

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**“Satisfacción Usuaría en familiares de adultos hospitalizados en una
Unidad de Cuidados Intermedios”**

Seminario de tesis para optar al grado de:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

TESISTAS

Francisca Natalia Bórquez Ramírez
Joan Michell Fuenzalida Rodríguez
Paula Andrea Gaete Díaz
Iarella Stefani García Cubillos
Rosario Antonia Gumucio Gallardo
Laura Camila Constanza León Salinas
Constanza Denisse Mansilla Guerra
Nicole Jordana Oyarzún Minio
Sebastián Andrés Sierra Bernal
Camila Andrea Tapia Macaya
Carol Macarena Vásquez Lavarello

DOCENTE ASESOR

Cibeles González Nahuelquin

Valparaíso, 2017

I. ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS	I
ÍNDICE DE ANEXOS	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
CAPÍTULO 1 INTRODUCCIÓN	pág. 1
1.1 Introducción	pág. 1
1.2 Pregunta de Investigación	pág. 3
1.3 Objetivo General	pág. 3
1.4 Objetivos Específicos	pág. 3
CAPÍTULO 2 MARCO REFERENCIAL	pág. 4
2.1 Marco Empírico	pág. 4
2.2 Marco Teórico	pág. 8
2.2.1 Calidad en Salud	pág. 8
2.2.1.1 Contexto Internacional	pág. 9
2.2.1.2 Contexto Nacional	pág. 12
2.2.2 Antecedentes Legales	pág. 14
2.2.3 Dignidad del Usuario, Trato Digno y Satisfacción Usuaría	pág. 14
2.2.4 Teorías y Modelos de Enfermería que avalan el Trato Digno medido por medio de la Satisfacción Usuaría	pág. 19
2.2.4.1 Teoría de la Incertidumbre Frente a la Enfermedad	pág. 19
2.2.4.2 Modelo de Resistencia de Ajuste Familiar y Adaptación	pág. 19
2.3 Contextualización del Servicio	pág. 22
2.3.1 Especialización de los cuidados y uso de la tecnología	pág. 22

2.3.2 Caracterización de la Unidad de Paciente Crítico- Unidad de Cuidados Intermedio (UPC-UCIM)	pág. 22
CAPÍTULO 3 MATERIAL Y MÉTODO	pág. 26
3.1 Tipo de Diseño	pág. 26
3.2 Población en Estudio y Selección de Muestra	pág. 26
3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión	pág. 26
3.3.1 Criterios de Inclusión	pág. 26
3.3.2 Criterios de Exclusión	pág. 27
3.4 Instrumento	pág. 27
3.4.1 Definición Conceptual y Operacional de las Variables	pág. 28
3.5 Recolección de Datos	pág. 29
3.5.1 Prueba Piloto	pág. 30
3.5.2 Recolección de Datos de la Población en Estudio	pág. 32
3.6 Procesamiento y Análisis de Datos	pág. 32
3.7 Consideraciones Éticas	pág. 33
CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE RESULTADOS	pág. 36
4.1 Sección Sociodemográfica	pág. 36
4.2 Nivel de Satisfacción Usuaria Global de los Familiares	pág. 39
4.2.1 Sección 1: Satisfacción con el Cuidado	pág. 40
4.2.1.1 Subsección 1: Trato hacia el Paciente	pág. 40
4.2.1.2 Subsección 2: Trato hacia el Familiar	pág. 42
4.2.1.3 Subsección 3: Valoración al Personal de Enfermería	pág. 44
4.2.1.4 Subsección 4: Valoración al Personal Médico	pág. 46
4.2.1.5 Subsección 5: Valoración del Ambiente	pág. 47
4.2.1.6 Subsección 6: Satisfacción con el Nivel de Cuidados Entregados	pág. 49
4.2.1.7 Resultados por Subsección	pág. 49

4.2.2 Sección 2: Satisfacción con la Toma de Decisiones	pág. 51
4.2.2.1 Subsección 1: Necesidad de Información	pág. 52
4.2.2.2 Subsección 2: Proceso de la Toma de Decisiones	pág. 54
4.2.2.3 Resultados por Subsección	pág. 56
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS	pág. 58
5.1 Discusión	pág. 58
5.1.1 Limitaciones	pág. 62
5.2 Conclusiones	pág. 63
5.3 Sugerencias	pág. 64
REFERENCIAS	pág. 67

II. ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Tabla 1: Metas del objetivo estratégico número 8	pág. 75
Anexo 2: Tabla 2: Categorización de usuarios por Dependencia y Riesgo de cuidados	pág. 77
Anexo 3: Satisfacción Familiar con el Cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos © SF- UCI (24)	pág. 78
Anexo 4: Tabla 3: Distribución de los ítems según secciones, subsecciones y la clasificación de la escala Likert utilizada.	pág. 84
Anexo 5: Acta de aprobación del Comité de ética-científico	pág. 86
Anexo 6: Consentimiento Informado	pág. 91
Anexo 7: Tabla 4: Clasificación según puntaje del Nivel de Satisfacción General	pág. 94

III. RESUMEN

La satisfacción usuaria en las unidades de paciente crítico adulto es una temática escasamente estudiada. Por lo que, el objetivo del presente estudio es describir la satisfacción usuaria en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico - Unidad de Cuidados Intermedios Adulto del Hospital Carlos Van Buren, durante el II semestre del 2016.

El estudio es cuantitativo, descriptivo no experimental, de corte transversal. La población fueron familiares de usuarios hospitalizados en esta unidad, cuya muestra se obtuvo mediante censo (Agosto a Octubre 2016), con un total de 78 familiares. Para la recolección de datos se utilizó el cuestionario Family Satisfaction in the Intensive Care Unit 24 traducido al español. Los datos fueron vaciados a plantilla Excel y analizados en el mismo programa, obteniendo un Alfa de Cronbach global de 0,91. El estudio fue aprobado por el comité ético-científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

Los resultados reflejan que un 69% de los entrevistados son mujeres. De la población, el 50% posee una edad entre 37 a 62 años. Destaca que el 100% de los entrevistados posee un grado de parentesco con la persona hospitalizada, predominando el vínculo de hijo (43%). La satisfacción usuaria global obtenida fue de 78,65 puntos, de un máximo de 100 puntos. Las subsecciones con mayor satisfacción fueron “Personal médico” (88,64 puntos) y “Trato al paciente” (82,15 puntos). La subsección con menor satisfacción es “Ambiente” (67,63 puntos), distinguiéndose la sala de espera como el ítem peor evaluado, con 58,65 puntos.

Se concluye que más del 50% de los usuarios se encuentran en las categorías muy y completamente satisfechos, obteniendo una satisfacción global clasificada como “Completamente Satisfecho”. Por otra parte, el ítem peor evaluado fue el ambiente, principalmente la sala de espera, lo cual coincide con los hallazgos obtenidos en el marco empírico.

Palabras claves: Atención de Enfermería, Cuidados Críticos, Calidad de la Atención de Salud.

IV. ABSTRACT

User satisfaction in critical patient units is a barely studied object. For that purpose, the objective of this study is to describe the user satisfaction in family members of hospitalized patients at Critical Patient Unit - Adult Intermediate Care Unit of Carlos Van Buren Hospital, during the second semester of 2016.

The investigation is a quantitative, descriptive, non- experimental, cross- sectional study. The studied population were families of hospitalized patients in the Critical Patient Unit - Adult Intermediate Care Unit of Carlos Van Buren Hospital, whose sample was obtained through a census (August to October 2016), with a total of 78 family members. For data collection, the questionnaire Family Satisfaction in the Intensive Care Unit 24 translated to Spanish was used. Data was loaded into an Excel spreadsheet, and analyzed with the same software, with a global Cronbach's Alpha of 0,91. The investigation was approved by the ethical-scientific committee of the Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

The results reflect that 69% of the interviewees are woman. 50% of the total population has an age between 37 and 62 years. It's remarkable that the 100% of the interviewees are related by blood to the hospitalized individuals being the most predominant relationship the parent-son/daughter (43%). The overall user satisfaction obtained was 78,58 points, of a maximum of 100 points. The subsections standing out with the most satisfaction levels are: "medical staff" (88,64 points) and "patient treatment" (82,15 points) The lowest rated subsection is "environment" (67,63 points), where the waiting room area stands out with a score of 58,65.

In conclusion, over 50% of the users categorize as most and completely satisfied, obtaining an overall user satisfaction classified as "Completely satisfied". On the other hand, the worse evaluated area is environment mostly the waiting room, which matches the theoretical studies.

Keywords: Nursing Care, Critical Care, Quality of Health Care.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

La calidad de la atención en salud se define como: *“La aplicación de la ciencia y tecnologías médicas de forma en que se maximicen los beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional los riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios”* (1).

En Chile, la calidad de la atención recibida es uno de los puntos que guían las políticas ministeriales en el área de la salud, siendo medida por un sistema de acreditación, el cual certifica que la atención recibida, cumpla con los estándares que implican ser un servicio de calidad. Según la normativa vigente en Chile, la Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria le otorga al Ministerio de Salud (MINSAL) la función de *“establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios”* (2).

En torno a esta misma temática, cada año en Chile se realizan estudios encargados de medir la satisfacción usuaria con respecto a la salud. Dentro de las cifras relevantes, el último estudio de satisfacción usuaria realizada en marzo del 2015 por el MINSAL reveló que un 44% del total de la población se encuentra insatisfecha con el actual sistema de salud, colocando una nota entre uno a cuatro de un máximo de siete. Dentro de los resultados de la investigación se destaca que los participantes, al calificar la satisfacción usuaria global, consideran como más importantes los ámbitos de trato del personal y el tiempo de espera dentro de los centros de salud (3).

Con respecto a lo anterior y como muestra el informe global sobre satisfacción usuaria y calidad percibida en la atención de salud hospitalaria, realizado por la superintendencia de Salud del Gobierno de Chile en marzo del 2015, en nuestro país se realizan estudios que miden a nivel general la satisfacción usuaria; sin embargo, esta medición no se realiza específicamente en cada

servicio o en cada nivel de complejidad de atención, como lo son las unidades de baja, mediana o alta complejidad (3).

Considerando lo anterior, es que se opta por efectuar el estudio en el Hospital Carlos Van Buren (HCVB), ya que, es un centro hospitalario de alta complejidad donde los procesos de medición de satisfacción usuaria en la entrega de asistencia sanitaria y cuidados, son fundamentales para mantener y mejorar la gestión de calidad. A su vez, se decide realizar la investigación en un servicio específico, por lo que se selecciona la Unidad de Paciente Crítico - Unidad de Cuidados Intermedios (UPC-UCIM) Adulto, donde tanto las personas atendidas como sus familiares se encuentran en estado de vulnerabilidad y fragilidad, requiriendo cuidados biopsicosociales óptimos (4).

En este aspecto, debido a lo esencial que resulta mantener las funciones vitales de la persona atendida, es que el rol del profesional enfermero/a es preponderantemente asistencial. Sin embargo, de forma igualmente relevante, se hace necesario resguardar aspectos como la comunicación, el apoyo en la toma de decisiones y la entrega de información hacia la familia para que sean también óptimos, puesto que, son estas aristas las que más inciden en el grado de satisfacción de la familia en este tipo de unidades. (4)

De esta forma, es que se establece como propósito general de este estudio, describir la satisfacción usuaria de los familiares de las personas hospitalizadas en la UPC-UCIM, por constituir servicios que cuentan con escasos estudios disponibles, referentes a dicha materia en nuestro país. Se espera que los resultados del presente estudio contribuyan a formar una base de conocimientos útiles que permitan mejorar las prestaciones otorgadas en un servicio de alta complejidad como lo es en esta unidad.

1.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la satisfacción usuaria en familiares de adultos hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico - Unidad de Cuidados Intermedios Adulto del Hospital Carlos Van Buren durante el II semestre del 2016?

1.3 Objetivo General

- Describir la satisfacción usuaria en familiares de adultos hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico - Unidad de Cuidados Intermedios Adulto del Hospital Carlos Van Buren durante el II semestre del 2016.

1.4 Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los familiares de usuarios hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico - Unidad de Cuidados Intermedios Adulto del HCVB.
2. Determinar el nivel de satisfacción usuaria global de los familiares de usuarios hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico - Unidad de Cuidados Intermedios Adulto del HCVB.
3. Determinar el nivel de satisfacción de los familiares con respecto al cuidado de los usuarios hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico - Unidad de Cuidados Intermedios Adulto del HCVB.
4. Determinar el nivel de satisfacción de los familiares con respecto a la toma de decisiones en el cuidado de los usuarios hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico - Unidad de Cuidados Intermedios Adulto del HCVB.

CAPÍTULO 2 MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco Empírico

El concepto "Satisfacción del usuario" adquiere un notable valor en el ámbito de la biblioteconomía en los años 80', habitualmente unido a otros dos términos: la calidad y la evaluación (5). En el área sanitaria, a mitad de la década de los 70', cobra vigor la preocupación por la satisfacción de los usuarios en los servicios de salud de la Unión Americana; aspecto ligado al surgimiento de movimientos sociales de los usuarios, lo que lleva a considerar la variable "Satisfacción del usuario" como última medida de calidad que ofrece un servicio de salud (6).

Como se describe en el párrafo anterior, en las últimas décadas se ha producido un notable auge de estudios encaminados en buscar la opinión de los ciudadanos que utilizan los servicios de salud, en este aspecto se destacan las encuestas de opinión, como los métodos más usados para medir la satisfacción de la atención. Así lo describe el estudio de López y cols, donde refiere que estas, son uno de los métodos más utilizados para conocer la calidad percibida facilitando así, la posibilidad para establecer medidas que permitan mejorar los resultados (7).

Es así, como ha existido un creciente interés por medir la satisfacción usuaria, de tal modo que en los últimos años el número de publicaciones aparecidas en revistas indexadas en Medline sobre este concepto se ha multiplicado en quince veces (8). A partir de estas investigaciones, se han elaborado diversos instrumentos para medir el grado de satisfacción usuaria, tanto de usuarios como de familiares, con el objetivo de mejorar la calidad de atención otorgada por el personal de salud en los distintos niveles de complejidad o unidades de cuidado. Con respecto a esto, las unidades de alta complejidad han sido las menos estudiadas según la revisión bibliográfica realizada. No obstante, en esta, se han encontrado algunos instrumentos que permiten medir la satisfacción usuaria en este tipo de unidades, dentro de los cuales se destacan (9):

1. Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI): Herramienta que permite determinar las necesidades de los familiares de los usuarios ingresados en UCI (10).
2. Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU): Cuestionario que mide el grado de satisfacción de la familia con el cuidado recibido en UCI (9).
3. Society of Critical Care Medicine's Family Needs Assessment (SCCMFNA): Instrumento que busca medir la capacidad de satisfacer las necesidades de la familia en UCI (9).
4. Family Satisfaction Survey y Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS): Su objetivo es responder a necesidades no satisfechas de los familiares de usuarios en UCI a través de la provisión de recursos educativos y apoyo familiar (9).

Dentro de esta misma línea, en el estudio “Medición de la satisfacción de los usuarios en la Unidad de Cuidados Intensivos y sus familiares”, destaca que el FS-ICU es uno de los instrumentos considerados como más válido y fiable desde el punto de vista de sus propiedades psicométricas, siendo el más adecuado para medir satisfacción usuaria familiar; el cual ha sido validado en países europeos y en el continente americano (7, 11-13).

El cuestionario FS-ICU 24, es una adaptación del instrumento original, realizada el 2006 por el grupo Critical Care Connections y el Comité de Ética de SCIAS-Hospital de Barcelona, que entrega resultados de acuerdo al grado de satisfacción global, el cual se subdivide en satisfacción respecto a la entrega de los cuidados y satisfacción en base a la toma de decisiones (7).

Según un estudio realizado en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, España, en el cual se utilizó el cuestionario FS-ICU 34, se obtuvo un puntaje de 83,46 puntos con respecto al grado de satisfacción de los cuidados recibidos, en la sección de satisfacción con el proceso de la toma de decisiones el resultado fue de 79,42 puntos; siendo 100 la puntuación máxima que corresponde al mayor grado de satisfacción por parte del familiar (11). Esta tendencia se aprecia en diversos estudios, por lo tanto, de acuerdo a la bibliografía revisada, el grado de satisfacción respecto a las dos secciones son catalogadas dentro de la máxima categoría (7, 13, 14).

El cuestionario FS-ICU 24 abarca distintas temáticas que afectan la percepción del familiar en la satisfacción sobre los cuidados del usuario y el manejo de la familia. Dentro de las dos grandes subdivisiones de este instrumento se encuentran los siguientes factores que son evaluados: trato al usuario y familiar, competencias del personal, ambiente del servicio, entrega de información y proceso de toma de decisiones (7).

El primer tópico, hace referencia al trato sobre el usuario y familiar en los cuidados otorgados, considerando las distintas necesidades de ambos, el apoyo emocional para la familia y entrega de un cuidado humanizado. Diversos estudios, como el de Karlsson, valoran este tópico arrojando como resultados, que la mayor satisfacción de las familias se encuentra relacionada con el apoyo recibido (15). Por otro lado, Molter y Leske describen que los familiares perciben el rol del personal sanitario centrado exclusivamente en el usuario (10, 16). Siguiendo esta misma línea, el soporte emocional toma protagonismo en el familiar, por lo que se vuelve necesario orientar a los familiares sobre lo que pueden encontrar en una unidad de alta complejidad en relación con la tecnología y el pronóstico de la enfermedad de su familiar, lo que contribuye a minimizar las emociones, sentimientos y establecer un clima de confianza (11, 17-22). Este clima de confianza se encuentra influenciado por la rotación de personal y el manejo de los mecanismos de defensa por parte del familiar, lo que afecta seriamente el desarrollo de este y dificultan las relaciones con el equipo de salud (18, 23). Según una publicación realizada en España, el apoyo emocional prestado por el personal de la Unidad de Paciente Crítico a los familiares ha sido valorado por un puntaje promedio que bordea los 84 puntos (11). Este apoyo psicoemocional y espiritual, basado en la empatía se hace necesario debido a las repercusiones que puede generar el proceso de hospitalización en los familiares, como: situaciones estresantes, traumáticas y desagradables que se relacionan con enfrentarse a una experiencia cercana a la muerte, el sufrimiento, desorganización, ruptura de roles, y el desconocimiento ante el pronóstico de salud del usuario (20, 21, 24-28). Es por esto, que cuando el usuario ingresa a una unidad de alta complejidad, él y su familiar desarrollan una dependencia absoluta del equipo de salud, que acaba resultando necesaria y útil para los familiares (29). No obstante, la prevalencia de síntomas depresivos y ansiedad tiene una tendencia al alta en este tipo de unidades (30).

La segunda temática hace referencia a las competencias del personal, abarcando habilidades de profesionales, tanto en técnicas como competencias blandas. Dentro de esta área,

Holanda ha descrito en su tesis “Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos y sus familiares” que los mejores niveles de satisfacción percibidos por los familiares de usuarios hospitalizados en un servicio de medicina intensiva fueron la preocupación y el cuidado del usuario (94,32 puntos), las habilidades y competencias del personal médico (94,15 puntos), las habilidades y competencias del personal de enfermería (93,75 puntos) y la coordinación del cuidado al usuario (92,07 puntos); lo cual se condice con otros estudios en donde se refuerza como aspecto prioritario para los familiares la valoración del equipo multidisciplinario, en donde el personal médico y de enfermería son muy bien catalogados en lo referente a competencias y habilidades (7, 11). Siguiendo esta misma línea, Calzada y cols., plantea en su investigación la existencia de un mayor reconocimiento y contacto con el personal médico que con el personal de enfermería, manteniéndose esta brecha constante durante las 24 horas de atención al usuario y familiar en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) (31).

El tercer tema del instrumento, incluye el ambiente dentro de la unidad del usuario y la sala de espera. En este ámbito, los estudios se centran en distintos aspectos: el artículo de Calzada y cols. hace referencia al mobiliario, la infraestructura y los sanitarios en la sala de espera, siendo considerados como deficientes, lo que la cataloga como la principal sugerencia a mejorar (31). En el estudio realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias, en España, las quejas más frecuentes, se consideran las salas de espera incómodas y poco agradables (17). Junto con lo anterior, diversos estudios concuerdan que la sala de espera es un espacio poco amigable y confuso para el familiar (4, 7, 11, 15, 17, 18, 31-33), arrojando incluso en los estudios que utilizaron el FS-ICU, en su versión 24 o 34, el menor grado de satisfacción en el ítem “Sala de Espera” (7, 11). Debido a lo anterior se establecen variadas sugerencias de parte de los mismos familiares: en España se sugiere la implementación de espacios para hospedar a los familiares (4), en México por su parte se nombra la mejora del mobiliario y la modificación de la sala de espera ya que se altera la temperatura (31), otro estudio proveniente de España alude al mejoramiento de aseos, cafeterías y estéticos para lograr un ambiente agradable y relajante (17).

La cuarta temática, “Necesidad de información”, hace alusión a la frecuencia, acceso, consistencia y claridad de la información entregada en cuanto a cuidados y pronósticos del usuario. Zazpe, Leske y Molter definen la necesidad de información como una de las principales prioridades para los familiares (10, 16, 34). Calzada y Lee establecen que los familiares le

brindan mayor importancia a la entrega de información del equipo multidisciplinario, la cual no se refiere sólo sobre la enfermedad y el estado de su ser querido, sino sobre todo lo que está ocurriendo a su alrededor (10, 31, 35, 36). Según otras publicaciones los factores contribuyentes a una satisfacción deficiente son la falta de información consistente, la recepción de información de múltiples profesionales de salud, la falta de habilidad para escuchar por parte del personal, el no responder claramente las preguntas que surjan por parte de los familiares y el gasto inadecuado de tiempo en la comunicación con el personal médico (37). Según Brevis y Silva, el 100% de los familiares afirmó haber comprendido la información recibida por el equipo de salud, al ingreso de su familiar a un servicio hospitalario de alta complejidad (23).

El proceso de toma de decisiones es la última temática que aborda el FS-ICU 24, esta subsección incluye los aspectos de: acceso, apoyo y control en la toma de decisiones por parte del familiar. Según diversos investigadores, los usuarios que ingresan a servicios de alta complejidad se encuentran con deterioro cognitivo y físico que limita su capacidad para generar una percepción sobre la calidad recibida en el servicio (11, 31). Por lo anterior, se hace necesario que la participación de la familia en la toma de decisiones sea informada y expedita (24). Es en estas circunstancias donde surgen dificultades, puesto que la percepción de los familiares se encuentra influenciada por sus experiencias pasadas, características de personalidad, creencias, expectativas, actitudes y opiniones del grupo de pertenencia (24).

Dentro de las diversas investigaciones revisadas se encuentran además otros factores que influyen en la satisfacción de los familiares que no contempla el cuestionario FS-ICU 24. La más reiterada, en conjunto con la información, es la necesidad de seguridad (10, 16, 34, 38).

