

Heredia Vidal, Jennifer;
Pérez Berral, Daniel

HUMANIZAR LOS CUIDADOS ESTÁ EN NUESTRAS MANOS

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

Dirigido por la Sra. Silvia Ferrer

Grado de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Coma-ruga

2017



Tabla de contenido

1. RESUMEN/ABSTRACT	4
2. INTRODUCCIÓN	6
3. MARCO TEÓRICO	8
LA CALIDAD	8
EL CUIDADO	10
PARADIGMA DE DESCONFIRMACIÓN Y MEDICIÓN DE CALIDAD PERCIBIDA	13
4. OBJETIVOS	16
OBJETIVO GENERAL	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
5. METODOLOGÍA	17
TIPO DE ESTUDIO	17
CONTEXTO DE ESTUDIO	17
MUESTRA	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	18
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19
CONSIDERACIONES ÉTICAS	19
INSTRUMENTO	20
RECURSOS MATERIALES	21
PROCESO DE OBTENCIÓN DE DATOS	22
6. RESULTADOS	24
7. DISCUSIÓN	32
8. CONCLUSIONES	36
9. PROPUESTA DE MEJORA	38
10. BIBLIOGRAFÍA	39
11. ANEXOS	43



Queremos expresar nuestro agradecimiento al Hospital San Rafael de la congregación de las Hermanas Hospitalarias de Barcelona, por permitirnos llevar a cabo este estudio en sus instalaciones. Igualmente queremos agradecer la enorme colaboración y ayuda de todo el personal de enfermería y auxiliar de enfermería, que ayudaron con la recolección de datos. Agradecer también a Lourdes Martínez, directora de enfermería del Hospital San Rafael de Barcelona con su colaboración prestada y la coordinación realizada para que este trabajo fuera posible.

Especial agradecimiento a nuestra tutora Silvia Ferrer por su valorable colaboración, interés y guía en la elaboración del trabajo.

Agradecer a nuestras familias el apoyo y paciencia otorgada durante estos meses.

Y por último y no menos importante, agradecer a los pacientes que de manera voluntaria y desinteresadamente han participado en este estudio y que sin ellos no hubiera sido posible.



1. Resumen/Abstract

Título: Humanizar los cuidados está en nuestras manos.

Objetivo: Ver si los cuidados prestados por el personal de enfermería son humanos, determinando la calidad percibida de los usuarios de la unidad de medicina interna del Hospital San Rafael de Barcelona.

Objetivos específicos: Analizar las variables sociodemográficas. Conocer el nivel de satisfacción global. Averiguar si hay diferencia significativa entre el sexo o la edad con la percepción del trato recibido.

Metodología: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Se encuestaron 138 usuarios con el cuestionario SERVQHOS-E, durante los meses de Enero a Abril del 2017. Los datos se registraron y evaluaron con IBM SPSS Statistics 23, utilizando datos de medición con porcentajes, Chi-cuadrado y Cochran, para la interpretación de los resultados en tablas y gráficos.

Resultados: La media global de los variables intangibles de la calidad percibida en los cuidados de enfermería por los usuarios es de 4,08 (según la encuesta SERVQHOS-E es *“Mejor de lo que me esperaba”*). La satisfacción global es *“Satisfechos”* (50,7%). El porcentaje de hombres (54,3%) es mayor, la media de edad es de 82 años, la mayoría tienen estudios primarios (55,1%), están casados (47,1) y son pensionistas (97,1%). No hay diferencia estadísticamente significativa entre el sexo y el cuidado, pero si se observa diferencia en la edad en la pregunta: *“la información que las enfermeras proporcionan ha sido”* $p(0.001)$.

Conclusiones: De acuerdo con la teoría de la Desconfirmación de Oliver y el Paradigma de Parasuram el trato prestado por enfermería a los usuarios es de alta calidad. (*“muchas satisfacción”-“Mejor de lo que me esperaba”*). Se desprende entonces que el cuidado de enfermería en el presente estudio, se considera humanizado.

Palabras clave: Calidad de atención, satisfacción, cuidado humano y enfermería.



Title: Humanizing care is in our hands.

Objective: To see if the care provided by the nursing staff is human, determining the perceived quality of the users of the internal medicine unit of the San Rafael Hospital in Barcelona.

Specific objectives: Analyze sociodemographic variables. Know the level of overall satisfaction. Find out if there is significant difference between sex or age with perceived treatment received.

Methodology: Quantitative, observational, descriptive and cross-sectional study. A total of 138 users were surveyed using the SERVQHOS-E questionnaire, from January to April 2017. Data were recorded and evaluated using IBM SPSS Statistics 23, using percentage, chi-square and Cochran data for the interpretation of The results in tables and graphs.

Results: The overall mean of the intangible variables of perceived quality in nursing care by users is 4.08 (according to the survey SERVQHOS-E is "Better than I expected"). Overall satisfaction is "Satisfied" (50.7%). The percentage of men (54.3%) is higher, the average age is 82, the majority have primary education (55.1%), are married (47.1) and are pensioners (97.1%), . There is no statistically significant difference between sex and care, but if age difference is observed in the question: "the information that nurses provide has been" p (0.001).

Conclusions: According to Oliver's Disconfirmation theory and the Paradigm of Parasuranam, the treatment provided by nurses to patients is of high quality. ("Much satisfaction" - "Better than I expected"). It follows that nursing care in the present study is considered humanized.

Key words: Quality of care, satisfaction, human care and nursing.



2. Introducción

La enfermería siempre ha estado presente en la sociedad, inherente al acto de cuidar y como profesión ha pasado casi desapercibida. No fue hasta 1852 cuando Florence Nightingale sentó las bases de esta profesión durante la guerra de Crimea, resaltando la importancia del papel de la enfermera en la atención del enfermo.¹

Hoy en día es una carrera universitaria que se dedica a la atención y al cuidado de las personas y su entorno. Gracias a diversas teóricas del campo de la enfermería, como Jean Watson, esta profesión ha ido adquiriendo un lugar importante en la sociedad, pero aún en ocasiones parece carecer de reconocimiento. Es papel de las y los enfermeros el elevar esta profesión, desarrollando nuestras funciones con los recursos que dispongamos, con el fin de mejorar nuestra autonomía proporcionando cuidados humanizados a las personas que atendemos.

La enfermería ha ido creciendo y evolucionando en sus roles profesionales, como son la docencia, la investigación, la gestión y el asistencial, siendo este el más generalizado. El rol asistencial se puede interpretar de dos maneras; el colaborador al recibir y aplicar una serie de directrices delegadas por otro profesional como el médico o un compañero de enfermería u otro profesional que desarrolle una serie de actividades encaminadas para la mejora del estado de salud del usuario al que atendemos. Y el rol autónomo que comprende todas las actividades realizadas por enfermería por juicio propio, adquiridas por conocimientos y/o experiencia propia, como son: saber gestionar una unidad, delegar, elaborar un plan de cuidados, interpretar situaciones y aplicar una serie de acciones acordes a las mismas, prevenir y promover la salud.²

Esta profesión cada vez se ha ido centrando en el cuidado más humanizado. Se ha adherido a una corriente centrada en el ser humano y en su entorno, en donde el usuario es un ser activo con respecto a su salud. Esto se ha conseguido gracias a años de evidencia y gestión del cuidado, dando como resultado un cuidado más humanizado y centrado en la persona como un ser único e individual.³

Para poder ver si esta corriente holística de enfermería, está presente en nuestra sociedad es necesario investigar a cerca de los cuidados que presta enfermería a los usuarios de los centros sanitarios. De esta manera, se podrá determinar la calidad de los cuidados que otorga enfermería.



Como estudiantes de cuarto de enfermería y futuros profesionales de la salud creemos que los cuidados que presta enfermería son parte fundamental de la recuperación y del bienestar de la persona. Se pretende con este proyecto averiguar si los cuidados otorgados por el personal de enfermería son humanizados.

Se considera que la opinión del usuario con respecto al trato recibido es de gran relevancia para la continua mejora de los cuidados prestados por enfermería. La atención y el cuidado pierde todo su significado si no hay interés en la persona y no se individualiza este cuidado.

Este proyecto puede ayudar a mejorar los cuidados que otorgamos a los usuarios, así como también valorar si enfermería proporciona un cuidado de calidad y humano.



3. Marco teórico

La enfermería es una profesión basada en el ser humano, centrada en prestar los mejores cuidados a la persona y a su entorno. Estos cuidados han de ser acordes a las características del usuario, el contexto y a los recursos, para poder garantizar en cada actuación el mejor trato.

Para entender la enfermería, antes se ha de abordar lo que engloba dicha profesión. Esta revisión teórica se centra en abordar conceptos relacionados con la calidad de atención, el cuidado, la humanización, la satisfacción y la medición de dichos conceptos, para poder extrapolarlos a nivel sanitario y más específicamente a la enfermería.

La calidad

El concepto calidad proviene del latín “*qualitas o qualitatis*”. La Real Academia Española define calidad como “*la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor*”⁴. Pero esta definición es muy amplia, puesto que el concepto de calidad es más complejo de definir.

Es un concepto subjetivo, que está directamente relacionado con la percepción de cada individuo. Esta subjetividad, puede estar influenciada por diversos factores: culturales, de producto o de servicio. Además, se debe tener en cuenta las necesidades particulares de cada persona y sus expectativas.⁵

Un factor importante en cuanto a la subjetividad de la calidad, es la experiencia previa del individuo. Esta, puede afectar la percepción de la calidad en la persona. Existen diversos indicadores de calidad, como normas ISO, estándares de calidad o cuestionarios que la miden.⁵

En cuanto a la calidad asistencial hay diferentes atributos de calidad que ofrece un servicio sanitario. Si se quiere otorgar un servicio de calidad, la asistencia sanitaria tiene que ser eficaz, eficiente, segura y adecuada a la demanda del usuario y a los recursos que tiene el profesional sanitario.⁶

Hay una serie de atributos de calidad asistencial: accesibilidad, aceptabilidad, adecuación, calidad técnico-científica, competencia profesional, continuidad, implicación del paciente, disponibilidad, efectividad, eficiencia, satisfacción profesional



y seguridad. Dichos conceptos influyen directamente en proporcionar una alta calidad asistencial.⁶

Para poder realizar una buena calidad asistencial, debemos de hacer que cada proceso deba ser atendido de la mejor forma posible y de manera que quien recibe el servicio esté satisfecho con la asistencia recibida. Para conseguir esto, debemos de conseguir, una calidad técnico-científica y una calidad relacional, es decir brindar con efectividad en la práctica clínica de acuerdo a protocolos demostrados científicamente y además debemos comunicarnos con quien reciben los servicios o en este caso los cuidados.⁷

Siendo el usuario el eje principal de los servicios sanitarios; ¿Que es calidad asistencial? El grado de satisfacción del usuario se convierte así en el principal indicador fundamental de la calidad asistencial.⁸

Debemos tener en cuenta que en la actualidad, el usuario que ingresa a instituciones sanitarias es un paciente mucho más informado sobre su enfermedad, que tiene al abasto recursos tecnológicos como la informática.

La satisfacción del paciente es el pilar que sostiene el servicio de sanidad, ya que en función de sus expectativas y de la percepción del servicio, esta será mayor o menor. Se debe identificar las necesidades del paciente para conseguir su satisfacción y estas serán individualizadas para cada persona. Por este motivo se debe escuchar al paciente y descubrir sus necesidades, para intentar cubrir y mejorar, dentro de nuestras posibilidades, estas carencias.⁸

La calidad de la atención otorgada por el profesional no siempre será la que perciba el paciente, puesto que es un concepto subjetivo tal y como se menciona anteriormente. No obstante si conocemos la opinión del paciente podemos hacer una mejora continua de la calidad asistencial.⁸

No se puede mejorar la calidad en la asistencia si no realizamos un trato humano, como el que debe otorgar el personal sanitario.

