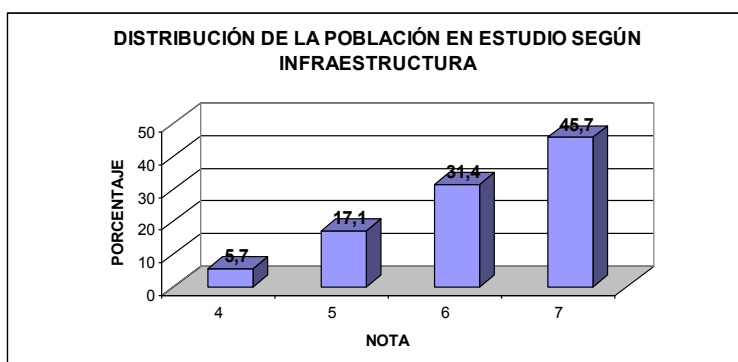
Del total de los encuestados el 42,9% califica la satisfacción global con nota 10, seguido de un 22,9% que evalúa con nota 9, y un 17,1% con nota 8, el 17,1% correspondiente a la población en estudio restante califica con notas entre 5 y 7. No hubo respuestas con notas entre 1 y 4.

**TABLA Nº 11
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN
INFRAESTRUCTURA.**

Nota	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
4	2	5,7	5,7
5	6	17,1	22,9
6	11	31,4	54,3
7	16	45,7	100,0
Total	35	100,0	

Media: 6,17

D.E.: ,923



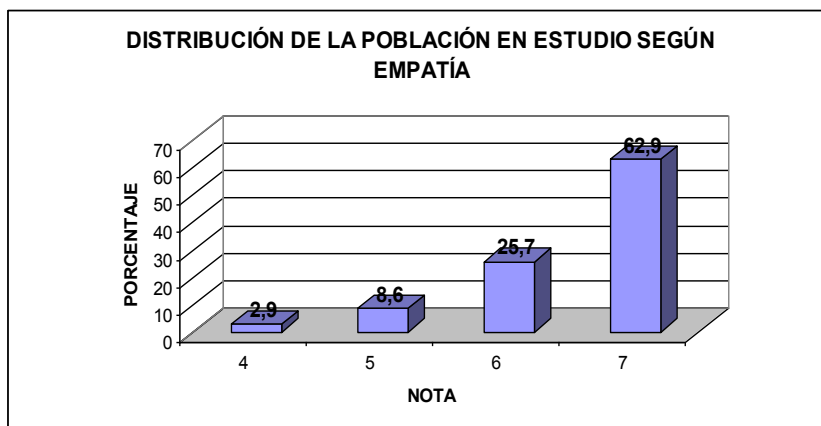
De la tabla anterior se aprecia que el 45,7% de los encuestados calificó la infraestructura con nota 7, el 31,4% lo hizo con nota 6 y el 22,9% restante evaluó con notas entre 5 y 4. No hubo respuestas con notas entre 1 y 3.

TABLA N° 12
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN EMPATÍA.

Nota	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
4	1	2,9	2,9
5	3	8,6	11,4
6	9	25,7	37,1
7	22	62,9	100,0
Total	35	100,0	

Media: 6,49

D.E.: ,781



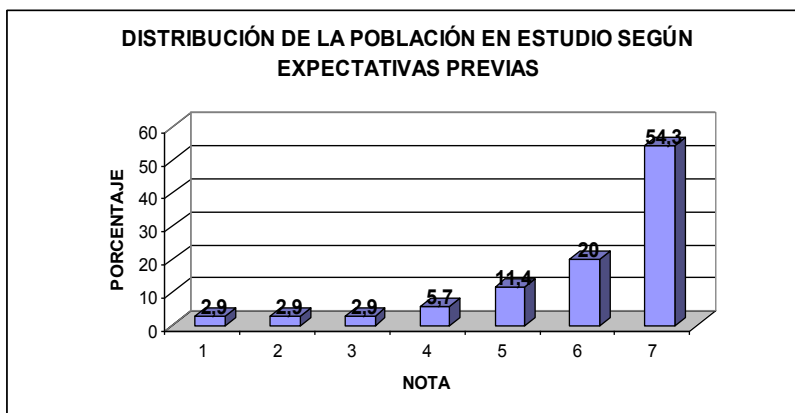
En la tabla y gráfico se observa que el 62,9% del total de los participantes evaluó la empatía con nota 7, el 25,7% calificó con nota 6 y el resto de los encuestados correspondiente al 11,4% lo hizo con notas entre 4 y 5. No hubo respuestas con notas entre 1 y 3.

TABLA N° 13
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN EXPECTATIVAS PREVIAS.

Nota	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	1	2,9	2,9
2	1	2,9	5,7
3	1	2,9	8,6
4	2	5,7	14,3
5	4	11,4	25,7
6	7	20,0	45,7
7	19	54,3	100,0
Total	35	100,0	

Media: 5,97

D.E.: 1,543



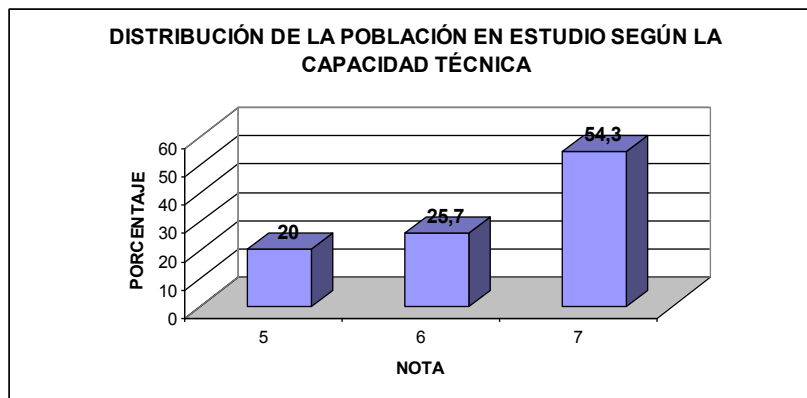
De acuerdo a las expectativas previas, se aprecia que el 54,3% del total de los participantes califica este ámbito con nota 7, el 20% lo hace con nota 6, el 11,4% evalúa con nota 5 y el 14,3% correspondiente al porcentaje restante del total de los participantes califica con notas igual o inferior a 4.

TABLA N° 14
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN LA CAPACIDAD
TÉCNICA DEL EQUIPO DE SALUD.

Nota	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
5	7	20,0	20,0
6	9	25,7	45,7
7	19	54,3	100,0
Total	35	100,0	

Media: 6,34

D.E.: ,802



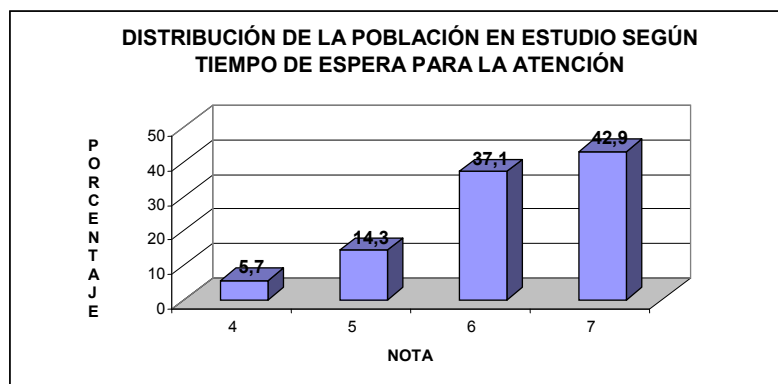
En la tabla y gráfico se puede apreciar que el 54,3% de los participantes calificó la capacidad técnica del equipo de salud con nota 7, el 25,7% lo hizo con nota 6 y el 20% evaluó este aspecto con nota 5. No fueron evaluadas las notas entre 1 y 4.

TABLA Nº 15
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN.