De esta forma, considerando todos los aspectos que se miden internacionalmente en los instrumentos revisados, se puede dar cuenta de la importancia que tiene el mantener programas de mejoramiento continuo de la calidad, enfocados en la medición de la satisfacción usuaria, mayormente en aquellas unidades de cuidado donde existe escasez de estudios en esta temática, como lo son las unidades de paciente crítico.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Calidad En Salud

Según Donabedian, la calidad de la atención es entendida como la aplicación de las ciencias y tecnologías médicas de manera que se maximicen los beneficios en la salud, sin aumentar los riesgos. Por consiguiente, el grado de calidad corresponde a la medida en que se espera que la atención otorgada logre el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), declaró en el año 1991 que la atención sanitaria de alta calidad, es aquella que identifica las necesidades de salud referente a lo educativo, preventivo, curativo y de mantenimiento, en los individuos o la población de forma total y precisa, destinando los recursos disponibles de forma oportuna y efectiva según lo permita el marco de conocimiento actual (39). Por otro lado, la definición integral propuesta por W. Edwards Deming, padre del movimiento de la gestión de calidad total, determina que calidad corresponde a *“hacer lo correcto, en la forma correcta, de inmediato”* (40).

La calidad en los servicios de salud es un concepto complejo, relacionado con una gran variedad de factores extrínsecos e intrínsecos tales como: satisfacción usuaria, eventos adversos, falta de recursos (humanos, financieros, de equipo y material) y la formación de los diferentes profesionales del área de la salud (41).

Para fines de este estudio, se utilizará la definición de calidad descrita por la OMS, mencionada anteriormente, debido a que considera a todos los usuarios que de alguna forma interactúan con la atención sanitaria entregada por los servicios de salud e identifica sus necesidades para así destinar recursos adecuados en busca de su satisfacción.

2.2.1.1 Contexto Internacional

La preocupación por la calidad de la atención y la seguridad del usuario, se encuentra presente desde hace más de veinte años, instalándose como un tema de importancia estratégica para la transformación de los sistemas sanitarios (42). Esta preocupación por la calidad en la

atención en salud, no solo nace por las mayores expectativas de los usuarios por la atención que se entrega, sino también por el aumento progresivo de las especialidades en salud, el aumento de la complejidad de las prestaciones y del conocimiento en esta área (43).

Junto con estos cambios ha ocurrido un deterioro en el sistema de salud, reflejándose principalmente en la deficiencia de calidad, donde en ciertos países se han producido grandes pérdidas económicas, que fluctúan entre los 6.000 y 29.000 millones de dólares por año. Lo que se ha traducido en la prolongación de la estadía hospitalaria, litigios, infecciones intrahospitalarias, lucro cesante, discapacidad y gastos médicos, entre otros (43).

Frente a este contexto, la OMS ha propuesto nueve soluciones para aumentar la calidad y seguridad del usuario:

- Medicamentos con nombres y aspectos similares que a la vez tengan el mismo efecto.
- Identificación del usuario.
- Comunicación durante el traspaso de usuarios.
- Realización del procedimiento correcto, en el lugar correcto, en el usuario correcto.
- Control de las soluciones de electrolitos.
- Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.
- Uso único de los objetos cortopunzantes.
- Higiene de manos.
- Asegurar la precisión del medicamento al usuario correcto (43).

Según la OMS, la experiencia y salud de los usuarios son el eje transversal de los servicios de atención médica, las experiencias y perspectivas de éstos son un instrumento de aprendizaje y con ello se pueden determinar necesidades, vigilar procesos y evaluar resultados (43).

Cada vez son más los países que se comprometen con la calidad en la atención en salud, en el continente americano existen tres países con los más altos índices de calidad: Estados Unidos, Canadá y Brasil (44).

En Estados Unidos, el Instituto de Medicina (IOM) en conjunto con American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health han identificado distintos indicadores conceptuales sobre calidad en salud, tales como: atención de calidad segura y efectiva, centrada en el usuario, oportuna, eficiente y equitativa (45). Por otro lado, la organización Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ), cuya misión es la producción de evidencia científica para mejorar la calidad y seguridad del usuario, procura con ello mejorar la accesibilidad, equidad y confianza. La AHRQ trabaja paralelamente con el United States Department of Health and Human Services, ayudando en el cumplimiento de su misión (45). Estas y otras organizaciones trabajan mutuamente por un bien común y generan continuamente conocimiento empírico, es por ello que este país se encuentra en el primer lugar en relación a la calidad de la atención en salud (46).

Actualmente, Canadá no destaca por organizaciones con fines en común respecto a la calidad de la atención en salud, sino que sobresale por su sistema de salud financiado por fondos públicos, de manera que toda su población se encuentra cubierta por un seguro médico universal que comprende atención médica y hospitalaria (47). Dentro de su marco legislativo se encuentra la Ley de Salud, que establece cinco principios claves: cobertura amplia y universal de atención, accesibilidad, transportabilidad para los asegurados que se trasladan dentro del territorio nacional y administración pública. Estos principios son fundamentales para que las provincias y territorios tengan derecho a los fondos federales para costear los servicios de salud (47). Sin embargo, con el aumento de los accidentes y de las enfermedades crónicas no transmisibles, la población canadiense percibió un marcado deterioro de la calidad del sistema. Esto se refleja en los mayores tiempos de espera tanto en la atención por especialistas, como en las salas de emergencias, en la poca disponibilidad de mejor tecnología y en un número inadecuado de médicos y enfermeras (48).

El contexto en Brasil es similar a los dos países anteriormente descritos. Este país posee el Sistema Único de Saúde (SUS), vigente desde el año 1988, el cual reconoce constitucionalmente la salud como un derecho inherente a las personas. Dicho sistema abarca desde una simple atención ambulatoria hasta el trasplante de órganos, garantizando el acceso completo, universal y gratuito a toda la población; además de ofrecer consultas, exámenes y hospitalizaciones (49). Diversos estudios sobre satisfacción usuaria en diferentes hospitales de

Brasil han revelado que el Sistema Único de Saúde ha mejorado tanto cuantitativa como cualitativamente la calidad de la atención en salud, los cuales han arrojado un alto nivel de respuesta positiva en relación al trato recibido por el personal, el diagnóstico y la información recibida durante la consulta, además del servicio brindado por los profesionales (50).

2.2.1.2 Contexto Nacional

En las últimas décadas, Chile ha presentado una transición demográfica, la pirámide poblacional está en un paulatino cambio en sus proporciones, transitando desde una de tipo progresiva a una estacionaria, y las causas de morbimortalidad han variado drásticamente, obligando a modificar las políticas públicas (51, 52).

Al año 2013 la población total estimada corresponde a 17.556.815 habitantes, los cuales presentan una esperanza de vida al nacer en el período 2010-2015 de 79,1 años. En el aspecto de morbimortalidad, para el año 2011 las defunciones totales y mortalidad general corresponden a 5,51 por cada 1000 habitantes, donde las causas principales corresponden en orden descendente a enfermedades del sistema circulatorio, tumores o neoplasias, enfermedades del sistema respiratorio, causas externas de mortalidad, enfermedades del sistema digestivo y por último enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (53).

En la región de Valparaíso al año 2013 la población estimada corresponde a 1.814.079, con una esperanza de vida al nacer de 74.93 años. Para el año 2011 la tasa de mortalidad general es de 6,3 por cada 1000 habitantes, con causas de muerte en mismo orden que a nivel nacional (53).

A nivel país, para mantener y mejorar las cifras mencionadas anteriormente, encontramos las Estrategias de Salud propuestas por el Ministerio de salud (MINSAL) para el decenio 2011-2020, las cuales están conformadas en un primer nivel por cuatro grandes Objetivos Sanitarios:

1. Mejorar la salud de la población.
2. Disminuir las desigualdades en salud.
3. Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud.

4. Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias (41).

Para el logro de estos Objetivos Sanitarios, se disponen de nueve Objetivos Estratégicos:

1. Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.
2. Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.
3. Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables.
4. Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital.
5. Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud.
6. Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos.
7. Fortalecer la Institucionalidad del Sector Salud.
8. Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.
9. Fortalecer la respuesta adecuada del Sector Salud ante emergencias, desastres y epidemias (41).

Para fines de este estudio, el Objetivo Estratégico N° 8 es el que adquiere mayor relevancia, puesto que, no solo depende del liderazgo y compromiso por parte de las autoridades del MINSAL, sino que también requiere de la participación activa de los Servicios de Salud y del apoyo por parte del Ministerio de Hacienda en la prestación de todos los recursos requeridos. (Anexo 1) (41).

A través de estas iniciativas se espera reducir listas de espera excesivamente prolongadas, fortaleciendo los mecanismos que aseguren la calidad en establecimientos de atención de salud, buscando mejorar la calidad de productos médicos y de tecnologías sanitarias, y satisfaciendo las expectativas de los usuarios del sistema (41).

Es por esta razón que, la información proporcionada por usuarios y recogida en encuestas especialmente diseñadas para este efecto, es una herramienta de utilidad para el conocimiento y diagnóstico certero de las necesidades y expectativas de la población y la posterior toma de decisiones orientada a su satisfacción (41).

2.2.2 Antecedentes Legales

De acuerdo a la situación epidemiológica actual en Chile, el Estado ha garantizado el derecho a la salud, creando para ello distintos planes y programas que aseguren una adecuada atención de ésta. Así mismo, se establece que la entrega de los servicios debe ser en el máximo grado posible, con un acceso a una atención sanitaria universal y de calidad. La entrega de este servicio se debe realizar de manera independiente de las características y cualidades de la persona, tales como sexo, nivel educacional, edad, origen, nivel social, entre otras (54). Además de la entrega de prestaciones en salud, deben existir garantías que aseguren el resguardo de este derecho. En Chile, la Ley N° 19.966, que hace referencia al régimen general de garantías en salud, otorga y garantiza las atenciones de salud a través de prestadores registrados o acreditados, estipulando además garantías explícitas sobre acceso, calidad, protección financiera y oportunidad en la entrega de estas prestaciones (55).

Por otra parte, la Ley N° 20.824, con respecto a los derechos y deberes de los usuarios, perfecciona el sistema de mejoramiento de la calidad del trato a los usuarios de los establecimientos de salud, haciéndola transversal a toda la red asistencial (56). Se agrega a lo anterior que se realizan modificaciones a la Ley N° 20.645, la cual genera una asignación asociada al mejoramiento de la calidad de trato al usuario, en donde se propone un instrumento de evaluación para recoger la percepción del trato de los funcionarios a los usuarios, siendo estos últimos quienes responden dicho instrumento (57).

2.2.3 Dignidad del Usuario, Trato Digno y Satisfacción Usuaría

La acreditación de los prestadores institucionales de Salud, corresponde a un proceso de evaluación periódico destinado a medir el grado de cumplimiento de las prácticas relacionadas

con la calidad de la atención en una institución determinada, comparándola con estándares establecidos por el MINSAL (58). La Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria otorga la función al MINSAL de: *“Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios”* (2).

Es así como se establece un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar (2). Este proceso de acreditación consta de tres etapas: solicitud de la acreditación, evaluación en terreno y resolución del proceso. Dependiendo de los antecedentes y cumplimientos de los estándares mínimos definidos, se incluyen nueve ámbitos con sus respectivas características; dignidad del usuario, gestión de la calidad, gestión clínica, acceso, oportunidad y continuidad de la atención, competencias del recurso humano, registro, seguridad del equipamiento y de las instalaciones y, por último, servicios de apoyo diagnóstico o terapéutico. Los resultados del proceso pueden ser: acreditado, acreditado con observación y no acreditado (59).

Como se describe anteriormente, la Ley de Autoridad Sanitaria establece que los prestadores institucionales de salud, para poder ser acreditados, deben cumplir con estándares mínimos de calidad que aseguren y garanticen las prestaciones otorgadas, dentro de los cuales se encuentra el “respeto por la dignidad del usuario” (DP), el cual a su vez abarca el concepto de trato digno, siendo definido como: *“La institución debe proveer una atención que respeta la dignidad del usuario y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga”* (59). Este ámbito, a su vez, se subdivide en componentes, dentro de los cuales destaca el enunciado: La institución cautela que el usuario reciba un trato digno (DP-1), el cual se distribuye en diferentes características que debe cumplir DP-1: DP 1.1, DP 1.2 y DP 1.3 (59).

La característica DP 1.1 determina que existe la obligación jurídica por parte de la institución de salud de incorporar una definición de derechos explícitos, que es informada por medios constatables a cada uno de sus usuarios. Los derechos mínimos que debe contener son: no discriminación, respeto a la privacidad y el pudor, respeto a la confidencialidad de la ficha clínica

y demás datos personales sensibles, compañía de familiares o cercanos durante el proceso de atención e información sobre la condición de salud al usuario o responsables (59).

La característica DP 1.2 se refiere al desarrollo de actividades para la gestión de los reclamos, por parte de las instituciones de salud. Esta característica se puede medir a través del cumplimiento de ciertas actividades, tales como: definir los responsables del seguimiento de los reclamos, indicadores y metas de cumplimiento, constancia de la ejecución de lo anteriormente nombrado, análisis de los resultados y decisiones tomadas al respecto, retroalimentación a los interesados de los resultados del análisis y constancia de la ejecución de medidas para la mejoría de la calidad (59).

La característica DP 1.3 se refiere a la evaluación del efectivo respeto de los derechos de los usuarios hospitalizados, incluyendo mediciones de la percepción de estos y demás usuarios. (59). A partir de lo anteriormente descrito, debe haber responsables, constancia del proceso evaluativo, documentación, retroalimentación a los interesados sobre los resultados y una constancia de la ejecución de las medidas de mejoría en la calidad (59).

La Ley N° 20.584 sobre deberes y derechos que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, establece y define qué se entenderá por trato digno y cuáles son las acciones que se ejecutarán para velar por su cumplimiento. Esta Ley dispone que *“Toda persona tiene derecho, cualquiera sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes”*(60). Dicha ley tiene por objetivo regular las acciones vinculadas a la atención de salud y es tanto para los servicios públicos como privados, sus trabajadores y profesionales, sin distinción (60).

En el título 1, artículo 2 del derecho al trato digno, párrafo 5 sobre la atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. Esto se refiere a:

- Utilización de un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención y que las personas puedan recibir la información necesaria, en todas sus dimensiones, independiente de la

existencia de algún grado de discapacidad o dificultad en el dominio del español, donde en dichos casos se deberá asegurar un intermediario que facilite la comunicación.

- Adoptar actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre.
- Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud, con especial atención a la toma de fotografías o videos cualquiera sea su uso, con excepción para uso periodístico en donde debe haber una autorización escrita, y la atención de salud por parte de estudiantes, la cual debe ser siempre supervisada por un profesional capacitado (60).

Según la Ley de autoridad sanitaria, acerca de la acreditación, en el ámbito dignidad del usuario, característica DP 1.3, se establece que se evaluará el efectivo respeto de los derechos del usuario a través de las mediciones de la percepción de estos, determinando de esta manera la satisfacción usuaria. Es así como el trato digno, el cual es establecido como derecho del usuario en la Ley N° 20.584 y a la vez un ámbito de la dignidad de este, es un aspecto a medir para establecer el nivel de calidad de atención, por ende, es un aspecto a considerar dentro de la satisfacción usuaria (2, 60).

Según la revisión bibliográfica realizada, la satisfacción usuaria es definida como: *“Grado de congruencia que existe entre las expectativas del usuario de una atención ideal en salud y la percepción de éste del servicio que recibió”* (61). También puede ser definida como *“La medida en que los profesionales de salud logran cumplir las necesidades y expectativas del usuario”* (62). Por lo tanto, la satisfacción usuaria, permite definir el grado de calidad que percibe el usuario en su atención. Sin embargo, en ocasiones donde se encuentra vulnerable en su situación de salud, limitándose de participar en el proceso asistencial, es el familiar quien pasa a tomar un lugar protagónico durante este proceso, como ocurre generalmente en UPC-UCIM. Dentro de este contexto podemos encontrar diferentes factores que influyen en cómo la familia percibe la calidad de la atención:

- Cuidado del usuario.
- Información dada acerca del proceso que presenta.
- Grado de cohesión del equipo de profesionales.

- Organización intrínseca de la unidad.
- Apoyo prestado durante el proceso de la toma de decisiones (11).

En lo que respecta al marco legal, en la Ley N° 20.645 se estipula que se otorga asignación relacionada al mejoramiento de trato a los usuarios, para los funcionarios pertenecientes a las plantas de técnicos, administrativos y auxiliares de los establecimientos de los servicios de salud. Mientras tanto en el artículo 3, en resumen, se encuentra declarado que:

- Se concederá en función del mejoramiento del trato a los usuarios de los establecimientos pertenecientes a los servicios de salud y se determinará mediante el resultado obtenido de la aplicación de un instrumento de evaluación.
- Se deberá definir el instrumento de evaluación, el que podrá ser actualizado a partir de los dos años de uso. Dicho instrumento deberá contener la aplicación de una encuesta de percepción del trato a los usuarios de los establecimientos de los servicios de salud.
- La aplicación del instrumento de evaluación será efectuada anualmente por expertos externos a los servicios de salud.
- El instrumento de evaluación se aplicará respecto de los usuarios mayores de 15 años que hayan recibido atención en los servicios de salud durante el período de aplicación del respectivo instrumento. La selección muestral será aleatoria y representativa de los servicios de salud evaluados, conforme a la metodología que determine el respectivo reglamento (57).

La Ley N° 20.824 “Perfecciona sistema de mejoramiento de la calidad de trato al usuario de los establecimientos de salud” dictada por el MINSAL, suscrito además por el Ministro de Hacienda, regula los contenidos mínimos y aspectos que deberá considerar el instrumento de evaluación, metodología, criterios de desempate, elementos y procedimientos que deberá contemplar dicha evaluación, así como las normas de funcionamiento del Comité Técnico y cualquier otra regulación necesaria para el adecuado otorgamiento del beneficio (56).

2.2.4 Teorías Y Modelos De Enfermería Que Avalan El Trato Digno Medido Por Medio De La Satisfacción Usuaría

El cuidado que brinda la enfermera, se encuentra sustentado en el saber propio de la disciplina, así lo describe S. Kerouack en su libro *El pensamiento enfermero*, donde refiere que *“la disciplina enfermera se interesa por el cuidado de la persona, que en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud”* (63), de este modo, el profesional enfermero/a reconoce la importancia de la persona atendida en el acto del cuidado (63).

Dada la relevancia de sustentar el proyecto dentro de bases teóricas sólidas, es que el presente estudio se basará en la Teoría de la Incertidumbre frente a la enfermedad, de Merle Mishel, la cual se centra en la humanización de los cuidados y la ambigüedad de la percepción frente a la enfermedad (64).

2.2.4.1 Teoría De La Incertidumbre Frente A La Enfermedad

La visión de Merle Mishel se basa en la incertidumbre frente a la enfermedad, concluyendo que el apoyo social tiene un efecto directo sobre esta, puesto que, se reduce la complejidad percibida, es decir, cuando se presentan factores externos negativos dentro de los miembros de la familia, estos aumentan los niveles de incertidumbre, lo que podría originar una disminución del apoyo ofrecido al usuario. La incertidumbre se ve aumentada por la interacción del personal sanitario, del que la familia y el usuario obtienen información confusa o explicaciones simples que no encajan con la experiencia vivida, además de la percepción de que el personal sanitario no es experto en la materia o no es el adecuado para ayudarles a convivir con las complejidades que presenta una enfermedad. Esto afecta de modo negativo tanto la calidad de vida como la satisfacción usuaria percibida por la familia (64).

2.2.4.2 Modelo De Resistencia De Ajuste Familiar Y Adaptación

La familia corresponde a un sistema conformado por personas cuyo vínculo está basado en relaciones de parentesco fundadas en lazos biológicos y/o afectivos. Este sistema posee una

estructura jerárquica, funciones específicas para cada miembro, normas y reglas establecidas en función de un sistema social (65).

Las crisis familiares corresponden a un evento que genera una demanda física y psicológica no habitual, produciendo un cambio en el sistema social familiar tendiendo a generar desajustes. Los estresores, son aquellos estímulos internos o externos que de manera directa o indirecta favorecen la desestabilización del equilibrio, por lo que los individuos utilizan estrategias de afrontamiento para sobrellevar la situación. Estas estrategias son recursos psicológicos que el sujeto, por influencia del medio social, decide orientar y poner en marcha con el fin de enfrentar situaciones críticas o de estrés. Estas estrategias no son sólo individuales, sino también se expresan a nivel familiar, entendiéndose como la capacidad para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre exigencias que demanden cambios; implicando esfuerzos comportamentales y cognitivos orientados a manejar la situación estresante y la adaptabilidad familiar (65).

El Modelo de resistencia de ajuste familiar y adaptación, establece que la familia experimenta dos fases frente al estrés: ajuste y adaptación. En ambas fases las estrategias de afrontamiento determinan el proceso y resultado familiar ante un estresor. La resistencia por un lado corresponde a los esfuerzos familiares por reducir al máximo el impacto estresor y la adaptación, por otro lado, se define como la organización interna y consolidación de un sistema para restablecer el equilibrio alterado como consecuencia del evento estresor (65).

Reubun Hill formula el modelo ABCX, donde un evento estresor “a” interactúa con los recursos familiares para enfrentarse al estresor “b” y con la definición que la familia da a el evento “c”, produciendo una crisis “x”. Este modelo permitió determinar que el estrés familiar es consecuencia de un desequilibrio entre la demanda percibida y la capacidad para enfrentarla. El impacto del estresor y la posterior crisis o adaptación son consecuencias de la dinámica familiar, por lo que los patrones de evaluación del sistema y los recursos familiares juegan un rol importante, ya que la manera de enfrentarse ante la crisis no es inherente al suceso en sí mismo, sino que de la respuesta que se le da al estresor (65).

A partir de Hill, McCubbin y Paterson amplían el modelo de ajuste y adaptación, añadiendo nuevas variables:

- aA: evento estresor y/o acumulación de demandas.
- bB: recursos previos y posteriores a la crisis.
- cC: Percepción o significado familiar que se le atribuye al acontecimiento estresante y la capacidad para manejarlo.
- xX: Resultado de adaptación (65).

McCubbin, Olson y Larsen, en base a las investigaciones sobre las estrategias conceptuales y de resolución de problemas utilizadas por las familias en situaciones de crisis, proponen las siguientes estrategias:

1. Estrategias de afrontamiento internas: Son aquellas estrategias que practica la familia con sus propios recursos:
 - Reestructuración: Corresponde a la capacidad de la familia para redefinir los eventos estresantes haciéndolos manejables.
 - Evaluación pasiva: Capacidad familiar para aceptar asuntos problemáticos, minimizando su reactividad.
2. Estrategias de afrontamiento externas: Corresponden a aquellas estrategias practicadas con recursos provenientes de fuentes fuera de la familia:
 - Atención de apoyo social: Capacidad familiar para ocuparse activamente en la obtención de redes de apoyo por parte de parientes, amigos, vecinos y familia extensa.
 - Búsqueda de apoyo espiritual: Habilidad familiar para obtener apoyo espiritual.
 - Movilización familiar: La habilidad familiar para buscar recursos en la comunidad y aceptar ayuda de ésta (65).