El ser humano es complejo e individual. Cada uno de los seres humanos somos únicos e individuales, siendo influenciados por múltiples factores, sobre todo por el entorno. Además, como seres humanos, somos vulnerables al ser amenazados por algo exterior que no se controla. Por eso la actitud profesional de enfermería debe ser amable, delicada y cuidadosa al hablar.⁹



Se debe tener en cuenta que el paciente se encuentra en una posición de indefensión, donde su vulnerabilidad hace que sus emociones fluyan de una manera descontrolada en algunas ocasiones. Por eso se debe de conocer al usuario, pero para conocerlo hay que trabajar aspectos subjetivos de la persona, a través de la comunicación y la empatía entre el paciente y el profesional. Por tanto la satisfacción del paciente dependerá de cómo lo hayamos tratado y de los cuidados que hayamos otorgado.⁹

El cuidado

El cuidado ha ido evolucionando a lo largo de los años, llegando a un punto que el cuidado se fusiona con la figura de la enfermería y juntos han ido creciendo y elaborando modelos de cuidados, que poco a poco se han ido centrando en conseguir un cuidado más humanizado e individualizado.

El cuidado es entendido como la esencia de la disciplina de enfermería y tiene como fin velar íntegramente por el bienestar del ser humano en condiciones de salud y enfermedad mediante enseñanzas del cuidado, sustentadas en un conocimiento teórico-práctico, científico y humanístico para la conservación y mantenimiento de la vida.¹⁰

Humanizar en el ámbito sanitario, se refiere a todo aquello que se hace para promover y proteger a la salud: conseguir un cuidado que esté en armonía entre el físico, la mente, las emociones, el espíritu, la cultura, la religión y el entorno ambiental, familiar y social. Individualizar el cuidado unificando estos conceptos según la percepción de cada persona.¹¹

Es fundamental la comunicación entre el profesional y el usuario. Crear un diálogo que ayude a clarificar las necesidades únicas de cada persona, como también los sentimientos que perciben por la propia necesidad o sobre la solución de la misma, dentro de un contexto.¹² Encontrar los diferentes significados de salud, enfermedad y bienestar de cada persona, para poder ver su percepción de calidad y otorgarle el mejor cuidado integral y humanizado.

En el ámbito de la sanidad la enfermería es la profesión de referencia dedicada al cuidado de la persona enferma. Por lo tanto enfermería está directamente relacionada con la implicación de realizar un cuidado humanizado. Ha de ser el profesional más



cualificado para dialogar con la persona a quien se brindará el cuidado y de esta forma conocer no solo su enfermedad, sino también sus actitudes, sus intereses y motivaciones.¹³

Tener una visión holística del usuario para detectar sus necesidades, asegurar su comodidad y realizar un plan de cuidados acorde a cada persona. Garantizar confianza, serenidad, seguridad, compañía, apoyo y ayudar al enfermo en todo lo que sea beneficioso y permisible para él, como informarle, presentarse, preocuparse, empatizar o llamarle por su nombre.

*Collière dice: "El cuidar de otro, pierde su sentido si no hay interés real en la persona sujeto de cuidado o si el contexto donde se otorgan los cuidados es adverso o altamente tecnificado, pues el contacto humano se ve limitado."*¹⁴

Detrás de un cuidado humanizado existe un deseo y compromiso de conocer y cuidar. Se debe de conocer a la persona y asegurar que se está haciendo todo lo posible para preservar su salud. Porque proporcionar cuidados despersonalizados repercutirá en su estado de salud.¹⁵

De esta forma, se entiende que prestar un cuidado humanizado es dar calidad en el cuidado y en el proceso de salud. Favorecer el diálogo, atender de forma individualizada, reconocer sentimientos, visualizar las diferencias entre enfermos para detectar sus necesidades y apetencias con el fin de curar, cuidar su enfermedad y su estancia, de forma positiva según su percepción.¹⁶

La teoría de Jean Watson permite plantear la filosofía de los cuidados además de la humanización de estos. Watson asegura que cuidar es fundamental del ser humano y es un acto primitivo.

Los cuidados que otorgamos actualmente plantean una necesidad de humanizar, puesto que estamos rodeados de tecnología, la patología en sí o las practicas basadas en la evidencia científica.¹⁷

Watson menciona que el cuidado otorgado por el personal de enfermería se refiere a las sensaciones compartidas entre el profesional y el paciente. Por lo tanto el cuidado se basa en la reciprocidad, consiguiendo algo único y autentico. Por esta razón los



profesionales de enfermería deben de tener un carácter humano y moral además de ser profesionales científicos.¹⁸

Además de poseer algunas características tales como: tener capacidad de comunicación, escucha activa, respecto por las creencias del otro, entrega, compromiso ético y sobretodo calidez humana.¹⁹

Es primordial mencionar la escuela del “Caring” cuando hablamos de Jean Watson. El “Caring” engloba muchos conceptos y significados que engloban el hecho de cuidar. Por lo que “Caring” significa ayudar respetando las creencias, los valores, la forma de vida y la cultura de todas las personas, favoreciendo la autonomía y libertad de decidir.

Dicha teoría del cuidado se basa en la armonía entre cuerpo, alma y mente, a través de la ayuda y la confianza que proporciona el personal de enfermería para cuidar.²⁰

Para relacionar por tanto, la satisfacción percibida con el trato humanizado, se debe de conocer qué importancia toma como calidad, el paciente y por consiguiente que es importante para él.

Los pacientes quieren: competencia por parte del personal, capacidad de respuesta, cortesía, información, seguridad, accesibilidad, empatía, cuidado y personalización.³⁴ Ítems que en la encuesta SERVQHOS-E, se tienen en cuenta.

Además del trato humanizado y la empatía, los pacientes valoran positivamente la competencia profesional así como la accesibilidad a los servicios sanitarios.³⁴

Humanizar para los pacientes es ponerse en el lugar de la otra persona, ofrecer información de manera adecuada a cada circunstancia. Opinan que hay que sensibilizar al personal sanitario para brindar un trato de ayuda, poder acompañarlo en los peores momentos, pero a sí mismo también tener competencias para realizar un tratamiento correcto. Hacen referencia a considerar el ser humano como un ser integral y por tanto personalizar los cuidados.³⁵



Paradigma de Desconfirmación y medición de calidad percibida

El paradigma de Desconfirmación surgió en la década de los años 80 y fue creado por Oliver. Se centra en evaluar la percepción del usuario sobre los resultados de un servicio después de ser consumido, respecto las expectativas previas que tenía sobre dicho servicio. Este paradigma argumenta que cuando se iguala o se supera lo que uno se esperaba, hablamos de calidad, mientras que cuando no se superan las expectativas, esto se interpreta en baja calidad del servicio.²¹

Según Oliver, el usuario después de consumir realiza una comparación entre la percepción de los resultados del producto consumido y las expectativas previas antes de ser consumido. Por lo tanto el nivel de satisfacción viene determinado por la diferencia entre ambos aspectos, denominado Desconfirmación de expectativas.²²

El paradigma describe que existirá Desconfirmación positiva cuando los resultados post-consumo de un servicio superen las expectativas, en cambio se habla de Desconfirmación negativa cuando los resultados no alcanzan las expectativas esperadas y se refiere a Desconfirmación nula en el caso de que los resultados sean iguales a las expectativas.²²

Fórmula de Oliver (Paradigma de Desconfirmación):

(CALIDAD = EXPECTATIVAS PERCIBIDAS / RESULTADOS PERCIBIDOS) = SATISFACCIÓN



En Colombia, el año 1988 Parasuranam y Cols,²³ desarrollaron un modelo de calidad percibida y un instrumento de medición de calidad a partir del Paradigma de la Desconfirmación de Oliver. El instrumento fue una encuesta denominada SERVQUAL (Service Quality). Esta herramienta medía el nivel de satisfacción de los usuarios consumidores de un servicio para determinar en nivel de calidad del servicio prestado por la empresa.

Con el tiempo se detectaron dificultades de confiabilidad respecto a la medición de calidad en las instituciones sanitarias. Por consiguiente, en el año 1997 y 1998, Mira, Aranaz y Cols²⁴ diseñaron un cuestionario destinado a medir la calidad percibida de la asistencia hospitalaria en hospitales Españoles, siguiendo el modelo anterior y denominándose SERVQHOS (Service Quality Hospital).

Fue entonces en el año 2010 en Colombia, cuando Barragán y Manrique validaron el cuestionario SERVQHOS²⁵ con el fin de obtener una versión específica a Enfermería, dando como resultado el SERVQHOS-E (Service Quality Hospital “Enfermería”). Encuesta destinada a medir el nivel de calidad de los usuarios de un centro hospitalario, según la satisfacción percibida, respecto los servicios (cuidados) que presta el personal de enfermería.

La unión del Paradigma de Desconfirmación de Oliver y el instrumento de medición de Parasuranam y Cols, permite medir a través de una encuesta de percepción, la Desconfirmación del usuario y por lo tanto en nivel de satisfacción respecto el servicio consumido con la finalidad de ver si este ha sido de calidad.

En el estudio realizado por *“Yeis Miguel Borré Ortiz, realizado en Colombia”*³⁴ el cual utiliza el cuestionario. Relaciona el instrumento SERVQHOS-E y la teoría de la desconfirmación de expectativas de Oliver y el paradigma de calidad percibida de parasuranan y cols,²³ con gran éxito.



Interpretación propia del Paradigma de Desconfirmación de Oliver y el Paradigma de Calidad Percibida de Parasuram y Cols:

RESPUESTAS SOBRE LA CALIDAD PERCIBIDA DEL CUESTIONARIO SERVQHOS-E	PARADIGMA DE DESCONFIRMACIÓN DE OLIVER		PARADIGMA DE CALIDAD PERCIBIDA DE PARASURANAM Y COLS
Mucho peor de lo que esperaba	Desconfirmación negativa	Poca satisfacción	Baja calidad
Peor de lo que esperaba			
Como lo esperaba	Desconfirmación nula	Satisfacción	Calidad
Mejor de lo que se esperaba	Desconfirmación positiva	Mucha satisfacción	Alta calidad
Mucho mejor de lo que se esperaba			

Paradigma de desconfirmación_23

DESCONFIRMACIÓN (+) = Resultados > Expectativas = Mucha satisfacción = ALTA CALIDAD

DESCONFIRMACIÓN NULA = (Resultados = Expectativas) = Satisfacción = CALIDAD

DESCONFIRMACIÓN (-) = Resultados < Expectativas = Poca satisfacción = BAJA CALIDAD



4. Objetivos

Objetivo general

Ver si los cuidados prestados por el personal de enfermería son humanos, determinando la calidad percibida de los usuarios de la unidad de medicina interna del Hospital San Rafael.

Objetivos específicos

- Analizar las variables sociodemográficas para contextualizar el estudio.
- Conocer el nivel de satisfacción global sobre la atención otorgada por Enfermería.
- Averiguar si hay diferencia significativa entre sexos o edad respecto a la percepción del trato que ha recibido el paciente.



5. Metodología

Tipo de estudio

Es un estudio de investigación de metodología cuantitativa al querer medir la calidad del usuario en función de los cuidados humanizados percibidos.

De diseño observacional por la utilización de una encuesta e investigar con carácter estadístico, descriptivo al medir constantemente la prevalencia de los cuidados humanizados durante todo el estudio y transversal porque lo realizamos en un periodo de tiempo determinado entre los meses de febrero y abril.

Contexto de estudio

El Hospital Sant Rafael es un hospital general concertado con el “Servei Català de la Salut (CatSalut)” y que pertenece a la “Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP)”.

El hospital consta de 178 camas, 5 quirófanos y 45 consultas. La unidad de medicina interna se encuentra distribuida en dos plantas, la segunda y la tercera y en ambas se puede acceder por escaleras o por ascensor.

La segunda planta se divide en dos unidades: el 2C que consta de 9 habitaciones dobles y 9 individuales y el 2A que consta de 19 habitaciones dobles y 4 individuales. Por otro lado, en la tercera planta se encuentra el 3C, que consta de 9 habitaciones dobles y 9 individuales, de la misma forma que en el 2C. Por tanto en las tres unidades de medicina interna hay un total de 96 camas accesibles.

