

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA
de la Fundación "la Caixa"

TITULO

**LA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS, LA
CLAVE DE LA SATISFACCIÓN ASISTENCIAL:**

HACIA EL PLAN DE ACOGIDA Y ACOMPAÑAMIENTO

AUTORES/AS

**PEDRO SANZ GARCÍA
M. CARMEN JURADO GARCÍA
M. MERCEDES FERNÁNDEZ SERRANO**

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería para la obtención del Máster.

Trabajo dirigido por los profesores:
DR. Esteban Pont
Sra. Montserrat Teixidor

Comisión evaluadora

Montserrat Teixidor	Presidenta
Esteve Pont	Secretario
Marisol Rodríguez	Vocal
José Tejada	Vocal

Presentado en fecha: 22 de julio de 2009

Aceptado en fecha: 8 de septiembre de 2009

Queda prohibida cualquier reproducción total o parcial de este trabajo sin la autorización expresa por parte de los autores.

AGRADECIMIENTOS

A los tutores de este trabajo de investigación, Sra. Montserrat Teixidó y Dr. Pons, por la dedicación durante estos dos años en los que hemos tenido la oportunidad de crecer, gracias a ellos, a nivel profesional y personal.

Al Dr. Tejada, por su paciencia, rigurosidad y capacidad de transmitirnos sus conocimientos.

A los jueces de la investigación:

- Dra. Pons , Jefe de Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Clínico de Barcelona
- Dra. Olega, Jefe de Servicio de Radiología del Hospital Clínico de Barcelona
- Dr. García, Consultor Senior de Traumatología del Hospital Clínico de Barcelona
- Sra. Esquinas, DUE y Diplomada en Estadística
- Dr. Tejada, profesor de la Escuela Universitaria Santa Madrona
- Dra. Marisol, profesor de la Escuela Universitaria Santa Madrona

A la Sra. Bisly, directora de Enfermería del Hospital Clínico de Barcelona, por habernos ofrecido la oportunidad de realizar el Máster en gestión de enfermería y por la ayuda prestada a todos los niveles.

A las Enfermeras/os de la Unidad de Traumatología(G10.2 y G10.4) del Hospital Clínico de Barcelona, por su ayuda y colaboración y especialmente a Teresa Pascual (coordinadora de la unidad G10.2).

Al Sr. Sergi Puyó (documentalista) y la Sra. Leonor Pérez (secretaria) por su ayuda y disponibilidad siempre que lo hemos necesitado.

A nuestros compañeros de clase con los que hemos compartido penas y alegrías.

1 INTRODUCCION

1.1 Justificación	1
1.2 Objetivos	7
1.2.1 Objetivo General	7
1.2.2 Objetivo Específico.....	7

2. MARCO TEORICO

2.1 Humanismo	8
2.1.1 En cuanto al ser Humano	8
2.1.2 La Esencia de la Enfermería	11
2.1.3 Valores Importantes del Enfermero en la Praxis de los Cuidados...	13
2.2 El Pensamiento Enfermero	16
2.2.1 Introducción.....	16
2.2.2 El Pensamiento Crítico de Enfermería	17
2.3 Plan de Acogida	18
2.3.1 Definición.....	18
2.3.2 Nuestra idea sobre lo que creemos que debe ser un plan de acogida	18
2.3.3 Otras Concepciones Sobre lo que es un plan de acogida.....	19
2.3.4 Planes de Acogida de otros Centros.....	20
2.3.4.1 Introducción	20
2.3.4.2 Descripción	20
2.4 Acompañamiento	26
2.5 Relación de Ayuda en Enfermería	28

2.6 Satisfacción	31
2.6.1 Definición.....	31
2.6.2 Escala de Medida para la Satisfacción.....	33
2.6.3 Escalas de Medición.....	35
2.7 Centro donde se desarrollará Nuestro Trabajo	35
2.7.1 Descripción.....	35
2.7.2 Servicio de Traumatología.....	37
2.7.2.1 Descripción de la Sala	37
2.7.2.2 Perfil del Paciente Traumatológico Ingresado en esta Sala.....	38
2.7.3 Misión del Hospital Clínico	41
2.7.4 Las Premisas Estratégicas que Definen el Desarrollo del Hospital .	41
2.7.5 Profesionales de Enfermería. Política de enfermería	42
2.7.5.1 Principios	42
2.7.5.2 Líneas Estratégicas	43
2.7.5.2.1 Práctica clínica	43
2.7.5.2.2 Docencia	45
2.7.5.2.3 Liderazgo Profesional y Gestión.....	45
2.7.5.2.4 Investigación	47