2.3 Contextualización Del Servicio

2.3.1 Especialización de Los Cuidados y Uso de la Tecnología

La tecnología se entiende como “*La sistematización de los conocimientos y prácticas aplicables a cualquier actividad, en especial a los procesos industriales, también se aplica a la producción de servicios para las personas o en otros procesos*” (66). Desde la arista de la enfermería y los cuidados otorgados, la tecnología adquiere tres categorías: La tecnología blanda, blanda dura y dura. La primera, hace referencia a las relaciones, la recepción y la gestión de los servicios. La segunda, se remite al conocimiento bien estructurado, tal como lo es el proceso de atención de enfermería. Por último, la tecnología dura consiste en equipos, como maquinarias y normas (66).

Debido a la complejidad de los usuarios que ingresan a UPC-UCIM, el apoyo tecnológico en distintos ámbitos es vital para el cuidado de ellos, es decir, estos usuarios requieren de cuidados permanentes del profesional de enfermería y demás profesionales, por su nivel de dependencia e inestabilidad. Por lo tanto, son unidades en donde se utiliza frecuentemente tecnologías, y dadas las características que presentan las personas atendidas en UPC, es que la tecnología blanda en particular para el profesional de enfermería, adquiere importancia fundamental en el sentido de las relaciones con usuarios, familiares, otros profesionales, etc (66).

2.3.2 Caracterización de la Unidad de Paciente Crítico - Unidad de Cuidados Intermedios (UPC-UCIM)

El Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio (SSVSA) corresponde a uno de los tres servicios que cubre la atención de salud de la quinta región de Valparaíso. A éste, se adjudica el territorio continental e insular de Isla de Pascua, Archipiélago de Juan Fernández, Salas y Gómez, San Félix y San Ambrosio con una población general de 1.842.880 habitantes, de los cuales 486.505 corresponden a la jurisdicción del SSVSA. De éstos 242.773 habitantes corresponde a población masculina y 243.732 habitantes a población femenina (67-69).

La red asistencial del SSVSA se encuentra conformada por cinco establecimientos hospitalarios, de los cuales dos corresponden a hospitales de alta complejidad: Hospital Carlos Van Buren (HCVB) y Hospital Eduardo Pereira. De mediana complejidad se encuentra el Hospital Claudio Vicuña y de menor complejidad el Hospital San José y el Hospital Psiquiátrico Del Salvador (69).

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, el cual mantiene por Resolución Exenta IP/N °100 hasta el año 2019 una calificación, según Estándar de Acreditación, de Atención Cerrada- Alta Complejidad (70). El servicio donde se ejecutará el estudio corresponde a la Unidad de Paciente Crítico (UPC), la cual se encuentra compuesta por Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) pertenecientes al centro de responsabilidad (CR) de la subdirección de Gestión Asistencial.

Esta unidad corresponde a una de las áreas considerada de mayor importancia por el tipo de servicio que brinda, cuya misión es la prestación de servicio médico a usuarios posquirúrgicos, con lesiones vasculares o polineuropatía aguda, enfermedades desmielinizantes con afección severa de la función respiratoria y afecciones de origen infeccioso con un promedio de estadía hospitalaria de 7 a 14 días (31, 71).

Los cuidados otorgados a los usuarios se categorizan en tres niveles: Nivel III (el más alto, falla de uno o más órganos vitales o riesgo de muerte), Nivel II (monitoreo o soporte farmacológico o de aparatos con tan solo un órgano con riesgo de muerte) y Nivel I (monitoreo continuo y soporte menor farmacológico o de aparatos con riesgo de desarrollo de una o más fallas orgánicas), siendo los cuidados entregados a los usuarios ubicados en el servicio de UPC-UCIM de nivel I y II (72).

Dentro de una UPC el número de camas necesarias, deben ser calculadas en función del tipo de hospital, su ubicación geográfica, el número de camas total en el hospital, etc. (72). Es así como, la UPC-UCIM del HCBV se encuentra equipada con 24 camas destinadas a usuarios con

categorización de A1 a C1, según el Instrumento de Categorización de usuarios por dependencia y riesgo de cuidados (Anexo 2) (73).

Durante el mes de Enero del 2016 la UPC-UCIM del HCVB contó con un ingreso de 84 y egreso de 78 usuarios. En el mes de Febrero 64 y 67 usuarios ingresaron y egresaron respectivamente. En Marzo los ingresos fueron de 74 y los egresos de 73 usuarios. En cuanto a los usuarios trasladados a otras unidades en los meses de Enero, Febrero y Marzo corresponden a 82, 62 y 71 respectivamente (71).

La UCIM presta atención continuada de 24 horas diarias durante toda la semana, a cargo de un personal que se encuentra en sistema de cuarto turno. El personal médico está compuesto de un residente con 24 horas y tres médicos de Lunes a Viernes con 22 horas (71).

El equipo de enfermería se encuentra conformado por: una enfermera supervisora, una enfermera subrogante de la supervisión, cuatro enfermeras en cuarto turno y una enfermera diurna destinada a realizar técnicas y procedimientos. Además de seis técnicos paramédicos por cuarto turno, dos técnicos paramédicos en horario diurno, un auxiliar de servicio en cuarto turno y dos en jornada diurna. Cabe destacar que actualmente la UCIM se encuentra a la espera de implementar una quinta enfermera de cuarto turno (71).

La relación que existe entre profesional de enfermería y el usuario es de un enfermero/a por cada seis usuarios situación que se repite con el personal médico (71). Además se cuenta con otros profesionales de la salud, como es el caso de dos kinesiólogos también en cuarto turno (71).

La información referente al estado del usuario es entregada al familiar directo, al ingreso del usuario a la unidad y de forma diaria en el horario de visita (Lunes a Domingo de 12.30 a 13.30 horas y de 17.00 a 18.00 horas).

El espacio físico destinado como sala de espera es compartida entre los familiares y/o visitas de los usuarios pertenecientes a unidades de UCIM y UCI, además de personas que

solicitan una interconsulta con la especialidad de Neurología. El mobiliario de la sala de espera tiene capacidad para 15 personas.

CAPÍTULO 3 MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de Diseño

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo no experimental, de corte transversal.

3.2 Población en Estudio y Selección de Muestra

La población de estudio se encuentra constituida por familiares de usuarios hospitalizados en la UPC-UCIM adulto del HCVB. La muestra se obtuvo por censo entre los meses de Agosto a Octubre del año 2016, donde se alcanzó un total de 78 familiares, correspondientes a 59 usuarios hospitalizados en la UPC-UCIM adulto del mismo establecimiento que cumplieron los criterios de inclusión.

3.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión se basan en características del usuario y familiar que justifiquen una adecuada vivencia de la experiencia hospitalaria para plasmar en el instrumento. Estos corresponden a:

3.3.1 Criterios de Inclusión

- Familiar de usuarios adultos de UPC–UCIM del HCVB, que sea mayor de 18 años, que haya presenciado los cuidados en la unidad, participando en la toma de decisiones y entrega de información.
- Familiares de usuarios cuya estadía en la UPC-UCIM del HCVB fuese de a lo menos 72 horas.
- Familiares de usuarios que se encuentran hospitalizados en la UPC-UCIM del HCVB con categorización A1 a C1.

3.3.2 Criterios de Exclusión

- Familiar de usuario declarado fallecido.
- Familiar analfabeto.
- Familiar que no hable español.

3.4 Instrumento

El Cuestionario Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU fue creado por Daren K. Heyland y Joan E. Tranmer en el año 2001, a partir de un marco conceptual respecto a satisfacción del usuario, calidad del cuidado en el final de la vida; investigaciones respecto a las necesidades de familias con enfermedades críticas y la satisfacción con la toma de decisiones médicas. Este cuestionario se encuentra compuesto por dos secciones: satisfacción con el cuidado y satisfacción en la toma de decisiones. La construcción de la primera sección se basó en the Conference Board of Canada's "Measuring Up: Patient Satisfaction Survey", realizando una adaptación para adecuarlas al ambiente de UPC. Por otro lado, en la segunda sección se organizaron las preguntas de acuerdo a tres componentes analíticos del proceso de toma de decisiones: intercambio de información, deliberación sobre las opciones de tratamiento, y decisión de la opción de tratamiento (74).

En Agosto del año 2006, el FS-ICU 34 fue modificado y sintetizado en 24 ítems referentes a la temática principal, seis preguntas de orden sociodemográfico y tres preguntas opcionales de desarrollo. Esta versión se utilizó en EE.UU. y validó a través de "mitades partidas" otorgándole un alfa de Cronbach al instrumento completo de 0,94, obteniendo 0,92 y 0,88 para la primera y segunda parte respectivamente (13). Posteriormente se realizó una nueva actualización, validada en España mediante la revisión realizada por el grupo Critical Care Connections y el Comité de Ética de SCIAS-Hospital de Barcelona (7). La última versión en español del FS-ICU 24, en un periodo previo a la aplicación en este estudio, se sometió a una concordancia inter-observador de contenido, validación de expertos a nivel regional. Se aplicó el Coeficiente de Kappa de Cohen, el cual arrojó un coeficiente de -0.36, entregando evidencia de

una concordancia moderada entre los expertos, por lo que no se ajusta a los efectos del azar, de manera que el instrumento puede ser utilizado para los fines del proyecto de investigación (75).

El FS-ICU 24 fue diseñado para ser autoadministrado y consta de 24 ítems evaluados en una escala Likert agrupadas en dos secciones. La primera denominada “Satisfacción con el cuidado”, la cual aborda la satisfacción del usuario y familiar, evaluada en 14 ítems agrupados en seis subsecciones. La segunda sección, denominada satisfacción de la familia con respecto a la “Satisfacción de la Familia con la Toma de decisiones en el cuidado de pacientes críticos”, posee diez ítems agrupados en dos subsecciones. La primera, respecto a la necesidad de información y la segunda aborda el proceso de la toma de decisiones. En el Anexo 4 se expone la distribución de los ítems según secciones, subsecciones y la clasificación de la escala Likert utilizada.

FS-ICU 24 presenta además, una sección respecto a las características sociodemográficas de familiares: sexo, edad, relación, con quien vive, experiencias previas de hospitalización y proximidad del centro de salud; y tres ítems optativos de desarrollo, para incluir comentarios y sugerencias a la unidad evaluada.

A partir de los datos recolectados es posible calcular la calificación que permite determinar el nivel de satisfacción global y por sección, la cual se realiza mediante la conversión de los datos obtenidos en una escala de 0 a 100, en la cual el 0 corresponde a muy insatisfecho y 100 a completamente satisfecho.

3.4.1 Definición Conceptual y Operacional de las Variables

Tabla N° 1: Operacionalización de variables

Variable		Satisfacción Usuaría Externa
Definición Conceptual		La satisfacción usuaria externa apunta a un sistema sanitario centrado en el usuario y sus familias. Implica el cumplir o no con las expectativas de las personas. En sí misma, esta dimensión se constituye como un Indicador de Calidad.

Definición Operacional	<p>El instrumento a utilizar, será el “Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU (24)©”, instrumento utilizado en EE.UU y validado por mitades partidas con un alfa de Cronbach de todo el instrumento de 0.94, con 0.92 y 0.88 para la primera y segunda parte respectivamente (13). Traducido y validado al español por el grupo Critical Care Connections y el Comité de Ética Científico de SCIAS-Hospital de Barcelona, se cuenta con autorización de este último para la aplicación en el presente estudio (7).</p> <p>Para ser utilizado en esta investigación, se realizó una validación de contenido, por medio de 5 expertos, donde cada pregunta se evaluó con escala de Likert de 1 a 5, obteniendo así un Coeficiente de Kappa de Cohen de -0,36, indicando una concordancia moderada (75).</p> <p>Posteriormente, el instrumento será aplicado al 5% de la muestra en la UPC-UCIM del HCVB, gracias a lo cual se validará a través del cálculo de confiabilidad de los resultados obtenidos por α de Cronbach.</p> <p>Una vez validado el instrumento, deberá ser aprobado por el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio y posteriormente ser aplicado en la UPC-UCIM Adulto del Hospital Carlos Van Buren.</p>
-------------------------------	---

Variable	Socio-demográfica
Definición Conceptual	Características biológicas, demográficas y sociales de los familiares de los usuarios en UPC-UCIM Adulto del Hospital Carlos Van Buren.
Definición Operacional	Será medido con la versión traducida al castellano del FS-ICU (24) (Anexo 3) (76): Sexo, edad, relación, con quien vive, experiencias previas de hospitalización, proximidad del centro de salud.

3.5 Recolección de Datos

El día 14 de Julio del 2016 se presentó ante el Comité Ético-Científico del Servicio de Salud de Valparaíso-San Antonio el proyecto de tesis “Satisfacción usuaria percibida por familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico- Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Carlos Van Buren”, siendo aprobado por unanimidad el día 20 de Julio

del mismo año, número de acta 33/2016 (Anexo 5). En conjunto con la aprobación de este proyecto, se hace entrega de un acta de observaciones las cuales son consideradas al momento de iniciar la aplicación del instrumento en la población descrita con anterioridad.

Posteriormente, antes de dar inicio a la ejecución del estudio el Investigador principal, Sra. Cibeles González, solicita la autorización del Director del Establecimiento de investigación y de la enfermera supervisora de la UPC-UCIM, Sra. Olga Sánchez, coordinando además la dinámica en la que se aplicará el estudio en el servicio: información relevante de los usuarios de la unidad para la recopilación de datos y posterior seguimiento de familiares. Se facilitó la lista de usuarios, obteniendo los siguientes datos: nombre, fecha de ingreso, categorización, sala y cama. Además, se otorgó la posibilidad de utilizar un espacio físico cerrado, una sala con escritorio y sillas dentro de UCIM para la aplicación del instrumento y firma de consentimiento informado de manera privada (Anexo 6).

3.5.1 Prueba Piloto

La prueba piloto fue aplicada los días 17, 18 y 19 de Agosto de 2016 en la UPC-UCIM del Hospital Carlos Van Buren, previo y posterior a los horarios de visita de la unidad. La prueba piloto, mantiene el siguiente procedimiento: comienza con el reconocimiento mediante contacto directo, por parte de los encuestadores, de todos los familiares de usuarios de UPC-UCIM. El reconocimiento consta de la identificación del tesista, descripción breve del estudio y sus objetivos, descripción y duración de la entrevista y recopilación de características para verificar el cumplimiento de criterios de inclusión. En caso de acceder a la participación y cumplir con los criterios de inclusión y carecer de los de exclusión se invita a pasar a la sala destinada para la entrevista privada.

La entrevista tiene como máximo una duración de 30 minutos y consta de dos partes. La primera inicia con la lectura, explicación y firma del consentimiento informado; dando paso a la aplicación del instrumento. El instrumento utilizado fue FS-ICU 24, el cual es autoadministrado por el familiar y en caso de presentar alguna duda es resuelta por el tesista a cargo de esa entrevista. Finalmente se agradece la participación y se entrega copia del consentimiento informado.

La aplicación de la prueba piloto se realizó a 11 familiares dentro de la población descrita anteriormente. Este número se justifica, ya que corresponde al 5% de la población a estudiar, datos entregados por parte de la unidad estadística de UPC-UCIM durante tres meses consecutivos de los ingresos y egresos hospitalarios en el año 2015 (71).

Se realizó una reunión el día 19 de Agosto de 2016 para analizar las evidencias entregadas en la aplicación de la prueba piloto donde destaca: en relación al primer contacto con el familiar se presentaron rechazos a la participación por la larga duración que se describió al momento del reconocimiento (30 minutos), aunque la duración real de la entrevista fue de 10 a 15 minutos; además algunos familiares manifestaron ansiedad en caso de realizar contacto previo al horario de visita ya que limita el tiempo de estas, y por último algunos participantes presentan alteraciones sensoriales y necesidad de uso de órtesis (audífono o lentes ópticos) que no traían consigo. Respecto al instrumento, los participantes presentan dudas en cómo marcar las alternativas, ya que en el instrumento no se explicita la forma adecuada de realizarlo; también se presenta la duda si se debe completar el instrumento respecto a los datos del usuario o familiar o respecto a UCI o UCIM; así mismo participantes presentan dudas en el significado de los síntomas descritos en la subsección de “Manejo de síntomas del paciente”, en especial disnea; se genera confusión la redacción del ítem 14 de la sección uno y confusión la palabra “Control” dentro del ítem nueve de la sección dos. En cuanto al ambiente físico, en ocasiones la sala destinada para la entrevista se encontraba siendo utilizada en otra entrevista con familiar o por miembros del equipo de salud del servicio.

En consecuencia de lo anterior, se realizaron modificaciones a la forma de aplicación de la entrevista: En primer lugar, al momento del contacto directo con el familiar se especifica que el tiempo de duración de la entrevista es de 10 a 15 minutos, por otro lado, en caso de manifestar ansiedad por realizar la entrevista de manera previa al horario de visita se da la posibilidad de realizarla posterior a esta u otro día. A las personas que presentaban alteraciones visuales se les da la posibilidad de que el entrevistador lea el consentimiento e instrumento completando los datos que se solicitan en estos, aquellos que presentaron alteraciones auditivas se les solicita que puedan asistir nuevamente con su ayuda técnica y poder responder la entrevista.

En segundo lugar, se les da la posibilidad a los participantes de marcar las alternativas de la forma que más les facilite siempre que se clarifique su preferencia. Con respecto a las dudas generadas por el instrumento, la solución adoptada fue la aplicación autoadministrada con ayuda del entrevistador cuando fuese necesario; además de una breve introducción al inicio de la aplicación del instrumento, para clarificar los aspectos identificados en la prueba piloto. Esta introducción consta de la descripción de objetivos, clarificando que debe completarse el instrumento respecto al familiar de usuario hospitalizado en la sección de características sociodemográficas y respecto a la unidad donde se encuentra actualmente. Respecto a los conflictos en ítems específicos, previo a la lectura de éstos, por parte del entrevistador o entrevistado: se clarifica disnea como dificultad respiratoria, control específicamente para la toma de decisiones y en el ítem 14 se enfoca solo posterior al punto seguido. Por último, respecto al ambiente físico, en caso de que la sala destinada para la realización de la entrevista estuviera siendo utilizada, ésta se realizó en el pasillo de la unidad o en la sala de espera.

3.5.2 Recolección de Datos de la Población en Estudio

La recolección de datos se llevó a cabo desde el día lunes 22 de agosto al viernes 28 de octubre del 2016, en el mismo establecimiento y unidad. Los horarios en que se aplicó fueron, en días hábiles, de 12.00 a 14.15 hrs. Dentro del horario se presentaron parejas de tesisistas los cuales se dirigieron a la sala de espera de UPC para captar familiares de UCIM utilizando la misma metodología de la prueba piloto siguiendo las modificaciones previamente descritas. Se utilizó la lista de pacientes diaria para actualizar el ingreso y egreso hospitalario de usuarios de la unidad, lo que permitió realizar seguimiento a los usuarios que ya cumplían con las 72 hrs de hospitalización, y además de reconocer los ingresos. Posterior a cada aplicación del instrumento, se marcaba el folio de instrumento FS-ICU 24 y el consentimiento informado respectivo.

3.6 Procesamiento y Análisis de Datos

El vaciamiento de datos obtenidos posterior a la aplicación del FS- ICU 24, se realizó en una plantilla Excel confeccionada por los tesisistas, en la cual los datos fueron codificados. El procesamiento y análisis de datos fue realizado por la Estadística Paula Guerrero Russell, durante los días 30 de Noviembre y 14 de Diciembre del año 2016, mediante programa Excel

explicitando porcentajes, distribución de edades y promedio de los datos sociodemográficos y de satisfacción usuaria percibida por familiares, a través de gráficos y tablas. Se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.91 a nivel global y de 0,85 en cada una de las secciones.

La calificación del nivel de satisfacción, se realizó por sección y de manera global, mediante la conversión de los datos obtenidos desde la escala de lickert (1 a 5), a un puntaje de 0 a 100 (Ver anexo 7); utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Valor nuevo del ítem} = \frac{\text{Valor actual del ítem} - \text{menor valor posible del ítem}}{\text{Rango posible del ítem}} \times 100$$

En la tabla de Clasificación según puntaje del Nivel de Satisfacción General (Anexo 7) (77) se presentan las clasificaciones del nivel de Satisfacción General y puntajes para pertenecer a dichas clasificaciones.

Por último, las respuestas derivadas de las preguntas abiertas del cuestionario son consideradas en las sugerencias de esta investigación. Se describen las temáticas más significativas para el estudio, tomando en cuenta las dimensiones que abarca el FS-ICU 24.

3.7 Consideraciones Éticas

Los principios de la Conferencia Belmont son guías éticas para la protección de los sujetos humanos que formarán parte de una investigación. Estos fueron elaborados en el año 1978 por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, luego de que se conocieran diversos antecedentes de experimentos desarrollados en seres humanos, los cuales transgredieron sus derechos básicos como personas.

En el desarrollo del presente informe se incluyen los principios éticos básicos y relevantes para llevar a cabo una investigación que incluya personas. Dentro de los principios éticos se destaca el respeto por la persona. A su vez, éste se puede dividir en dos convicciones. La primera es que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, mientras que la

segunda se refiere a que todos los individuos con autonomía disminuida tienen derecho a la protección (78).

La realización de la investigación “Satisfacción Usuaría en familiares de adultos hospitalizados en la UPC-UCIM del Hospital Carlos Van Buren” fue aprobada por el comité ético científico (CEC) del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (SSVSA) el día 20 de Julio de 2016, N° de Acta 033/2016 (Anexo 5) cumpliendo con todos los requisitos necesarios para la ejecución del estudio en dicho servicio, los cuales se nombran a continuación:

- Carta de solicitud de evaluación del estudio.
- Carta de valor social del estudio.
- Protocolo de la investigación.
- Resumen ejecutivo del proyecto de investigación.
- Formulario consentimiento informado.
- Instrumento a utilizar en el estudio.
- Carta de aceptación y respaldo de la UPC-UCIM, firmada por Jefe de Servicio: Dr. Juan Zolezzi Riquelme y Enfermera Supervisora del Servicio: Olga Sánchez Seura.
- Certificado de conocimiento y respeto de la normativa legal de la investigadora principal.
- Certificado de compromiso investigadora principal.
- Declaración de conflictos de interés.
- Resolución exenta N° 08310/2016 donde la dirección del SSVSA aprueba Tesis de Enfermería.

El respeto a la autonomía se concreta de manera previa a la aplicación del instrumento, momento en el cual se explicó en qué consistía la investigación y se señaló el carácter voluntario del estudio. De aceptar la participación, se procedía a aplicar un consentimiento informado, cuya finalidad es otorgar toda la información necesaria de modo que las personas puedan decidir libre y autónomamente la participación en el estudio, así como su retiro voluntario en caso de sentirse vulnerados.

Por último, respecto a la confidencialidad y anonimato de los datos, se procedió a indicar que la información recogida es anónima y confidencial. Para esto, en lugar de nombres se

utilizarán folios a los que sólo la investigadora principal tendrá acceso. Además, los datos obtenidos permanecerán guardados en su oficina por un período de 3-5 años, bajo llave.

CAPÍTULO 4 ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados obtenidos a partir de la encuesta realizada a 78 familiares que recibieron atención en la UPC-UCIM del HCVB, entre los meses de Agosto y Octubre del año 2016. Estos se presentan a través de las tres secciones del instrumento: Características sociodemográficas, Satisfacción con el cuidado y Satisfacción en la toma de decisiones.