Hay tres turnos, dos diurnos (mañana y tarde) y uno nocturno. Normalmente hay de 2-3 enfermeras y 3-4 auxiliares de enfermería por unidad y turno. Por lo tanto el ratio de enfermera - paciente es de 1:14 aproximadamente.



Muestra

La muestra se ha obtenido de los usuarios que fueron ingresados en el servicio de medicina interna del Hospital San Rafael de Barcelona y que cumplieron los criterios de inclusión como también fueron atendidos por el profesional de enfermería. Durante los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2017.

Para la obtención de la muestra primero se comprobó que los usuarios cumplieran los criterios de inclusión, seguidamente se informó que era un cuestionario anónimo y que dichos resultados solo serían utilizados para fines educativos e investigación y finalmente solicitamos de forma verbal su consentimiento. Posteriormente se entregaron los cuestionarios SERVQHOS – E. El personal de enfermería y auxiliar de enfermería fue el encargado de distribuir dicho cuestionario y de resolver cualquier duda que al paciente se le generara.

Los cuestionarios fueron entregados desde el día 28 de enero hasta el día 30 de abril del 2017. Cada 15 días recogíamos todas las encuestas e introducíamos los resultados en el programa IBM SPSS Statistics 23, generando la base de datos. El número de cuestionarios entregados fue 180, de los cuales fueron los contestados y entraron dentro del estudio 138, siendo esta nuestra muestra total. El resto de cuestionarios no fueron contestados o fueron cumplimentados de manera errónea y de este modo se descartaron del estudio.

Criterios de inclusión

- Pacientes que acepten a participar en el estudio.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que estén ingresados en la unidad de medicina interna.
- Pacientes que lleven ingresados más de un día.
- Pacientes que vayan a ser dados de alta hospitalaria.
- Pacientes que puedan ser capaces de responder a el cuestionario y que por tanto estén en plenas facultades cognitivas (sin discapacidad mental o aparente, sin barreras idiomáticas, sin estar bajo los efectos de la sedación o sin deterioro cognitivo producido por la edad avanzada).



Criterios de exclusión

- Pacientes que no cumplan los criterios de inclusión.

Consideraciones éticas

Dicha investigación no genera ninguna intervención de manera directa en el cuerpo del paciente, ni ningún procedimiento que invada la intimidad de la persona. Principio de dignidad humana que se encuentra reflejado en la constitución española 1978.³³

Dicha investigación no causara daño alguno a los pacientes, ni físico, ni moral ni espiritual. Los cuestionarios fueron totalmente anónimos.

Se respetó el principio de autonomía según la *“Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.”* ya que se informó a los pacientes que era un cuestionario totalmente anónimo y que en función de sus respuestas no iba a afectar el trato otorgado por el personal. Además se puso en conocimiento que era un cuestionario totalmente voluntario y por lo tanto no tenían obligación alguna de responder-lo.³³

Se utilizó el principio de reciprocidad, explicando a los pacientes que dichos cuestionarios sirven para mejorar, ya que si obtenemos la información sobre su opinión en cuanto al trato, se podrán iniciar medidas correctoras y de mejora. Además se manejaron los datos obtenidos de manera confidencial y se utilizaron como docencia e investigación.

A sí mismo, obtuvimos el consentimiento del Comité ético de investigación clínica del Hospital, para llevar a cabo el estudio.^{ANEXO_2}



Instrumento

El instrumento utilizado es el cuestionario SERVQHOS-E elaborado y validado por Barragán y Manrique en Colombia en el año 2010.

A nivel mundial la escala SERVQUAL y SERVQHOS es de gran valor y prestigio, tiene una alta significancia y es utilizada por diferentes organizaciones y empresas de cualquier tipo. Ambos instrumentos son de mucha utilidad para determinar la calidad asistencial percibida en instituciones hospitalarias.¹³ De esta forma pensamos que la escala SERVQHOS-E, cuyo grado de confiabilidad tiene mayor significancia que el SERVQHOS¹⁴ es la más adecuada y específica para poder medir la calidad asistencial percibida a cerca de los cuidados otorgados por enfermería en una institución sanitaria.

Dicha encuesta se compone de 3 apartados, el primero hace referencia a los datos sociodemográficos personales de cada usuario (edad, sexo, estado civil, estudios terminados y ocupación actual). El segundo consta de 16 ítems con un máximo de 5 puntos por cada uno, donde 1 es la percepción más baja acerca del servicio otorgado y 5 el mayor grado de satisfacción percibido. Este apartado mide la calidad asistencial de enfermería y la estructuración del centro. Estos ítems están clasificados en aspectos tangibles y aspectos intangibles. Y por último el tercer apartado encargado de valorar la satisfacción global del usuario a través de 9 preguntas.

Se conocen como aspectos tangibles aquellos que son propios de la estructura o recursos materiales del centro sanitario y los aspectos intangibles serian aquellos que están directamente relacionados con la humanidad y con el trato otorgado por el personal de enfermería.³⁴

Dentro de los aspectos intangibles es apreciado por *Yeis Miguel Borré Ortiz*,³⁴ la empatía, el interés, la cortesía, la confianza, la puntualidad, la rapidez, el trato personalizado y la capacidad del profesional para brindar la atención al paciente.



Los ítems subrayados en la siguiente tabla, son los aspectos tangibles y el resto que se encuentra en blanco son los aspectos intangibles.

EN EL HOSPITAL SANT RAFAEL, GERMANES HOSPITALARIES; BARCELONA
1. La tecnología utilizada de los equipos que utilizan las enfermeras para hacer su trabajo ha sido.
2. La apariencia (presentación personal) del personal de enfermería ha sido.
3. Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber a dónde dirigirse en los servicios del hospital ha sido.
4. El interés de las enfermeras por cumplir lo que le promete ha sido.
5. El estado en que están las habitaciones del hospital (apariciencia y comodidad) ha sido.
6. La información que las enfermeras proporcionan ha sido.
7. El tiempo de espera para ser atendido por la enfermera cuando usted requiero algo ha sido.
8. El interés de las enfermeras por solucionar sus problemas ha sido.
9. La puntualidad de las enfermeras en atenderlo ha sido
10. La rapidez con que consigue lo que necesita o pide al personal de enfermería ha sido.
11. La disposición de las enfermeras para ayudarle cuando lo necesita ha sido.
12. La confianza (seguridad) que las enfermeras transmiten a los pacientes ha sido.
13. La amabilidad (cortesía) de las enfermeras en el trato con la gente ha sido.
14. La preparación del personal de enfermería para hacer bien el trabajo (capacitación) ha sido.
15. El trato personalizado que las enfermeras dan a los pacientes ha sido.
16. La capacidad del personal de enfermería para comprender las necesidades de los pacientes ha sido.

Aspectos intangibles_SERVQHOS-E

Por lo tanto, realizaremos una medición respecto la percepción de los usuarios sobre la calidad de los cuidados que han recibido por parte del colectivo de enfermería, para determinar el grado de humanización del cuidado (intangibles).

Recursos materiales

- **Materiales:** Papel, Bolígrafos, ordenador, impresora además de los programas IBM SPSS Statistics 23 y Microsoft Office Word.
- **Humanos:** Personal de enfermería i auxiliar de enfermería.



Proceso de obtención de datos

Antes de comenzar la distribución del cuestionario SERVQHOS-E, nos pusimos en contacto con la institución sanitaria en la cual se realizó el estudio, el Hospital San Rafael de Barcelona de la congregación de las hermanas hospitalarias, para solicitar su consentimiento.

Una vez reunidos con el comité de ética de la congregación de las hermanas hospitalarias junto con la gerencia de enfermería del hospital San Rafael, expusimos nuestro proyecto de estudio. El mismo día 26/01/2017 recibimos la autorización pertinente^{ANEXO_2} para distribuir las entrevistas en todas las unidades de medicina interna durante los próximos tres meses de estudio.

El sábado 28/01/2017 informamos e instruimos a todo el personal de enfermería y auxiliar de enfermería de medicina interna para solicitar su colaboración a la hora de distribuir las entrevistas a todos aquellos usuarios que cumplan los criterios de inclusión. No explicamos los objetivos del estudio y de esta forma garantizar que no influyera en los resultados del mismo.

Las entrevistas se repartieron según dichos criterios, de forma voluntaria, con el consentimiento verbal del usuario y siempre respetando su confidencialidad. El ambiente donde los usuarios contestaban el cuestionario era bajo la privacidad de su habitación, con la puerta cerrada y fuera de distracciones, al no ser que necesitara a un familiar o un profesional que le ayudará a leer las preguntas. En el caso de ser habitación compartida se preservó la intimidad con el uso de cortinas separadoras

La recolección de datos se fue realizando cada quince días. Asistimos personalmente para recoger las entrevistas completadas y fuimos introduciendo los resultados a la base de datos del programa IBM SPSS Statistics 23.

Una vez completada la recolección de datos el día 30/04/2017, empezamos el análisis de los mismos y a relacionar los resultados encontrados con los objetivos que nos habíamos planteado al principio del estudio.

La medición se realizó en 4 partes. En la primera se analizaron los datos sociodemográficos para averiguar la opinión global de cada variable.

En la segunda parte analizamos los datos intangibles, referentes a los aspectos de calidad humana, de la encuesta de satisfacción de 16 preguntas y 5 respuestas.



Seleccionamos 12 de los 16 ítems para ser analizados, una vez obtenida la media de las 5 respuestas de cada ítem, cogimos el resultado de mayor puntuación de cada ítem y lo comparamos con el resto de medias de los demás ítems, para poder extraer la media global de las 12 variables. Tanto en el análisis individual de cada ítem, como en la globalidad de los mismos, nos ceñimos a los paradigmas de desconfirmación de Oliver y de calidad percibida de Parasuram y Cols, a la hora de poder determinar si existe calidad y por consiguiente humanidad en los cuidados a través de la percepción de la satisfacción de los usuarios.

En la tercera parte analizamos mediante el chi-cuadrado, elaborando dos hipótesis interpretadas por el grado de significación de Cochran, si existe relación entre el sexo y la edad con la percepción de los usuarios en cuanto a los cuidados de enfermería.

Finalmente, en la cuarta parte analizamos la pregunta pertinente a la satisfacción global de los usuarios. Al parecernos de interés el resto de preguntas referentes a la satisfacción en donde interpretamos que el usuario opina a cerca del trato de enfermería, también decidimos analizarlas.

Una vez extraídos los resultados con sus respectivos gráficos y tablas, analizamos todos los resultados y elaboramos unas conclusiones que dieron respuesta a los objetivos planteados.



6. Resultados

De las 180 encuestas repartidas, se obtuvieron 138 válidas. Por lo tanto a tasa de participación de la muestra fue del 76.6%.

Resultados Sociodemográficos

Se ha obtenido una muestra total de 138 encuestados de los cuales observamos que hay mayor número de pacientes masculinos que femeninos. Aun así no hay diferencia significativa i la muestra se encuentra equilibrada en cuanto a **sexos**, tal y como se observa en la grafico 1.