Nota	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
4	2	5,7	5,7
5	5	14,3	20,0
6	13	37,1	57,1
7	15	42,9	100,0
Total	35	100,0	

Media: 6,17

D.E.: ,891



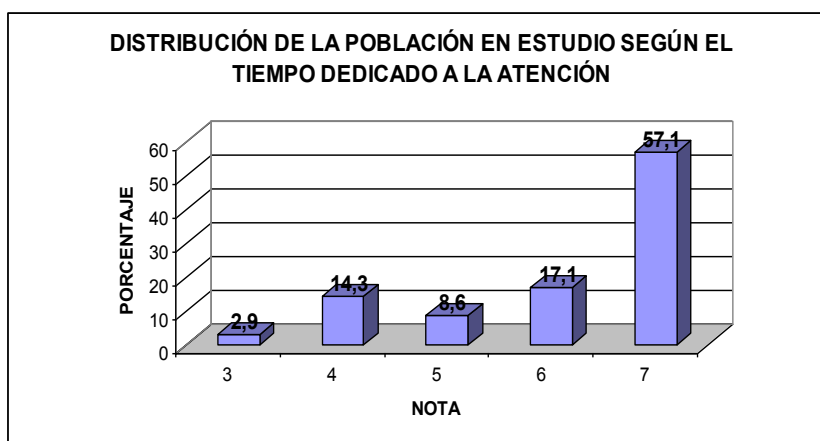
En este gráfico se observa que el tiempo de espera para la atención esta distribuido desde la nota 4 hacia arriba, siendo el más alto porcentaje la nota 7 con un 42,9%, siguiéndole la nota 6 con un 37,1% y las notas entre 4 y 5 con un 20%.

TABLA N° 16
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN EL TIEMPO DEDICADO A LA ATENCIÓN.

Nota	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
3	1	2,9	2,9
4	5	14,3	17,1
5	3	8,6	25,7
6	6	17,1	42,9
7	20	57,1	100,0
Total	35	100,0	

Media: 6,11

D.E.: 1,231



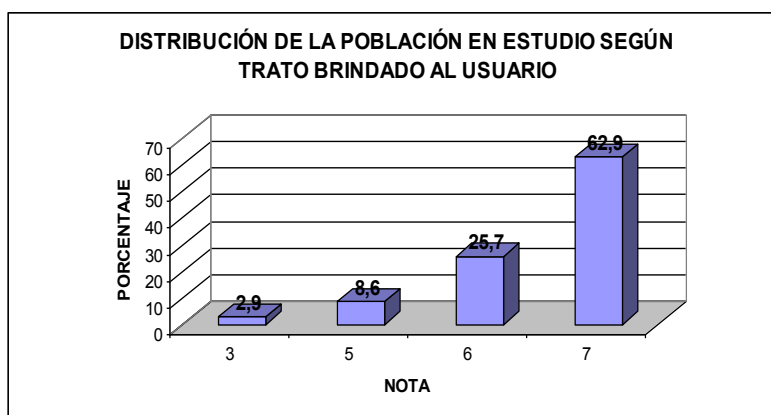
De los datos presentados, se aprecia que el 57,1% de la población en estudio, calificó con nota 7 el tiempo dedicado a la atención y solo el 2,9% evaluó este ámbito con nota 3. No hubo respuestas con las notas 1 y 2.

TABLA N° 17
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN TRATO BRINDADO AL USUARIO.

Nota	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
3	1	2,9	2,9
5	3	8,6	11,4
6	9	25,7	37,1
7	22	62,9	100,0
Total	35	100,0	

Media: 6,46

D.E.: ,886



De la tabla y gráfico se observa que el 62,9% evaluó el trato brindado al usuario con nota 7, un 25,7% lo hizo con nota 6, un 8,6% calificó con nota 5 y el 2,9% restante evaluó con nota 3. No hubo respuestas con las notas 1, 2 y 4.

TABLA N° 18
ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL DEL FAMILIAR Y LA SATISFACCIÓN GLOBAL CON EL SERVICIO.

Nota	Satisfacción Global						Total
	5	6	7	8	9	10	
Variable							
Estado Civil							
Casado	2 5,7%	1 2,8%	2 5,7%	3 8,5%	5 14,2%	12 34,2%	25 71,4%
Otro	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	2 5,7%	2 5,7%
Separado	0 0%	1 2,8%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 2,8%
Soltero	0 0%	0 0%	0 0%	2 5,7%	1 2,8%	0 0%	3 8,5%
Viudo	0 0%	0 0%	0 0%	1 2,8%	2 5,7%	1 2,8%	4 11,4%
Total	2 5,7%	2 5,7%	2 5,7%	6 17,1%	8 22,8%	15 42,8%	35 100%

n: 35

Phi: ,911

CC: ,673

PV: ,087

Analizando la tabla, se observa que del total de los encuestados que son casados, correspondientes a un 71,4%, un 34,2% calificó con nota 10 la satisfacción global, mientras que el 11,4% correspondiente al total de los familiares viudos el 5,7% evaluó con nota 9. No hubo respuestas con las notas entre 1 y 4.

Con lo anterior, se infiere que aunque el valor P no es significativo, existe una fuerte asociación entre el estado civil del familiar y la satisfacción global.

TABLA N° 19
ASOCIACIÓN ENTRE LA INCLUSIÓN DE LA FAMILIA Y LA SATISFACCIÓN GLOBAL.

Nota	Satisfacción Global						Total
	5	6	7	8	9	10	
Variable							
Incluye Familia							
No	0 0%	0 0%	1 2,8%	0 0%	0 0%	0 0%	1 2,8%
Si	2 5,7%	2 5,7%	1 2,8%	6 17,1%	8 22,8%	15 42,8%	34 97,1%
Total	2 5,7%	2 5,7%	2 5,7%	6 17,1%	8 22,8%	15 42,8%	35 100%

n: 35

Phi: ,697

CC: ,572

PV: ,005

En esta tabla se aprecia que, un 97,1% del total de los encuestados señalan que se incluye a la familia en el proceso de atención, de éstos un 42,8% calificó con nota 10 la satisfacción global con el servicio, el resto del porcentaje de esta categoría evaluó con notas dispersas entre 5 y 9. No hubo respuestas con las notas entre 1 y 4.

Se infiere que, existe una mediana asociación entre las variables con un valor P altamente significativo.

Del análisis de los datos se pudo inferir que la edad, el sexo, la procedencia y depresión tienen una asociación débil con la satisfacción global. Además se deduce que la instrucción y el nivel socioeconómico no tienen asociación con esta variable.

TABLA N° 20
ASOCIACIÓN DEL ESTADO CIVIL DEL FAMILIAR Y LA PERCEPCIÓN DE LA
INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO.

Variable	Nota	Infraestructura				Total
		4	5	6	7	
Estado Civil	Casado	2 5,7%	4 11,4%	7 20%	12 34,2%	25 71,4%
	Otro	0 0%	0 0%	0 0%	2 5,7%	2 5,7%
	Separado	0 0%	0 0%	1 2,8%	0 0%	1 2,8%
	Soltero	0 0%	1 2,8%	0 0%	2 5,7%	3 8,5%
	Viudo	0 0%	1 2,8%	3 8,5%	0 0%	4 11,4%
	Total	2 5,7%	6 17,1%	11 31,4%	16 45,7%	35 100%

n: 35

Phi: ,571

CC: ,496

PV: ,495

De la tabla anterior se aprecia que del total de los encuestados, un 71,4% corresponde al grupo con estado civil de casado, de estos el 34,2% calificó la infraestructura con una nota de 7. El porcentaje restante de esta categoría, evaluó con notas dispersas entre 4 y 6. El resto de los participantes del estudio correspondientes a solteros, separados y otros (28,4%), calificaron este ámbito con notas entre 5 y 7. No hubo respuestas con las notas entre 1 y 3.

Con lo anterior, se infiere que aunque el valor P no es significativo, existe una mediana asociación entre el estado civil del familiar y la infraestructura.

Del análisis de los datos se pudo inferir que el sexo, la procedencia y la depresión tienen una asociación débil con la infraestructura. Además se deduce que la edad, instrucción, el nivel socioeconómico y la inclusión de la familia no tiene asociación con esta variable.

TABLA Nº 21
ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL DEL FAMILIAR Y LA EMPATÍA DEL EQUIPO DE SALUD.

Variable	Nota	Empatía				Total
		4	5	6	7	
Estado Civil	Casado	1 2,8%	1 2,8%	7 20%	16 45,7%	25 71,4%
	Otro	0 0%	0 0%	0 0%	2 5,7%	2 5,7%
	Separado	0 0%	0 0%	1 2,8%	0 0%	1 2,8%
	Soltero	0 0%	1 2,8%	0 0%	2 5,7%	3 8,5%
	Viudo	0 0%	1 2,8%	1 2,8%	2 5,7%	4 11,4%
	Total	1 2,8%	3 8,5%	9 25,7%	22 62,8%	35 100%

n: 35

Phi: ,517

CC: ,459

PV: ,674

Se aprecia que del total de los encuestados un 71,4% corresponde al grupo con estado civil de casado, de estos el 45,7% calificó la empatía con nota 7. El porcentaje restante de esta categoría evaluó con notas dispersas entre 4 y 6. El resto de los participantes del estudio correspondientes a solteros, separados y otros (28,4%), calificaron este ámbito con notas entre 5 y 7. No hubo respuestas con las notas entre 1 y 3.