4.1 Sección Sociodemográfica

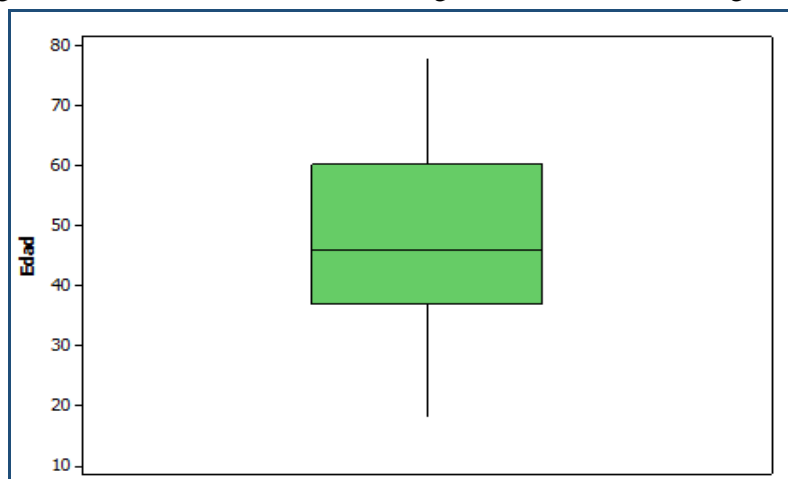
Tabla N° 2: Características sociodemográficas de la muestra, según sexo

Sexo	Frecuencia	%
Hombre	24	30,77%
Mujer	54	69,23%

Nota: %= porcentaje, n= 78

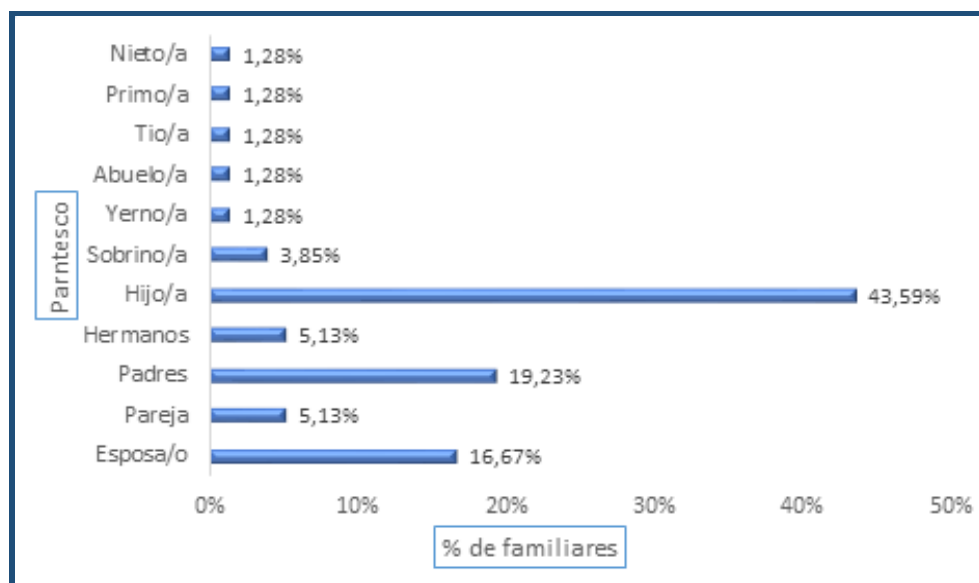
En la tabla N° 2, se observa que el mayor porcentaje de familiares de los usuarios hospitalizados en la UPC-UCIM del HCVB corresponde a mujeres, siendo casi un 70% de la muestra.

Figura N° 1: Características sociodemográficas de la muestra, según edad



La Figura N° 1, resume la distribución de las edades de la muestra. En ella se puede apreciar que las edades de los familiares fluctúan entre los 18 y 78 años de edad. El 50% central de los encuestados, poseen una edad entre los 37 y 62 años, presentando una mayor variabilidad entre aquellos que tienen 46 a 62 años.

Figura N° 2: Caracterización sociodemográfica de la muestra, según parentesco



En la Figura N° 2, se observa que el nivel de parentesco más significativo es el vínculo hijo con un 43,59%, le siguen el parentesco padre y esposo (a) con un 19,23% y 16,67% respectivamente.

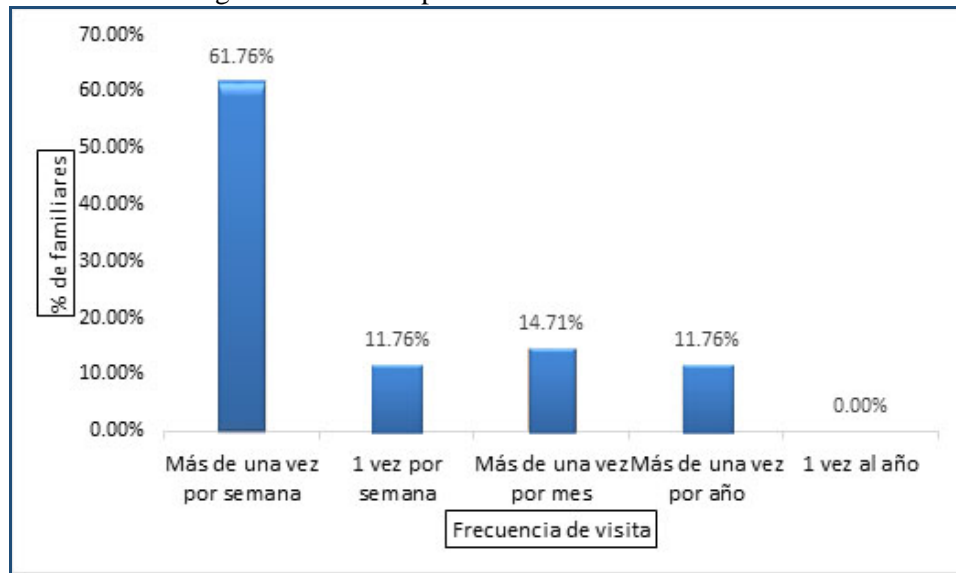
Tabla N° 3: Experiencia previa con respecto a hospitalización(es) en una Unidad de Paciente Crítico

Experiencia previa	Frecuencia	%
Sí	19	24,36%
No	59	75,64%

Nota: %= porcentaje, n= 78

La tabla N° 3, muestra que cerca del 76% de los familiares encuestados no posee experiencia previa con respecto a la hospitalización de un familiar en una UCI.

Figura N° 3: Descripción de la frecuencia de visita



Nota: %= porcentaje, n=78

La figura N° 3, evidencia que más del 60% de los familiares encuestados visitan a la persona atendida con una frecuencia mayor de una vez por semana.

Tabla N° 4: Características sociodemográficas, según convivencia con el usuario

Vive con el usuario	N° de familiares	% de familiares
Sí	43	55,13%
No	35	44,87%

Nota: %= porcentaje, n= 78

La tabla N° 4 muestra que el 55% de los familiares entrevistados viven con las personas hospitalizadas en la UPC-UCIM HCVB.

Tabla N° 5: Lugar de residencia de la muestra encuestada

Lugar de residencia	N° de familiares	% de familiares
Ciudad del hospital	36	46,15%
Fuera de la ciudad	42	53,85%

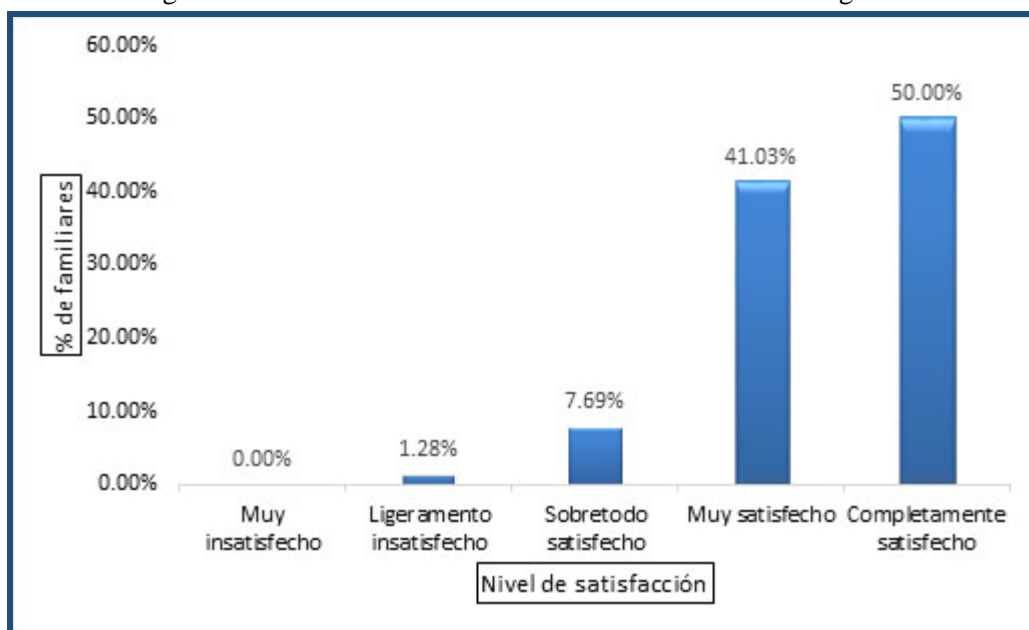
Nota: %= porcentaje, n=78

Se observa en la tabla N° 5, que cerca del 54% de los familiares de usuarios hospitalizados en la UPC-UCIM del HCVB no residen en la ciudad donde se emplaza el centro hospitalario.

4.2 Nivel De Satisfacción Usuaría Global de los Familiares

La satisfacción usuaria global de los familiares se obtiene a partir de dos secciones que posee el instrumento aplicado; satisfacción con el cuidado y satisfacción en la toma de decisiones, expuestas a continuación:

Figura N° 4: Clasificación del nivel de satisfacción usuaria global



Nota: %= porcentaje, n= 78

La figura N° 4, muestra el nivel de satisfacción global. El nivel de satisfacción se clasifica desde “Muy insatisfecho”, sin valor porcentual en este estudio, a un nivel de “Completamente satisfecho”, donde el 91% de los familiares encuestados se encuentra Muy y Completamente Satisfecho con la atención recibida.

Tabla N° 6: Satisfacción usuaria global y por sección

Secciones	Puntaje promedio
Satisfacción con el cuidado	78,60
Satisfacción con la toma de decisiones	78,56
Satisfacción usuaria global	78,65

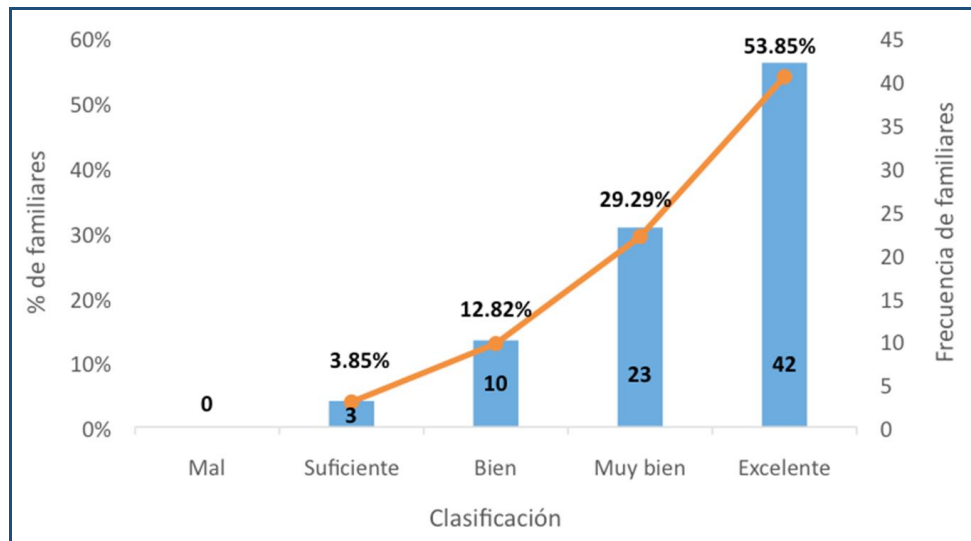
En la tabla N° 6, resalta una discreta diferencia entre cada una de las secciones y la satisfacción usuaria global. Los valores descritos anteriormente, corresponden al nivel de “Completamente Satisfecho” (Ver Anexo 7). Los cuales se observan en la totalidad de las secciones y a nivel global.

4.2.1 Sección 1: Satisfacción con el Cuidado

Esta sección hace referencia al trato, que tanto paciente como familiar, percibe que se tiene mientras dura la hospitalización. Consta de ocho subsecciones, dentro de los cuales destacan los siguientes:

4.2.1.1 Subsección 1: Trato Hacia el Paciente

Figura N° 5: Satisfacción usuaria según la preocupación del personal de la unidad



Nota: %= porcentaje, n= 78

De la figura N° 5, se destaca que más del 80% de los familiares encuestados, categorizan en “Muy bien” y “Excelente” la preocupación del personal en la unidad. Destaca que ningún familiar encuestado clasifica este ítem como “Mal”.

Tabla N° 7: Puntaje Promedio de satisfacción usuaria según la preocupación del personal de la unidad

	Puntaje promedio	Clasificación
Satisfacción Usuaría	83,33	Completamente Satisfecho

En la tabla N° 7, se muestra el promedio de satisfacción usuaria con respecto a la preocupación del personal de la unidad, el cual corresponde a 83,33 puntos, correspondiendo a un nivel de satisfacción “Completamente Satisfecho”.

Tabla N° 8: Satisfacción usuaria según el manejo de los síntomas: dolor, disnea y agitación

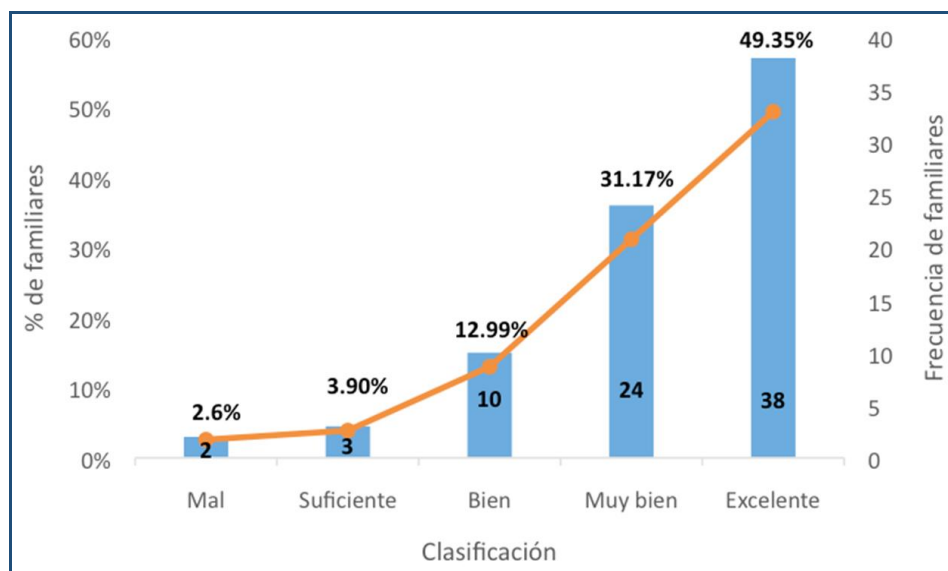
Sintomatología	Frecuencia	N/R	N/A	Puntaje promedio	Clasificación
Dolor	68	0	10	80,15	Completamente Satisfecho
Disnea	49	1	28	85,20	Completamente Satisfecho
Agitación	56	1	21	79,91	Completamente Satisfecho

Nota: N/R= no responde, N/A= no aplica

La tabla N° 8, refleja la satisfacción usuaria con respecto al manejo de la sintomatología descrita en el instrumento, las cuales, todas se encuentran con puntajes promedios que los categoriza en el nivel de satisfacción “Completamente satisfecho”. Sin embargo, destaca el síntoma “Disnea” que a pesar de que obtiene 85,20 puntos de nivel de satisfacción, sólo representa un 62,82% del total de encuestados. Del mismo modo, el síntoma agitación, presenta una alta frecuencia de “no aplica” (un total de 21). Por último, la sintomatología “dolor”, presenta una alta frecuencia de respuestas (87,17%), presentando un nivel de satisfacción de 80,15 puntos.

4.2.1.2 Subsección 2: Trato Hacia el Familiar

Figura N° 6: Satisfacción usuaria con respecto a la consideración de las necesidades de los familiares



Nota: %= porcentaje, n= 78, N/A= 1

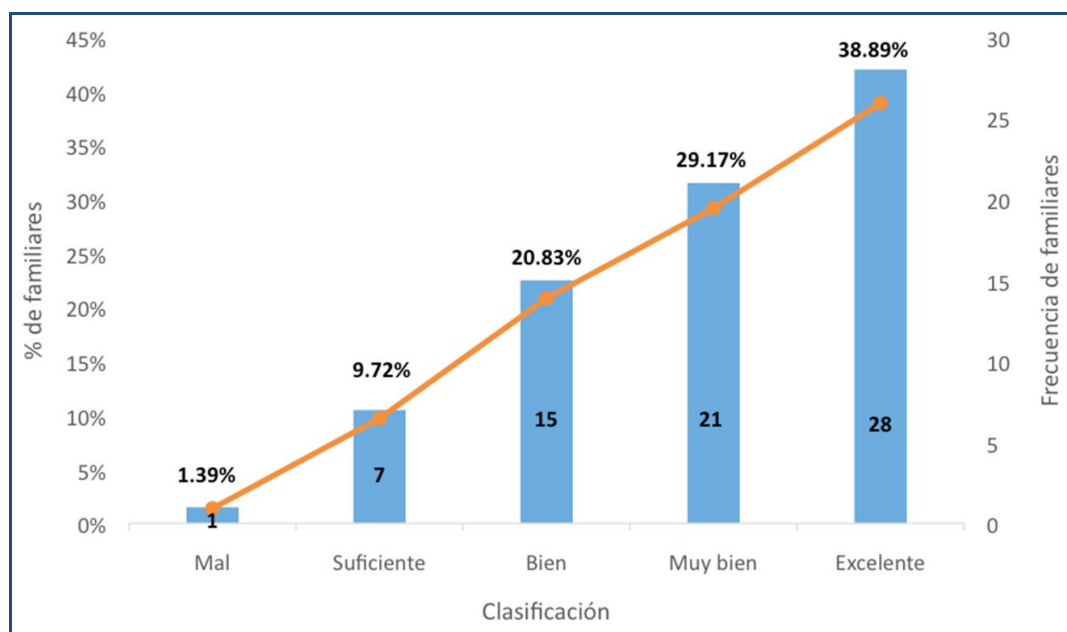
La figura N° 6, muestra que más del 80% de los familiares encuestados atribuyen una calificación como “Muy bien” o “Excelente” al interés mostrado por el personal hacia sus propias necesidades.

Tabla N° 9: Puntaje promedio de satisfacción usuaria con respecto a la consideración de las necesidades de los familiares

	Puntaje promedio	Clasificación
Satisfacción Usuaria	80,19	Completamente Satisfecho

En la tabla N° 9, se obtiene un promedio de satisfacción de valor de 80,19 puntos clasificándose en la categoría de “Completamente satisfecho”.

Figura N° 7: Satisfacción usuaria en relación al apoyo emocional recibido



Nota: %= porcentaje, n= 78, N/A= 6

De la figura N° 7, cerca del 70% de los familiares encuestados de las personas hospitalizadas en la UPC-UCIM del HCVB, clasifican el apoyo emocional provisto en las categorías de “Muy bien” o “Excelente”. Por otro lado, la suma de las categorías “Mal” y “Suficiente” arroja un total mayor al 10%.

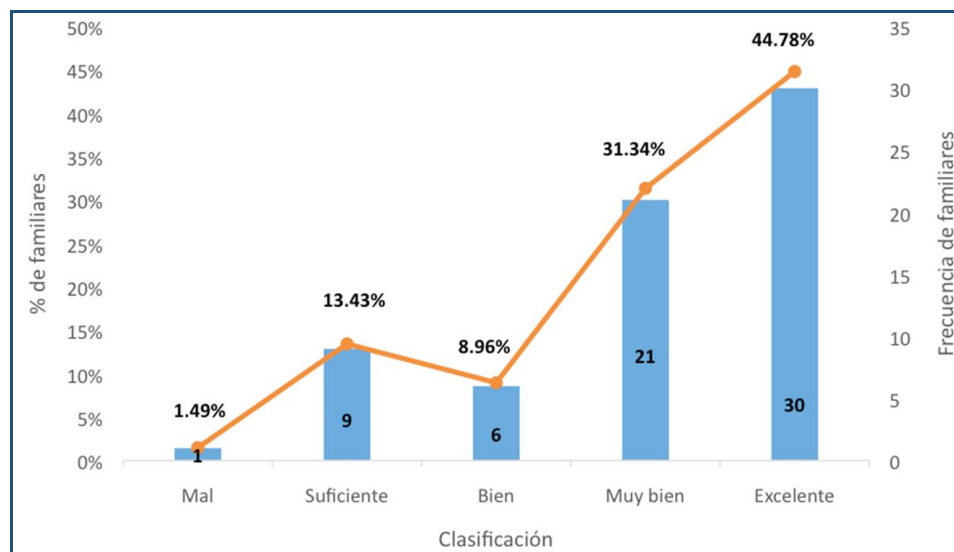
Tabla N° 10: Puntaje promedio de satisfacción usuaria en relación al apoyo emocional recibido

	Puntaje promedio	Clasificación
Satisfacción Usuaria	73,61	Muy Satisfecho

En la tabla N° 10, se observa que el porcentaje promedio de la satisfacción usuaria es menor, obteniendo un puntaje de 73,61, siendo esta categorizada como “Muy satisfecho”.

4.2.1.3 Subsección 3: Valoración al Personal de Enfermería

Figura N° 8: Satisfacción usuaria según frecuencia de comunicación con el personal de enfermería



Nota: %= porcentaje, n= 78, N/A= 11

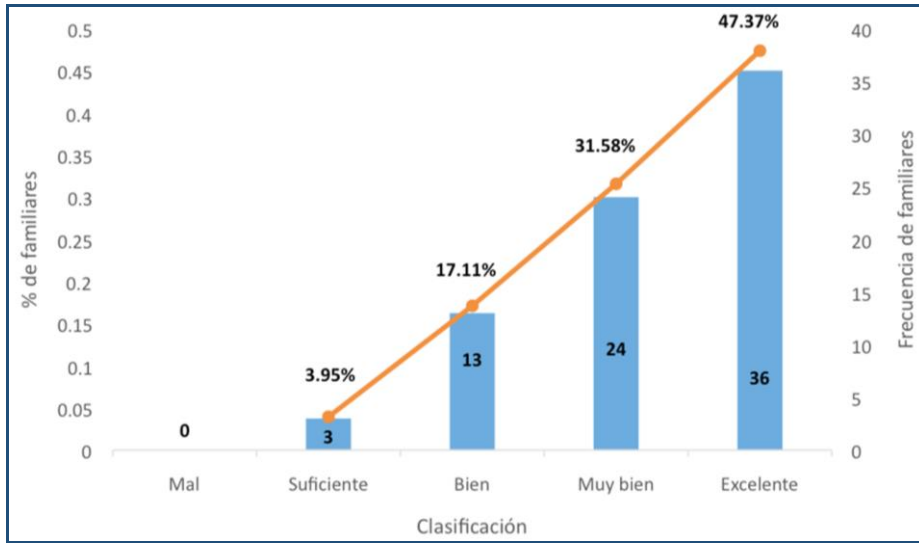
De la figura N° 8, se desprende que alrededor del 75% de los familiares encuestados, percibieron que la frecuencia de comunicación con el personal de enfermería se encasilla dentro de las categorías “Muy bien” o “Excelente”. No obstante, cerca del 15% lo categorizan como “Mal” o “Suficiente”. Por último, un 14,1% señaló que esta pregunta no aplica a su contexto.