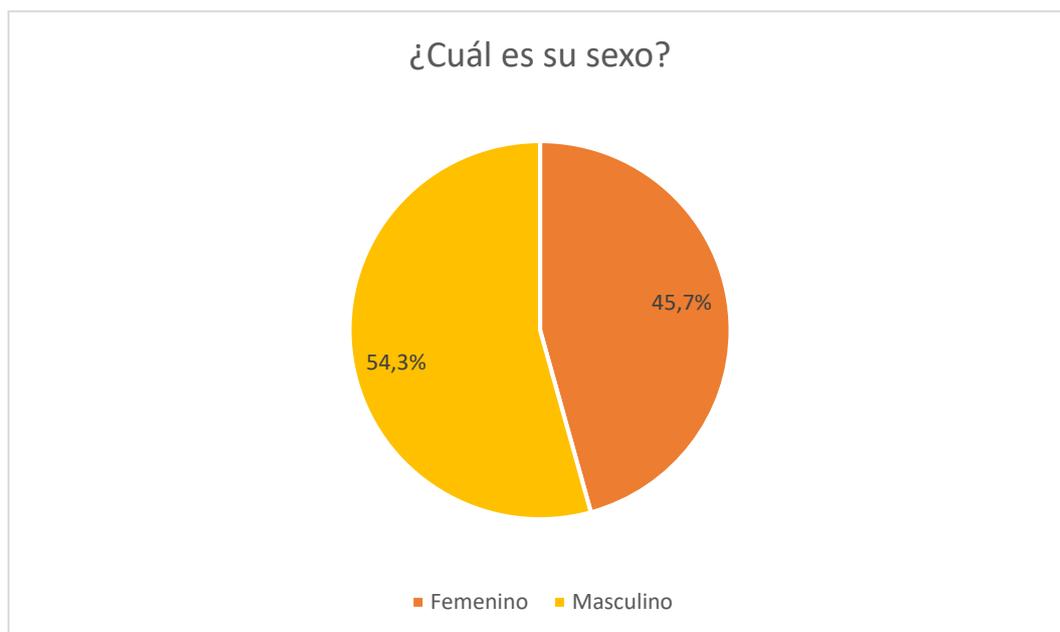


Gráfico 1



En cuanto a la **edad** podemos observar que la media se establece en 82 años. Que la persona más joven tenía 52 años y que la más mayor tenía 98 años. Aun así, observamos en el histograma que la curva normal oscila entre los 75 – 95 años, sin hacer distinciones de sexo en este caso, como podemos observar en el grafico 2.

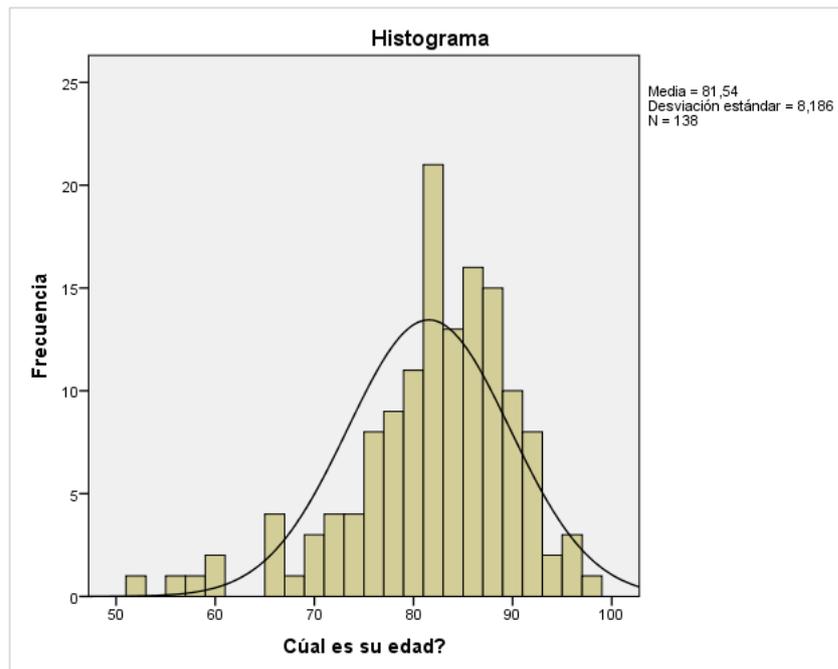


Grafico 2

En cuanto al **nivel de estudios** la gran mayoría de los encuestados, el 55,1% tenían estudios primarios seguidos del 31,9% que representa a os usuarios que no tienen estudios, el 8% bachillerato, el 4,3% ciclos formativos y el 0,7% universitarios, como podemos observar en el grafico 3.



Grafico 3



Respecto al **estado civil** la gran mayoría de los encuestados se encuentran o casados o viudos en el momento de ser encuestados, el 47.1% frente al 43.5%. Seguidamente el 5,8% son separados y el 3,6% solteros. Como podemos observar en el grafico 4.

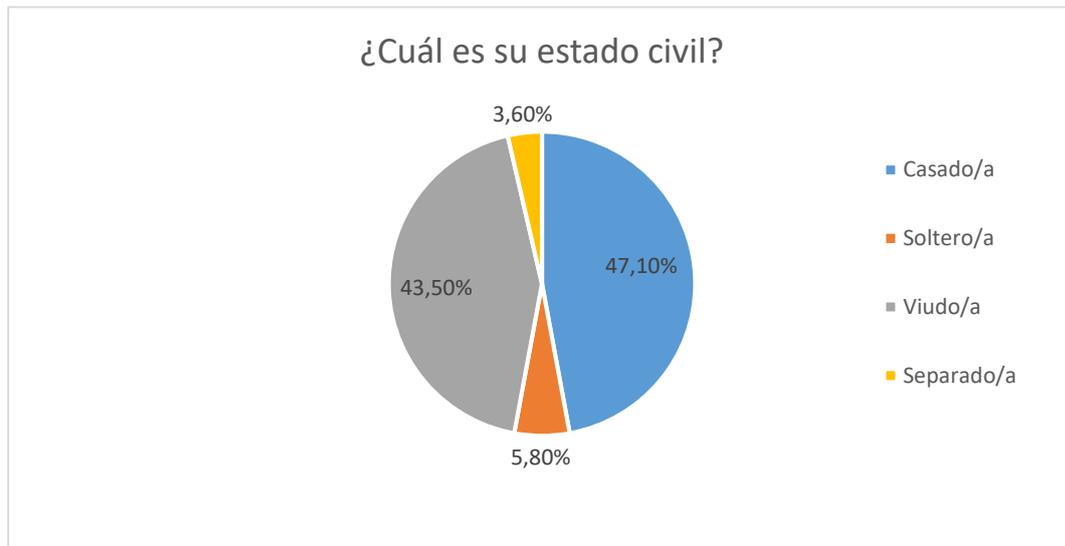


Gráfico 4

En el caso de la **ocupación laboral actual** observamos que el 97.1% de los encuestados son pensionistas frente a la minoría que se encuentra desempleado (2,2%) o empleado (0,7%). Podemos observar dichos datos en el grafico 5. ¹

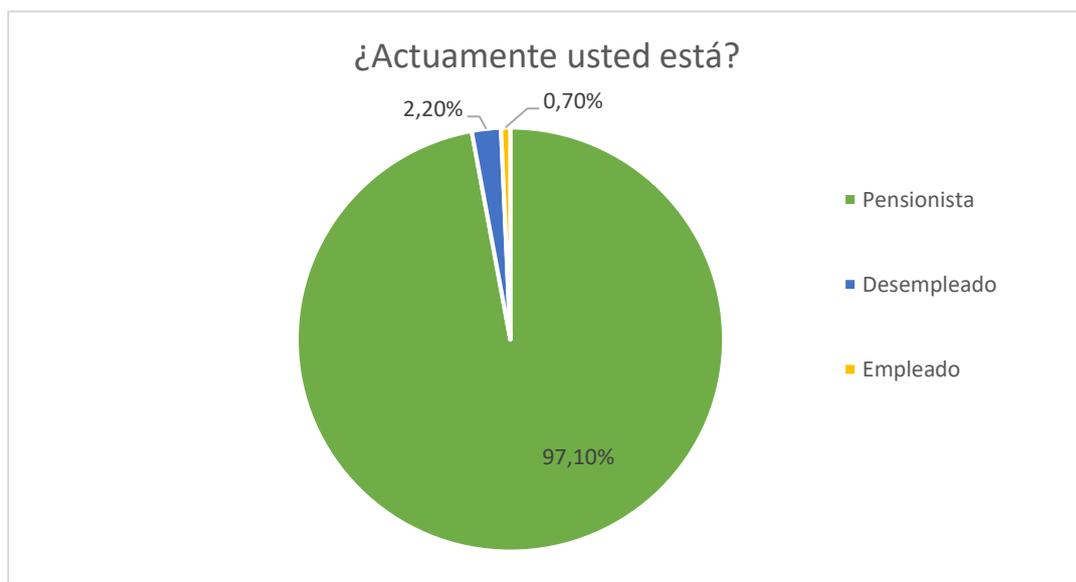


Gráfico 5

¹ En el anexo3 podemos observar las tablas de las variables sociodemográficas.



Resultados intangibles

En cuanto a los resultados de las variables intangibles de la encuesta SERVQHOS – E. Podemos observar en la tabla 6 que la mayoría de los ítems seleccionados como intangibles, se encuentran por encima de una media de puntuación de 4 y solo dos ítems por debajo. Por lo tanto la suma de todas las medias de todos los ítems es de un 4,08. Traducido en las respuestas de la encuesta SEVQHOS – E: “mejor de lo que me esperaba”.

	El interés de las enfermeras por cumplir lo que le promete ha sido.	La capacidad del personal de enfermería para comprender las necesidades de los pacientes ha sido.	El trato personalizado o que las enfermeras dan a los pacientes ha sido	La preparación del personal de enfermería para hacer bien el trabajo (capacitación) ha sido.	La amabilidad (cortesía) de las enfermeras en el trato con la gente ha sido.	La confianza (seguridad) que las enfermeras transmiten a los pacientes ha sido
Media	4,02	4,20	4,17	4,16	4,22	4,12
N	138	138	138	138	138	138
Desviación estándar	,947	,853	,862	,856	,826	,883
Mediana agrupada	4,12	4,28	4,26	4,24	4,30	4,20
Mediana	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
	La disposición de las enfermeras para ayudarle cuando lo necesita ha sido.	La rapidez con que consigue lo que necesita o pide al personal de enfermería ha sido.	La puntualidad de las enfermeras en atenderlo ha sido	El interés de las enfermeras por solucionar sus problemas ha sido.	El tiempo de espera para ser atendido por la enfermera cuando usted ha requerido algo ha sido.	La información que las enfermeras proporcionan ha sido.
	4,10	3,96	3,96	4,04	4,00	4,03
	138	138	138	138	138	138
	,857	,935	,962	,988	,989	,912
	4,16	4,00	4,02	4,17	4,11	4,10
	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00

Tabla 6

Media global de los ítems intangibles 4.08

Tabla 6. 1



Resultados Chi-cuadrado

Para determinar si influye el **sexo** en cuanto a la humanización de los cuidados se ha realizado un análisis estadístico chi-cuadrado donde estas son las hipótesis planteadas.

- *Hipótesis nula: no influye el sexo en la humanización de los cuidados.*
- *Hipótesis alternativa: sí que influye el sexo en la humanización de los cuidados.*

Estamos observando que todas las frecuencias esperadas son menores de 5.

De acuerdo con el criterio del autor (Cochran), interpretamos que el grado de significación es mayor a 0.05. Por tanto no podemos rechazar la hipótesis nula en ninguna de preguntas formuladas y por consiguiente no hay evidencias estadísticamente significativas para rechazar la hipótesis nula.

Por otro lado para determinar si influye la **edad** en cuanto a la humanización de los cuidados se ha realizado un análisis estadístico chi-cuadrado donde las hipótesis siguientes son las planteadas.

- *Hipótesis nula: no influye la edad en cuanto a la humanización de los cuidados.*
- *Hipótesis alternativa: sí influye la edad en cuanto a la humanización de los cuidados.*

En este caso podemos observar en las tablas de contingencia, que los valores del chi-cuadrado son mayores de 0,05, excepto en la pregunta “*la información que las enfermeras proporcionan*” (0.001) que resultado de chi-cuadrado ha sido menor a 0,05, por tanto se rechaza la hipótesis nula y por consiguiente se determina que esta pregunta es estadísticamente significativa aceptar la hipótesis alternativa.²

² En la tabla de contingencia (anexo4) y (anexo5) se puede observar la frecuencia observada (recuento) y la frecuencia esperada de ambas variables.



Resultados de satisfacción

Cuando evaluamos la pregunta referente a la **satisfacción global**, observamos que el 50,7% de los usuarios están satisfechos, seguido de un 46,4% que están muy satisfechos y finalmente el 2,9% se muestran poco satisfechos. Los resultados se pueden observar en el grafico 7.