Se infiere que aunque el valor P no es significativo, existe una mediana asociación entre el estado civil del familiar y la empatía del equipo de salud.

TABLA Nº 22
ASOCIACIÓN ENTRE LA PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DEL FAMILIAR Y LA
EMPATÍA DEL EQUIPO DE SALUD.

Nota	Empatía				Total
	4	5	6	7	
Variable					
Procedencia Rural	1 2.8%	1 2.8%	8 22.8%	7 20%	17 48.5%
Urbana	0 0%	2 5.7%	1 2.8%	15 42.8%	18 51,4%
Total	1 2.8%	3 8.5%	9 25.7%	22 62.8%	35 100%

n: 35

Phi: ,526

CC: ,465

PV: ,022

Se aprecia que del total de los encuestados un 51,4% viven en zonas urbanas, de éstos el 42,8% calificó con nota 7 la empatía del equipo de salud. El 48,5% poseen procedencia rural, de éstos el 20% evaluaron con nota 7 éste ámbito y los participantes restantes estimaron sus notas entre 4 y 6. No fueron evaluadas las notas entre 1 y 3.

Con lo anterior, se infiere que el valor P es altamente significativo, además existe una mediana asociación entre la procedencia del familiar y la empatía del equipo de salud.

Del análisis de los datos se pudo inferir que el sexo, la instrucción, el nivel socioeconómico y la depresión tienen una asociación débil con la empatía. Además se deduce que la edad y la inclusión de la familia no tienen asociación con esta variable.

TABLA Nº 23
ASOCIACIÓN DEL ESTADO CIVIL DEL FAMILIAR Y LAS EXPECTATIVAS DE ATENCIÓN DEL SERVICIO.

Variable	Nota	Expectativas						Total	
		1	2	3	4	5	6		7
Estado Civil	Casado	1 2,8%	1 2,8%	1 2,8%	2 5,7%	3 8,5%	3 8,5%	14 40%	25 71,4%
	Otro	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	2 5,7%	2 5,7%
	Separado	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 2,8%	0 0%	1 2,8%
	Soltero	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	2 5,7%	1 2,8%	3 8,5%
	Viudo	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 2,8%	1 2,8%	2 5,7%	4 11,4%
	Total	1 2,8%	1 2,8%	1 2,8%	2 5,7%	4 11,4%	7 20%	19 54,2%	35 100%

n: 35

Phi: ,601

CC: ,515

PV: ,972

Se observa que del total de los encuestados un 71,4% son casados, de éste grupo el 40% evaluó con nota 7 las expectativas de la atención del servicio, el resto del porcentaje de esta categoría se encuentra disperso en notas entre el 1 y el 6. En tanto que los participantes con estado civil de viudez, correspondiente al 11,4%, un 5,7% de ellos calificaron con nota 7 las expectativas de la atención, encontrándose el porcentaje restante de ésta categoría con notas dispersas entre 5 y 6.

El resto del total de los participantes correspondiente a solteros, separados y otros (17%) evaluaron las expectativas con notas entre 5 y 7.

Con lo anterior, se infiere que aunque el valor P no es significativo, existe una mediana asociación entre el estado civil del familiar y las expectativas de la atención del servicio.

Del análisis de los datos se pudo inferir que el sexo, la procedencia, la depresión y la inclusión a la familia tienen una asociación débil con las expectativas. Además se deduce que la edad, el nivel socioeconómico y la instrucción no tienen asociación con esta variable.

TABLA N° 24
ASOCIACIÓN DE LA PROCEDENCIA DEL FAMILIAR Y LA CAPACITACIÓN
TÉCNICA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD.

Nota	Capacitación Técnica			Total
	5	6	7	
Variable				
Procedencia Rural	4 11,4%	8 22,8%	5 14,2%	17 48,5%
Urbana	3 8,5%	1 2,8%	14 40%	18 51,4%
Total	7 20%	9 25,7%	19 54,2%	35 100%

n: 35

Phi: ,530

CC: ,468

PV: ,007

Se aprecia que del total de los encuestados un 51,4% viven en zonas urbanas, de éstos el 40% calificó con nota 7 la capacidad técnica de los profesionales de salud. En tanto que el 48,5% equivale al total de los familiares procedentes de zonas rurales, de ellos un 14,2% evaluaron con nota 7 éste ámbito y el porcentaje restante evaluó con notas 5 y 6. No hubo respuestas con las notas entre 1 y 4.

Con lo anterior, se infiere que el valor P es altamente significativo, además existe una mediana asociación entre la procedencia del familiar y la capacidad técnica de los profesionales de salud.

Del análisis de los datos se pudo inferir que la edad, el sexo, el estado civil, la instrucción y la depresión tienen una asociación débil con la capacitación técnica. Además se deduce que el nivel socioeconómico no tiene asociación con esta variable

TABLA Nº 25
ASOCIACIÓN DEL ESTADO CIVIL DEL FAMILIAR Y EL TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN.

Variable	Nota	Tiempo Espera				Total
		4	5	6	7	
Estado Civil	Casado	1 2,8%	4 11,4%	9 25,7%	11 31,4%	25 71,4%
	Otro	0 0%	0 0%	0 0%	2 5,7%	2 5,7%
	Separado	0 0%	0 0%	1 2,8%	0 0%	1 2,8%
	Soltero	0 0%	1 2,8%	1 2,8%	1 2,8%	3 8,5%
	Viudo	1 2,8%	0 0%	2 5,7%	1 2,8%	4 11,4%
	Total		2 5,7%	5 14,2%	13 37,1%	15 42,8%

n: 35

Phi: ,513

CC: ,457

PV: ,685

Se observa que del total de los encuestados un 71,4% son casados, de éste grupo el 31,4% evaluó con nota 7 el tiempo de espera para la atención, el resto del porcentaje de esta categoría se encuentra disperso en notas que van entre el 4 y el 6. No hubo respuestas con las notas entre 1 y 3.

Con lo anterior, se infiere que aunque el valor P no es significativo, existe una mediana asociación entre el estado civil del familiar y la satisfacción global con el servicio.

Del análisis de los datos se pudo inferir que la edad, el sexo y la procedencia tienen una asociación débil con el tiempo de espera. Además se deduce que el nivel socioeconómico, la instrucción, la depresión y la inclusión de la familia no tienen asociación con esta variable.

TABLA N° 26
ASOCIACIÓN DEL ESTADO CIVIL DEL FAMILIAR Y EL TIEMPO DEDICADO A LA ATENCIÓN

Nota	Tiempo dedicado a la atención					Total
	3	4	5	6	7	
Variable						
Estado Civil						
Casado	1 2,8%	4 11,4%	1 2,8%	5 14,2%	14 40%	25 71,4%
Otro	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	2 5,7%	2 5,7%
Separado	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 2,8%	1 2,8%
Soltero	0 0%	0 0%	1 2,8%	0 0%	2 5,7%	3 8,5%
Viudo	0 0%	1 2,8%	1 2,8%	1 2,8%	1 2,8%	4 11,4%
Total	1 2,8%	5 14,2%	3 8,5%	6 17,1%	20 57,1%	35 100%

n: 35

Phi: ,505

CC: ,451

PV: ,916

De la tabla expuesta se observa que del total de los encuestados el 71,4% son casados, de ellos el 40% calificó el tiempo dedicado a la atención con nota 7, un 14,2% evaluó este ámbito con nota 6 y el resto del porcentaje de este grupo se dispersó en notas que van desde el 3 al 5. No hubo respuestas con notas 1 y 2.

Se infiere que aunque el valor P no es significativo, existe una mediana asociación entre el estado civil del familiar y el tiempo dedicado a la atención.

Del análisis de los datos se pudo inferir que el sexo, la procedencia y la depresión tienen una asociación débil con el tiempo de espera. Además se deduce que la edad, la instrucción, el nivel socioeconómico y la inclusión de la familia no tienen asociación con esta variable.

TABLA N° 27
ASOCIACIÓN ENTRE PROCEDENCIA DEL FAMILIAR Y EL TRATO AL USUARIO.