3. MARCO PRÁCTICO

3.1 Diseño del Estudio	49
3.1.1 Metodología.....	49
3.1.2 Cuadro de Variables.....	49
3.1.3 Población y Muestra	49
3.1.3.1 Población.....	49
3.1.3.2 Muestra.....	49
3.2 Estrategías de Recogida de Información e Instrumentación	50
3.2.1 Cuestionario	50
3.2.3 Plan de Acogida y Acompañamiento.....	50

4. RESULTADOS	
4.1 Introducción	51
4.2 Caracterización de la muestra	52
4.2.1 Variables personales de los profesionales	52
4.2.2 Variables personales de los pacientes	54
4.3 Resultados descriptivos	55
4.3.1 Análisis de las necesidades de los pacientes según la perspectiva de los profesionales de enfermería	55
4.3.1.1 Información	55
4.3.1.2 Atención recibida por el paciente	58
4.3.1.3 Aspectos generales	61
4.3.1.4 Confort del paciente	62
4.4 Análisis de las necesidades de los pacientes según la perspectiva de los mismos.	
4.4.1 Información	63
4.4.2 Atención	65
4.4.3 Trato recibido	67
4.4.4 Cuidados recibidos	69
4.5 Resultados inferenciales	71
4.5.1 Necesidades en cuanto a la información dada al paciente	71
4.5.2 Necesidades en cuanto a la atención recibida por el paciente	73
4.5.3 Necesidades del paciente en cuanto a su confort	74
4.5.4 Necesidades del paciente según los cuidados recibidos	75
5. CONCLUSIONES	76
6. PROPUESTAS DE LA INVESTIGACIÓN	
6.1 Propuestas de intervención	78
6.1.1 Estructura del plan de acogida y acompañamiento	78
6.2 Propuestas de tipo organizativo	82
7. NUEVAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN	82
8. BIBLIOGRAFÍA	83
9. ANEXOS	88

1.1. JUSTIFICACION

La atención sanitaria está cada vez más tecnificada y menos humanizada. A menudo, el hecho de tener los conocimientos necesarios y dominar la técnica, lleva al profesional a actitudes de prepotencia donde no se tienen en cuenta las necesidades del paciente sino que se dan por supuestas no coincidiendo en muchas ocasiones. Esto genera un aumento de la ansiedad e insatisfacción del mismo.

Si bien las últimas tecnologías ponen al alcance del paciente los medios más sofisticados para garantizarle los cuidados que necesita, paradójicamente parece que lo alejan de la atención y del trato humano.

Una de las herramientas claves para humanizar los cuidados son la información y la comunicación. Pero hablar de información y comunicación simplemente, no es suficiente para poder humanizar los cuidados.

El lenguaje verbal y no verbal entre enfermero(a) y paciente es muy importante en todo momento pero fundamental durante el primer contacto.

Mediante la voz se puede transmitir cordialidad o frialdad. Una sonrisa invita a la calma y a la confianza del paciente, disminuyendo la ansiedad o la angustia. El tono y el timbre de voz pueden indicar al enfermero(a) el estado emocional del paciente.

Hay que tener en cuenta que la fase del encuentro es esencial para establecer una verdadera relación de ayuda; la cual se inicia con la acogida.

Además, la fase de acogida no se limita sólo al primer encuentro sino que precede a cada contacto del enfermero(a) con el paciente.

Es preciso, hablar de la relación de ayuda, centrada siempre en la persona y no sólo en las necesidades del enfermo. Cuando una persona está enferma, no es sólo una parte de su cuerpo la afectada es todo su cuerpo, su capacidad de pensar, su mundo afectivo, social, relacional y de los valores o espiritual. Por ello, es preciso abordar a la persona desde su globalidad, siendo esta la que debe encontrar la solución que ella crea más apropiada a su problema contando en todo momento con el soporte del profesional de enfermería y los recursos del propio paciente.

Del mismo modo, es preciso hablar, de la competencia relacional del profesional de enfermería así como de sus actitudes; aceptación del paciente, empatía, autenticidad, capacidad de escucha y reflexión.....en definitiva todo aquello que hace de la enfermería un arte.

PROBLEMA DE ESTUDIO

En nuestra práctica profesional hemos detectado que los pacientes se sienten preocupados e inseguros por el desconocimiento del funcionamiento del sistema y la percepción hostil que tienen del medio hospitalario.

Por ello creemos fundamental la puesta en marcha de un plan de acogida y acompañamiento (PAA), basado en las necesidades claves, que los pacientes diagnosticados de fractura de fémur procedentes de urgencias, nos refieren durante su hospitalización en una unidad de traumatología.

Con este PAA conseguiremos:

- Paliar la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran los pacientes en el momento de su ingreso.
- Informar a enfermos y familiares sobre el medio hospitalario.
- Proporcionar confort.
- Transmitir confianza y seguridad.

Todos estos puntos permiten humanizar la estancia hospitalaria del paciente.