Grafico 7

Cuando preguntamos, si **recomendarían el hospital** el 87,7% no dudaría en recomendarlo. Solo el 9,4% y el 2,9% tienen alguna duda o nunca lo recomendarían, respectivamente. Podemos observar los datos en el grafico 8.

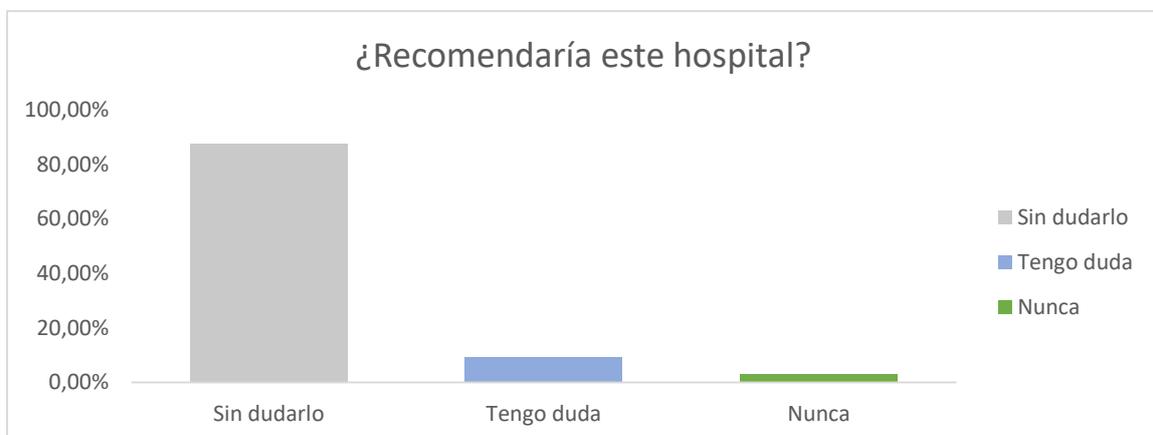


Grafico 8



Cuando preguntamos si **alguna vez las enfermeras o enfermeros les habían realizado alguna técnica sin su permiso** el 95.7% asegura que “no” y respectivamente el 2,2% respondieron “si” o “algunas veces” en ambos casos. Podemos observar dichos resultados en el grafico 9.



Grafico 9

Cuando preguntamos sobre si **conocen el nombre de la enfermera** que les atendía en cada turno, en el grafico10, podemos observar que la mayoría el 60.9% no lo conocía, respecto al 39.1% que si conocían su nombre.

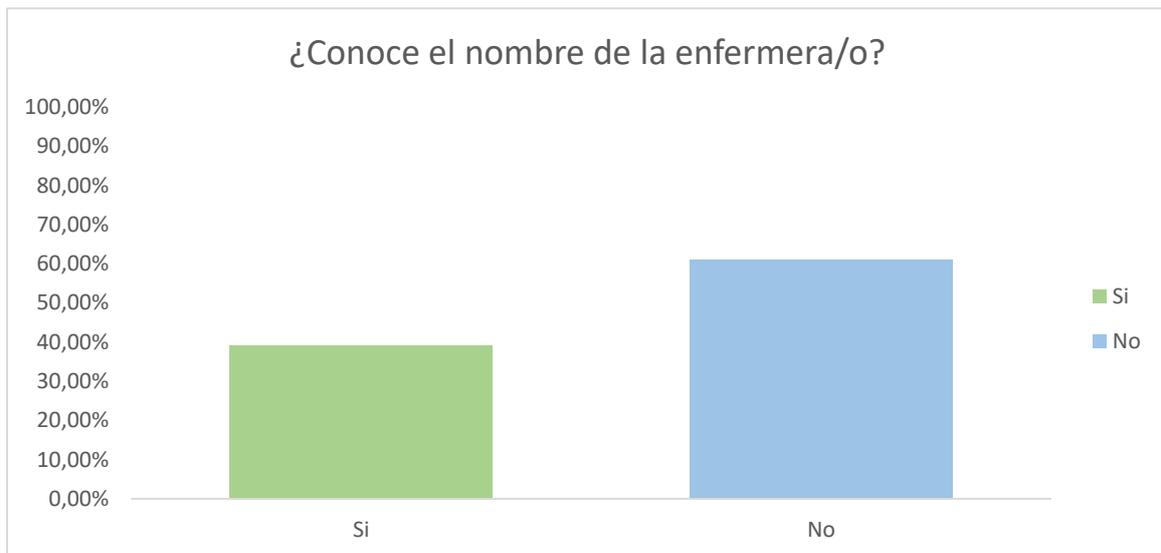


Grafico 10



A la pregunta si creen que **han recibido suficiente información sobre su estado de salud** por parte del personal de enfermería, el 82.9% asegura que sí le informaron y por tanto el 17,4% restante considera no haber recibido suficiente información. Podemos observar los resultados en el grafico 11. ³

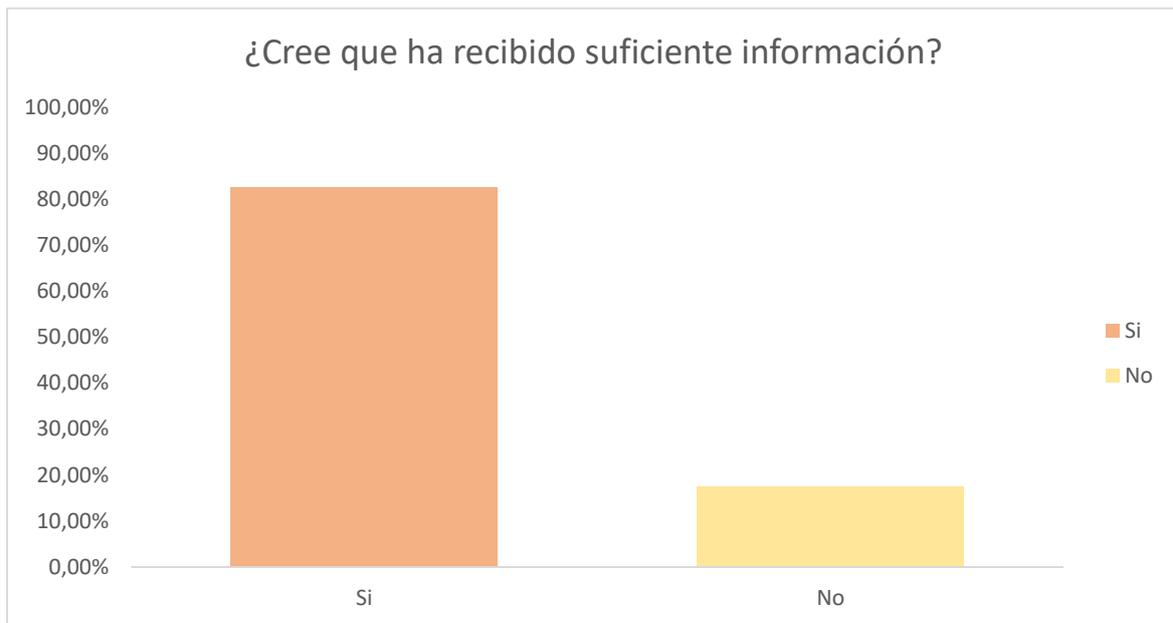


Grafico 11

³ En el anexo 6 se pueden ver todas las tablas de los gráficos de satisfacción.



7. Discusión

Hemos realizado una comparativa del estudio realizado por Yeis Miguel en Colombia con el estudio que hemos realizado en el hospital Sant Rafael de Barcelona. Al utilizar ambos la misma herramienta en el trabajo de campo, la encuesta SERVQHOS-E. Por lo tanto creemos conveniente que debemos de conocer los sistemas sanitarios que tienen ambos países.

Nuestro sistema sanitario español se rige mediante una normativa, el sistema nacional de salud.²⁶ En la constitución española²⁷ de 1978, el art.43 recoge como *“derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos a organizar la salud pública”* a través de medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios. Y en el art.41 dice que *“los poderes públicos deben mantener un régimen público de seguridad social”* que garantice la asistencia y las prestaciones sociales a todos los ciudadanos.

En el año 1986 se creó la ley general de sanidad y se crea el sistema nacional de salud²⁸. Y en el 1989 se universaliza el derecho a la asistencia sanitaria, que garantiza que el sistema de salud se haga cargo de todos los ciudadanos.²⁹ Posteriormente todas las comunidades autónomas han construido sus servicios de salud y gestionan la asistencia sanitaria en cada territorio.

Catalunya es una comunidad autónoma dividida en 4 provincias, Barcelona, Gerona, Lleida y Tarragona. Con un total de 7.522.596 ciudadanos en el año 2016 en Catalunya. En la provincia de Barcelona es donde hay el mayor número de ciudadanos respecto al resto de provincias, 5.542.680 en el año 2016.²⁹

En Catalunya el modelo sanitario que configura (LOSC)³⁰ asume los servicios sanitarios de la seguridad social. Posteriormente a la LOSC se hicieron algunas modificaciones importantes como *“el Decreto 202/1985, de 15 de julio, creó la red hospitalaria de utilización pública (XHUP)”*. El CatSalut utiliza los recursos sanitarios que tiene para mejorar la salud de su población, se encarga por tanto de la cobertura pública. Siendo el encargado de la financiación, planificación, compra y evaluación de los servicios sanitarios que otorga a la población de Catalunya.

El hospital San Rafael perteneciente al consorcio Germanes Hospitalaries, es un hospital general concertado con el servicio catalán de salud (catsalut) y que pertenece



a la “*Xarxa Hospitalaria d’Utilització Pública (XHUP)*”. Por lo tanto es un hospital público con gestión privada.³¹

Por otro lado si exploramos el territorio Colombiano, cuenta con una población de unos 44.977.758 de habitantes que se asemeja al número de ciudadanos del territorio español.

La protección social se consolidó en el año 1993 con el sistema de seguridad social integral y que fue modificado mediante la ley 1122 en el año 2007. Este sistema de salud cuenta con dos regímenes. El contributivo que obliga a los empleados a pagar un 11% de su salario para la población sin recursos. La población que no contribuye al sistema sanitario, será atendida por el sistema sanitario público, pero estos sistemas sanitarios gestionados por empresa privada no se encuentran en el mismo nivel de recursos que nuestro sistema sanitario público español.³²

“Las principales fuentes de financiación del Sistema se originan en el Sistema General de Participaciones (SGP), en los aportes de los trabajadores y empleadores al régimen contributivo, administrados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)”³²

Ambos sistemas sanitarios se asemejan, se centran en otorgar un sistema sanitario universal, solo que en la actualidad en Colombia se le ha dado más importancia a las instituciones privadas y aquí en España se ha dado más peso a las instituciones públicas.

Por otro lado, a pesar de que ambos sistemas sanitarios son parecidos, solo que con diferencias en la importancia de la gestión, no es justificación suficiente para utilizar esta herramienta. Se deberían de valorar otras variables como las socioculturales de ambos países, para poder asegurarnos que el uso de este instrumento es igual de eficaz. De esta manera si se extraen variables diferentes pueden ayudar para adaptar la encuesta SERVQHOS-E en la sociedad Española.

Al realizar la comparativa de los trabajos, en cuanto a las variables sociodemográficas. En el caso del estudio realizado por Yeis Miguel se encuentran bastante equiparados en cuanto a sexos del mismo modo que en este estudio. No obstante a diferencia de este estudio hay mayor número de mujeres que hombres. Del mismo modo que en el estudio de Yeis Miguel no se observó que hubieran diferencias significativas en cuanto a sexo.³⁴



En cuanto a la variable sociodemográfica de la edad, se evidencia que hay diferencia entre los estudios puesto que nuestro estudio se ha realizado a una población más envejecida con una media de 82 años. A diferencia de su estudio que establece la media de edad entre 48-49 años.³⁴ Siendo así una variable que puede afectar en la repuesta de los usuarios.

Por lo que hace al estado actual, el estado civil y los estudios se ven afectados significativamente respecto a la edad y por este motivo hay diferencias significativas entre dichos estudios.