Nota	Trato al Usuario				Total
	3	5	6	7	
Procedencia Rural	1 2,8%	3 8,5%	6 17,1%	7 20%	17 48,5%
Urbana	0 0%	0 0%	3 8,5%	15 42,8%	18 51,4%
Total	1 2,8%	3 8,5%	9 25,7%	22 62,8%	35 100%

n: 35

Phi: ,475

CC: ,429

PV: ,048

Analizando la tabla, se aprecia que del total de los encuestados un 51,4% viven en zonas urbanas, de éstos el 42,8% calificó con nota 7 el trato al usuario. De los familiares procedentes de zonas rurales solo un 20% de ellos evaluaron con nota 7 este ámbito. No hubo respuestas con las notas 1 y 2.

Con lo anterior se infiere que existe una débil asociación entre la procedencia del familiar y el trato al usuario, con un valor P altamente significativo.

Del análisis de los datos se pudo inferir que el estado civil, la depresión y la inclusión de la familia tienen una asociación débil con el trato al usuario. Además se deduce que la instrucción, el nivel socioeconómico el sexo y la edad no tienen asociación con esta variable.

III.2. DISCUSIÓN DE DATOS.

En relación a los datos obtenidos sobre la edad de los familiares encuestados, se encontró que el grupo etáreo mayor de 70 años concentró el más alto porcentaje de la población en estudio, siendo éstos quienes calificaron en mayor porcentaje con nota 10. Respecto a su asociación con la satisfacción global del servicio se aprecia una débil asociación, además no arroja grado de significancia, al igual que el estudio realizado en Haya de Málaga para determinar la satisfacción del usuario con el profesional de enfermería, donde la edad también resultó no ser significativa en la satisfacción global (15).

Con respecto al sexo, se observó un predominio femenino por sobre el masculino en el número de encuestados, donde las mujeres manifestaron estar más satisfechas que los hombres, no existiendo significancia con la satisfacción global. El mismo caso se presentó en el estudio realizado en Perú el año 2000 por J. Seclén (2). Contrario a esto, son los resultados que arrojó el estudio realizado en Haya de Málaga, donde el sexo si tiene significancia con el nivel de satisfacción expresado (15). Según otra investigación llevada a cabo en el Hospital Universitario de la Paz de Madrid por O. Monteagudo y Col, concluye que ser mujer está relacionado con la insatisfacción (24).

En cuanto al estado civil, el mayor porcentaje de los encuestados manifestó encontrarse casado y de éstos la mayoría señaló sentirse satisfecho con el servicio brindado. En tanto que, los participantes que expresaron tener un estado civil distinto al anterior también manifestaron satisfacción. Se determinó que existe una asociación fuerte entre el estado civil del familiar y la satisfacción global. Esta satisfacción puede deberse a que en las subdimensiones que permiten evaluar la percepción de la satisfacción como son la infraestructura, empatía, expectativas, tiempo de espera y tiempo dedicado a la atención se dan asociaciones medianas con el estado civil del familiar. Esto se contrapone con el estudio realizado en Perú, que refiere la no existencia de asociación significativa

entre el estado civil y la satisfacción (2). Cabe destacar, que ésta investigación no se realizó en cuidados paliativos y la diferencia estadística pudiera deberse a las distintas características de los encuestados.

Según lo observado en los datos relacionados con la procedencia del familiar, existe un equilibrio en el número de participantes procedentes de zonas rurales y urbanas, siendo la población urbana la que califica con mejor nota la satisfacción global. Cabe destacar, que la procedencia muestra una asociación mediana con la empatía, la capacitación técnica y con el trato brindado al usuario, donde expresan también una alta significación con la satisfacción global. Lo anterior coincide con lo expuesto en el estudio que se llevó a cabo en Perú, en el cual se señala que la distancia es inversamente proporcional a la satisfacción (2). Al contrario de lo anteriormente expuesto, la investigación llevaba a cabo en Haya de Málaga manifiesta que no existe relación (15).

En cuanto al nivel de instrucción del familiar, se aprecia que el mayor porcentaje de la muestra corresponde a personas con enseñanza básica incompleta, seguida de personas que poseen estudios básicos completos, existiendo un bajo número de participantes con estudios superiores. La mayor satisfacción se encuentra en personas que poseen estudios de enseñanza básica incompleta, demostrando en el cruce de variables que la satisfacción es inversamente proporcional con el nivel educativo pero esta no es significativa de acuerdo a los valores de P obtenidos en el análisis. Lo anterior, es similar a lo expresado en la investigación realizada en México el año 2000 por Rosa María Ortiz Espinoza, donde se señala que el nivel de estudio inferior presenta un mayor porcentaje de satisfacción (31).

En relación al nivel socioeconómico, el 48,6% de los participantes pertenece al nivel socioeconómico medio bajo y un 31,4% corresponde al nivel medio. A raíz de los datos obtenidos, se aprecia que el nivel socioeconómico no está asociado con la satisfacción global expresada por el familiar, en contraste de lo que señala el estudio mexicano antes citado, que muestra una influencia en la satisfacción,

donde las personas con mayor salario se encuentran insatisfechos probablemente a que emiten un juicio de valor más riguroso sobre los servicios que recibe (31).

La depresión es otra variable independiente considerada en éste estudio, según los datos obtenidos de los participantes, existe un 71,4% de personas que expresan tener depresión, lo que se deduce por la condición de gravedad del familiar hospitalizado. Las necesidades de una familia con un miembro en ésta situación, vienen determinadas por la presencia de un gran impacto emocional condicionado por la aparición de múltiples temores. Los miedos se derivan, no sólo del hecho de enfrentarse a la muerte de un ser querido, sino de su sufrimiento, de la duda de si serán capaces de apoyarle de forma adecuada, entre otros aspectos. (19) A pesar del estado depresivo, el mayor porcentaje de personas con este trastorno anímico señalan en este estudio encontrarse satisfechas con la atención brindada en el servicio.

En cuanto a la inclusión de la familia en el proceso de atención, el 97,1% de los participantes manifiesta sentirse incluidos. Al realizar el cruce entre este aspecto y la satisfacción global, se obtiene que existe una mediana asociación entre la inclusión del familiar y la satisfacción global, además de ser altamente significativa.

La satisfacción global, es evaluada en un 42% con nota 10, cabe destacar que existe un 11,4% que califica con una nota igual o inferior a 6, demostrando una satisfacción no del todo completa en este grupo. La nota media existente para todos los encuestados es de 8,74, cifra casi similar a la nota promedio obtenida en el estudio del SESCAM realizado el año 2002, donde su calificación promedio fue de 8,55 (29) y en el estudio llevado a cabo en el Servicio de Urgencia del Hospital Virgen de las Nieves Granada, España, la puntuación media de satisfacción global con el servicio fue de 7,78 en una escala de 0 a 10 al igual que el anterior(28).

En relación a la infraestructura, existe un 45,7% que cataloga en una escala de 1 a 7 con nota 7 esta subdimensión y hay un 22,9% que evalúa con nota igual o inferior a 5, a pesar de la apariencia nueva y moderna del servicio de Cuidados Paliativos del Hospital General de Ciudad Real España.

En la pregunta n° 4 del instrumento SERVQUAL utilizado, se evalúa la señalética del establecimiento, los participantes del estudio la califican como uno de los aspectos más deficientes en relación a la infraestructura con un promedio de notas de 5,8, lo que se contrapone al estudio del SESCAM realizado en España el año 2002, que muestra conformidad con el sistema de señaléticas del establecimiento (29).

Dentro de las subdimensiones mejor evaluadas, está la empatía y el trato al usuario, ambos con un 62,9% evaluados con nota 7. Esto se asemeja a lo señalado en el estudio realizado en Chile, en el Servicio de Salud de Aconcagua, donde el trato brindado por los diferentes funcionarios fue evaluado con un 91,9% como bueno o muy bueno (1), al igual que en la investigación realizada en Granada en el Centro de Salud Zaidín- Sur el año 1989, donde el trato del personal fue uno de los mejores evaluados (34).

Las subdimensiones evaluadas en mayor porcentaje con notas iguales o inferiores a 5, corresponden a las expectativas previas y al tiempo dedicado a la atención con un 25,7% respectivamente, esto se asemeja al estudio realizado en México, donde un 47,9% dice haber tenido mejores expectativas respecto a la atención a brindar. Lo cual les lleva a insatisfacción (31).

La capacitación técnica del equipo es otra dimensión evaluada por los familiares de los usuarios, en ella se aprecia que un 54,3% la califica con nota 7 y un 20% con nota 5. Lo que resulta similar al estudio publicado en Colombia el año 2005, por E. Castillo, que señala como satisfechos en éste ámbito a los familiares de adultos y niños con cáncer (30).