Este plan generará un aumento de la satisfacción del paciente al disminuir el grado de ansiedad y aumentar el nivel de confianza en el personal de enfermería. El paciente confía en la técnica y sus avances pero mucho más necesita confiar en la persona que le atiende y le maneja.

El hecho de estar ingresado genera por sí mismo un alto índice de ansiedad en el paciente. Si además es preciso realizar alguna técnica de enfermería: Sondaje vesical, canalización venosa, electrocardiograma, punción, etc, esta ansiedad puede aumentar¹.

Las experiencias que mayor ansiedad provocan en un paciente son las relacionadas con el dolor, el miedo a las consecuencias de la enfermedad y la falta de información sobre esta. La información que se da al enfermo debe ser lo más unificada posible, los mensajes contradictorios aumentan la ansiedad del paciente.

Es importante que el equipo se presente y que el paciente tenga identificados a los diferentes profesionales que le atienden. También es importante para controlar la ansiedad la participación del enfermo y comunicarle de forma anticipada las distintas medidas a realizar, esto permite al paciente adueñarse de la situación.

En Estados Unidos se celebran conferencias para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería y desde 1982 la ansiedad es reconocida como tal.

En los últimos años la ansiedad se considera un diagnóstico de enfermería que puede solucionarse con acciones de enfermería.

La ansiedad debe ser tenida en cuenta por los profesionales de enfermería que deben ser capaces de diagnosticarla y planificar acciones que la disminuyan o la hagan desaparecer; sabiendo integrar este aspecto dentro de un plan general de cuidados del paciente.

¹ Taylor,1979; Rachman y Phillips,1975; Raaven, Freeman y Halley,1982; Taylor,1986; Sarafino,1990.

De las diferentes concepciones que hay sobre la ansiedad podemos decir que aunque algunas personas sean más vulnerables que otras, la ansiedad puede ser experimentada por cualquiera, ya que es una respuesta al estrés.

La ansiedad influye en diversos aspectos del comportamiento humano: Aprendizaje, memoria, apetito, sueño, funcionamiento sexual...Por ello se puede manifestar de diversas formas.² La consecuencia más común de la ansiedad es el miedo a un objeto o a una situación.

La ansiedad tiene tres componentes:

- Factores de comportamiento.
(insomnio, hiperactividad, necesidad de huir.).
- Síntomas físicos.
(dificultad respiratoria, dolores precordiales, palpitaciones, náuseas, opresión en el estómago, cefalea, temblor, etc).
- Pensamientos amenazantes.
(Generalmente relacionados con un posible daño físico o psíquico).

Los pensamientos negativos generan un aumento de la ansiedad y se ha establecido que la ansiedad disminuye las defensas inmunológicas³.

El acercamiento personal al enfermo es una vía efectiva para reducir la concepción distante y amenazadora que este tiene del entorno hospitalario.

La enfermera es la persona más idónea para conseguir esto por su papel prioritario en el contacto con el enfermo, es la más adecuada para detectar y tratar la ansiedad⁴.

² Kennerley, 1990.

³ Valdés y Flores, 1985.

⁴ Alfonso Blanco, y Mercedes Barda, 1993; E. Mardaras, 1990; Vicente E Caballo, 1991.

Actualmente las instituciones públicas y privadas se interesan cada vez más por la calidad humana de la asistencia. Esto está directamente relacionado con la satisfacción del paciente.

Durante décadas los hospitales públicos se han preocupado por los avances tecnológicos y han tratado al paciente como un número más.

En la actualidad se han dado cuenta que la información al paciente y un trato más personalizado y humanizado ayuda a una mejor comprensión de su enfermedad, a una cooperación mayor entre el profesional y el paciente y en definitiva a una aumento de la satisfacción personal del paciente y del profesional que le atiende.

Cuando un paciente se marcha satisfecho del hospital, no es sólo por lo bien que le ha ido la intervención, por lo buena que era la comida o por la habitación tan bonita que ocupó. La satisfacción también es debida al trato recibido por las personas que le atendieron.

Hay veces que perdura más el recuerdo de aquella persona que nos atendió en los momentos difíciles, que el del cirujano que nos operó mientras dormíamos y al que casi no pudimos verle la cara.

Son estos motivos que nos han llevado a la necesidad de elaborar un PAA, que sirva al paciente para tener aquella información que precise durante su hospitalización y de esta manera aumentar la seguridad en si mismo y en el equipo sanitario que le atiende.

Para elaborar el PAA, pasaremos un cuestionario, el día del alta, a todos los pacientes diagnosticados de fractura de fémur del servicio de traumatología. Este cuestionario nos permitirá detectar las necesidades claves que los pacientes nos refieren.

Por otra parte mediante un grupo de discusión obtendremos las necesidades del paciente percibidas por los profesionales. Y todo esto conjuntamente con la misión del hospital nos ayudará a elaborar el PAA, que pondremos en práctica en el momento del ingreso del paciente en la unidad.