Si hablamos del tamaño de la muestra, el estudio realizado por Yeis Miguel realizo un total de 158 pacientes encuestados, respecto a los 138 que nosotros encuestamos. Yeis Miguel realizo una comparativa de la calidad percibida por meses a diferencia de este estudio que valoró la muestra de manera homogénea y que se valoraron todos los pacientes indistintamente en el mes que fueron atendidos.³⁴

Al realizar la comparativa sobre la calidad percibida por los pacientes respecto al estudio de Yeis Miguel, determinamos que en él estudio realizado en Colombia se percibe en la gran mayoría de los pacientes una mayor satisfacción que en nuestra estudio. Aun así no hay gran diferencia entre los dos estudios, ya que el estudio realizado en Colombia se percibe la gran mayoría de encuestados los dos ítems *“mejor de lo que me esperaba”* y *“mucho mejor de lo que me esperaba”*. Y respecto al estudio realizado en Barcelona *“mejor de lo que me esperaba”* y *“como me lo esperaba”*.³⁴

En cuanto a los datos de opinión y por consiguiente al nivel de satisfacción global no hay diferencias significativas en los dos estudios, ya que en el caso del estudio realizado por Yeis Miguel se observa que la gran mayoría de los encuestados tiene una percepción de *“muy satisfecho 48,7%”* y *“satisfecho 48,1%”*, del mismo modo que en el estudio realizado los datos obtenidos son *“muy satisfecho 46,4%”* y *“satisfecho 50,7%”*.³⁴ Por tanto observamos que no hay diferencia significativa entre los dos estudios y por consiguiente ambos han obtenido un nivel de satisfacción elevado con relación al trato recibido por el personal de enfermería.

A la pregunta de *“¿recomendarías este hospital?”*, ambos estudios han obtenido una gran puntuación respecto a la respuesta de *“sin dudarlo”*, aun así fue en el estudio de Yeis Miguel quien supero este valor con un 97% de los encuestados que aseguro no dudar en recomendar este hospital, respecto al 87,7% de los encuestados en este



estudio.³⁴ Estos resultados respecto a la recomendación del hospital están directamente relacionados con el nivel de satisfacción, puesto que si hay un alto nivel de satisfacción dichos pacientes recomendaran el hospital a terceras personas.

Respecto a la pregunta “*de si el personal de enfermería realiza alguna técnica sin su permiso*” el 95,7% de los encuestados en nuestra estudio asegura que no le han realizado ninguna técnica sin su permiso y que por tanto la gran mayoría del personal de enfermería informo y pidió el permiso al paciente, realizando un cuidado individualizado y por tanto proporcionando información para el paciente. Por lo que respecta a los resultados obtenidos en el estudio de Yeis Miguel también obtuvo también un gran porcentaje de respuestas negativas, no obstante esta vez un poco por debajo de nuestro estudio, en un 90%.³⁴

Por lo que hace a la pregunta “*¿conoce el nombre de su enfermera/o?*” se han obtenido resultados muy semejantes. Puesto que en ambos estudios el 60-68% de ellos aseguran que no conocen su nombre³⁴, no obstante consideramos que este resultado puede que no sea muy válido, puesto que por un lado la enfermera puede no haberse presentado y por otro lado el paciente puede haber olvidado el nombre de esta/e aunque se haya presentado. Por consiguiente la pregunta debería de estar formulada de otra manera.

Y por último por lo que hace a las preguntas de opinión, respecto a “*¿consideran que el personal de enfermería ha proporcionado suficiente información a los pacientes?*”, también se obtienen datos muy parecidos entre ambos estudios, siendo en un 83,6% de los encuestados que aseguran que sí que le han proporcionado información en este estudio y en el estudio de Yeis Miguel en un 83%³⁴, por tanto consideraron que la información proporcionada por el personal fue suficiente.



8. Conclusiones

Al analizar las diferentes variables intangibles del estudio, los datos obtenidos cercioran que el trato otorgado por el personal de enfermería a los usuarios de medicina interna del Hospital San Rafael de Barcelona, es “mejor de lo que se esperaban” según la encuesta SERVQHOS-E. Respuesta indicativa de buena satisfacción por parte de los usuarios, es decir, que los cuidados son de alta calidad. Y por consiguiente los cuidados que presta enfermería son humanos.

La obtención de datos sociodemográficos ha podido ayudar a contextualizar el estudio. Hemos podido averiguar que la muestra se compone tanto de hombres como de mujeres en porcentajes muy similares, siendo de 82 años la media edad. Es una población muy envejecida, donde la mayoría están casados o viudos, con un nivel de estudios bajo o nulo, entendible a las circunstancias pasadas en la nación, referentes a la guerra civil española. También, la situación actual de los encuestados revela que son pensionistas, al superar casi toda la muestra los 65-67 años, edad que permite la jubilación.

Es evidente que la opinión sobre los cuidados de enfermería, es de usuarios de tercera edad. Según los resultados de chi-cuadrado, no parece haber relación entre la edad con los cuidados, excepto en la pregunta referente a la información que proporciona enfermería sobre el estado de salud del usuario, que curiosamente la edad, sí parece influir en la opinión sobre el cuidado.

Respecto al sexo, no existe ningún dato significativo que influya en la opinión del cuidado.

La satisfacción global es satisfactoria, por lo que parece tener una relación similar a los resultados finales de las variables intangibles. Datos que nos hacen pensar que los encuestados eran conscientes a los que respondían, al haber cohesión en las respuestas.

En conclusión, podemos verificar a través de la encuesta de satisfacción SERVQHOS-E, que los cuidados en el Hospital San Rafal son humanos, indiferentemente de los datos sociodemográficos del usuario, aunque la edad es una variable que no ha de pasar desapercibida.



No hay que olvidar que los resultados van en función de la percepción de cada persona y algunas veces, los usuarios, argumentan verbalmente que evalúan el cuidado no solo de enfermería, sino también, de unos compañeros fácilmente confundibles, los auxiliares de enfermería. Ambos, son el equipo más cercano al enfermo y ambos tienen la misma finalidad, cuidar al usuario en función de sus necesidades, aunque con diferentes competencias y responsabilidades. Por eso mismo algunos de los encuestados asocian el cuidado a ambos grupos profesionales y por consiguiente no solo evalúan estrictamente a enfermería, sino también a los auxiliares de enfermería que cuidan de ellos.

Por otro lado la encuesta SERVQHOS-E ha sido una herramienta de trabajo muy adecuada para poder evaluar si el personal de enfermería presta cuidados de calidad. Recomendaríamos su uso a nivel Español, consideramos que poder demostrar que el personal de enfermería otorga cuidados humanos da prestigio al hospital. No obstante, al analizar dicha encuesta hay una pregunta que creemos que está mal formulada por su confusable interpretación. Al preguntar si conoce el nombre de la enfermera, el mayor porcentaje se posicionó en el "No". Respuesta que hace dudar en si el personal de enfermería da un cuidado humano, porque da la sensación de que los profesionales no se presentan y a al hablar con los usuarios vemos que no es cierto, muchas enfermeras se presentan solo que no se acuerdan de su nombre. La pregunta se debería de formular enfocada a si la enfermera se ha presentado y no en si conoce el nombre de la enfermera, porque podría haberse olvidado el nombre y más si hablamos de personas mayores.



9. Propuesta de mejora

En el presente estudio se ha objetivado que la percepción de los usuarios, sobre los cuidados prestados por el personal de enfermería, son humanos. Lo que parece ser, que el nivel de conocimientos de cómo proporcionar unos cuidados humanizados es evidente. No obstante, proponemos tener en cuenta este aspecto en el programa de formación del centro, con la idea de seguir informando, ya que reforzaría los conocimientos acerca de cómo humanizar el cuidado.

Por consiguiente, sería de interés monitorizar indicadores, que aseguren un mantenimiento óptimo de calidad asistencial.

Nuestra propuesta de mejora es aprovechar los programas de formación para incorporar nuevas tendencias de meditación que aumenten la motivación personal, la relajación y la disminución del estrés del personal sanitario. De este modo si conseguimos tener los profesionales contentos y relajados, pensamos que puede influir positivamente en los cuidados de los usuarios.

Una de las técnicas que proponemos es el “*mindfulness*”. Un programa que se está introduciendo en algunos hospitales.

Este programa consiste en la atención física y espiritual completa del cuerpo. Consiste en que la persona centre la atención en sí misma.

Además de aprender a controlar pensamientos, sentimientos y sensaciones, que provocan muchas veces el estrés i/o ansiedad, que puede afectar en el trato del usuario. Se intenta concentrar en un solo pensamiento o en dejar la mente en blanco y no dejar que otros afecten a esa idea. Este control emocional aporta a la persona paz y serenidad.

Haciendo que esta tranquilidad y serenidad sea transmitida a los pacientes. Es tan importante proporcionar los mejores cuidados a los usuarios, como tener al el personal sanitario informado, motivado, contento y relajado.

Si se cuida bien al profesional, mejor se cuidará al paciente.



10. Bibliografía

1. UPWORK [Internet]. España: concepto. De; 2015 [actualizado 2015; citado 23 enero 2017]. Disponible en: <http://concepto.de/enfermeria/>
2. Adelaida ZY. El rol del profesional en enfermería. Aquichan [Internet]. 2003 [Citado 6 marzo 2017];(3):1-20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004
3. Rodríguez Campo, V.A.; Paravic Klijn, T.M. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. Enfermería Global [Internet]. 2011 [citado 6 marzo 2017]; 1-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400020>
4. Real Academia Española [Internet]. Madrid [Actualizado en 2017; citado 29 enero 2017]. Disponible en: <http://www.rae.es>
5. 7Graus. Significado de Calidad [Internet]. Significados. [citado 28 enero 2017]. Disponible en: <https://www.significados.com/calidad>
6. Msssi.gob: Aspectos básicos de gestión de calidad en el ámbito sanitario [Internet]. 2005 [citado 29 enero 2017]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/en/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/general2005/Cap2AspeBasicGestCalidadAmbitoSanitario.pdf>
7. Rodríguez Pérez MP. Grande Armesto M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [Citado 29 enero 2017] Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/view.php?pid=bibliuned:500957>
8. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios [Internet]. ELSERVIER. 2001 [citado 29 enero 2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-satisfaccion-del-paciente-principal-motor-S1134282X02774708?redirectNew=true>
9. Sanz Garcia,P; Jurado García,C; Fernández Serrano, M. La humanización de los cuidados, la clave de la satisfacción asistencial: hacia el plan de acogida y acompañamiento [Internet]. Escuela universitaria de enfermería santa madrona. 2009 [citado 29 enero 2017]. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21526/1/2009_2.pdf



10. García Hernández,L; Cárdenas Becerri,L; Arana Gómez,B; Monroy Rojas,A; Hernández Ortega,Y; Salvador Martínez,C. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería [Internet]. Enferm, Florianópolis, 2011; 20 (España): 74-80 [citado 29 enero 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea09.pdf>
11. Brusco, A. (1999). Humanización de la asistencia al enfermo. España: Sal Terrae. Cuadernos del centro de humanización de la salud. [Citado 2 marzo 2017].
12. Ferrer, V., Medina Moya, J. L., & Lloret, C. (2003). Que formación para que enfermería? del reduccionismo simplificar a los saberes complejos. En J. L. Medina Moya, La complejidad en enfermería. Profesión, gestión, formación (pág. 139). Barcelona: Laertes. psicopedagogía. [citado 2 marzo 2017].
13. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. (1997). Avances conceptuales del grupo de cuidado. En G. d. Colombia, Dimensiones del cuidado (pág. 10). Colombia: Unibiblos. [Citado 2 marzo 2017].
14. Colliere, M. F. (1993). Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados, para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería. En M. F. Colliere, Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. (pág.233-240). España: Interamericana McGraw-Hill. [Citado 2 marzo 2017].
15. Watson, J. (1988). Cuidado Humano. En J. Watson, Enfermería ciencia humana y cuidado humano: una teoría de enfermería (págs. 9-30). Estados Unidos: National League for Nursing. [Citado 3 marzo 2017].
16. González-Juárez, L; Luisa Velandia, A; Flores-Fernández, V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. (2009). In: CONAMED. [Citado 1 marzo 2017].
17. Eugenia Urra ,M; Alejandra Jana,A; Marcela García, V. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería [Internet]. 2011 [citado 6 marzo 2017]; 11-22. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300002>
18. Poblete Troncoso,M; Valenzuela Suazo,S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm; 20 pág. 499-503 [Internet]. 2007 [citado 6 marzo 2017]; Disponible en; <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>