La última dimensión considerada, es el tiempo de espera para recibir una atención determinada, la que señala que un 42,9% de los participantes calificó esta dimensión con nota 7 y un 20% con una calificación igual o inferior a 5. Al igual que el estudio de SESCAM del año 2002, el 85,1% de los usuarios expresa satisfacción con el tiempo de espera (29). Lo anterior contrasta con una investigación realizada en el Hospital Virgen de las Nieves, Granada – España, en la que esta característica fue la peor valorada (28), así también en el estudio realizado en Colombia por E. Castillo donde los familiares manifestaron sólo un 30% de satisfacción con el tiempo de espera para la consulta (30).

IV. CONCLUSIÓN, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.

IV.I. CONCLUSIÓN

De la investigación realizada se concluye que:

La nota promedio señalada por la población en estudio sobre la satisfacción global en una escala del 1 al 10 fue de 8,74 lo que según estudio presentado en marco empírico significa estar satisfechos con el servicio recibido.

Del total de la muestra que se encuentra con mayor satisfacción de acuerdo a la atención brindada por el servicio, podemos concluir que la mayoría posee las siguientes características:

- Se encuentra en el grupo etáreo mayor de 70 años (22,8%)
- Son de sexo femenino (31,4%)
- Casados (34,2%)
- De procedencia urbana (31,4%)
- Con enseñanza básica incompleta (25,7%)
- Con nivel socioeconómico medio bajo (22,8%)

- Depresivos (28,5%)
- Con percepción de que se incluye a la familia en el proceso de atención. (42,8%)

De las 7 subdimensiones de satisfacción, se concluyó que las mejores evaluadas con nota 7 son: empatía y trato al usuario (62,9%), tiempo dedicado a la atención (57,1%), capacidad técnica y expectativas (54,3%), infraestructura (45,7%) y tiempo de espera (42,9%).

En cuanto al cruce de variables se puede concluir que existe una asociación altamente significativa entre empatía y procedencia geográfica, capacidad técnica y procedencia geográfica, trato al usuario con procedencia, y satisfacción global con inclusión de la familia. Además se puede decir que existe una asociación fuerte entre satisfacción global y estado civil.

Además podemos concluir que el avance en cuidados paliativos en España, específicamente en el Hospital General de Ciudad Real, muestra una realidad de desarrollo en el tema en distintos aspectos que podrían ser implementados en Chile tales como :

- ❖ Hospitalización de pacientes descompensados en unidades específicas de cuidados paliativos.
- ❖ Mayor preocupación por la familia lo que permite un ambiente grato y cercano al hogar en la hospitalización.
- ❖ El equipo de salud esta en constante actualización y perfeccionamiento sobre el tema lo que permite además de brindar una buena atención al usuario, la entrega de cursos a personas externas a la unidad.
- ❖ Implementación de sistema de comunicación en red con otros servicios del hospital, además de iniciativa para mejorar este ámbito con estamentos de atención extrahospitalaria.

- ❖ Se privilegia el bienestar del paciente por sobre el tratamiento farmacológico.

Estos aspectos podrían contribuir a la satisfacción manifestada por los familiares de usuarios hospitalizados en unidad de cuidados paliativos antes mencionada.

IV.2. SUGERENCIAS

- ❖ Realizar un estudio en Chile para conocer el grado de satisfacción de los familiares de usuarios que se atienden en la Unidad de Cuidados Paliativos.
- ❖ Complementar el presente estudio con investigaciones realizadas en Chile.
- ❖ Difundir los resultados de este estudio, para que el equipo de salud conozca los aspectos asociados a la satisfacción del familiar del paciente hospitalizado de cualquier servicio hospitalario.
- ❖ Continuar probando el instrumento en cuidados paliativos dentro de lo posible, en unidades locales de atención.
- ❖ Aumentar recursos y fomentar la iniciativa en nuestra casa de estudios para facilitar el desarrollo de más investigaciones fuera del país.

IV.3. LIMITACIONES

El estudio llevado a cabo por los investigadores, presentó las siguientes limitaciones durante su desarrollo:

- ❖ Imposibilidad de realizar el estudio en Chile lo que hubiese permitido complementar la información obtenida en España.

- ❖ Escasa rotación de pacientes hospitalizados y por ende de sus familiares en la unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Ciudad Real, lo que conllevó a un reducido universo- muestra para el estudio.

- ❖ Gran demanda de tiempo para el desarrollo del estudio.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. MELÉNDEZ, Fancy, ARTEAGA, Oscar, HERNÁNDEZ, Enrique. Medición de la satisfacción de los usuarios directos del Departamento Programas sobre el Ambiente del Servicio de Salud Aconcagua. Revista chilena de Salud Pública, Chile 2004, vol 8, nº1, p 18-28.
2. SECLÉN Palacin Juan y DARRAS Christian. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000 Anales de la Facultad de Medicina [En línea]. Lima abr./jun. 2005, vol.66, no.2 p.127-141. ISSN 1025-5583. [Fecha de consulta: 22 de octubre 2006]. Disponible en internet : http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S102555832005000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=es.
3. MINISTERIO de salud de Chile, departamento de epidemiología. Registros de Cáncer. [en línea] Santiago, Chile Ministerio de Salud, 2006.[Fecha de consulta: 10 de septiembre 2006]. Disponible en Internet <<http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame2.htm>>.
4. CENTRO Nacional de Epidemiología Ambiental y Cáncer, Centro nacional de Epidemiología. Mortalidad en España por Causas.[en línea] España 2000. [Fecha de consulta: 20 de Noviembre 2006]. Disponible en Internet <http://www.isciii.es/htdocs/pdf/mort2000.pdf> >.
5. LOPEZ Abente, Gonzalo, POLLÁN N, PÉREZ Gómez, B. Situación del cáncer en España: incidencia.[en línea].Madrid: Área de epidemiología ambiental y cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III, España. [Fecha de consulta: 20 de noviembre 2006]. Disponible en Internet

<http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272004000300001&lng=es&nrm=iso>.

6. MARRINER Tomey, Ann y RAILE Alligood, Martha. Modelos y teorías de enfermería. 4ta edición. Madrid-España: Harcourt Brace, 1999. 555p.

7. LUVERNE Wolff, Lewis, KUHN Timby, Bárbara. Fundamentos de Enfermería. 4ª Edición. México. Editorial Mexicana, 1992. 1108 p.

8. PENSAMIENTO enfermero por Suzanne Kérrouac et all. 1ª edición. Barcelona-España: Masson, 2002. 167p.

9. TEORÍA Y MÉTODO EN ENFERMERÍA II. [En línea]. Última Revisión: 21 de Mayo de 2006 [Fecha de consulta: 24 de Octubre de 2006]. Disponible en Internet::http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/progr_asignat_teor_metod5.htm#King>.

10. MAXY A., RUZ A. Conceptos Generales de Calidad. [En línea]. Chile, 2006 [Fecha de consulta: 22 de Octubre de 2006]. Disponible en Internet: http://cursos.puc.cl/enp23182/almacen/1155134523_cmesias_sec1_pos0.ppt.

11. Real Academia Española. [En línea]. [Fecha de consulta: 24 de Noviembre de 2006]. Disponible en Internet: <http://www.rae.es>>.

12. República de Chile, Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas. Unidad de Calidad y Regulación. Programa Seminario Básico EMC, Chile, 2000.

13. GNECCO Tassara, Gilda. Historia de la calidad, Chile, 1998. En: Programa de evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención. Santiago. Módulo 16.
14. DIAGNOSTICO de satisfacción del usuario en la unidad de emergencia del hospital Guillermo Grant Benavente: identificación de oportunidades de mejora, por MICCO Garay, Sergio et all. En: Conferencia Nacional de Calidad, Chile, 1999, Libro 3, p.3-42.
15. GONZÁLEZ Valentín, Araceli, PADÍN López, Susana, DE RAMÓN Enrique. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. Enfermería Clínica, España, 2005, vol 15, nº 3, p 147-155.
16. BUSTAMANTE Arce, Freddy. Medición de la calidad de los servicios de salud en el centro de salud de Porvenir.[en línea]. Lima Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2002.[Fecha de consulta: 04 de octubre 2006]. Disponible en Internet <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Basic/bustamante_af/T_completo.PDF#search=%22cuestionario%20SERVQUAL%20%22>.
17. SATISFACCION del usuario, concepto y medición: una herramienta de gestión en el sistema de salud, por GNECCO Tassara, Gilda et all, Chile, 1998. En: Programa de evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención. Santiago. Módulo 13. 86 p.
18. HACIA la elaboración de un programa de evaluación y mejoramiento de la calidad, por GNECCO Tassara, Gilda et all, Chile, 1995. En: Programa de evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención. Santiago. Módulo 6. p.35.