Tabla N° 11: Puntaje promedio de satisfacción usuaria según frecuencia de comunicación con el personal de enfermería

	Puntaje promedio	Clasificación
Satisfacción Usuaría	76,11	Completamente Satisfecho

En la tabla N° 11, se entrega un puntaje promedio de satisfacción usuaria correspondiente a 76,11 puntos, categorizándolo en el nivel de “Completamente satisfecho”.

Figura N° 9: Satisfacción usuaria según la habilidad y competencia del personal de enfermería



Nota: %= porcentaje, n= 78, N/A= 2

En la figura N° 9, se refleja que cerca del 79% de los familiares encuestados, reconocen las habilidades y competencias del personal de enfermería dentro de las categorías “Muy Bien” o “Excelente”.

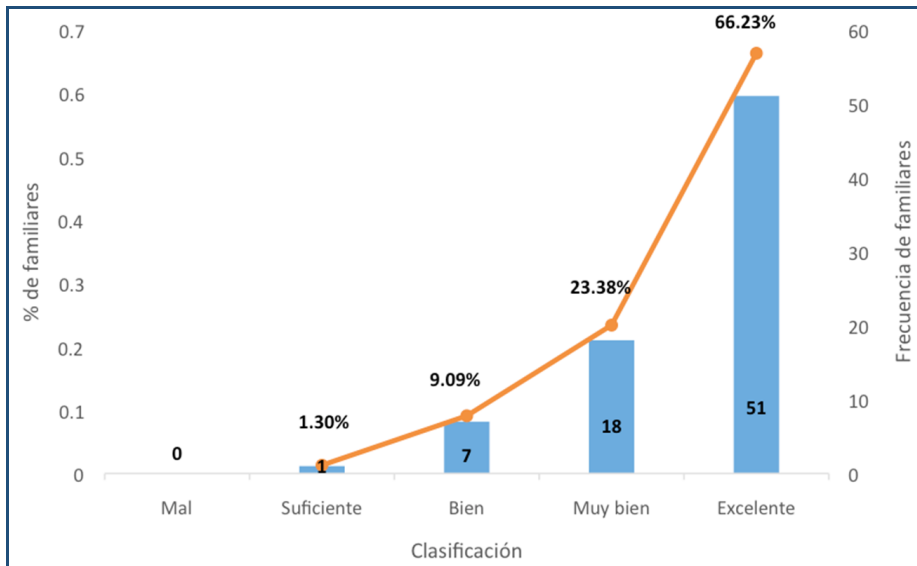
Tabla N° 12: Puntaje promedio de satisfacción usuaria según la habilidad y competencia del personal de enfermería

	Puntaje promedio	Clasificación
Satisfacción Usuaria	80,59	Completamente Satisfecho

En la tabla N° 12, el puntaje promedio de satisfacción usuaria lograda es de 80,59 puntos, siendo categorizado como “Completamente satisfecho”.

4.2.1.4 Subsección 4: Valoración al Personal Médico

Figura N° 10: Satisfacción usuaria según habilidad y competencias del personal médico



Nota: %= porcentaje, n= 78, N/A= 1

En la figura N° 10, se evidencia que cerca del 90% de los familiares encuestados, reconocen las habilidades y competencias del personal médico dentro de las categorías “Muy Bien” o “Excelente”.

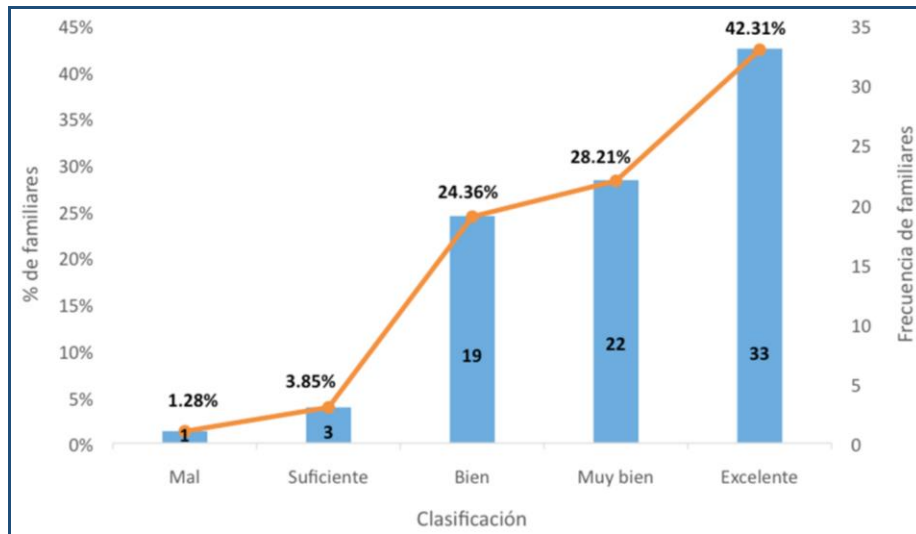
Tabla N° 13: Puntaje promedio de satisfacción usuaria según habilidad y competencias del personal médico

	Puntaje promedio	Clasificación
Satisfacción Usuaria	88,64	Completamente Satisfecho

En la tabla N° 13, se obtiene como puntaje promedio de satisfacción usuaria un total de 88,64 puntos, lo cual se clasifica dentro de la categorización de “Completamente satisfecho”.

4.2.1.5 Subsección 5: Valoración del Ambiente

Figura N° 11: Satisfacción usuaria según el ambiente dentro de la unidad



Nota: %= porcentaje, n= 78

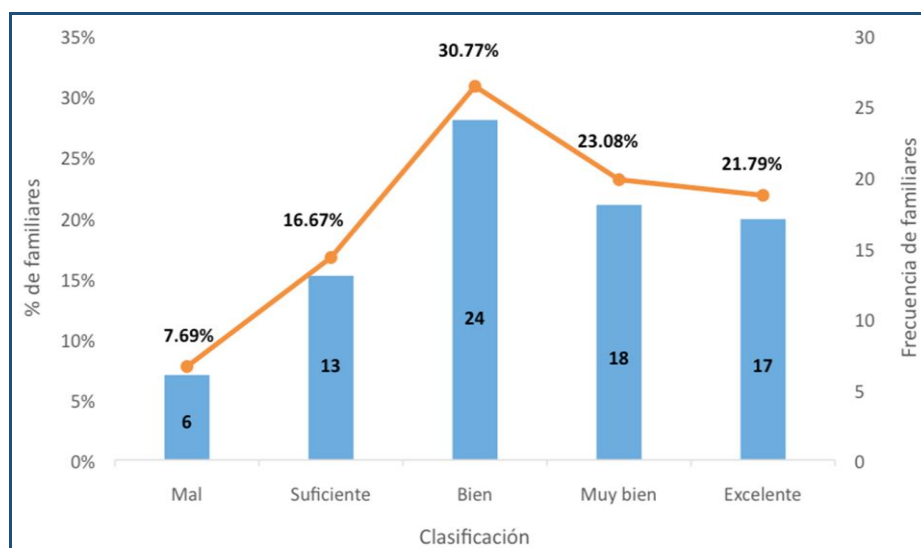
En la figura N° 11, los familiares encuestados califican como “Muy bien” o “Excelente” el ambiente dentro de la unidad, de tal forma que en conjunto ambas opciones alcanzan un porcentaje de alrededor del 70%.

Tabla N° 14: Puntaje promedio de satisfacción usuaria según el ambiente dentro de la unidad

	Puntaje promedio	Clasificación
Satisfacción Usuaría	76,60	Completamente Satisfecho

En la tabla N° 14, se observa que el puntaje promedio obtenido en satisfacción usuaria es de 76,60 puntos, siendo categorizada como “Completamente satisfecho”.

Figura N° 12: Satisfacción usuaria según el ambiente de la sala de espera



Nota: %= porcentaje, n= 78

En la figura N° 12, la categoría “Bien” presenta la mayor concentración de respuesta por parte de los familiares encuestados de usuarios hospitalizados en la UPC-UCIM del HCVB. Por otra parte, cerca del 25% consideran que el ambiente en la sala de espera cabe dentro de las categorías “Mal” o “Suficiente”.

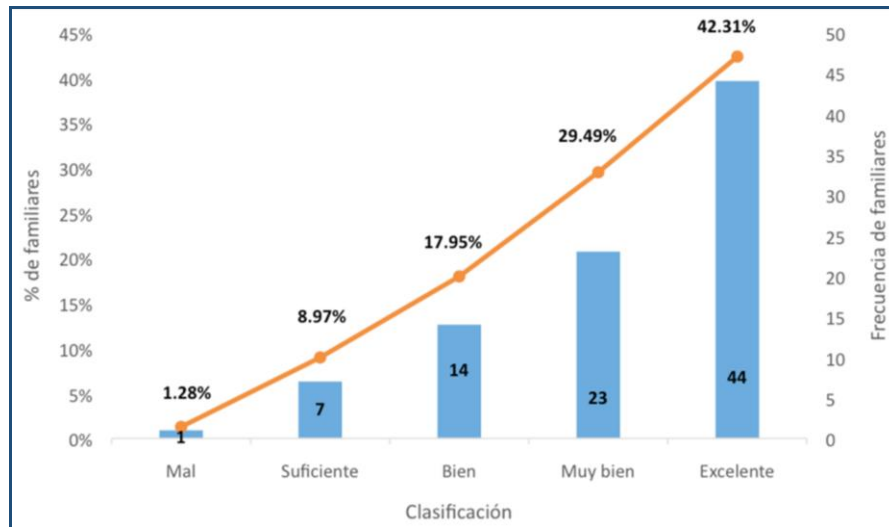
Tabla N° 15: Puntaje promedio de satisfacción usuaria según el ambiente de la sala de espera

	Puntaje promedio	Clasificación
Satisfacción Usuaría	58,65	Muy Satisfecho

En la tabla N° 15, el puntaje promedio alcanzado en la satisfacción usuaria es de 58,65 puntos, clasificándose dentro de la categoría de “Muy satisfecho”.

4.2.1.6 Subsección 6: Satisfacción con el Nivel de Cuidados Entregados

Figura N° 13: Satisfacción usuaria según la satisfacción con el nivel de cuidados entregados



Nota: % = porcentaje, n=78

En la figura N° 13, los familiares encuestados califican como “Muy bien” o “Excelente” la satisfacción en relación al nivel o la cantidad de cuidados otorgados, de tal forma que en conjunto alcanzan un porcentaje de alrededor del 71%.

Tabla N° 16: Puntaje promedio de satisfacción usuaria con el nivel de cuidados entregados

	Puntaje promedio	Clasificación
Satisfacción Usuaria	75,64	Completamente Satisfecho

En la tabla N° 16, el puntaje promedio de satisfacción usuaria alcanzado es de 75,64 puntos, obteniendo la categoría de “Completamente satisfecho”.

4.2.1.7 Resultados por Subsección

A continuación, mediante la siguiente figura, se exponen los puntajes promedios de las subsecciones.

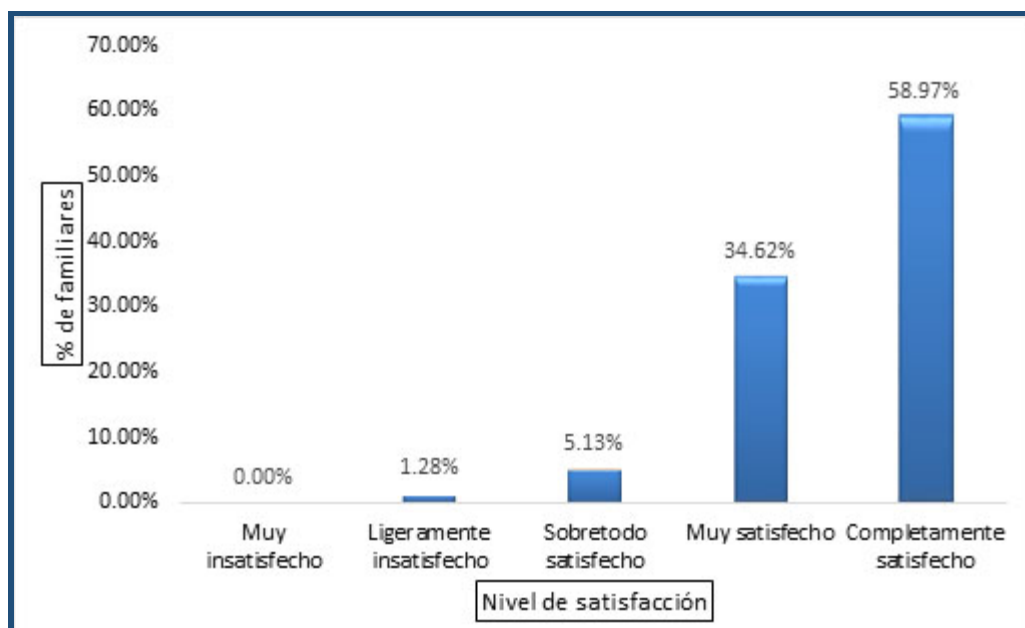
Figura N° 14: Distribución de los puntajes promedios con la que evalúan los familiares las subsecciones del nivel de satisfacción con el cuidado de los familiares de usuarios hospitalizados en la UPC-UCIM del HCVB



En la figura N° 14 se contrastan los puntajes promedios de satisfacción correspondiente a cada subsección expuesta anteriormente. Se destaca la subsección “Valoración del personal médico” como aquella con el mayor puntaje. Por el contrario, la subsección “Valoración de ambiente” obtiene la menor puntuación.

Para finalizar esta sección, se expone el gráfico de satisfacción con el cuidado de los familiares, correspondiente a la primera sección del instrumento utilizado.

Figura N° 15: Clasificación según el nivel de satisfacción con el cuidado de los familiares



Nota: %= porcentaje, n= 78

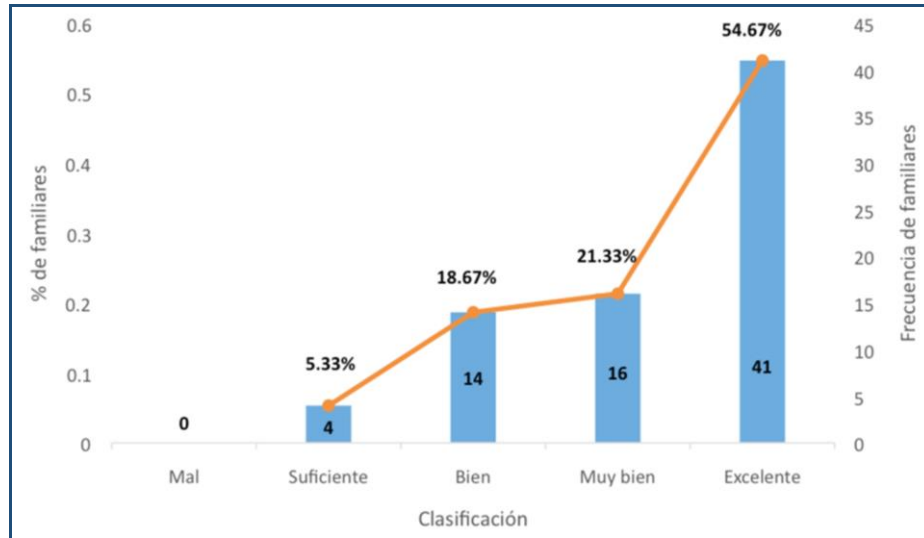
En la figura N° 15, el 93% de los familiares encuestados presenta un nivel de satisfacción correspondiente a “Muy satisfecho” o “Completamente Satisfecho”, así mismo el nivel de “Insatisfacción” es escaso.

4.2.2 Sección 2: Satisfacción con la Toma de Decisiones

En la siguiente sección, denominada satisfacción de la familia con respecto a la toma de decisiones, se analizan los resultados de 5 ítems, correspondientes a dos subsecciones, seleccionados por su mayor relevancia.

4.2.2.1 Subsección 1: Necesidad de Información

Figura N° 16: Satisfacción usuaria según la frecuencia de comunicación con personal médico de la unidad



Nota: %= porcentaje, n= 78

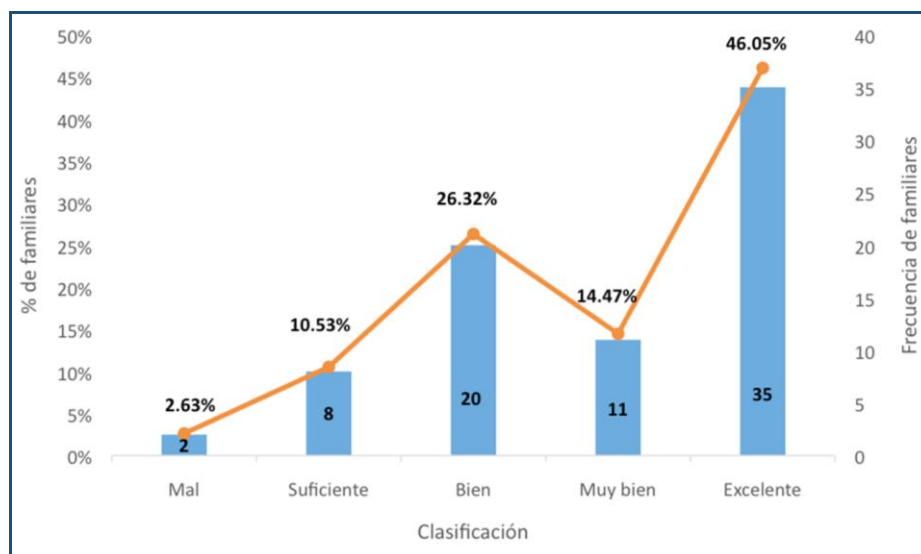
De la figura N° 16, se desprende que más del 75% de los familiares encuestados, perciben que la frecuencia de comunicación con el personal médico se encasilla dentro de las categorías “Muy bien” o “Excelente”.

Tabla N° 17: Puntaje promedio de satisfacción usuaria según la frecuencia de comunicación con personal médico de la unidad

	Puntaje promedio	Clasificación
Satisfacción Usuaria	81,33	Completamente Satisfecho

En la tabla N° 17, se observa el puntaje promedio de la satisfacción usuaria, la cual obtiene un valor de 81,33 puntos, siendo categorizada como “Completamente satisfecho”.

Figura N° 17: Satisfacción usuaria según la facilidad para conseguir información



Nota: %= porcentaje, n= 77, N/A= 1

En la figura N° 17, se evidencia que un porcentaje mayor al 60% de los familiares encuestados considera la facilidad para obtener información como “Muy Bien” o “Excelente”. Sin embargo, alrededor de un 13% son calificadas como “Mal” o “Suficiente”.

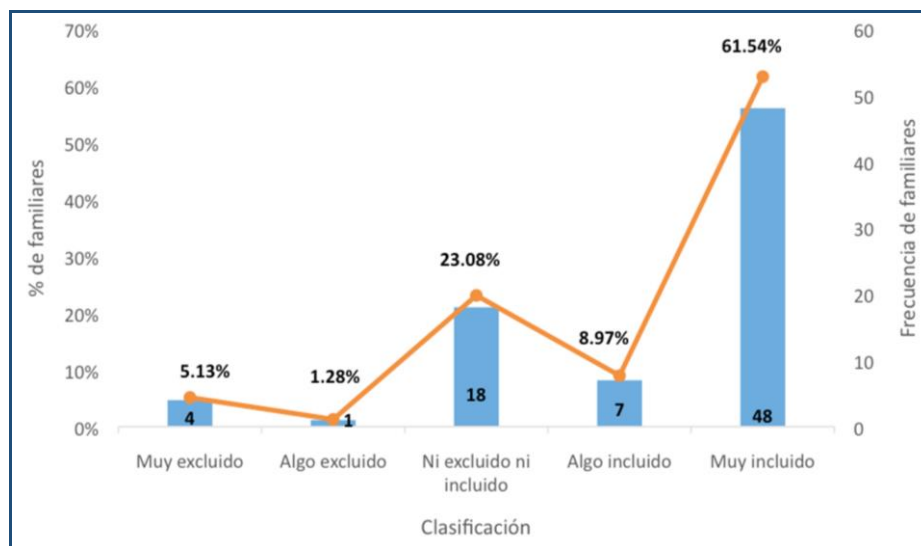
Tabla N° 18: Puntaje promedio de satisfacción usuaria según la facilidad para conseguir información

	Puntaje Promedio	Clasificación
Satisfacción Usuaría	72,70	Muy satisfecho

En la tabla N° 18, se evidencia que el puntaje promedio de este ítem es de 72,70 puntos, clasificándose como “Muy Satisfecho”.

4.2.2.2 Subsección 2: Proceso de la Toma Decisiones

Figura N° 18: Satisfacción usuaria según su inclusión en el proceso de toma de decisiones



Nota: %= porcentaje, n= 78

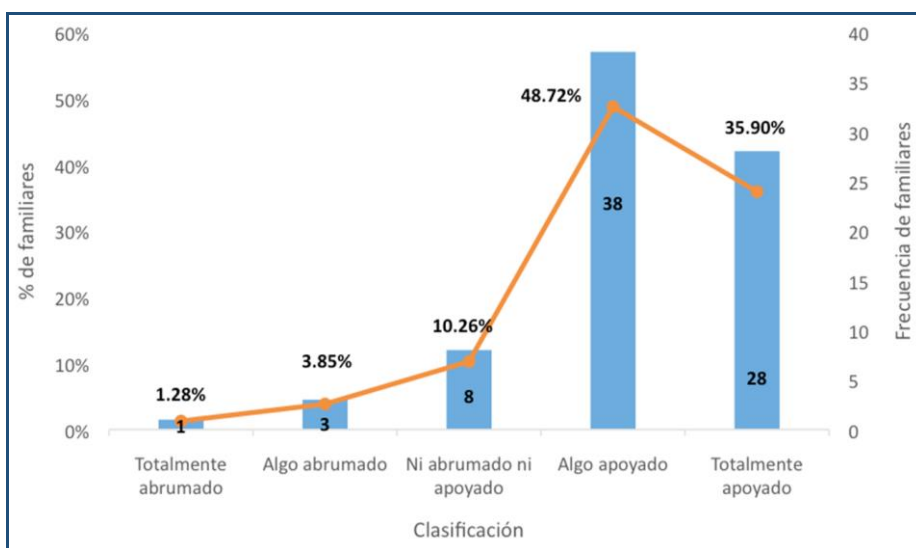
De la figura N° 18, se destaca que un porcentaje cercano al 70% de los familiares se muestra en la categoría “Muy incluido” o “Algo incluido”. Por otra parte, un 23% se considera en la categoría “Ni incluido, ni excluido” en el proceso de toma de decisiones.