19. Ceballos Vazquez,PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Ciencia y Enfermería*. (1) 31-35 [Internet] 2010 [citado 6 marzo 2017]; Disponible en; http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_04.pdf
20. Álvarez Quintillán,R; González Balcázar,F; Pérez Certal,M. El paradigma de la transformación: escuela del cuidado (escuela del "caring"). [Internet] 2014. [Citado 1 marzo 2017]. Disponible en: <https://mraquin.files.wordpress.com/2014/04/escuela-del-caring.pdf>
21. Borré Ortiz,YM. Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla. [Internet] [citado 7 febrero 2017] Universidad nacional de Colombia. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300008>
22. J.J. Mira, J. Rodríguez-Marín, R. Peset, J. Ybarra, V. Pérez-Jover, I. Palazón, E. Llorca, Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria, *Revista de Calidad Asistencial*, Volume 17, Issue 5, 2002, Pages 273-283, ISSN 1134-282X, [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-282X\(02\)77517-9](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-282X(02)77517-9). [Citado 28 abril 2017]
23. Agustín Villanueva, Cristina Nebot, Antonio Galán, Gregorio Gómez, Manuel Cervera, José Joaquín Mira. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente, *Revista de Calidad Asistencial*, Volume 21, Issue 4, 2006, Pages 199-206, ISSN 1134-282X, [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-282X\(06\)70781-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-282X(06)70781-3). [citado 28 abril 2017]
24. Pascual, M. Hábitos de compra y calidad de servicio (una aplicación en establecimientos de alimentación mediante diseño de encuesta). Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad de Valencia. España [Citado 1 Mar. 2017]. 2004 Disponible en: <http://roderic.uv.es/handle/10550/15446>
25. Oliver, R. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*. 1980; 17(4): 460-9 [Citado 2 marzo 2017].
26. Parasuraman, A. Zeithalm, V. Berry, L. Servqual: A multipleitem scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Retailing*. 1988; 64:12-40. [Citado 2 marzo 2017].



27. Mira, JJ. Aranaz, J. Rodríguez, M. Buil, AA. SERVQHOS: Un cuestionario para evaluar calidad percibida de la asistencia hospitalaria. Medicina preventiva 1998; 4(12):8. [Citado 2 marzo 2017].
28. Manrique, FG. Validación del instrumento SERVQUAL para la medición de la calidad percibida en instituciones de salud en Boyacá. Tunja: Escuela superior de administración pública; 1998. [Citado 2 marzo 2017].
29. Boe.es. (2002). Boletín oficial del estado - Documento consolidado BOE-A-2002-22188. [Internet] [citado 2 marzo 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
30. SNS: Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de sanidad. Madrid 2015 [citado 28 enero 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/home.htm>
31. Constitución española, BOE: Boletín Oficial del estado. [Internet]. 1978 [citado 28 enero 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
32. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [Internet]. BOE. 1986 [Citado 28 enero 2017]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499
33. Idescat. Anuario estadístico de Cataluña. Provincias [Internet]. Idescat.cat. 2016 [Citado 28 enero 2017]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=245&lang=es>
34. El sistema de atención a la salud en Cataluña; evolución y orientaciones estratégicas desde la perspectiva del servicio catalán de la salud. [Internet]. Generalitat de Catalunya. [citado 29 enero 2017]. Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/.../sistema_atencio_cast.pdf
35. Hospital San Rafael - Germanes Hospitalàries [Internet]. Hsrafael.com. [citado 29 enero 2017]. Disponible en : <http://www.hsrafael.com>
36. Perfil de los Sistemas de Salud: Colombia [Internet]. Paho.org. 2009 [citado 29 enero 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1241:perfil-de-los-sistemas-de-salud-colombia&Itemid=361

SERVQHOS – E CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERIA

ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO A ENFERMERÍA (SERVQHOS-E): Julián A. Barragán

CUESTIONARIO ORIGINAL (SERVQHOS): José J. Mira Solves, Jesús M^º Aranz Andrés

INVESTIGADORES: Daniel Pérez, Jennifer Heredia (Trabajo final de grado)

11. ANEXOS

Anexo 1

Estimado Sr./Sra;

Estamos realizando un trabajo de investigación de final de grado de enfermería y tenemos interés en conocer su opinión acerca de la calidad que el personal de enfermería ha ofrecido durante su estancia, en la unidad de medicina interna del Hospital San Rafael de Barcelona. Por este motivo, nos dirigimos a usted para solicitar su colaboración, ya que su opinión en un futuro ayude a mejorar la calidad de la atención.

Este cuestionario es totalmente anónimo y voluntario, todo lo que diga será tratado de forma confidencial. Una vez haya contestado a todas las preguntas puede devolver el cuestionario.

Le agradecemos de antemano su participación.

Por favor rellene o marque con una X las siguientes casillas;

Edad:

Sexo:

Mujer

Hombre

Estado civil:

Casado/a

Soltero/a

Viudo/a

Separado/a

Estudios terminados;

Sin estudios

Primarios

Bachillerato

Ciclos Formativos

Universitarios

Actualmente usted está;

Pensionista

Desempleado

Empleado

Autónomo

Estudiante

Utilice este espacio para hacernos llegar cualquier sugerencia:

SERVQHOS – E: CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Basándonos en su experiencia, señale si la calidad de la atención de enfermería que le han proporcionado en el hospital ha sido mejor o peor de lo que esperaba. Si cree por ejemplo, que ha sido MUCHO PEOR de lo que esperaba ponga una X en la casilla 1. Si ha sido MUCHO MEJOR de lo que esperaba, ponga una X en la casilla 5 y así sucesivamente.

RESPUESTA	La calidad de la atención de enfermería ha sido				
	MUCHO PEOR DE LO QUE ESPERABA	PEOR DE LO QUE ESPERABA	COMO ME LO ESPERABA	MEJOR DE LO QUE ME ESPERABA	MUCHO MEJOR DE LO QUE ME ESPERABA
	1	2	3	4	5

EN EL HOSPITAL SANT RAFAEL, GERMANES HOSPITALARIES; BARCELONA					
1. La tecnología utilizada de los equipos que utilizan las enfermeras para hacer su trabajo ha sido.	1	2	3	4	5
2. La apariencia (presentación personal) del personal de enfermería ha sido.	1	2	3	4	5
3. Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber a dónde dirigirse en los servicios del hospital ha sido.	1	2	3	4	5
4. El interés de las enfermeras por cumplir lo que le promete ha sido.	1	2	3	4	5
5. El estado en que están las habitaciones del hospital (aparición y comodidad) ha sido.	1	2	3	4	5
6. La información que las enfermeras proporcionan ha sido.	1	2	3	4	5
7. El tiempo de espera para ser atendido por la enfermera cuando usted requiero algo ha sido.	1	2	3	4	5
8. El interés de las enfermeras por solucionar sus problemas ha sido.	1	2	3	4	5
9. La puntualidad de las enfermeras en atenderlo ha sido	1	2	3	4	5
10. La rapidez con que consigue lo que necesita o pide al personal de enfermería ha sido.	1	2	3	4	5
11. La disposición de las enfermeras para ayudarlo cuando lo necesita ha sido.	1	2	3	4	5
12. La confianza (seguridad) que las enfermeras transmiten a los pacientes ha sido.	1	2	3	4	5
13. La amabilidad (cortesía) de las enfermeras en el trato con la gente ha sido.	1	2	3	4	5
14. La preparación del personal de enfermería para hacer bien el trabajo (capacitación) ha sido.	1	2	3	4	5
15. El trato personalizado que las enfermeras dan a los pacientes ha sido.	1	2	3	4	5
16. La capacidad del personal de enfermería para comprender las necesidades de los pacientes ha sido.	1	2	3	4	5

Marque con una X en la casilla que mejor refleje su atención

Indique su nivel de satisfacción global con la atención de enfermería que ha recibido durante su estancia en el hospital:

MUY SATISFECHO

SATISFECHO

POCO SATISFECHO

NADA SATISFECHO

¿Recomendaría este hospital a otras personas por la atención que brinda el personal de enfermería?

SIN DUDARLO

TENGO DUDAS

NUNCA

¿Le han practicado las enfermeras pruebas o procedimientos sin su permiso?

SI

NO

AIGUNAS VECES

A su juicio ha estado internado/a en el hospital:

MENOS DE LO NECESSARIO

EL TIEMPO NECESSARIO

MÁS DE LO NECESSARIO



¿Conoce el nombre de la enfermera que lo atendía en cada turno?

SI NO

¿Cree que ha recibido suficiente información sobre su estado de salud por parte del personal de enfermería?

SI NO

Durante su hospitalización estuvo en la unidad de...

El ingreso en el hospital se produjo;

PROGRAMADO POR URGENCIAS POR TRASLADO

Número de veces que ha estado ingresado en este hospital este año.

Muchas gracias por su colaboración

Anexo_2



FIDMAG
Germanes Hospitalàries
Research Foundation

Referencia CEIC: PR-2017-03

CERTIFICADO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Doña Silvia Sanz Pamplona, como secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado en su reunión del día 26 de enero de 2017 el Proyecto titulado:

Cuidados humanizados que presta el personal de enfermería en la unidad de medicina interna

Por los investigadores: **Daniel Pérez Berral y Jennifer Heredia Vidal**

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para realizar el estudio
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado, como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos

y que este Comité emite un dictamen **FAVORABLE** para su realización en el/los centro/s:

Sant Rafael

Lo que firmo en Barcelona, el 26 de enero de 2017



Silvia Sanz Pamplona
Secretaria CEIC
Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús



Anexo_3

¿Cuál es su sexo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	63	45,7	45,7	45,7
	Masculino	75	54,3	54,3	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Cuál es su edad?

N	Válido	138
	Perdidos	0
Media		81,54
Mediana		82,00
Desviación estándar		8,186
Varianza		67,009
Mínimo		52
Máximo		98

¿Cuál es su nivel de estudios?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin estudios	44	31,9	31,9	31,9
	Estudios primario	76	55,1	55,1	87,0
	Bachillerato	11	8,0	8,0	94,9
	Ciclos formativos	6	4,3	4,3	99,3
	Universitarios	1	,7	,7	100,0
	Total	138	100,0	100,0	



¿Cuál es su estado civil?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Valido	Casado/a	65	47,1	47,1	47,1
	Soltero/a	8	5,8	5,8	52,9
	Viudo/a	60	43,5	43,5	96,4
	Separado/a	5	3,6	3,6	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Actualmente usted está?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Pensionista	134	97,1	97,1	97,1
	Desempleado	3	2,2	2,2	99,3
	Empleado	1	,7	,7	100,0
	Total	138	100,0	100,0	



Anexo_4

Tabla cruzada

Recuento		El interés de las enfermeras por cumplir lo que le promete ha sido.					Total
		Mucho peor de lo que me esperaba	Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
Cúal es su sexo?	Femenino	1	3	20	15	24	63
	Masculino	0	3	16	26	30	75
Total		1	6	36	41	54	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,049 ^a	4	,399
Razón de verosimilitud	4,443	4	,349
Asociación lineal por lineal	1,321	1	,251
N de casos válidos	138		

a. 4 casillas (40,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,46.

Tabla cruzada

Recuento		La información que las enfermeras proporcionan ha sido.					Total
		Mucho peor de lo que me esperaba	Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
Cúal es su sexo?	Femenino	0	2	16	19	26	63
	Masculino	1	2	21	25	26	75
Total		1	4	37	44	52	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,461 ^a	4	,833
Razón de verosimilitud	1,840	4	,765
Asociación lineal por lineal	,612	1	,434
N de casos válidos	138		

a. 4 casillas (40,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,46.