En un principio nuestro propósito era además de la elaboración de un PAA a partir de las necesidades del paciente bajo tres prismas diferentes (los cuáles hemos explicado anteriormente) la implementación y la evaluación del mismo.

Para la implementación del PAA es preciso la formación de los profesionales implicados en la puesta en práctica del proyecto.

La evaluación del PAA, la realizaríamos mediante un cuestionario, que pasaríamos al grupo de pacientes objeto de estudio en los que hemos intervenido con el PAA y a su vez, pasaríamos el cuestionario, a otro grupo de pacientes de las mismas características, sobre los cuáles no hemos intervenido con el PAA.

La valoración de la efectividad del PAA se haría a partir de la comparación de los resultados de los cuestionarios de los dos grupos de pacientes.

Resulta un plan muy ambicioso si tenemos en cuenta el tiempo que supone llevar a cabo las tres fases del estudio y el tiempo de que disponemos para realizar la investigación. Es por ello que siendo realistas acotamos nuestro proyecto a la elaboración del PAA basado en las necesidades del paciente a tres niveles:

- Primer nivel.
La perspectiva del propio paciente sobre sus necesidades.

- Segundo nivel.
La perspectiva de los profesionales sobre las necesidades del paciente.

- Tercer nivel.
La perspectiva institucional sobre las necesidades del paciente.

No descartando la posibilidad más adelante, por interés personal nuestro y ya terminado el máster, una vez elaborado el PAA implementarlo y evaluarlo.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo general

El objetivo general del proyecto es elaborar un PAA en base a las necesidades del paciente.

1.2.2 Objetivos específicos

- Detectar las necesidades del paciente bajo la perspectiva de los profesionales.
 - Detectar las necesidades del paciente referidas por ellos mismos.
 - Armonizar la visión institucional con la visión profesional y del paciente.
-

2- MARCO TEÓRICO

2.1. EL HUMANISMO

Resulta insostenible tratar de mejorar la calidad humana de la asistencia, en este caso, mediante la creación y puesta en marcha de un plan de acogida y acompañamiento, sin hablar del ser humano ni de la verdadera esencia y sentido de la enfermería que sería el cuidado del mismo.

2.1.1 En cuanto al ser humano:

El ser humano es un todo, es una estructura configurada por muchos elementos integrados e interrelacionados de forma ordenada. La estructura humana es muy compleja y pluridimensional. La persona tiene muchas dimensiones, refiriéndose cada dimensión a una particularidad de la misma. Precisamente por esto el ser humano es complejo. Además si añadimos que cada persona, es totalmente diferente a otra y que está influenciada por el entorno, la cosa se complica aún más.

El ser humano siempre está en proceso de estructuración. La persona a lo largo de su vida y de forma continua puede crecer en muchas dimensiones (en la dimensión intelectual, emotiva, social, religiosa...). Pero al mismo tiempo no es una estructura inalterable sino que esta estructura puede desestructurizarse.

La desestructuralización no se da de forma desorganizada sino que se da de una forma organizada y en la totalidad de esa estructura.

Cuando le diagnostican a una persona, una fractura de fémur tras una caída accidental, no sólo queda afectada la extremidad es decir, su dimensión orgánica sino que también pueden ser afectadas otras, como su dimensión psíquica, emocional, relacional, intelectual...

El ser humano es vulnerable pues está constantemente amenazado por muchos factores: la enfermedad, la marginación, el dolor, el abandono, la vejez, pero sobre todo por la enfermedad, pues es ésta la que recuerda al ser humano que es mortal.

Esto requiere que nuestra actitud profesional sea delicada. Delicadeza entendida según W. Hesbeen como “capacidad de transmitir que la persona a la que se le ofrecen los cuidados de enfermería es muy importante, única y es muy preciada por nosotros”.

Según Walter Hesbeen, cuando un paciente se dirige a nosotros como profesionales de la salud, le estamos recordando que es mortal, que es frágil, que es VULNERABLE. Los cuidados personales son aquellos en los que tengo que tener en cuenta la sensibilidad de la persona.

La vulnerabilidad está en la parte emocional y sensible de la persona de modo que cuando nos relacionemos con el paciente hay que tener en cuenta este aspecto y saber transmitirle la idea de que él es especial y muy apreciado para mí, es decir, ofrecer un trato delicado.

Se podría decir que frente a la vulnerabilidad del paciente lo más apropiado es la delicadeza.

El ser humano es un ser digno, es decir tiene una dignidad y por tanto se merece ser tratado con respeto. No puede ser tratado de cualquier forma. Francesc Torralba en su obra Antropología del cuidar nos explica: “una realidad que es digna o que tiene dignidad significa, “a priori”, reconocerla como superior a otra realidad e implica, por consiguiente, un trato de respeto. El respeto y la dignidad son conceptos mutuamente correlacionados. La dignidad conlleva el respeto y el respeto es el sentimiento adecuado frente a una realidad digna como la persona”

La dignidad no es algo que se tiene, es decir, no tiene nada que ver con el tener, sino con el ser. Una persona es digna o no es digna.