Tabla N° 19: Puntaje promedio de satisfacción usuaria según la facilidad para conseguir información

	Puntaje promedio	Clasificación
Satisfacción Usuaría	80,13	Completamente Satisfecho

En la tabla N° 19, se observa que el puntaje promedio de satisfacción usuaria es de 80,13 puntos, ubicándose dentro de la categoría de “Completamente satisfecho”.

Figura N° 19: Satisfacción usuaria según el apoyo brindado por parte del equipo de salud



Nota: %= porcentaje, n= 78

De la figura N° 19 se desprende que un porcentaje cercano al 85% de los familiares percibe algún grado de apoyo brindado por parte del equipo de salud, clasificándose en las categorías “Algo apoyado” o “Totalmente apoyado”. Por otro lado, se observa que alrededor de un 10% de familiares se considera dentro de la categoría “Ni abrumado, ni apoyado”.

Tabla N° 20: Puntaje promedio de satisfacción usuaria según el apoyo brindado por parte del equipo de salud

	Puntaje promedio	Clasificación
Satisfacción Usuaría	78,53	Completamente Satisfecho

En la tabla N° 20, el puntaje promedio de satisfacción usuaria alcanzado es de 78,53 puntos, siendo categorizada como “Completamente satisfecho”.

4.2.2.3 Resultados por Subsección

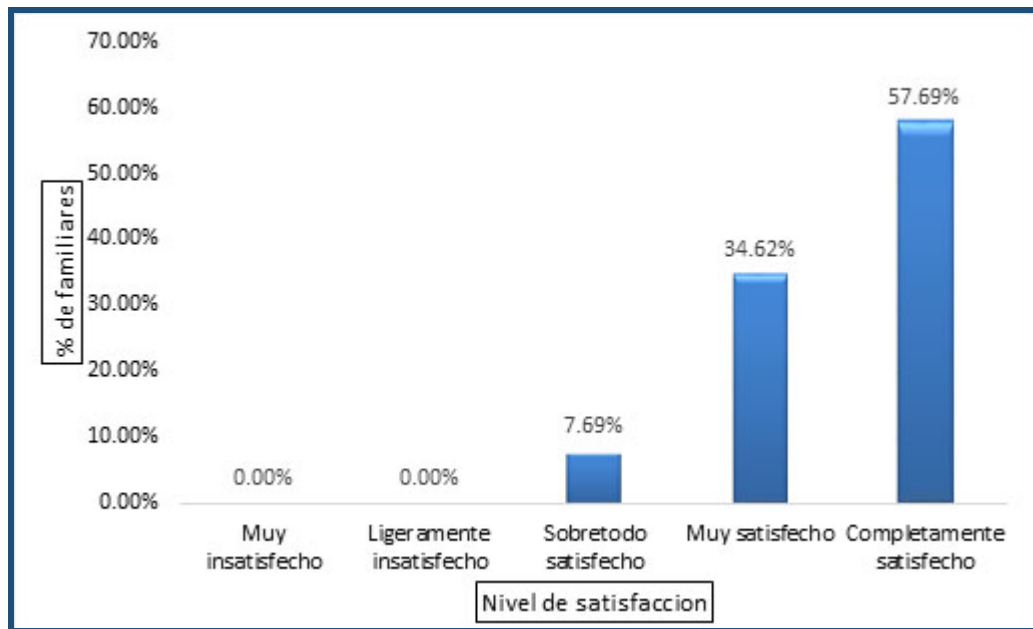
A continuación, mediante la siguiente figura, se exponen los puntajes promedios de las subsecciones.

Figura N° 20: Distribución de los puntajes promedios según las subsecciones del nivel de satisfacción, con respecto a la toma de decisiones



En la figura N° 20, se contrastan los puntajes promedio obtenidos en torno a las subsecciones: “Necesidad de información” y “Proceso de toma de decisiones”. Se destaca la escasa brecha existente entre la necesidad de información y proceso de toma de decisiones por los familiares.

Figura N° 21: Clasificación del nivel de satisfacción respecto a la toma de decisiones



Nota: %= porcentaje, n= 78

En la figura N° 21, más del 92% de los familiares de personas hospitalizadas en la UPC-UCIM del HCVB se consideran en las categorías “Completamente satisfecho” o “Muy satisfecho” con respecto a la toma de decisiones. Así mismo, destaca que no se presentan familiares encuestados que perciben algún grado de insatisfacción con respecto al mismo tópico.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 Discusión

La aplicación del FS- ICU 24 en la UPC-UCIM adulto del HCBV, se realizó a una muestra de 78 familiares, donde el aspecto más relevante que concuerda con el escenario encontrado en los otros estudios es que existe un mayor porcentaje de sexo femenino dentro de los familiares (7, 11).

Se reconoce que la satisfacción usuaria global mantiene puntajes promedios valorados en la categoría de “Completamente Satisfecho”, como se demuestra en los estudios de la revisión bibliográfica, lo que se condice con los resultados obtenidos en la presente investigación. Dentro de las publicaciones encontradas destacan el realizado en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla que utilizó el instrumento FS-ICU 34, el cual obtuvo un puntaje de 83.57 puntos (11); el estudio denominado “Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey”, traducido al español “Refinamiento, calificación y validación de la encuesta Satisfacción Familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (FS-ICU)”, el cual empleó el FS-ICU 24, alcanzando un puntaje promedio de 85,4 puntos (13); el “Family satisfaction with patient care in ICUs of nonacademic Brazilian public hospitals”, interpretado como “Satisfacción Familiar con el cuidado del paciente en UCIs de hospitales públicos brasileños no académicos”, el cual utilizó FS-ICU 24 adaptado, con un puntaje promedio de 85,5 puntos (14); y el “Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos” el cual utilizó FS-ICU 24 con un puntaje promedio de 80,2 puntos (7). Respecto a la satisfacción usuaria global familiar obtenida en esta investigación, se alcanza un puntaje promedio de 78,65 puntos; el cual al ser comparado con los artículos explorados en la revisión bibliográfica presenta un valor inferior con diferencias de 4,92, 6,75, 6,85 y 1,55 puntos respectivamente; sin embargo, se mantiene dentro de la misma categoría.

La situación descrita anteriormente se fundamenta en que los resultados de la aplicación del FS-ICU 24 en la UPC-UCIM del HCVB se lograron puntajes de satisfacción usuaria mayores

a 70 puntos en 23 de 24 ítems, alcanzando los valores más altos en orden descendente: habilidades y competencias del personal médico, manejo de sintomatología, preocupación y cuidado del personal y por último coordinación del cuidado. Este contexto se repite en los estudios descritos anteriormente, en donde los usuarios otorgan los mejores grados de satisfacción a estos ítems y conceden además un alto grado de satisfacción a las habilidades y competencias del personal de Enfermería (7, 11). Por otro lado, los ítems que fueron evaluados con una menor puntuación corresponden a: “Sala de espera” la cual obtuvo el menor nivel de satisfacción usuaria; seguido por “Facilidad para obtener información”, “Apoyo emocional” en tercer lugar; y en último lugar el ítem 14, respecto al control sobre el cuidado del familiar. Condición que se repite en las aplicaciones del FS-ICU en los estudios realizados en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y en el Hospital de Barcelona-SCIAS.

Los puntajes obtenidos en cuanto a las dos secciones pertenecientes al FS-ICU, arrojan un puntaje promedio de satisfacción usuaria de un 78,60 y 78,56 puntos respectivamente, clasificándose dentro de la categoría “Completamente Satisfecho”. Esta situación se replica en los estudios realizados en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital de Barcelona-SCIAS y en los hospitales brasileños no académicos, en donde las secciones anteriormente mencionadas son evaluadas en la categoría máxima (7, 13, 14).

A continuación, se detallarán los fundamentos de la evaluación de las ocho subsecciones y sus ítems más relevantes:

En la primera sección, respecto a la subsección “Trato hacia el paciente” se destaca el ítem “Preocupación del personal” (ítem 1) que fue el tercero mejor evaluado en el presente estudio con un puntaje promedio de 83,33 puntos. Paralelo a esto en la subsección “Trato hacia el familiar” destaca el ítem “Coordinación con el cuidado” (ítem 7) con un puntaje de 82,53 puntos siendo el cuarto ítem mejor evaluado del instrumento. Por el contrario, en esta misma subsección se encuentra el ítem “Apoyo emocional” (ítem 6) que obtuvo un puntaje promedio de 73,61 puntos ubicándose como el tercer puntaje con menor nivel de satisfacción. Estos grados de satisfacción son en general similares a los descritos por la bibliografía, destacando el ítem 6 en el cual se muestra una diferencia que bordea los 11 puntos al ser comparada con otros estudios que utilizaron el FS-ICU en sus distintas versiones (7, 11, 74). Esto puede estar asociado a la

dificultad que se genera en las unidades de paciente crítico para satisfacer todas las necesidades que presenta el familiar, siendo las frecuentes rotaciones de personal una de las limitantes en la formación de un clima de confianza entre los profesionales de salud y los familiares, reduciendo el tiempo destinado para hablar y ser escuchado, otorgar seguridad, demostrar preocupación por el usuario, es decir un buen trato (18-21, 23, 24).

Por otro lado, el mayor nivel de satisfacción usuaria familiar obtenida recae en la subsección “Valoración al personal médico” que aborda las habilidades y competencias de estos profesionales, con un puntaje promedio de 88,63 puntos, lo cual coincide con la tendencia de ser un aspecto prioritario en otros estudios (7, 11, 14). Siguiendo la misma línea, en lo referente a las competencias de los profesionales, la subsección “Valoración al personal de enfermería” arroja un puntaje promedio menor en 8,04 puntos al mencionado anteriormente, creando una brecha que puede asociarse al mayor reconocimiento y comunicación por parte de los familiares con el personal médico, respecto al personal de enfermería; esto coincide con los resultados obtenidos en estudios como el realizado en el Hospital de Barcelona, donde se mantiene la diferencia entre ambos profesionales (7, 11, 31). Además, es importante destacar que en el estudio realizado por Holanda los resultados obtenidos en lo referente a habilidades y competencias del personal médico y el personal de enfermería en conjunto, evidencian un mayor nivel de satisfacción obteniendo un puntaje promedio de 93,95 puntos (11), en comparación al puntaje promedio obtenido en esta investigación, donde ambos ítems alcanzan un nivel de satisfacción usuaria familiar que bordea un puntaje promedio de 85 puntos; aspecto que se puede explicar al considerar la contextualización de cada servicio sanitario estudiado, donde se observan diferencias en la dotación de personal médico y personal de enfermería por usuario. Es así como, en la investigación realizada en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, se encuentra una mayor cantidad de profesionales disponibles para atender a los usuarios (ratio médico:usuario 1:2-3 y ratio enfermero/a:usuario 1:2) (11), por el contrario, en la UPC estudiada, se cuenta con una menor proporción de profesionales para realizar la misma labor (ratio enfermero/a:usuario 1:6 y ratio médico:usuario 1:6 aproximadamente) (79).

Respecto a la subsección “Ambiente”, el ítem “sala de espera” (ítem 13) obtuvo el promedio más bajo de satisfacción, con 58,65 puntos, clasificándose como “Muy Satisfecho”. Los artículos realizados en el Hospital de Barcelona-SCIAS y el Hospital Universitario de

Marqués de Valdecilla presentan valores similares con los recopilados en esta investigación, siendo estos 60,20 y 60,75 puntos respectivamente, manteniendo la misma clasificación (7, 11). Estos valores generan una diferencia que no supera los 2,2 puntos en cada uno, cifra poco significativa teniendo en cuenta la escala de 0 a 100. Así mismo, la información de estudios cualitativos realizados en distintos hospitales ubicados en Europa y Norteamérica describen el mismo fenómeno, es decir, refuerzan la idea que las salas de espera son poco agradables e incómodas para la estancia del familiar (4, 15, 17, 31, 32). Son repetidas las sugerencias de mejorar el ambiente en la sala de espera en cuanto a infraestructura, equipamiento y ubicación (4, 15, 17, 31), ya que los espacios destinados a los familiares no están pensados para satisfacer sus necesidades. Esto podría fundamentar la sala de espera como ítem con menor puntuación, ya que perpetúa los patrones encontrados en los otros establecimientos estudiados: la poca dotación de mobiliario y la escasa inversión en el ámbito estético, de aseo y alimentación. Se suma a lo anterior, que la unidad estudiada en esta investigación es un espacio compartido con las visitas de UCI e interconsultas de Neurología. Y por último, encuentra respuesta en el alto porcentaje (cerca al 55%) de familiares que residen fuera de la ciudad del establecimiento.

En la segunda sección de este estudio, se instala la “Necesidad de información” como la cuarta subsección mejor puntuada, con 78,74 puntos y contiene el ítem con la segunda menor puntuación del instrumento, denominado “Facilidad para conseguir información” (ítem 2) con 72,69 puntos, clasificado como “Muy Satisfecho”. En contraste con el estudio realizado por López y cols., la misma subsección es calificada con 79,53 puntos promedio, y el ítem 2 es el segundo más bajo de esta subsección con 78,4 puntos, ambos en la clasificación “Completamente Satisfecho” (7). Además, la investigación realizada por Holanda, alcanza un puntaje de satisfacción en la subsección en cuestión de 85,37 puntos en promedio y 84,67 puntos en el ítem de “Facilidad para obtener información”, ambos puntajes clasificados como “Completamente Satisfecho” (11). De lo anterior, destaca la diferencia generada en el ítem 2 entre los tres estudios, ya que el derivado del Hospital Carlos Van Buren se encuentra encasillada en un nivel de satisfacción inferior con los otros dos estudiados. La necesidad de información es para la familia una de las más importantes y valoradas (10, 23, 34-6), por lo tanto, puede ser una de las más difíciles de satisfacer ya que podría aumentar el nivel de exigencias, en este caso, dificultar su acceso puede alterar la experiencia del familiar. También, la necesidad de información está directamente relacionada con el nivel de incertidumbre, las competencias del profesional, trato al

usuario y familiar; y la toma de decisiones (7, 11, 31, 37), por lo que al verse influenciado por diversos factores está expuesto al cambio del nivel de satisfacción de estos. Por otro lado, “Frecuencia de comunicación con los médicos del servicio” mantuvo la puntuación más alta de la subsección en este estudio con 81,33 puntos, a diferencia del estudio de López y cols. con 74,40 puntos, siendo el peor valorado en la subsección, incluso disminuyendo en un nivel de satisfacción a “Muy Satisfecho”. Lo anterior puede encontrar respuesta en la alta puntuación arrojada en el ítem de “Personal Médico”, que en este estudio fue el mejor puntuado de todo el instrumento, como se mencionó anteriormente. Además, el artículo de López y cols. no utilizó como criterio de exclusión usuarios fallecidos, lo que puede, según algunos autores, variar la puntuación del nivel de satisfacción (80).

La subsección “Proceso en la toma de decisiones”, adquiere el cuarto puntaje más bajo con 78,38 puntos clasificándose como “Completamente satisfecho”; además el ítem con menor puntuación dentro de esta subsección “Sintió usted que tuvo control sobre el cuidado de su familiar” (ítem 8) con 74,35 puntos, es categorizado entonces como “Muy satisfecho”. Al ser comparado con la investigación de López y cols., esta subsección obtuvo 75,70 puntos y dicho ítem 67,8 puntos. La presente investigación obtuvo un mejor puntaje, teniendo una diferencia de 6,55 puntos en el ítem 8; sin embargo ambas se encuentran dentro de la misma clasificación del nivel de satisfacción. Holanda, obtuvo una puntuación de 76.88 puntos, clasificándose como “Completamente satisfecho”. Las diferencias de este ítem se pueden justificar en las limitaciones obtenidas de este estudio con respecto a la semántica de la palabra “control”. Además, es necesario resaltar que, como ya se ha mencionado, la toma de decisiones está fuertemente relacionada con la necesidad de información y ambas se encuentran puntuadas en valores similares, variando en décimas.

5.1.1 Limitaciones

Es necesario tener en cuenta que el presente estudio tiene algunas limitaciones de las cuales se destacan:

- Imposibilidad para realizar estudio en UCI del mismo hospital, por escasa disposición.
- Escaso número de estudios encontrados y disponibles respecto a la satisfacción usuaria en UPC en Chile y Latinoamérica.

- No existe un instrumento exclusivo en nuestro país para la medición de la satisfacción usuaria familiar en la UPC, lo que genera una brecha lingüística por diferencias culturales. Esto se ve reflejado en algunos ítems al momento de aplicar el instrumento.
- Uso compartido de sala de espera con visitantes de UCI e interconsultas de Neurología que dificulta la captación de familiares para la aplicación del instrumento.
- Horario de los investigadores limitado para la aplicación del instrumento.
- Porcentaje no menor (alrededor del 20%) de familiares que se negaron a firmar consentimiento informado y realizar la encuesta a pesar de cumplir con todos los criterios de inclusión.
- El instrumento utilizado no considera las esferas de seguridad y apoyo espiritual para ser evaluadas.
- Tiempo establecido para realizar la investigación fue breve, lo que generó un tamaño poblacional reducido.

5.2 Conclusiones

Los resultados obtenidos en la presente investigación, a partir de la aplicación del instrumento FS-ICU 24 a los familiares de usuarios hospitalizados en la UPC-UCIM del HCVB, nos permiten concluir lo siguiente:

1. La satisfacción global en familiares de usuarios hospitalizados en la UPC-UCIM del HCVB arrojó una calificación de 78.65 puntos, insertándose en la categoría “Completamente Satisfecho”.
2. En relación a las características sociodemográficas relativas a la muestra estudiada, se destaca que de los 78 familiares encuestados, un 69,23% de ellos corresponden a mujeres, mientras que un 30,77% a hombres. En relación al rango etario de los encuestados, éste fluctúa entre los 18 y 78 años, destacándose que un 50% se encuentra entre los 37 y 62 años.

Por otra parte, la relación de parentesco que predomina entre los familiares encuestados y la persona hospitalizada corresponde a hijos/as con una cifra de 43,59%, seguidos de padres y esposos/as, con 19,23% y 16,67 % respectivamente; de los cuales más del 75% carecían de experiencia previa en esta unidad. En el 55,13% de los casos se aprecia que

éstos viven con el usuario hospitalizado. Asimismo, cabe resaltar que el 53,85% de las personas encuestadas residen fuera de Valparaíso.

3. El nivel de satisfacción usuaria global es de 78,65 puntos, lo que corresponde a la categoría “Completamente satisfecho”. En relación al detalle de los porcentajes asociados a la misma categoría, se puede decir que un 50,00% de los familiares se encuentra con una clasificación de “Completamente satisfecho”, un 41,03% “Muy satisfecho”, un 7,69% “Sobre todo satisfecho” y un 1,28% “Ligeramente insatisfecho”.
4. El nivel de satisfacción usuaria de familiares, en relación a la sección “Satisfacción con el cuidado” de usuarios hospitalizados en la UPC-UCIM, obtuvo 78,60 puntos, lo cual es categorizado como “Completamente satisfecho”. En lo que respecta a las subsecciones, incluidas en esta misma sección, el “Trato hacia el paciente” fue calificado con 82,15 puntos, el “Trato hacia al familiar” obtuvo 79,21 puntos, la “Valoración del personal de enfermería” y el “Personal médico” obtuvieron 78,36 y 88,64 puntos respectivamente, la satisfacción en relación al ambiente fue calificada con 67,63 puntos y la “Satisfacción con el nivel o cantidad de cuidados recibidos” obtuvo 75,64 puntos, lo cual se traduce en que todas las subsecciones fueron calificadas en la categoría de “Completamente satisfecho”, a excepción de la subsección “Ambiente”, la cual se posicionó en la categoría “Muy satisfecho”.
5. En relación al nivel de satisfacción usuaria de familiares con respecto a la “Toma de decisiones” de usuarios hospitalizados en la UPC-UCIM, el puntaje total es de 78,56 puntos, insertándose en la categoría de "Completamente satisfecho". En relación a sus subsecciones: “Necesidad de información” y “Proceso de toma de decisiones”, fueron calificados con 78,74 y 78,38 puntos respectivamente. En relación a los porcentajes de la sección “Toma de decisiones”, del total de familiares encuestados un 57.69% se encuentra en la categoría “Completamente satisfecho”, seguido por un 34,62% que se considera “Muy satisfecho”, finalizando con un 7,69% que se posiciona como “Sobre todo satisfecho”.

5.3 Sugerencias

A raíz de los resultados obtenidos en la investigación “Satisfacción Usuaria percibida por familiares de adultos hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intermedios”, es que surgen

recomendaciones que podrían resultar útiles a considerar a la hora de mejorar la calidad de las prestaciones otorgadas, no solo en el establecimiento estudiado, sino también en otros centros hospitalarios que cuenten con UPC, además de la realización de futuros estudios que puedan desarrollarse sobre este tema.

En primer lugar, en relación a lo anteriormente expuesto, dado el escaso número de estudios encontrados con respecto a la satisfacción usuaria en servicios de UPC en Chile, es que se estima pertinente la promoción de desarrollo de nuevas investigaciones en esta área, además de ser necesaria la validación completa del instrumento utilizado en este estudio, para su aplicación en Chile.

Por otra parte, en relación al ambiente de la sala de espera, el cual obtuvo la menor calificación, se sugiere tomar en consideración la opinión de las personas encuestadas respecto a este tópico, dado que es el tema más abordado dentro de los comentarios realizados por los familiares e impacta en el nivel de satisfacción usuaria global.

En la sección preguntas abiertas, la cual se incluyó al final del instrumento aplicado, en donde se invitaba a los familiares a responder, de forma voluntaria, preguntas que abordan sugerencias para mejorar el cuidado y la experiencia en el servicio entre otras cosas, se señaló, por parte de los familiares, diferentes propuestas asociadas al ambiente en la UCIM dentro de las cuales se encontraron: disminuir el ruido ambiental en la sala de espera, implementar mayor cantidad de asientos y que estos sean cómodos e inclusivos para adultos mayores y discapacitados. De esta forma, es recomendado, implementar las mejoras previamente descritas para contribuir a aumentar el grado de satisfacción de los usuarios.

En lo que respecta a los temas: frecuencia de la comunicación y habilidades y competencias, se aprecia una brecha significativa entre la calificación del personal médico y el de enfermería. A partir de lo cual se sugiere indagar las causales de estas disimilitudes e implementar los cambios necesarios para lograr la unificación de estos resultados.

Luego de instaurar las mejoras que se sugieren en este estudio, es relevante realizar una nueva evaluación en la unidad considerando como herramienta el mismo instrumento aplicado,

para obtener el nivel de satisfacción usuaria familiar y de esta forma comparar y concluir la efectividad de las medidas implementadas. Además, una vez que se desarrollen nuevos estudios de satisfacción en otros establecimientos, se sugiere realizar una comparación de datos y problemáticas, con el fin de evaluar la posibilidad de implementar un plan de acción que permitiría alcanzar progresivamente mejores niveles de calidad asistencial en las diferentes UPCs, unificando de paso la calidad de las prestaciones otorgadas por estos establecimientos a nivel nacional.