Tabla cruzada

Recuento		La puntualidad de las enfermeras en atenderlo ha sido					Total
		Mucho peor de lo que me esperaba	Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
Cúal es su sexo?	Femenino	0	4	24	9	26	63
	Masculino	1	1	21	25	27	75
Total		1	5	45	34	53	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,577 ^a	4	,048
Razón de verosimilitud	10,323	4	,035
Asociación lineal por lineal	,436	1	,509
N de casos válidos	138		

a. 4 casillas (40,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,46.

Tabla cruzada

Recuento		La rapidez con que consigue lo que necesita o pide al personal de enfermería ha sido.					Total
		Mucho peor de lo que me esperaba	Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
Cúal es su sexo?	Femenino	0	4	21	16	22	63
	Masculino	1	0	24	22	28	75
Total		1	4	45	38	50	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,868 ^a	4	,209
Razón de verosimilitud	7,760	4	,101
Asociación lineal por lineal	,607	1	,436
N de casos válidos	138		

a. 4 casillas (40,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,46.



Tabla cruzada

Recuento		La disposición de las enfermeras para ayudarle cuando lo necesita ha sido.				Total
		Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
Cúal es su sexo?	Femenino	1	20	17	25	63
	Masculino	1	18	25	31	75
Total		2	38	42	56	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,238 ^a	3	,744
Razón de verosimilitud	1,238	3	,744
Asociación lineal por lineal	,458	1	,499
N de casos válidos	138		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,91.

Tabla cruzada

Recuento		La confianza (seguridad) que las enfermeras transmiten a los pacientes ha sido				Total
		Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
Cúal es su sexo?	Femenino	2	20	12	29	63
	Masculino	1	17	26	31	75
Total		3	37	38	60	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,794 ^a	3	,188
Razón de verosimilitud	4,887	3	,180
Asociación lineal por lineal	,285	1	,593
N de casos válidos	138		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,37.



Tabla cruzada

Recuento

		La amabilidad (cortesía) de las enfermeras en el trato con la gente ha sido.				Total
		Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
Cúal es su sexo?	Femenino	2	12	18	31	63
	Masculino	1	14	29	31	75
Total		3	26	47	62	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,034 ^a	3	,565
Razón de verosimilitud	2,048	3	,563
Asociación lineal por lineal	,073	1	,787
N de casos válidos	138		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,37.

Tabla cruzada

Recuento

		La preparación del personal de enfermería para hacer bien el trabajo (capacitación) ha sido.				Total
		Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
Cúal es su sexo?	Femenino	3	13	17	30	63
	Masculino	0	19	26	30	75
Total		3	32	43	60	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,003 ^a	3	,172
Razón de verosimilitud	6,143	3	,105
Asociación lineal por lineal	,036	1	,849
N de casos válidos	138		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,37.



Tabla cruzada

Recuento		El trato personalizado que las enfermeras dan a los pacientes ha sido				Total
		Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
Cúal es su sexo?	Femenino	3	15	15	30	63
	Masculino	0	17	26	32	75
Total		3	32	41	62	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,136 ^a	3	,162
Razón de verosimilitud	6,291	3	,098
Asociación lineal por lineal	,150	1	,698
N de casos válidos	138		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,37.

Tabla cruzada

Recuento		La capacidad del personal de enfermería para comprender las necesidades de los pacientes ha sido.				Total
		Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
Cúal es su sexo?	Femenino	2	16	13	32	63
	Masculino	0	17	26	32	75
Total		2	33	39	64	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,361 ^a	3	,147
Razón de verosimilitud	6,175	3	,103
Asociación lineal por lineal	,004	1	,948
N de casos válidos	138		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,91.



Anexo_5

Tabla cruzada

Recuento		El interés de las enfermeras por cumplir lo que le promete ha sido.					Total
		Mucho peor de lo que me esperaba	Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
edades	de 52 a 62 años	0	0	2	1	2	5
	de 63 a 73 años	0	1	5	4	4	14
	de 74 a 84 años	0	3	13	16	32	64
	de 85 a 100 años	1	2	16	20	16	55
Total		1	6	36	41	54	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,147 ^a	12	,690
Razón de verosimilitud	9,631	12	,648
Asociación lineal por lineal	,297	1	,586
N de casos válidos	138		

a. 13 casillas (65,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Tabla cruzada

Recuento		La información que las enfermeras proporcionan ha sido.					Total
		Mucho peor de lo que me esperaba	Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
edades	de 52 a 62 años	1	0	1	1	2	5
	de 63 a 73 años	0	2	4	4	4	14
	de 74 a 84 años	0	1	16	21	26	64
	de 85 a 100 años	0	1	16	18	20	55
Total		1	4	37	44	52	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,698 ^a	12	,001
Razón de verosimilitud	11,990	12	,447
Asociación lineal por lineal	1,215	1	,270
N de casos válidos	138		

a. 13 casillas (65,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.



Tabla cruzada

Recuento

		El tiempo de espera para ser atendido por la enfermera cuando usted ha requerido algo ha sido.					Total
		Mucho peor de lo que me esperaba	Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
edades	de 52 a 62 años	0	0	1	2	2	5
	de 63 a 73 años	1	1	5	2	5	14
	de 74 a 84 años	0	2	16	12	34	64
	de 85 a 100 años	2	1	15	24	13	55
Total		3	4	37	40	54	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,721 ^a	12	,073
Razón de verosimilitud	20,661	12	,056
Asociación lineal por lineal	,611	1	,435
N de casos válidos	138		

a. 13 casillas (65,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.

Tabla cruzada

Recuento

		El interés de las enfermeras por solucionar sus problemas ha sido.					Total
		Mucho peor de lo que me esperaba	Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
edades	de 52 a 62 años	0	0	2	1	2	5
	de 63 a 73 años	1	0	4	4	5	14
	de 74 a 84 años	0	4	11	17	32	64
	de 85 a 100 años	2	1	14	21	17	55
Total		3	5	31	43	56	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,246 ^a	12	,426
Razón de verosimilitud	13,561	12	,330
Asociación lineal por lineal	,236	1	,627
N de casos válidos	138		

a. 13 casillas (65,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.



Tabla cruzada

Recuento

		La puntualidad de las enfermeras en atenderlo ha sido					Total
		Mucho peor de lo que me esperaba	Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
edades	de 52 a 62 años	0	0	1	2	2	5
	de 63 a 73 años	0	1	5	3	5	14
	de 74 a 84 años	0	3	14	17	30	64
	de 85 a 100 años	1	1	25	12	16	55
Total		1	5	45	34	53	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,472 ^a	12	,489
Razón de verosimilitud	11,969	12	,448
Asociación lineal por lineal	2,183	1	,139
N de casos válidos	138		

a. 13 casillas (65,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Tabla cruzada

Recuento

		La rapidez con que consigue lo que necesita o pide al personal de enfermería ha sido.					Total
		Mucho peor de lo que me esperaba	Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
edades	de 52 a 62 años	0	0	2	2	1	5
	de 63 a 73 años	0	0	7	2	5	14
	de 74 a 84 años	0	2	16	17	29	64
	de 85 a 100 años	1	2	20	17	15	55
Total		1	4	45	38	50	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,394 ^a	12	,669
Razón de verosimilitud	10,397	12	,581
Asociación lineal por lineal	,617	1	,432
N de casos válidos	138		

a. 13 casillas (65,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.



Tabla cruzada

Recuento		La disposición de las enfermeras para ayudarle cuando lo necesita ha sido.				Total
		Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
edades	de 52 a 62 años	0	1	2	2	5
	de 63 a 73 años	0	7	2	5	14
	de 74 a 84 años	1	16	18	29	64
	de 85 a 100 años	1	14	20	20	55
Total		2	38	42	56	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,011 ^a	9	,739
Razón de verosimilitud	6,044	9	,736
Asociación lineal por lineal	,012	1	,912
N de casos válidos	138		

a. 9 casillas (56,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Tabla cruzada

Recuento		La confianza (seguridad) que las enfermeras transmiten a los pacientes ha sido				Total
		Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
edades	de 52 a 62 años	0	1	2	2	5
	de 63 a 73 años	0	4	5	5	14
	de 74 a 84 años	1	14	15	34	64
	de 85 a 100 años	2	18	16	19	55
Total		3	37	38	60	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,115 ^a	9	,728
Razón de verosimilitud	6,402	9	,699
Asociación lineal por lineal	1,506	1	,220
N de casos válidos	138		

a. 9 casillas (56,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.



Tabla cruzada

Recuento

		La amabilidad (cortesía) de las enfermeras en el trato con la gente ha sido.				Total
		Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
edades	de 52 a 62 años	0	0	3	2	5
	de 63 a 73 años	0	3	5	6	14
	de 74 a 84 años	1	12	18	33	64
	de 85 a 100 años	2	11	21	21	55
Total		3	26	47	62	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,255 ^a	9	,811
Razón de verosimilitud	6,377	9	,702
Asociación lineal por lineal	1,070	1	,301
N de casos válidos	138		

a. 9 casillas (56,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.

Tabla cruzada

Recuento

		La preparación del personal de enfermería para hacer bien el trabajo (capacitación) ha sido.				Total
		Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
edades	de 52 a 62 años	0	0	3	2	5
	de 63 a 73 años	0	4	5	5	14
	de 74 a 84 años	3	14	14	33	64
	de 85 a 100 años	0	14	21	20	55
Total		3	32	43	60	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,852 ^a	9	,286
Razón de verosimilitud	12,992	9	,163
Asociación lineal por lineal	,258	1	,611
N de casos válidos	138		

a. 9 casillas (56,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.



Tabla cruzada

Recuento

		El trato personalizado que las enfermeras dan a los pacientes ha sido				Total
		Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
edades	de 52 a 62 años	0	0	3	2	5
	de 63 a 73 años	0	4	4	6	14
	de 74 a 84 años	2	12	15	35	64
	de 85 a 100 años	1	16	19	19	55
Total		3	32	41	62	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,963 ^a	9	,441
Razón de verosimilitud	10,187	9	,336
Asociación lineal por lineal	1,771	1	,183
N de casos válidos	138		

a. 9 casillas (56,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.

Tabla cruzada

Recuento

		La capacidad del personal de enfermería para comprender las necesidades de los pacientes ha sido.				Total
		Peor de lo que me esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que me esperaba	Mucho mejor de lo que me esperaba	
edades	de 52 a 62 años	0	1	2	2	5
	de 63 a 73 años	0	5	3	6	14
	de 74 a 84 años	1	12	16	35	64
	de 85 a 100 años	1	15	18	21	55
Total		2	33	39	64	138

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,088 ^a	9	,827
Razón de verosimilitud	5,286	9	,809
Asociación lineal por lineal	,430	1	,512
N de casos válidos	138		

a. 9 casillas (56,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.



Anexo_6

Satisfacción global que ha otorgado el personal de enfermería ha recibido.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy satisfecho	64	46,4	46,4	46,4
	Satisfecho	70	50,7	50,7	97,1
	Poco satisfecho	4	2,9	2,9	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Recomendaría este hospital a otras personas por la atención que brinda el personal de enfermería?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin dudarlo	121	87,7	87,7	87,7
	Tengo duda	13	9,4	9,4	97,1
	Nunca	4	2,9	2,9	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Alguna vez las enfermeras o enfermeros les habían realizado alguna técnica sin su permiso?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	3	2,2	2,2	2,2
	No	132	95,7	95,7	97,8
	Algunas veces	3	2,2	2,2	100,0
	Total	138	100,0	100,0	

¿Conoce el nombre de la enfermera que lo atendía en cada turno?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	54	39,1	39,1	39,1
	No	84	60,9	60,9	100,0
	Total	138	100,0	100,0	



¿Cree que ha recibido suficiente información sobre su estado de salud por parte del personal de enfermería?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	114	82,6	82,6	82,6
	No	24	17,4	17,4	100,0
	Total	138	100,0	100,0	