Existen varios tipos de dignidad:

1. La dignidad ontológica; se fundamenta en el ser.
2. La dignidad ética; se fundamenta en el obrar.

La persona se merece un respeto y una consideración por el simple hecho de ser una persona e independientemente de su forma de obrar (dignidad ontológica).

Hay personas que tienen una forma digna de obrar y personas que no. Siendo estas formas de obrar indignas (dignidad ética).

La dignidad ética es relativa depende de la manera de obrar del ser humano. Sin embargo la dignidad ontológica que se fundamenta en el ser es absoluta.

El ser humano tiene toda una serie de necesidades que deben ser cubiertas ya que le resultan vitales para desarrollarse y subsistir.

Estas necesidades son de orden orgánico, ético, estético, político, cognoscitivo y religioso. Que no todos cubren de la misma forma, en la misma medida ni reciben el mismo grado de importancia ya que dependerá de la perspectiva de la estructura pluridimensional del ser humano.

A esto hay que sumar que las necesidades de la persona pueden ser infinitas y muy variadas ya que el ser humano tiene la capacidad de convertir una necesidad que con anterioridad no existía en una necesidad vital. Siendo estas necesidades diferentes según el ser humano.

2.1.2. La esencia de la enfermería:

La verdadera esencia de la enfermería es el ejercicio de acompañar y de cuidar a aquellas personas que están enfermas así como a sus cuidadores (familias). Es importante cuidar a la familia sobre todo en aquellos casos en que la persona enferma padece enfermedades crónicas ya que se establece entre ésta y el cuidador lazos de dependencia.

Para ello es importante conocer lo que comporta verdaderamente el hecho de “cuidar” y los requerimientos necesarios del personal de enfermería para llevar a cabo los cuidados.

Según Walter Hesbeen los cuidados de enfermería son algo más que la actividad profesional de enfermería es la complejidad, susceptibilidad de una persona humana versus a una persona humana.

Es aquí donde radica todo el profesionalismo, en la capacidad de establecer una relación de humano a humano transmitiéndole a la otra persona una atención especial hacia ella y no sólo en el conjunto de actos que componen el trabajo de enfermería.

Todo esto hace referencia a la calidad de los cuidados. Los cuidados de enfermería se tienen que ofrecer de una manera individualizada y se han de ofrecer de forma personalizada es decir, A la hora de realizar unos determinados cuidados de enfermería hay que tener en cuenta siempre a la persona que tenemos delante. Ya que cada persona es maravillosa, única e irrepetible.

La persona es un ser sensible por lo que hay que tener en cuenta la sensibilidad de cada persona, conocer la fuente de angustia de cada una de ellas. Por tanto hay que ser sensible a la sensibilidad del otro.

Hoy en día, cada vez más, se tiende a la actuación o impartición de cuidados de enfermería, de forma sistemática mediante la aplicación de protocolos y procedimientos. Aumentando de esta forma el riesgo a la banalización del ser humano es decir, olvidar en nuestras prácticas del día a día, la humanidad misma del ser humano, olvidar su singularidad, su sensibilidad.

La capacidad de pensar del personal de enfermería es la intermediaria entre el protocolo y el paciente. Es decir, la capacidad de la enfermera para adecuar lo que nos dicen los protocolos a la particularidad de la persona humana que tenemos delante en cada caso.

Es por todo esto, que resulta preciso que, los profesionales de enfermería reúnan además de los conocimientos teóricos específicos, las habilidades y recursos que proporcionan competencia relacional en situaciones de crisis o vulnerabilidad. Es decir, saber hacer, saber comunicar verbal y no verbalmente saber escuchar y saber callar, saber llevar a cabo una conversación adecuadamente, siendo de apoyo y no de defensa, negación, huida o de superprotección.

No negar la evidencia, no defenderse, evitar las respuestas aprendidas o repetidas que hasta a nosotros nos cuesta creer. Saber guardar silencio cuando no se sabe que decir. No generalizar, no decir lo que decimos a todos.

En definitiva ser capaz de hablar con el paciente a pesar de sentirnos inseguros y no ver muchas veces soluciones al problema.

Cómo dice Bermejo en su obra "Humanizar la salud" "Al profesional de enfermería no le debería preocupar tanto qué decir al enfermo cuando la comunicación se torna difícil, cuando las dinámicas psicoafectivas se complican o cuando surgen los conflictos éticos, sino con qué actitudes disponerse ante él y cómo desplegar dichas actitudes de manera correcta. Cuando el agente de salud sienta que no sabe qué decir porque no tiene frases preparadas y se sienta desprotegido, estará en la mejor disposición de ser él mismo, de ser auténtico, de entrar en el mundo del otro con capacidad empática para acogerle incondicionalmente y acompañarle compresivamente en el proceso de ayuda".