Finalmente, en relación a la aplicación de instrumentos relacionados con la medición de la satisfacción usuaria en familiares de adultos hospitalizados, se propone la creación de nuevos instrumentos, más integrales, incluyendo todas las aristas que influyen en el grado de satisfacción usuaria, como por ejemplo: la medición de la seguridad del usuario y su familiar, el cual no se encuentra dimensionado en el instrumento FS-ICU 24.

REFERENCIAS

1. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan (USA): Health Administration Press; 1980. 163 p.
2. Ley N° 19.937. Modifica el D.L N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Diario Oficial de la República de Chile. Santiago de Chile; Febrero 2004.
3. Superintendencia de Salud de Chile. Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud, Reforma y Posicionamiento de la Superintendencia de Salud. Santiago de Chile; Marzo 2015.
4. Blanca J.J, Blanco M.A, Luque M, Ramírez M.A. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. Enferm Global. [Internet]. 2008. [acceso 22 nov 2016]; 7(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834748003>.
5. Rey C. La satisfacción del usuario: un concepto en alza. Anales de Documentación [Internet]. 2000. [acceso 16 Jun 2016]; (3): 139-153. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63500309>.
6. Ríos J, Ávila T. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: Satisfacción del paciente. Invest Educ Enferm. [Internet]. 2004. [Acceso 21 Ene 2017]; 22 (2): 128-137.
7. López M, Piñol M, Merino E, Taurá G, Quispe L, Manzanedo D, et al. Efecto de un protocolo de acogida sobre la encuesta de satisfacción familiar en una unidad de cuidados intensivos. Nursing. 2011 Oct; 29(8): 52-65.
8. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica. 2000; 114 (Supl 3): 26-33.
9. Olano M., Vivar C. G. Instrumentos para la valoración de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en cuidados intensivos: una revisión sistemática. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2012 (Abr) [acceso 16 Jun 2016] ; 35(1): 53-67. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-

66272012000100006&lng=es.

10. Molter N. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung* 1979; 8(2): 332-339.
11. Holanda M. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos y sus familiares. [Tesis de pregrado]. Santander: Universidad de Cantabria; 2015.
12. Van den Broek JM, Brunsveld-Reinders AH, Zedlitz AM, Girbes AR, de Jonge E, Arbous MS. Questionnaires on Family Satisfaction in the Adult ICU: A Systematic Review Including Psychometric Properties. *Crit Care Med*. 2015 (Ago); 43(8): 1731-44.
13. Wall R, Engelberg R, Downey L, Heyland D, Curis R. Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) survey. *Crit Care Med*. 2007; 35(1): 271-9.
14. Othero J, Calcalcantl AB, Mouro JC, Nomillo-da-Silva K, Pusch R, Moreira F, et al. Family satisfaction with patient care in ICUs of nonacademics Brazilian public hospitals. *Critical Care*. 2013; 17(Supl 2): 1-200.
15. Karlsson C, Tisell A, Engström A, Andershed B. Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. *Nurs Crit Care*. 2011; 15: 11-8.
16. Leske JS. Needs of relatives of critical care patients: A follow up. *Heart Lung*. 1986 (Mar); 15(2): 189-93.
17. Escudero D, Viña L, Calleja C. Por una UCI puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Rev Chil Med Inten*. 2014; 38(6):371-375.
18. Sheaffer, H. The Met and Unmet Needs of Families of Patients in the ICU and Implications for Social Work Practice. Doctorate in Social Work (DSW). [Internet] 2010. [Acceso 21 Ene 2017]; Disponible en: http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=edissertations_sp2.
19. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in a intensive care unit: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2005 (Abr); 14(4): 501-9.
20. Selph RB, Shiang J, Engelberg R, Curtis JR, White DB. Empathy and life support decisions in intensive care units. *J Gen Intern Med*. 2008; 23(9): 1311-7.

21. Uribe M, Muñoz C, Restrepo J. Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. *Invest Educ Enferm*. [Internet]. 2004 (Sep). [Acceso 16 Jun 2016]; 22(2): 50-61. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105216892007.pdf>
22. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med*. 2007 (Feb); 356(5): 469-478.
23. Brevis I, Silva P. Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. *Rev Chil Med Inten*. 2011; 26(1): 27-34.
24. Díaz Sánchez A; Díaz Sánchez N. Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. *NURE*. [Internet]. 2004 (nov). [Acceso 16 jun 2016]; 1(10): Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/200/183>.
25. Bernal-Ruiz D, Horta-Buitrago S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enferm. univ*. 2014 (Oct-Dic); 11(4): 154-63.
26. Stayt LC. Death, Empathy and self preservation: the emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care. *J Clin Nurs*. 2009 (May); 18: 1267-75.
27. Davidson JE. Family-Centered Care: Meeting the Needs of Patients' families and Helping Families Adapt to Critical Illness. *Crit Care Nurse*. 2009 (Jun); 29(3): 28-34.
28. Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2002 (Mar); 11(2): 140-8.
29. Allué M. *Perder la piel*. Barcelona (Es): Ed. Planeta/Seix Barral; 1996. 240p.
30. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert PE, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care*. 2005 (Mar); 20(1): 90-9.
31. Calzada F, Montiel R, Porcayo S, Cruz N. Percepción de la calidad del servicio en la unidad de terapia intensiva. *Enf Neurol*. [Internet]. 2010. [Acceso 16 Jun 2016]; 9(1): 7-12. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101c.pdf>.
32. Henrich NJ, Dodek P, Heyland D, Cook D, Rocker G, Kutsogiannis D, et al. Qualitative analysis of an intensive care unit family satisfaction survey. *Crit Care Med*. 2011 (May);

- 39(5): 1000-1005.
33. Eggenberger SK, Nelms TP. Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *J Clin Nurs*. 2007 (Sep); 16(9): 1618-28.
 34. Zazpe C, Margall MA, Otano C, Perochena MP, Asiain MC. Meeting needs of family members of critically ill patients in a Spanish intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 1997 (Feb); 13(1): 12-6.
 35. Lee LKY, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs*. 2003(Jul); 12(4): 490-500.
 36. Fernández, N. Necesidades de las personas ingresadas en UCI. *Metas Enferm*. 2006 (Jun); 9(5): 19-26.
 37. Ahrens T, Yancey V, Kollef M. Improving family communications at the end of life: implications for length of stay in the intensive care unit and resource use. *Am J Crit Care*. 2003 (Jul); 12(4): 317.
 38. Hidalgo I, Vélez Y, Pueyo E. Qué es importante para los familiares de los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm intensiva*. 2007; 18: 106-14.
 39. Fundación Avedis Donabedian. La calidad de la atención. Sao Paulo Brasil; 2000.
 40. DiPrete L, Miller L, Rafah N, Hatzell T. Garantía de calidad de la atención en salud en los países en desarrollo 2da ed. Wisconsin (USA): Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; 2000. 39 p.
 41. Ministerio de Salud (CH). Estrategia Nacional de Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago de Chile; 2011.
 42. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Calidad de atención en salud. Buenos Aires Argentina; 2004.
 43. Organización Mundial de la Salud. La investigación en la seguridad del paciente. París Francia; 2008.
 44. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. París Francia; 2011.
 45. Agency for Healthcare Research and Quality. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Maryland USA; 2008.
 46. Departamento de estudio y desarrollo (CH). La nueva ley de Atención Médica Asequible de los EEUU. Santiago de Chile; 2010.

47. Stachenko S. Health promotion in Canada. Medwave. [Internet]. 2003 [Acceso 30 oct 2015]; 3 (2). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1872>.
48. Trillium Health Centre. Atención Primaria en los sistemas de salud. Santiago de Chile; 2011.
49. Teixeira, C. Os princípios do sistema único de Saúde [Internet]. Ministerio de Salud de Brasil; 2011 [Actualizado jun. 2011; acceso 30 oct. 2015]. Disponible en: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf.
50. Acosta L, Burrone M, López de Neira M, Lucchese M, Cometto C, Ciuffolini B, et al. Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. Enferm. glob. [Internet]. 2011. [Acceso el 30 de oct 2015]; 10 (1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000100014&script=sci_arttext
51. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Chile hacia el 2050 Proyecciones de Población, 2005. Santiago de Chile;2005.
52. Ministerio de Salud (CH). Promoción de salud función esencial de salud pública. [internet]. Chile; 2015 [Acceso el 21 de ene 2017]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/PROMOCION_SALUD_FUNCION_SALUD_PUBLICA.pdf.
53. Departamento de estadísticas e información de la salud de Chile. Indicadores básicos de salud Chile 2013. [internet]. Chile; 2013 [Acceso el 21 de ene de 2017]. Disponible en: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/12/IBS-2013.pdf>.
54. Organización Mundial de la Salud. Derecho a la salud [Internet]; Organización Mundial de la Salud; 2015 [Acceso el 7 de nov del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.
55. Establece un régimen de Garantías de Salud (AUGE). Ley N° 19.966, boletín oficial del estado, n° 2947-11, (3-septiembre-2004).
56. Perfecciona sistema de mejoramiento de la calidad del trato al usuario de los establecimientos de salud. Ley N° 20.824, boletín oficial del estado, n° 99311-11, (26-noviembre-2015).
57. Crea asignación asociada al mejoramiento de la calidad de trato al usuario, para los

- funcionarios regidos por el estatuto de atención primaria de salud municipal. Ley N° 20.645, boletín oficial del estado; n°8661-11, (15-diciembre-1012).
58. Ministerio de Salud de Chile. Guía Práctica para el Proceso de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud [internet]. Santiago de Chile; 2014 [Acceso el 21 de ene de 2017]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articulos-8981_guia_practica_acreditacion.pdf.
 59. Ministerio de salud de Chile. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada [internet]. Santiago de Chile; 2008 [Acceso el 21 de ene de 2017]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articulos-4530_Manual_AC_pdf.pdf.
 60. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ley N° 20.584, boletín oficial del estado, (24 abr 2012).
 61. Arenas, Y., Fuentes, V. & Campos, C. (1993). Grado de satisfacción usuaria de la consulta EPAS-RN del Servicio de Pediatría del CEDIUC. EPAS, 10(1), 15-17.
 62. Hidalgo, C. G. & Carrasco, E. (1999). Salud familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
 63. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. 3era ed. Barcelona (ES): Elsevier Masson; 2007. 167 p.
 64. Bailey D, Jr, Steward J. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad. En: Alligood MR, Tomey AM. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Madrid (ES): Elsevier-Mosby; 2011.p.599-617.
 65. Amarís M, Orozco C, Amarís M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología desde el Caribe. [internet]. 2013(ene-abr); [Acceso 21 de ene de 2017]; 30 (1): 123-45. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2051/6906>.
 66. Tobo N. La tecnología y el cuidado de enfermería. En: Universidad Nacional de Colombia. Cuidado y práctica de enfermería. 2da ed. Bogotá (Col): Universidad Nacional de Colombia; 2010. p. 244-249.
 67. Instituto Nacional de Estadísticas (CH). País y regiones total: Actualización de población 2002- 2012 y proyecciones 2013 -2020 [internet]. Santiago de Chile; [acceso 21 de ene

- de 2017]. Disponible en:
http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php.
68. Ministerio de Salud (CH). Cuenta pública participativa Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio 2014 [internet]. Valparaíso de Chile; 2014 [acceso 21 de ene de 2017]. Disponible en:
<http://www.ssvsatransparencia.com/CuentaPublica/Cuenta%20publica%20Participativa%20SSVSA%202014%20v2.pdf>.
69. Ministerio de Salud (CH). Servicio de Salud Valparaíso San Antonio [internet]. 2012 [acceso 21 de ene de 2017]. Disponible en: http://ssvalposa.redsalud.gob.cl/?page_id=57.
70. Intendencia de prestadores. Superintendencia de Salud – Gobierno de Chile [internet]. 2016 [Acceso 21 de ene de 2017]. Disponible en:
http://www.supersalud.gob.cl/acreditacion/673/w3-article-14123.html#accordion_2.
71. Hospital Carlos Van Buren. Información estadística del Hospital Carlos Van Buren: Recurso Cama. Valparaíso; 2015.
72. Patrick A. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. ESICM. 2011; 37 (10): 1575-87.
73. Servicio de Salud O'higgins (CH). Protocolo de categorización de usuarios por dependencia y riesgo de cuidados, 2013 [internet]. Rancagua de Chile; 2014 [acceso 21 de ene de 2017]. Disponible en:
http://intranet.saludohiggins.cl/attachments/2115_categorizacion.pdf.
74. Heyland D, Tranmer J. Measuring Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: The Development of a Questionnaire and Preliminary Results. 2001(dec); 16 (4): 142-9.
75. Hernández R, Fernandez-Collado C, Baptista Pilar. Metodología de la investigación. 5ta ed. Distrito Federal (Méx): McGraw Hill ;2014. 656 p.
76. Heyland D, Tranmer J. Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU [internet]. Canada; 2001 [Acceso el 26 de ene de 2017]. Disponible en:
<http://thecarenet.ca/publications/38-fss-publications>.
77. Guerrero P. Satisfacción Usuaría en familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico – Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso; 2016. 1.

78. National commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research. Informe Belmont. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación [internet]. 1978 [acceso 21 de ene de 2017]. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/f044efef-58a7-40e4-bb7b-91605df12553/ADA97CB6-CF5C-48E5-AB33-AFEDC6751139/af273781-aad9-43ce-bace-ed428e22c9b9/af273781-aad9-43ce-bace-ed428e22c9b9.pdf>.
79. Sáez E, et al. Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. Rev Chil Med Inten. [internet]. 2004. [acceso 21 de ene de 2017]; 19(4): 209-223. Disponible en: http://www.enfermeriajw.cl/pdf/guias_ministeriales.pdf.
80. Wall R, Curtis J, Cooke C, Engelberg R. Family Satisfaction in the ICU: Differences Between Families of Survivors and Nonsurvivors. Chest. [internet]. 2007. [acceso 21 de ene de 2017]; volume 132(5): 1425-33. Disponible en: http://www.thecarenet.ca/docs/fss/FS-ICU survivorship_old.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 1: Metas del objetivo estratégico número 8

Tema	Objetivo	Indicadores	Meta	2010	2015	2020
Acceso y Oportunidad	Disminuir listas de espera	Proporción de Servicios de Salud con adecuada razón de resolución de listas de espera excesivamente prolongadas	Aumentar a 90% la proporción de Servicios de Salud con adecuada razón de resolución de listas de espera excesivamente prolongadas	20,7%	51,7%	90,0 %
Seguridad y Efectividad	Aumentar los establecimientos de salud acreditados	Proporción de establecimientos de atención cerrada públicos, y privados, con al menos la primera acreditación de estándares de calidad y seguridad de la atención	Aumentar a 100% la proporción de establecimientos de atención cerrada, públicos y privados, con al menos la primera acreditación de estándares de calidad y seguridad de la atención.	2,1%	50,0%	100%
Fármacos y Tecnologías Sanitarias	Mejorar la calidad de medicamentos y tecnologías sanitarias	Porcentaje de fármacos priorizados que cumplen con las características de calidad definidas*	Aumentar a 90% el porcentaje de fármacos priorizados que cumplen con las características de calidad definidas*	0,0%	30,0%	90,0 %
		Porcentaje de tecnologías sanitarias priorizadas que cuentan con certificación de calidad	Aumentar a 90% el porcentaje de tecnologías sanitarias priorizadas que cuentan con certificación de calidad	0,0%	30,0%	90,0 %

Satisfacción Usuaría	Disminuir la Insatisfacción Usuaría	Índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria	Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria	18,3%	16,5%	12,8%
		Índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de urgencias	Disminuir 30% el Índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de urgencias	26,6%	23,9%	18,6%

* Igual o inferior a 0,15 para consultas de especialidad y 0,10 para intervenciones quirúrgicas

* Acreditación BPM, Equivalencia Terapéutica, calidad medida en proveedores, con inventario de seguridad, prescripción correcta.

ANEXO 2

Tabla 2: Categorización de usuarios por Dependencia y Riesgo de cuidados

	A	B	C	D
1	Máximo riesgo Dependencia total	Alto riesgo Dependencia total	Mediano riesgo Dependencia total	Bajo riesgo Dependencia total
2	Máximo riesgo Dependencia parcial	Alto riesgo Dependencia parcial	Mediano riesgo Dependencia parcial	Bajo riesgo Dependencia parcial
3	Máximo riesgo Autosuficiencia parcial	Alto riesgo Autosuficiencia parcial	Mediano riesgo Autosuficiencia parcial	Bajo riesgo Autosuficiencia parcial

ANEXO 3

Satisfacción Familiar con el Cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos © SF- UCI (24)

Nº de identificación:

___ : ___
Nº Box

Satisfacción Familiar con el Cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos© SF-UCI (24)

¿Cómo lo estamos haciendo?

*Sus opiniones acerca del reciente ingreso de su familiar en la Unidad de
Cuidados Intensivos (UCI)*

Su familiar fue un paciente en esta UCI. Usted está registrado como el pariente más cercano o cuidador principal. Las siguientes preguntas dirigidas a **USTED** tratan sobre el **más reciente ingreso de su familiar en la UCI**. Entendemos que probablemente había muchos médicos, enfermeras y otros miembros del equipo involucrados en el cuidado de su familiar. Sabemos que pueden existir excepciones, pero a nosotros nos interesa **su valoración en general** de la calidad del cuidado administrado. Entendemos que fue probablemente un momento muy difícil para usted y los miembros de su familia. Agradecemos el tiempo que tome para ofrecernos su opinión. Por favor dedique un momento para contarnos qué hicimos bien y qué podemos hacer para que nuestra UCI mejore. Por favor esté seguro de que todas las respuestas son confidenciales. El personal médico y de enfermería que cuidó de su familiar no podrá identificar sus respuestas.

DATOS DEMOGRAFICOS:

Por favor, complete la siguiente sección para ayudarnos a conocer un poco sobre su relación con el paciente.

1. Sexo: Hombre Mujer
2. Edad: tengo _____ años
3. Soy su :
 ___ Esposa ___ Esposo ___ Pareja
 ___ Madre ___ Padre ___ Hermana
 ___ Hija ___ Hijo ___ Hermano
 ___ Otro (Por favor especifique): _____
4. Antes de este reciente ingreso, ¿ha vivido con anterioridad el ingreso de un familiar en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)? ___ Si ___ No
5. ¿Vive usted con el paciente? ___ Si ___ No

 Si la respuesta es **No**, ¿Con que frecuencia ve usted al paciente?
 ___ Más de una vez por semana ___ Una vez a la semana
 ___ Una vez al mes ___ Una vez al año ___ Menos de una vez al año
6. ¿Dónde vive usted? ___ En la ciudad donde está el hospital ___ Fuera de la ciudad

¿Cómo lo estamos haciendo?

Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

RTE 1: SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO

Por favor marque la opción que refleje mejor su punto de vista.
Si la pregunta no es aplicable a la estancia de su familiar marque la opción "no aplicable" (N/A).

¿COMO TRATAMOS A SU FAMILIAR (EL PACIENTE)?

	1	2	3	4	5	6
1. Preocupación y cuidado del personal de UCI:	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica
Cortesía, respeto y solidaridad recibida por su familiar.						

Manejo de los síntomas:
Cómo se valoraron y trataron los síntomas de su familiar por parte del personal de UCI.

	1	2	3	4	5	6
2. Dolor	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

	1	2	3	4	5	6
3. Disnea (Falta de aliento)	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

	1	2	3	4	5	6
4. Agitación	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

¿CÓMO FUE EL TRATO CON USTED?

	1	2	3	4	5	6
5. Consideración de sus necesidades:	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica
Como fue el interés mostrado por sus necesidades por el personal de UCI.						

	1	2	3	4	5	6
6. Apoyo emocional:	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica
Como fue el apoyo emocional provisto por el personal de UCI.						

	1	2	3	4	5	6
7. Coordinación del cuidado:	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica
Trabajo en equipo de todo personal que cuidó a su familiar.						

	1	2	3	4	5	6
8. Preocupación y cuidado del personal de UCI:	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica
Cortesía, respeto y compasión recibida por usted						

¿Cómo lo estamos haciendo?

Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

PERSONAL DE ENFERMERÍA.

9. Habilidad y Competencia de las enfermeras de UCI: Como cuidaron las enfermeras de su familiar.	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

10. Frecuencia en la Comunicación: Cada cuanto habla con la enfermera sobre el estado de su familiar.	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

PERSONAL MÉDICO.

11. Habilidad y Competencia de los médicos de UCI: Como atendieron a su familiar.	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

12. El ambiente en la UCI era:	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

LA SALA DE ESPERA.

13. El ambiente en la sala de espera era:	1	2	3	4	5	6
	Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

Q14. POR FAVOR, LEA DETENIDAMENTE LAS OPCIONES DE RESPUESTA.

14. Algunas personas quieren todo hecho para sus problemas de salud mientras que otras no quieren que mucho sea hecho. ¿Cuál es su satisfacción de acuerdo al nivel o la cantidad de cuidados recibidos por su familiar en la UCI?.

1	2	3	4	5
Nada Satisfecho	Ligeramente Insatisfecho	Principalmente Satisfecho	Muy Satisfecho	Completamente Satisfecho

¿Cómo lo estamos haciendo?

Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

PARTE 2: SATISFACCIÓN DE LA FAMILIA CON LA TOMA DE DECISIONES EN EL CUIDADO DE PACIENTES CRÍTICOS

INSTRUCCIONES PARA EL FAMILIAR DEL PACIENTE EN LA UCI

Esta parte del cuestionario está diseñado para medir cómo se siente **USTED** respecto a su implicación en las decisiones relacionadas con el cuidado de su familiar. En la Unidad de Cuidados Intensivos, su familiar puede haber recibido cuidados de diferentes personas. Nos gustaría que cuando conteste estas preguntas, piense en el cuidado en conjunto recibido por su familiar. Gracias.

POR FAVOR ELIJA LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS

NECESIDAD DE INFORMACIÓN

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|-----------|----------|------|------------|-----|-----------|
| 1. Frecuencia en la comunicación con los Médicos de UCI | Excelente | Muy Bien | Bien | Suficiente | Mal | No aplica |
| Cada cuanto habló el médico con usted sobre el estado de su familiar. | | | | | | |
| 2. Facilidad para conseguir información: Voluntad del personal de UCI para contestar sus preguntas. | Excelente | Muy Bien | Bien | Suficiente | Mal | No aplica |
| 3. Comprensión de la Información: Explicaciones comprensibles provistas por el personal de UCI. | Excelente | Muy Bien | Bien | Suficiente | Mal | No aplica |
| 4. Información Honesta: Honestidad de la información provista sobre el estado de su familiar. | Excelente | Muy Bien | Bien | Suficiente | Mal | No aplica |
| 5. Exhaustividad de la Información: Como fue la información del personal de UCI sobre lo que estaba ocurriendo a su familiar y qué acciones se estaban tomando. | Excelente | Muy Bien | Bien | Suficiente | Mal | No aplica |
| 6. Consistencia de la Información: Consistencia de la Información recibida sobre el estado de su familiar. ¿Era similar la información recibida por médicos, enfermeras, etc? | Excelente | Muy Bien | Bien | Suficiente | Mal | No aplica |

¿Cómo lo estamos haciendo?
Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES.

Durante la estancia de su familiar en la UCI, decisiones importantes fueron tomadas respecto a los cuidados que él o ella recibió. Por favor, en las siguientes preguntas, elija la respuesta que mejor refleje su punto de vista.