19. Asociación Española contra el Cáncer, España [En línea]. [Fecha de consulta: 18 de Abril de 2007]. Disponible en Internet: <<http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/El+cáncer/Que+es+el+cancer.htm>>, <http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/Cuidados+paliativos/NECESIDADES+DE+LA+UNIDAD+FAMILIAR.htm>>

20. ARANEDA, Gloria, Coautoras, ALARCÓN, Silvia, CURA, María, PINCHEIRA, Ana. Cuidados Paliativos “El Concepto de Cuidar en Enfermería, Chillán, Chile 2001, 61 p.

21. SECOLI, Silvia, PEZO Silva María, ROLIM Marli, MACHADO Ana Lucia. Revisiones: El cuidado de la persona con cáncer, un abordaje psicosocial. Brasil [En línea] [Fecha de consulta: 30 de Abril de 2007]. Disponible en Internet: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300007&lng=es&nrm=iso>.

22. GARCÍA Fernández, Francisco, PANCORBO Hidalgo, Luis, RODRÍGUEZ Torres, María, RODRÍGUEZ Torres, Miguel, ALCÁZAR Iglesias, PEREIRA Becerra Francisco. Satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria en dos hospitales comarcales. Enfermería clínica, España, 2002, vol 12, nº5, p 201-209.

23. MORRIS S., Ivonne, RIVEROS M., Norma, PUCHEAU M., Juan. percepción de los usuarios que ingresan al servicio de cirugía del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán. Revista Colegio de Enfermeras. Chile, 2005, nº 104, p13-18.

24. MONTEAGUDO, Olga, y COL. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: Factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. Revista calidad Asistencial, España, 2003, vol 18, nº5, p 263- 271.

25. MEDEIROS Ruiz, Leonardo, VALENZUELA Menares. Evaluación de las ansiedades de separación, culpa y vergüenza asociadas a la imagen corporal en mujeres obesas y su relación con el resultado del tratamiento médico-nutricional para adelgazar. [en línea]. Memoria de Psicólogo. Santiago, Universidad de Chile, Chile 2005. [Fecha de consulta: 25 de Noviembre de 2006]. Disponible en Internet: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/medeiros_/sources/medeiros_.pdf>.

26. PERCEPCION de la satisfacción usuaria en relación a cuidados proporcionados por el profesional de enfermería del servicio de cirugía del Hospital Hermina Martín de Chillán, por BARROSA Gutierrez, Angela et all., Universidad del Bío Bío, Chile 2005.

27.HECKMANN, Gerardo. Medición de la Calidad de los Servicios.[en línea].Universidad del Cema, Argentina, 2003. .[Fecha de consulta: 04 de octubre 2006]. Disponible en Internet http://www.cema.edu.ar/postgrado/download/tesinas2003/MADE_Weil.pdf>.

28.- GEA Velásquez, Maria, HERNÁN García, Mariano, JIMÉNEZ Martín, José. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. España 1998, Revista Calidad Asistencial [En línea]. Enero 2001, vol.16, Pág. 37-44. [Fecha de consulta: 14 de mayo 2007]. Disponible en Internet < http://www.secalidad.org/revista/articulos/2001_enero/6articulo.pdf >

29.- FISCAM. Participación y opinión de los usuarios del SESCAM. España 2005.[En línea]. [Fecha de consulta: 14 de mayo 2007]. Disponible en Internet < http://sescam.jccm.es/web1/ciudadanos/elSescam/encuesta_satisfaccion.pdf >

30.- CASTILLO, Edelmira, CHESLA, Catherine, ECHEVERRI, Gustavo. Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer. Colombia [En línea]. Julio – Septiembre. 2005, vol.36, nº 3. [Fecha de consulta: 14 de mayo 2007] Disponible en Internet <<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No3Supl1/PDF/cm36n3s1a5.pdf>>

31.- ESPINOZA Ortiz, Rosa, MUÑOZ Juárez, Sergio, TORRES Carreño, Erick .Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México 2000, Revista Española Salud Pública [En línea]. Madrid jul/ ago. 2004, vol. 78, nº 4, pag 527-532. ISSN 1135-5727. [Fecha de consulta: 14 de mayo 2007]. Disponible en Internet :< <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=970242>>

32.- ATO García, Manuel, LÓPEZ García, Juan José. Análisis Estadístico para datos categóricos. Madrid, España 1996. Capítulo 2.

33.- PARDO Merino, Antonio. Análisis de Datos Categóricos. España 2002. Capítulo 3.

34.- AGUADO J., Encuesta de Satisfacción a Usuarios del centro de Salud Zaidín- Sur de granada. Revista San Hig, España, 1992, vol. 66, nº 3- 4, pág. 225- 231.

VII. ANEXOS

ANEXO 1

DEFINICION NOMINAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

TIPOLOGIA DE LA VARIABLE	CLASIFICACIÓN DE LA VARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Demográfica	Antecedentes demográficos de la muestra	Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el día de aplicación de la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> • 18 – 30 • 31 – 43 • 44 – 56 • 57 – 69 • 70 y más
		Sexo	Condición determinada genéticamente. Implica diferencias biológicas, psicológicas y sociales que distingue al hombre de la mujer. Se entiende por el que esta inscrito en los registros legales.	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
		Estado civil	Situación de pareja al momento de aplicación de la encuesta.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero(a) • Casado(a) • Viudo(a)

				<ul style="list-style-type: none"> • Separado(a) • Otros (convivientes, religiosos)
		Procedencia geográfica	<p>Área Urbana: Dentro de los límites establecidos de la ciudad donde se aplique la encuesta (Ciudad Real)</p> <p>Área Rural: Fuera del perímetro urbano.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural
Socioeconómica	Antecedentes socioeconómicos de la muestra	Nivel socioeconómico	Clasificación de la familia del usuario de acuerdo a recursos económicos disponibles.	Se medirá con Escala de Clasificación Social de Graffar adaptado a la población chilena en 1976 por Valenzuela, Díaz y Klagges (1976). basado en 5 variables: Ocupación, nivel de instrucción, fuente principal de ingreso, calidad de la vivienda y calidad del barrio donde habita la familia.

				<p>(Anexo 5). Mide el nivel socioeconómico (NSE) según estratos:</p> <p><u>Estrato I</u> 5 – 9 NSE Alto</p> <p><u>Estrato II</u> 10 – 13 NSE Medio Alto</p> <p><u>Estrato III</u> 14 – 17 NSE Medio</p> <p><u>Estrato IV</u> 18 - 21 NSE Medio Bajo</p> <p><u>Estrato V</u> 22 – 25 Nivel Socioeconómico Bajo</p>
		Nivel de instrucción	Grado de enseñanza aprobado que alcanza el familiar en el proceso educativo.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin estudios • Básica incompleta • Básica completa • Secundaria o media incompleta

				<ul style="list-style-type: none"> • Secundaria o media completa, Industrial, Comercial. • Universitaria o equivalente
Del familiar del individuo hospitalizado	Antecedentes respecto al familiar del individuo	Estado depresivo	Trastorno emocional que provoca sentimientos de tristeza, sentimientos de culpa y frustración.	<p>Se evaluará con Mini escala de depresión correspondiente al III ítem del cuestionario.</p> <p>Se dicotomizó en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Sí</u>: familiar tiene más de una respuesta afirmativa en mini escala de depresión. • <u>No</u>: familiar tiene una o menos respuesta afirmativa en mini escala de depresión. (Anexo 5)
Del establecimiento de salud	Antecedentes respecto al centro de salud	Inclusión de la familia	Abordaje familiar en el proceso de atención brindada por el establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Sí incluye a familia • No incluye a familia

<p>Percepción de la satisfacción del familiar del usuario</p>	<p>Antecedentes de percepción de satisfacción del familiar del usuario en relación a la atención brindada en la unidad de cuidados paliativos.</p>	<p>Percepción de satisfacción del familiar del usuario.</p>	<p>Juicio del familiar del usuario hospitalizado sobre el cumplimiento o incumplimiento por parte del sistema respecto a sus expectativas.</p>	<p>Escala SERVQUAL modificada de Zeithaml, Parasuraman y Berry, 1988. Corresponde al V ítem del cuestionario para evaluar la percepción de la satisfacción del familiar del usuario en relación a la atención brindada en la unidad de cuidados paliativos del Hospital General de Ciudad Real (Anexo 4) Evalúa percepción global en pregunta N° 23 calificando con una nota de 1 a 10, donde 1 significa la peor valoración y el 10 la mejor valoración.</p>
---	--	---	--	--