J. C. Bermejo en su obra “Humanizar la salud” considera la relación de ayuda cómo el “proceso que pasa de la acogida y la escucha que posibilitan la exploración a las respuestas personalizadas que favorecen la autocomprensión del enfermo y de su mundo y la iniciación a la acción”.

La relación de ayuda ha de estar centrada en la persona y atenta a las necesidades globales de las mismas, no sólo a las necesidades somáticas, para velar y responder a ellas. Es importante en este proceso creer en la persona y contar con ella es decir con sus recursos.

2.1.3 Valores importantes del enfermero/a en la praxis de los cuidados:

Aceptación incondicional del paciente: La persona enferma necesita que demos cabida a su dimensión emotiva es decir a sus sentimientos, centrándonos en el significado que para ella tiene todo lo que le está sucediendo.

- a) Empatía: “Ser capaz de adoptar el punto de vista del enfermo y su marco de diferencia, de ver las cosas desde su punto de vista para captar el impacto que tienen sobre él, de comprenderlo y hacerle experimentar que nuestra comprensión se ajusta a su experiencia” como bien expresa Bermejo en su obra humanizar la salud .

No se debe caer en el error de confundir esto con la implicación emotiva es decir, sentir en nuestro ser todos los sentimientos del paciente dolor, angustia, miedo...

El concepto opuesto a la implicación emotiva sería la neutralidad afectiva.

El equilibrio a conseguir es la actitud empática: La implicación junto a la distancia afectiva.

1. Autenticidad y Congruencia: es la capacidad del profesional de enfermería, de ser él mismo, sin que exista diferencia entre lo que siente en su interior y lo que expresa exteriormente.
2. Respeto: por la dignidad de la persona. El conocimiento y el respeto propio son fundamentales para conocer y respetar a los demás. El respeto permitirá que la persona se de a conocer y se manifieste según sus valores.
3. Compresión: Se trata de comprender a la persona en cuanto a que es lo que le sucede teniendo en cuenta su marco referencial.
4. Solidaridad: Con las personas que sufren, con las instituciones y sus proyectos, con la mejora de la salud y el entorno de las personas. Con la misma profesión.

Por otro lado las actitudes importantes que los enfermeros/as tendrían que tener son la tolerancia, la ausencia de prejuicios, el altruismo, la moderación, equidad y la no violencia.

Como anotamos al principio el otro tema clave a tratar es la finalidad de la enfermería que es la de cuidar; es decir, ofrecer cuidados. Los cuidados de enfermería están basados en las necesidades del ser humano.

El modelo conceptual de Virginia Henderson (1966) gran referente para la enfermería se inspira en el paradigma (los paradigmas son visiones del mundo, perspectivas generales para observar y entender el mundo y las cosas que se deriva de una opción filosófica o social). de las catorce necesidades básicas del ser humano.

A pesar de que las catorce necesidades básicas son comunes en todos los seres humanos los cuidados de enfermería ofrecidos tendrán que ser adaptados para cada individuo. Cada persona, tiene una forma diferente de interpretarlas así, como unas exigencias particulares de cubrirlas siendo función de la enfermera interesarse por lo que el paciente desea y necesita.

Por ello es de suma importancia que la enfermera favorezca un clima adecuado para que el paciente manifieste sus sentimientos, incertidumbres, miedos necesidades...

Muchas veces las personas enfermas son incapaces de decir quien son, que sienten, que necesitan existiendo un abismo entre lo que sienten y lo que manifiestan. Por ello en el ejercicio del cuidar es importante estar atento tanto al lenguaje verbal como no verbal de la persona (Ej: el rostro).

V. Henderson también nos definía el rol autónomo de la enfermera: “La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su reestablecimiento (o a evitarles padecimiento en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible”. (Principios básicos de los cuidados de enfermería. Virginia Henderson.)

En el ejercicio de cuidar es fundamental ofrecer cuidados dirigidos a la globalidad de la persona. Siendo principios fundamentales el respeto a la libertad del ser humano pues cuidar no es mandar un determinado conjunto de indicaciones sino justificar de forma racional las mismas y corresponsabilizar a la persona enferma de sus decisiones.

2.2. EL PENSAMIENTO ENFERMERO

2.2.1. Introducción

Es importante ofrecer cuidados, contando con el enfermo y con sus recursos. Es decir, involucrarlo en el proceso de curación. La persona enferma, se ha de sentir parte responsable del proceso, para evitar el sentimiento de inutilidad. Todo ello con el objetivo de hacer a la persona independiente en la satisfacción de sus necesidades.