7. ¿Se sintió Usted excluido en el proceso de toma de decisiones?

- 1 Me sentí muy excluido/a.
- 2 Me sentí algo excluido/a.
- 3 No me sentí excluido/a ni incluido/a en el proceso de toma de decisiones.
- 4 Me sentí algo incluido/a.
- 5 Me sentí muy incluido/a.

8. ¿Se sintió Usted apoyado en el proceso de toma de decisiones?

- 1 Me sentí totalmente abrumado/a.
- 2 Me sentí algo abrumado/a.
- 3 No me sentí abrumado/a ni apoyado/a.
- 4 Me sentí apoyado.
- 5 Me sentí muy apoyado.

9. ¿Sintió Usted que tuvo control sobre el cuidado de su familiar?

- 1 Me sentí apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.
- 2 Me sentí algo apartado/a del control y el sistema de salud tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.
- 3 No me sentí apartado/a y tampoco sentí tener el control.
- 4 Sentí que tenía algo de control sobre el cuidado que mi familiar recibió.
- 5 Sentí que tenía buen control sobre el cuidado que mi familiar recibió

10. Cuando se tomaban decisiones, ¿tuvo Usted el tiempo adecuado para plantear sus preocupaciones y que sus preguntas fueran contestadas?

- 1 Podría haber dedicado más tiempo.
- 2 Tuve el tiempo adecuado.

¿Cómo lo estamos haciendo?
Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

11. ¿Tiene alguna/s sugerencia/s sobre cómo mejorar el cuidado recibido en la UCI?

12. ¿Le gustaría comentar algo de lo que hicimos bien?

13. Por favor, añada aquí comentarios o sugerencias que Usted sienta útiles para el personal de este hospital.

Nos gustaría darle nuestro agradecimiento por su participación y sus opiniones. Por favor entregue la encuesta completada a la persona designada en la UCI, o bien haga uso del sobre provisto y envíelo, a la dirección que aparece en él, por correo con la mayor brevedad posible. Muchas gracias.

ANEXO 4

Tabla 3: Distribución de los ítems según secciones, subsecciones y la clasificación de la escala Likert utilizada

Sección	Subsección	Escala Likert	Ítems
Satisfacción con el cuidado	Trato hacia el paciente	1 excelente 2 muy bien 3 bien 4 suficiente 5 mal	scp1 – scp2 – scp3 – scp4
	Trato hacia el familiar	1 excelente 2 muy bien 3 bien 4 suficiente 5 mal	scp5 – scp6 – scp7 – scp8
	Valoración personal del enfermería	1 excelente 2 muy bien 3 bien 4 suficiente 5 mal	scp9 – scp10
	Valoración personal del medico	1 excelente 2 muy bien 3 bien 4 suficiente 5 mal	scp11
	Valoración del ambiente	1 excelente 2 muy bien 3 bien 4 suficiente 5 mal	scp12 - scp13
	Satisfacción con el nivel de cuidados entregados	1 nada satisfecho 2 ligeramente insatisfecho 3 principalmente satisfecho 4 muy satisfecho 5 completamente satisfecho	scp14
Satisfacción de la familia con respecto a la toma de decisiones	Necesidad de Información	1 excelente 2 muy bien 3 bien 4 suficiente 5 mal	tdp1 – tdp2– tdp3– tdp4- tdp5 – tdp6
	Proceso de la toma	1 muy excluido 2 algo excluido	tdp7

	de decisiones	3 excluido ni incluido 4 algo incluido 5 muy incluido	
		1 totalmente abrumado 2 algo abrumado 3 ni abrumado ni apoyado 4 apoyado 5 muy apoyado	tdp8
		1 apartado control 2 algo apartado 3 ni apartado ni en control 4 algo en control 5 buen control	tdp9
		1 más tiempo 2 tiempo adecuado	tdp10

ANEXO 5

Acta de aprobación del Comité de Ética-Científico



SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO-SAN ANTONIO
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
DDQ/MCG/Int. N° 061

ORD.: **1156** 22-07-16

ANT.: TESIS ENFERMERÍA UV
MAT.: APROBACIÓN DE ESTUDIO

DE: DR. DAGOBERTO DUARTE QUAPPER
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO-SAN ANTONIO

A: SEGÚN DISTRIBUCIÓN

Respecto del proyecto de estudio titulado "Satisfacción usuaria percibida por familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de paciente crítico (UPC) -unidad de cuidados intermedios (UCIM) del Hospital Carlos Van Buren", informo a Ud. que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio efectuó su evaluación ética científica, otorgando la aprobación del estudio por unanimidad, con fecha 20 de julio del 2016, de acuerdo a lo estipulado en normas vigentes nacionales para investigación científica en seres humanos y al constatar que no existen riesgos para la seguridad de los participantes.

INVESTIGADORA PRINCIPAL Y TUTORA DE TESIS: E.U. SRA. CIBELES GONZÁLEZ NAHUELQUÍN
ALUMNOS TESIS: FRANCISCA BORQUEZ, JOAN FUENZALIDA, PAULA GAETE, LARELLA GARCÍA,
ROSARIO GUMUCIO, LAURA LEÓN, CONSTANZA MANCILLA, NICOLE OYARZÚN, SEBASTIÁN SIERRA,
CAMILA TAPIA, CAROL VASQUEZ.

SITIO DE INVESTIGACIÓN: HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, SSVSA, VALPARAÍSO.

FECHA DE INGRESO A EVALUACIÓN: 23 DE JUNIO DEL AÑO 2016

CEC EVALUADOR: COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SSVSA

FECHA DE APROBACIÓN: 20 DE JULIO 2016

- 1.- El Investigador, antes de iniciar la ejecución del estudio, deberá solicitar la autorización expresa del Director del Establecimiento de Investigación, cuya respuesta debe ser emitida dentro de un plazo no superior a 20 días hábiles a contar de la fecha de evaluación conforme del Comité Ético Científico correspondiente (artículo 10 bis, del reglamento de la ley 20.120). Por lo contrario, se desprende del mismo artículo, que la negativa a esta autorización deberá ser fundada.
- 2.- El Director del Establecimiento de Investigación, como garante de las fichas clínicas, deberá asegurar la reserva de la identidad del titular y resguardar la información personal, datos médicos, datos genéticos u otros datos de carácter sensible allí contenida, por lo tanto se deberá adoptar las providencias necesarias para que el investigador o sus colaboradores que accedan a toda esta información, la protejan y utilicen exclusivamente para los fines para los cuales fue requerida.
- 3.- El Director del Establecimiento al momento de autorizar la ejecución del protocolo de investigación es responsable de velar para que el estudio se ejecute dentro del marco establecido por la normativa legal vigente.
- 4.- Los Comité Ético Científico realizan la evaluación ética científica de las investigaciones sometidas a su consideración, además de pronunciarse al respecto, mediante su aprobación o rechazo, tienen como atribución observar su ejecución, con el fin de garantizar la seguridad, bienestar y derechos de las personas participantes como sujetos de investigación.
- 5.- El Comité Ético Científico del SSVSA, puede asesorar los Directores de Establecimiento o Jefaturas que lo requieran, frente a dudas que puedan surgir durante las distintas etapas que contiene una investigación Científica en Seres Humanos (planificación, evaluación bioética, ejecución o conducción, seguimiento y difusión de los resultados).

MIEMBROS DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO SSVSA

Rodrigo Vergara Fisher	Presidente	Médico, Pediatra, BPC
Mariana Cubillos Gómez	Secretaría Ejecutiva	Odontóloga
Claudia Cartagena Salinas	Vicepresidente	Médico, Broncopulmonar, BPC
Marta Colombo Campbell		Médico, Neuropediatra
Edith Cuadra Aravena		Secretaría Auditoría
Giulian Giachetti Herrera		Ingeniero Comercial
Octavio Guzmán Aguilera		Asistente Social
Evelyn Quezada Collado		Administrativa de Logística
Carolina Leonardini Aris		Representante de la Comunidad
Mariana Torres Brito		Químico Farmacéutico
Javier Valenzuela Clavero		Abogado

Saluda atentamente a Usted,



DR. DAGOBERTO DUARTE QUAPPER



SERVICIO DE SALUD
VALPARAISO-SAN ANTONIO
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

ACTA DE APROBACIÓN N°32/2016

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, certifica conocer y haber evaluado los antecedentes presentados de la tesis de pregrado de la carrera de Enfermería, Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, proyecto titulado: **"Satisfacción usuaria percibida por familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de paciente crítico (UPC) -unidad de cuidados intermedios (UCIM) del Hospital Carlos Van Buren"** y de acuerdo a lo estipulado en la normativa legal vigente para la investigación científica en seres humanos, lo aprueba por decisión unánime, en sesión del **20 de julio del año 2016**, tomando en consideración los siguientes aspectos ético-científicos:

- 1) Valor social:**
Considerando la relevancia de los resultados que entregue este estudio, cuyo principal aporte posterior sería contribuir a mejorar la calidad de la atención basado en la satisfacción usuaria.
- 2) Validez Científica:**
El diseño se ajusta a la metodología de investigación en seres humanos.
- 3) Razón riesgo/beneficio:**
La proporción riesgo beneficio es favorable. El riesgo derivado del uso de datos personales de los participantes se minimizará tomando todos los resguardos necesarios para garantizar su seguridad, privacidad y confidencialidad.
- 4) Proceso de Consentimiento Informado:**
El proceso de consentimiento informado cuenta con un formulario que provee toda la información requerida para que los participantes puedan tomar una decisión informada y voluntaria.
- 5) Respeto por los participantes:**
Se respeta el derecho a la privacidad de los registros y el resguardo de la confidencialidad de los datos personales de los participantes.
- 6) Idoneidad del Investigador Principal:**
Según los antecedentes curriculares presentados y la experiencia, la investigadora principal reúne las competencias necesarias para la conducción de este estudio.
- 7) Evaluación Independiente:**
El Comité Ético Científico del SSVSA efectuó la evaluación ético científica previa aprobación del estudio y sus miembros presentes declararon no tener conflictos de intereses durante su evaluación.

INVESTIGADORA PRINCIPAL Y TUTORA DE TESIS: E.U. SRA. CIBELES GONZÁLEZ NAHUELQUÍN

ALUMNOS TESIS: FRANCISCA BORQUEZ, JOAN FUENZALIDA, PAULA GAETE, LARELLA GARCÍA, ROSARIO GUMUCIO, LAURA LEÓN, CONSTANZA MANCILLA, NICOLE OYARZÚN, SEBASTIÁN SIERRA, CAMILA TAPIA, CAROL VASQUEZ.

SITIO DE INVESTIGACIÓN: HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, SSVSA, VALPARAÍSO.

FECHA DE INGRESO A EVALUACIÓN: 23 DE JUNIO DEL AÑO 2016



SERVICIO DE SALUD
VALPARAISO-SAN ANTONIO
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

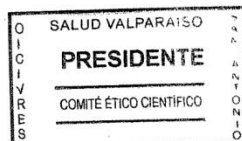
Se aprueba tesis de pregrado de la carrera de Enfermería, Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, proyecto de estudio titulado **“Satisfacción usuaria percibida por familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de paciente crítico (UPC) – unidad de cuidados intermedios (UCIM) del Hospital Carlos Van Buren”**

INVESTIGADORA PRINCIPAL Y TUTORA DE TESIS: E.U. SRA. CIBELES GONZÁLEZ NAHUELQUÍN
ALUMNOS TESIS: FRANCISCA BORQUEZ, JOAN FUENZALIDA, PAULA GAETE, LARELLA GARCÍA, ROSARIO GUMUCIO, LAURA LEÓN, CONSTANZA MANCILLA, NICOLE OYARZÚN, SEBASTIÁN SIERRA, CAMILA TAPIA, CAROL VASQUEZ.
SITIO DE INVESTIGACIÓN: HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, SSVSA, VALPARAÍSO.
FECHA DE INGRESO A EVALUACIÓN: 23 DE JUNIO DEL AÑO 2016
CEC EVALUADOR: COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SSVSA
FECHA DE APROBACIÓN: 20 DE JULIO 2016

Consta que los miembros del Comité efectuaron una declaración de conflictos de Intereses previa evaluación, en la cual ninguno declaró tenerlos y ninguno de los presentes se inhabilitó para su evaluación. Se aprueba estudio con fecha **20 de julio del 2016**.

Miembros del CEC	APRUEBA	RECHAZA	SE ABSTIENE
Claudia Cartagena Salinas			
Marta Colombo Campbell			
Edith Cuadra Aravena			
Mariana Cubillos Gómez			
Giulian Giachetti Herrera			
Octavio Guzmán Aguilera			
Carolina Leonardini Aris			
Evelyn Quezada Collado			
Mariana Torres Brito			
Javier Valenzuela Clavero			
Rodrigo Vergara Fisher			

Le saluda atentamente,



DRA. CLAUDIA CARTAGENA SALINAS
PRESIDENTE CEC SERVICIO DE SALUD



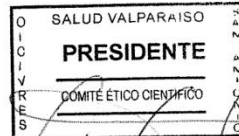
SERVICIO DE SALUD
VALPARAISO-SAN ANTONIO
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

DOCUMENTACIÓN APROBADA

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, presidido por el Dr. Rodrigo Vergara Fisher, certifica haber evaluado los antecedentes presentados de la tesis de pregrado de la carrera de Enfermería, Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, titulada: **“Satisfacción usuaria percibida por familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de paciente crítico (UPC) –unidad de cuidados intermedios (UCIM) del Hospital Carlos Van Buren”** y haber otorgado su aprobación por unanimidad, el día 20 de julio del 2016.

Proyecto de estudio titulado : “Satisfacción usuaria percibida por familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de paciente crítico (UPC) –unidad de cuidados intermedios (UCIM) del Hospital Carlos Van Buren” Versión julio 2016	Aprobado
Consentimiento Informado para participantes en el estudio “Satisfacción usuaria percibida por familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de paciente crítico (UPC) –unidad de cuidados intermedios (UCIM) del Hospital Carlos Van Buren” : Versión julio 2016	Aprobado

Saluda atentamente a Usted,



DRA. CLAUDIA CARTAGENA SALINAS
PRESIDENTE(S) CEC SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO-SAN ANTONIO

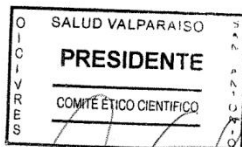


SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO-SAN ANTONIO
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

VALPARAÍSO, 20 DE JULIO DE 2016

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Este Comité de Evaluación Ética Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, está organizado, actúa y emite sus dictámenes en pleno acuerdo con la Declaración de Helsinki (1964 y sus modificaciones de 1975,1983,1989,1996,2000,2002,2004 y 2008), con las Normas de la "Buena Práctica Clínica" (GCP) establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO) 1996, la Harmonized Tripartite Guidelines for Good Clinical Practice (1996), por las Normas Éticas Internacionales para las Investigaciones Biomédicas con sujetos humanos (Organización Panamericana de la Salud y por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 1996, las Operacional Guidelines for Ethics Comités that Review, Biomedical Research (WHO, 2000) y por las Regulaciones Nacionales (Norma Técnica nº 57 del 04 de junio de 2001, del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile: Regulación de la ejecución de ensayos clínicos que utilizan productos farmacéuticos en seres humanos).



**DRA. CLAUDIA CARTAGENA SALINAS
PRESIDENTE (S) CEC SERVICIO DE SALUD
VALPARAÍSO-SAN ANTONIO**

ANEXO 6 Consentimiento Informado



1

Formulario de Consentimiento Informado

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio de investigación "Satisfacción usuaria percibida por familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico (UPC) – Unidad de Cuidado Intermedio (UCIM)- del Hospital Carlos Van Buren, durante el II semestre del 2016".

Usted ha sido elegido ser familiar por ser el familiar y cuidador mayor de edad encargado de un paciente hospitalizado en la Unidad de intermedio de medicina (UCIM) adulto en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Para acceder a participar en este estudio, es necesario que su familiar tenga una estadía mínima de 48 horas en la UCIM y haya visitado al menos una vez por usted.

El investigador principal del estudio es la enfermera y profesora Cibele González Nahuelquin, y sus co-investigadores son los alumnos tesis Francisca Bórquez R., Joan Fuenzalida R., Paula Gaete D., Iarella García C., Rosario Gumucio G., Laura León S., Constanza Mansilla G., Nicole Oyarzún M., Sebastián Sierra B., Camila Tapia M., Carol Vásquez L., estudiantes de 4to año de Enfermería en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

Información para el participante

Su participación es voluntaria y para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistirá su participación:

Dónde y cuándo se llevará a cabo la investigación

La investigación mencionada se realizará en la Unidad de Paciente Crítico (UPC) de la UCIM Adulto del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, durante los meses de Agosto a Octubre del año 2016. Este estudio cuenta con la autorización del servicio clínico en donde su familiar se encuentra hospitalizado.

Motivación y propósito del estudio

La investigación a nivel nacional sobre la satisfacción usuaria en el campo de las unidades de paciente crítico, no ha sido ampliamente estudiada debido a la complejidad del servicio y a la vulnerabilidad en la que se encuentran los pacientes y familiares. Es por esto, que el objetivo de nuestra investigación es describir la satisfacción usuaria percibida por familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico Adulto – UCIM- del Hospital Carlos Van Buren según las dimensiones: cuidados del paciente, información entregada, cohesión del equipo de salud, organización intrínseca de la unidad y apoyo en la toma de decisiones, como también determinar algunas características sociodemográficas: sexo, edad, relación, con quien vive, experiencias previas de hospitalización, proximidad del centro de salud etc.

En qué consiste su participación

Su participación es voluntaria y puede retirarse en el momento que desee, a pesar de haber firmado el consentimiento previamente. Puede realizar todas las preguntas que desee al momento de su participación.

Al momento de desear participar en el estudio se realizará una breve presentación acerca del estudio por un co-investigador. En caso de aceptar participar y firmar el consentimiento informado, se solicitará que conteste el cuestionario FS-ICU 24 © con la ayuda de uno de los co-investigadores, el cual debe responder de la manera más transparente posible. En todo momento usted podrá consultar sus dudas en relación al cuestionario o a la investigación. La duración prevista de su participación en el estudio será de treinta minutos aproximadamente.

20 JUL 2016



Riesgos

Este estudio no posee riesgos para Ud. No obstante, en el caso que se sintiera incómodo con la encuesta, los co-investigadores que aplican el estudio les brindarán apoyo y contención psicológica.

Beneficios

No existen beneficios directos por participar, pero a partir de los resultados, se espera que la atención entregada por el equipo de salud sea efectuada de forma integral hacia el paciente incluyendo y su familia o cuidador, respecto a la entrega de información del proceso de cuidados, a la inclusión en el cuidado de salud y a la entrega de apoyo en la toma de decisiones.

Costos y pagos

La investigación no implica costo ni beneficios monetarios para usted, ni para el investigador principal ni los co-investigadores

Derechos del participante

- **A manifestar dudas y a hacer preguntas**

Ud. tiene derecho a manifestar las dudas en cualquier momento, y en caso que tenga dudas posteriores respecto a la investigación usted podrá contactar a la Profesora Cibele González, Investigadora Principal de esta investigación, a los teléfonos: 96194952-2507447, en la dirección Calle Blas Cuevas 1028, Subida El Litre, Valparaíso, o escribir al mail: cibeles.gonzales@uv.cl.

- **A la participación voluntaria, a conocer alternativas y a retirar consentimiento**

Ud. se puede retirar del estudio en cualquier momento si lo considera necesario, solo comunicándose al equipo investigador. Su eventual retiro no lo perjudicará en caso alguno, es decir, no incidirá en el tratamiento que se le esté brindando a su familiar, ni tampoco se interrumpirá su atención a la que esté accediendo.

- **A la atención y a una derivación oportuna**

En caso de persistir una incomodidad o molestia derivada de la encuesta, podría ser derivado a equipo de salud del servicio donde se encuentra hospitalizado su familiar.

- **A recibir información relevante derivada de la investigación**

Al término de la investigación, usted podrá tener acceso a sus resultados y reiteramos que siempre que los datos obtenidos serán confidenciales.

Confidencialidad

- **Reserva de la identidad del participante**

La información recogida será confidencial, es decir, en lugar de su nombre se le asignará un folio al que solo el investigador principal y sus co-investigadores tendrán acceso.

- **Privacidad de los datos personales y sensibles**

El registro de los datos será reservado, que sólo tendrán acceso a ellos los investigadores y que serán resguardados por el investigador principal en archivos ubicados en su oficina, en la siguiente dirección: Calle Blas Cuevas 1028, Subida el Litre.

Difusión y entrega de los resultados

Los resultados de la investigación, podrán ser divulgados, según lo estime el investigador, en publicaciones, seminarios o reuniones de tipo científico y/o académico y que podrán ser utilizados o no, en otras investigaciones que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre resguardando la identidad del participante.

20 JUL 2016



Evaluación Ética Científica

Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio y en caso de tener alguna dudas acerca de sus derechos como participante, puede contactarse con su Secretaria Ejecutiva, Dra. Mariana Cubillos, al número de teléfono 32-257 65 81 o escribir al correo electrónico: comiteetica.ssvsa@redsalud.gov.cl.

Acta de Consentimiento Informado

Yo,.....RUT.....
, (Explicitar relación con el paciente: padre, hermana/o, esposa/o o Tutor legal si correspondiera) de..... (Nombre y apellidos del paciente), declaro que la profesora Cibeles González Nahuelquin o sus co-investigadores Francisca Bórquez R., Joan Fuenzalida R., Paula Gaete D., Iarella García C., Rosario Gumucio G., Laura León S., Constanza Mansilla G., Nicole Oyarzún M., Sebastián Sierra B., Camila Tapia M., Carol Vásquez L., me ha invitado a participar en el estudio *"Satisfacción Usaria percibida por familiares de pacientes hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico Adulto - UCIM- del Hospital Carlos Van Buren"*, que se llevará a cabo en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca del mismo y en qué consistirá mi participación. Me han informado y explicado claramente cuáles son los procedimientos del estudio a los que seré sometido/a.

Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver todas mis dudas con los investigadores.

Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esa decisión pueda ocasionar algún perjuicio en la atención de mi familiar o representado.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando mi participación voluntaria en esta investigación.

Recibiré una copia completa y firmada de este documento.

Nombre y Firma Participante

Fecha:

Cibeles Gonzalez Nahuelquin

Nombre y Firma Investigador Responsable

Fecha: 16.08-16

Olga Sanchez S *OS*

Nombre y Firma Director del Establecimiento o su Delegado

Fecha: 16-8-16

Versión 20 julio 2016

20 JUL 2016



ANEXO 7

Tabla 4: Clasificación según puntaje del Nivel de Satisfacción General

Clasificación	Puntaje
Muy Insatisfecho	0 puntos
Ligeramente Satisfecho	$0 \text{ puntos} < \text{Puntaje} \leq 25 \text{ puntos}$
Sobre todo Satisfecho	$25 \text{ puntos} < \text{Puntaje} \leq 50 \text{ puntos}$
Muy Satisfecho	$50 \text{ puntos} < \text{Puntaje} \leq 75 \text{ puntos}$
Completamente Satisfecho	$75 \text{ puntos} < \text{Puntaje} \leq 100 \text{ puntos}$