		Infraestructura	Características físicas y apariencia del establecimiento, es decir, las instalaciones, equipos y otros elementos con los que el usuario y familia están en contacto.	Preguntas N° 1, 2, 3, 4 y 5 de la escala SERVQUAL modificada. Se califica con una nota de 1 a 7.
		Empatía	Habilidad del personal del equipo de salud de situarse en el lugar del usuario y familia entendiendo su situación actual y comprendiendo sus sentimientos.	Preguntas N° 19, 20, 21 y 22 de la escala SERVQUAL modificada. Se califica con una nota de 1 a 7.
		Expectativas previas	Ideas sobre la atención que se brinda en el centro de salud, según comentarios o antecedentes previos.	Pregunta N° 10 de la escala SERVQUAL modificada. Se califica con una nota de 1 a 7.
		Capacitación técnica del profesional de salud	Actualización y perfeccionamiento de los conocimientos del equipo de salud que permitan un buen desempeño de su cargo y la	Preguntas N° 6, 7, 8, 13,14 y 16 de la escala SERVQUAL modificada. Se califica con una nota de 1

			resolución de las necesidades adecuadas del usuario.	a 7.
		Tiempo de espera	Tiempo transcurrido desde la llegada del usuario acompañado por su familia al servicio hasta que recibe la atención por el profesional correspondiente.	Preguntas N° 11 y 12 de la escala SERVQUAL modificada. Se califica con una nota de 1 a 7.
		Tiempo dedicado a la atención	Tiempo transcurrido desde que comienza hasta que termina la atención por el profesional correspondiente.	Preguntas N° 9 de la escala SERVQUAL modificada. Se califica con una nota de 1 a 7.
		Trato al usuario percibido por la familia	Tipo y calidad de la relación e interacción existente por parte del equipo de salud hacia el usuario, privilegiando valores como el respeto entre otros.	Preguntas N° 15,17 y 18 de la escala SERVQUAL modificada. Se califica con una nota de 1 a 7.

ANEXO 2

Chillán, Febrero del 2007

SR. JESÚS FERNÁNDEZ
DIRECTOR HOSPITAL GENERAL DE CIUDAD REAL
CIUDAD REAL-ESPAÑA

De mi consideración:

Junto con saludarle, me permito dirigir a usted para informarle que con motivo del cumplimiento de los requisitos necesarios para recibir el grado de Licenciado en Enfermería, los alumnos quinto año de la carrera de enfermería de la Universidad del Bio Bio, Chillán- Chile, deben realizar una investigación. Uno de estos proyectos es **“Factores asociados a la percepción de la satisfacción usuaria en familiar de paciente hospitalizado en la unidad de Cuidados Paliativos, Hospital General de Ciudad Real- España.”**

La presente carta tiene como finalidad, solicitar a usted, autorizar la recolección de datos en las dependencias de la unidad de cuidados paliativos, garantizando la confidencialidad de los antecedentes personales obtenidos.

Nombre y Rut de los estudiantes:

- Maria José Rioseco Mella 16.203.907-5
- Carolina Alejandra Zúñiga Quintana 15.879.087-4
- Felipe Emilio Fuentes Rodríguez 15.217.214-1

Propósito Tesis:

Conocer el grado de asociación de algunos factores que influyen en la percepción de la satisfacción usuaria de familiares de los pacientes oncológicos atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Ciudad Real –España.

Los objetivos generales de la investigación son:

- ❖ Conocer características sociodemográficas del familiar del usuario hospitalizado en la Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital General de Ciudad Real- España.
- ❖ Identificar el grado de satisfacción usuaria de los familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados paliativos del Hospital General de Ciudad Real –España.
- ❖ Determinar el grado de asociación de los factores sociodemográficos en la percepción de la satisfacción usuaria del familiar del paciente oncológico pertenecientes a la unidad de cuidados paliativos.
- ❖ Determinar el grado de asociación del abordaje familiar en la percepción de la satisfacción usuaria del familiar del paciente oncológico.
- ❖ Determinar el grado de asociación existente entre el estado depresivo del familiar del paciente oncológico con la percepción de su satisfacción usuaria.
- ❖ Establecer el grado de asociación entre las características sociodemográficas del familiar del paciente hospitalizado y los factores relacionados con la satisfacción usuaria percibida por éste.

Docente guía:

Chillán: Gloria Araneda Pagliotti, Enfermera Magíster enf Médico

Quirúrgico, Departamento de Enfermería, Universidad del
Bío Bío.

Ciudad Real: Maria de Carmen Prado Laguna, Directora de Escuela de
Enfermería, Universidad Castilla la Mancha.

Información que se solicita:

Antecedentes personales de pacientes, cantidad de usuarios atendidos.

Esperando que esta petición tenga una favorable acogida, le saluda atentamente a
usted,

ELENA ESPINOZA LAVOZ
DIRECTORA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y LOS ALIMENTOS
UNIVERSIDAD DEL BÍO BÍO
CHILLÁN-CHILE

CC: - Sra. Victoria Calatayud - Enfermera Supervisora de Unidad de Cuidados
Paliativos, Hospital General de Ciudad Real, España.

ANEXO 4

Ciudad Real, Febrero 2007

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Señor (a):

Somos Estudiantes de 5º año de Enfermería de la Universidad del Bío – Bío, Chillán Chile. En estos momentos estamos realizando nuestra tesis con el apoyo de la Universidad Castilla de la Mancha cuyo nombre es **“Factores asociados a la percepción de la satisfacción usuaria en familiar de paciente hospitalizado en la unidad de Cuidados Paliativos, Hospital General de Ciudad Real- España.”**

Parar cumplir con los objetivos de dicho proyecto necesitamos su colaboración, respondiendo a un cuestionario anónimo que será útil para la investigación a realizar y a la vez para dar a conocer posibles soluciones que contribuirán a mejorar la atención de otros usuarios.

Esperando su buena acogida y consentimiento para realizar el cuestionario, sin otro particular, se despiden atentamente.

ALUMNOS TESISITAS
CARRERA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DEL BÍO – BÍO

ANEXO 5

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN USUARIA EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN BRINDADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Esta encuesta es de carácter confidencial. La fidelidad de su respuesta es fundamental para nuestra investigación.

Marque con una (x) la alternativa que más se asemeje a usted, teniendo presente que debe marcar solo una alternativa en cada caso.

I. Ítem: Antecedentes demográficos del familiar del usuario.

1. ¿Qué edad tiene usted?

- | | | |
|----|----------|--------------------------|
| a) | 18 – 30 | <input type="checkbox"/> |
| b) | 31 – 43 | <input type="checkbox"/> |
| c) | 44 – 56 | <input type="checkbox"/> |
| d) | 57 – 69 | <input type="checkbox"/> |
| e) | 70 o más | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Cuál es su sexo?

- | | | |
|----|--------|--------------------------|
| a) | Hombre | <input type="checkbox"/> |
| b) | Mujer | <input type="checkbox"/> |

3. ¿Cuál es su estado civil?

- | | | |
|----|------------|--------------------------|
| a) | Soltero(a) | <input type="checkbox"/> |
| b) | Casado(a) | <input type="checkbox"/> |
| c) | Viudo(a) | <input type="checkbox"/> |

d) Separado(a)

e) Otros

4. ¿Cuál es su procedencia?

a) Urbano

b) Rural

II. Ítem: Antecedentes socioeconómicos del familiar del usuario.

Seleccione con una (x) la alternativa que mas le acomode a su situación socioeconómica actual.