Otro factor clave en la praxis de los cuidados es la seguridad. No se debe olvidar que estamos cuidando personas vulnerables que necesitan sentirse seguras respetando su intimidad.

Los cuidados de enfermería deben ir dirigidos a educar y ordenar. Educar es ofrecer herramientas a la persona enferma para que ordene su mundo (la enfermedad es entendida como desorden).

Teniendo en cuenta todo esto los enfermeros/as tienen necesidad de valores profesionales (valores humanistas) que deberían interiorizar durante la formación. Como nos define Riopelle, L. y Teixidor. M⁵. Los valores esenciales necesarios que inspiran el rol de enfermería son:

- El compromiso de promover la salud y el bienestar.
- La creencia en la dignidad y el valor de la persona.
- El compromiso en la educación y la autonomía de la enfermera.
- El compromiso en el desarrollo de las actividades que satisfacen las necesidades sociales.

⁵ Riopelle, L. y Teixidor. M (01/ PRO-ICS/NOT/RIO/TEI/ 2000) "La práctica enfermera: Fundamentos científicos y acercamiento humanista".

Los roles profesionales del enfermero/a además del rol asistencial son:

- El rol administrativo
- El rol educador
- El rol social
- El rol investigador

Las grandes corrientes del pensamiento han marcado la evolución de las concepciones actuales en el área de la ciencia enfermera.

El pensamiento enfermero refleja bien esta evolución.

Las enfermeras/os constituyen una fuerza humana y profesional de primer orden. Las enfermeras cuidan, educan, aconsejan, dirigen y también hacen investigación.

Su trabajo actual está marcado por la polivalencia, la flexibilidad y la multidisciplinariedad. Igualmente está lleno de paradojas. Se les pide:

- desarrollar un espíritu analítico y tener en cuenta la globalidad.
- Se les exigen competencias técnicas de alto nivel manteniendo el calor humano y la simplicidad en el contacto.
- Se desea una enfermera que pueda combinar las propiedades del high tech y del high touch.

Más allá de la diversidad y del cambio, los cuidados siguen siendo la razón de ser de la profesión; constituyen el motor y el centro.

2.2.2 El pensamiento crítico de enfermería

El pensamiento crítico es un pensamiento cuidadoso, deliberado, centrado en un objetivo orientado a la obtención de un resultado.

¿Que es el pensamiento crítico en Enfermería?

- Supone un pensamiento deliberado, dirigido al logro de un objetivo.
- Se orienta al paciente, a la familia y a las necesidades de la comunidad.
- Se basa en los principios del proceso enfermero y del método científico
- Constantemente está reevaluándose, auto-corrigiéndose y esforzándose por mejorar.
- Requiere conocimientos, habilidades y experiencia.
- Requiere estrategias para desarrollar el máximo potencial humano (usando recursos individuales) y compensar al máximo los problemas creados por la naturaleza humana.
- Se guía por los estándares profesionales y los códigos éticos

2.3 PLAN DE ACOGIDA

2.3.1 Definición

Es el conjunto de acciones que debe llevar a cabo el personal de enfermería para proporcionar una correcta acogida y apoyo al paciente y acompañantes en su ingreso en la Unidad.

2.3.2 Nuestra idea sobre lo que creemos que debe ser un plan de acogida.

El enfermero(a) como profesional de la salud y por el tipo de relación que mantiene con el paciente, se encuentra dentro de La Relación de Ayuda.

Desde el punto de vista de la psicología humanista: La relación de ayuda es un intercambio humano y personal entre dos seres humanos.

Dentro del proceso de relación de ayuda Profesional-Paciente hay una fase inicial: La Acogida, que es fundamental porque determinará cómo será el resto de la relación entre el enfermero(a) y el paciente hasta su finalización.

Es “La Primera Impresión” que el paciente tiene del entorno hospitalario y del profesional que le atiende. También es el primer contacto que el profesional tiene con el paciente.

Por ello es importante tener desarrollado un plan de acogida donde se recojan una serie de aspectos fundamentales para que el paciente se sienta seguro y tenga confianza tanto en la persona que le atiende como en la institución en la que se encuentra.

Y si la acogida es la fase inicial del proceso de relación de ayuda, el lenguaje en su más amplio sentido y la comunicación, son las herramientas fundamentales de este plan de acogida.

Según el psicólogo y experto en comunicación Xavier Guix, que defiende la importancia de la comunicación verbal y no verbal en el momento de cuidar y establecer una relación con los usuarios “La relación con el profesional puede llegar a ser curativa”.

2.3.3 Otras concepciones sobre lo que es un plan de acogida.

Es la primera fase de la relación de ayuda. La acogida es donde se inicia la relación de ayuda, el encuentro personal de dos expectativas. El objetivo principal es crear un clima de confianza con el cliente a fin de proporcionarle el contexto adecuado para encontrar las respuestas y los recursos necesarios para que tome sus propias decisiones. Es ayudar al cliente a encontrarse a sí mismo⁶.