A. Ocupación

- Dueño de empresa, gerente, oficiales FF.AA., etc.). _____
- Profesional universitario, ejecutivos, corredor de propiedad. _____
- Empleado público, privados, agentes, supervisores, etc.). _____
- Pescador, obrero, vendedor ambulantes, agricultor, dueños de puestos de feria, dueña de casa, etc.). _____
- (Cartero, cargador, repartidor, vendedor ambulante, etc.). _____
- Otros (especificar) _____

B. Instrucción

- Sin estudios _____
- Básica - primaria incompleta o sin estudios _____
- Básica - primaria completa _____
- Secundaria o media incompleta _____
- Secundaria o media completa, Industrial, Comercial. _____
- Universitaria o equivalente (3er. Año a más) _____

C. Fuente de ingreso familiar

- Fortuna heredada o adquirida _____

- Beneficios u honorarios _____
- Sueldo _____
- Jubilado _____
- Socorros públicos o privados _____

D. Calidad de la vivienda

- Casa o departamento de gran lujo y máximo confort _____
- Casa o departamento espaciosos y confortables _____
- Construcción sólida en buen estado de conservación _____
- Construcción sólida en mal estado de conservación, hacinamiento (4 o más habitantes por pieza o casas prefabricadas) _____
- Mediaguas o lugar insalubre _____

5. Calidad del barrio

- Residencial elegante _____
- Condominio _____
- Barrio antiguo _____
- Población o Villa _____
- Campamento _____
- Rural _____

III. Ítem: Mini escala de depresión.

Durante las últimas dos semanas:

1. ¿Se ha sentido cansado o decaído casi todos los días?

- a) No
- b) Si

2. ¿Se ha sentido triste, deprimido o pesimista casi todos los días?

a) No

b) Si

3. ¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?

a) No

b) Si

IV. Ítem: Antecedentes del centro de salud

1. ¿En la atención se incluye a la familia?

a) No incluye a familia

b) Sí incluye a familia

V. Ítem: Escala de satisfacción de los usuarios (SERVQUAL)

Encierre en un círculo la nota que más se asemeje a su respuesta, siendo (1) estoy en desacuerdo y (7) estoy muy de acuerdo.

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1) El servicio o unidad cuenta con instalaciones suficientes, atractivas y de apariencia moderna. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2) El servicio o unidad cuenta con los servicios necesarios para la buena prestación del servicio (materiales, equipos etc.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3) El servicio o unidad se mantiene limpio y agradable. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4) Existe señalización suficiente y adecuada al interior del servicio o unidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5) El servicio o unidad cuenta con salas de esperas cómodas y adecuadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6) Si el servicio o unidad se compromete a entregar un servicio ya sea hora de atención médico, psicólogo, medicamentos etc., lo hará | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7) Las distintas actividades que presta el servicio o unidad (consulta, psicólogo, farmacia) son prestados correctamente desde el primer momento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8) Cuando necesita ayuda, siento la confianza de | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

- solicitarla al personal.
- 9) En este servicio la atención se entrega en un tiempo razonable. 1 2 3 4 5 6 7
- 10)El servicio responde a lo que usted esperaba respecto al problema de salud. 1 2 3 4 5 6 7
- 11)El tiempo esperado para la atención es adecuado. 1 2 3 4 5 6 7
- 12)Obtiene la atención adecuada respecto a la fecha y hora señalada. 1 2 3 4 5 6 7
- 13)Los funcionarios del servicio o unidad demuestran estar capacitados para ofrecer una pronta y correcta atención. 1 2 3 4 5 6 7
- 14)Si necesito resolver dudas respecto al problema de salud, el personal me entrega respuestas rápidas y adecuadas. 1 2 3 4 5 6 7
- 15)Los funcionarios del servicio o unidad son siempre amables con los usuarios. 1 2 3 4 5 6 7
- 16)Los funcionarios tienen conocimientos suficientes para atender las necesidades de salud de los usuarios. 1 2 3 4 5 6 7
- 17)Los funcionarios demuestran acercamiento y 1 2 3 4 5 6 7

disponibilidad hacia sus necesidades de confort y salud.

18)El comportamiento de los funcionarios del servicio o unidad inspira confianza. 1 2 3 4 5 6 7

19)El servicio o unidad tiene horarios de atención convenientes para sus usuarios. 1 2 3 4 5 6 7

20)El servicio o unidad entrega atención a sus necesidades reales de su patología. 1 2 3 4 5 6 7

21)El ambiente del servicio o unidad permite sentirse cómodo con la atención brindada. 1 2 3 4 5 6 7

22)El servicio o unidad me entrega una atención personalizada 1 2 3 4 5 6 7

23) ¿Cómo calificaría la atención general de este servicio o unidad en una nota del 1 al 10? (1 significa la peor valoración y el 10 la mejor valoración)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANEXO 6

ESCALAS UTILIZADAS

a)- Mini escala de medición de Depresión en base a tres preguntas:

Durante las últimas dos semanas:

1. ¿Se ha sentido cansado o decaído casi todos los días?
2. ¿Se ha sentido triste, deprimido o pesimista casi todos los días?
3. ¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?

Si se ha presentado más de uno de estos síntomas presuntivos, se considera Depresión. (26)

b)- Escala de Clasificación Social de Graffar

A. Ocupación

Nota 1: Alto prestigio, poder e ingreso económico (Ministros, dueños de grandes empresas, Gerente General, Oficiales FF.AA., etc.).

Nota 2: Alto prestigio, poder e ingreso medio alto (profesionales, ejecutivos, corredores de propiedades y de la bolsa, etc.).

Nota 3: Prestigio e ingreso medio y poder bajo (empleados públicos y privados, agentes, supervisores, obreros especializados, etc.).

Nota 4: Bajo prestigio, poder e ingresos (pescador, obrero, vendedores ambulantes dueños de puestos de feria, dueña de casa, etc.).

Nota 5: Igual a 4 y con actividad inestable (mensajero, cargador, repartidor, vendedor ambulante, etc.).

B. Instrucción

Nota 1: Universitaria o equivalente (3er. Año a más)

Nota 2: Secundaria completa, Industrial, Comercial, Normal.

Nota 3: Secundaria incompleta

Nota 4: Básica completa

Nota 5: Básica incompleta o sin estudios.

Nota 6: Sin estudios.

C. Fuente de ingreso familiar

Nota 1: Fortuna heredada o adquirida

Nota 2: Beneficios u honorarios

Nota 3: Sueldo

Nota 4: Salarios

Nota 5: Socorros públicos o privados (Subsidios se clasifican en 4)

D. Calidad de la vivienda

Nota 1: Casa o departamento de gran lujo y máximo confort

Nota 2: Casa o departamento espaciosos y confortables

Nota 3: Construcción sólida, pero modesta y en buen estado de conservación

Nota 4: a) Mal estado de conservación

b) Buen estado, pero con hacinamiento (4 o más hab. Por pieza)

c) Casa prefabricada

Nota 5: Mejoras, subterráneo insalubre

5. Calidad del barrio

Nota 1: Residencial elegante

Nota 2: Residencial acomodado

Nota 3: Antiguo, de comercio y de valor medio de arrendamiento

Nota 4: Pobloso (proximidad a estaciones, fábricas, etc.)

Nota 5: Campamento

Nota 6: Rural

Cada una de estas variables contiene categorías ordinales que van de la más alta a la más baja. A cada una de éstas se les asigna una nota entre 1 y 6, que sumadas van a determinar la ubicación de los sujetos en el estrato respectivo.

ESTRATO NOTA NIVEL SOCIO-ECONÓMICO

Estrato I	5 – 9	Nivel Socioeconómico Alto
Estrato II	10 – 13	Nivel Socioeconómico Medio Alto
Estrato III	14 – 17	Nivel Socioeconómico Medio
Estrato IV	18 – 21	Nivel Socioeconómico Medio Bajo
Estrato V	22 – 25	Nivel Socioeconómico Bajo

ANEXO 7

DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL

- Tengo derecho a que se me trate como ser humano hasta el fin de mi vida.

- Tengo derecho a que se me trate con esperanza, aunque cambien los motivos de mi esperanza.

- Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones, a mi manera en relación a la cercanía de mi muerte.

- Tengo derecho a conservar mi individualidad y a no ser criticado si mis decisiones son contrarias a las creencias de aquellos que me cuidan.

- Tengo derecho a esperar que se respete mi cuerpo antes de mi muerte.

- Tengo derecho a no morir solo y poder decidir el lugar de mi muerte.

- Tengo derecho a morir en paz y con dignidad.

- Tengo derecho a no tener dolor.

- Tengo derecho a no ser dañado.

- Tengo derecho a recibir ayuda de mi familia; a fin de aceptar mi muerte; y mi familia tiene derecho a recibir ayuda para aceptar mi muerte.

- Tengo derecho a ser cuidado por personas capaces de compasión y sensibilidad, competentes en su profesión, que se esforzarán en

comprender mis necesidades y que sean capaces de encontrar gratificación en el apoyo que me prestarán cuando sea confrontado con mi muerte.