⁶ Cibanal, L., 1991.

2.3.4. Planes de acogida de otros centros

2.3.4.1 Introducción:

Cada centro hospitalario tiene una filosofía y una política de actuación propias por lo que no es de extrañar que el plan de acogida sea también particular y diferente en cada centro, pero hay ciertos

aspectos del plan que suelen ser comunes en la mayoría de hospitales:

El buscar un trato más humano hacia el paciente, informar a pacientes y familiares sobre el medio hospitalario, establecer un contacto de aproximación que resulte beneficioso para el paciente, en definitiva buscar la máxima satisfacción del paciente desde que llega al centro hospitalario hasta que se marcha.

2.3.4.2 Descripción:

Para el Complejo Hospitalario UNIVERSITARIO DE ALBACETE:

Un plan de acogida es el primer contacto individualizado que existe entre los enfermos que ingresan en una unidad hospitalaria y los profesionales adscritos a la misma.

El objetivo del plan es la sincronización perfecta y subjetiva de la integración del enfermo en su nuevo medio. Es un plan que debe ser conocido, consensuado y debatido por todos. Además debe ser evaluable adjuntando un método para su evaluación.

El contenido del plan de acogida de este centro se basa en los siguientes apartados:

- Normas y funcionamiento de la unidad.
 - Identificación del personal y del paciente
 - Atención de dudas, problemas.
 - Información dada por enfermería sobre cuidados a realizar a corto y medio plazo.
 - Información sobre desplazamientos (pruebas, cambios de unidad).
 - Estimulación del paciente para que colabore en su autocuidado.
 - Relación enfermera-paciente.
 - Circunstancias en las que el enfermo recibe la información (solo, junto a la familia, junto a otros pacientes.).
 -
 - Refuerzo de la seguridad y confidencialidad al enfermo.
-

Para El Complejo Hospitalario “ LA MANCHA CENTRO”:

La acogida hospitalaria es una línea de actuación prioritaria que sirve para paliar la situación de vulnerabilidad con la que se encuentran los pacientes en el momento de su ingreso en el centro hospitalario.

Los principales objetivos son: Informar a enfermos y familiares sobre el medio hospitalario, proporcionarles confort y transmitirles confianza y seguridad para conseguir una estancia más humana.

Su plan de acogida se concreta en los siguientes pasos:

- Una primera visita del personal adscrito al Servicio de Atención al Usuario (SAU) en las primeras 24 horas del ingreso de los pacientes. Se hace entrega de la guía de información al usuario, que recoge los servicios y recursos que el hospital tiene a disposición del paciente y sus familiares, derechos y deberes, accesos, horarios, normas, teléfonos.
 - Así mismo se entrega al paciente un neceser con diversos productos para la higiene personal y unas zapatillas. También en esta primera visita se pone a disposición del paciente el servicio de biblioteca.
 - Una visita posterior del personal del SAU para asegurar la cobertura de las necesidades del paciente hospitalizado.
 - Una visita de despedida en el momento del alta hospitalaria para detectar y comprobar que las necesidades y expectativas del usuario han sido cubiertas durante su estancia hospitalaria.
-

Para el HOSPITAL DE MÉRIDA:

Este plan de acogida forma parte de la apuesta hecha por La Junta de Extremadura para la humanización sanitaria desde que asumió las competencias en materia de sanidad.

La iniciativa de implantar un plan de acogida para los pacientes de nuevo ingreso forma parte de la labor del Servicio de Atención al Usuario, para hacer más humano el paso por el centro sanitario, pues el trato humano también contribuye a hacer más llevadero el ingreso en el hospital.

Este plan consiste en recibir a los pacientes que ingresan de forma programada en horario de tarde y los que acceden al centro a través de urgencias. Su plan de acogida se organiza en los siguientes puntos:

- El profesional que está situado en el punto de información es el encargado de dar la bienvenida al usuario y lo acompaña hasta la planta donde debe ingresar.
 - En la planta le atiende la enfermera de turno que se presenta al paciente.
 - La auxiliar se presenta y hace entrega al usuario de la guía informativa sobre los servicios del centro y de los pases de acceso para los familiares en horario de visita
 - A la mañana siguiente, al ingreso se informa al paciente del nombre del médico que lo atiende y del horario y lugar para la información a los familiares. Se facilita también el nombre de la supervisora de enfermería de la planta, a quien podrá acudir para solucionar cualquier duda.
-

Para el SERVICIO DE URGENCIAS DE SALUD MENTAL DEL CENTRO IAPS. IMAS de Barcelona:

La acogida y la asistencia a la urgencia psiquiátrica, requieren de una atención integral del paciente y su entorno. Es preciso un plan individualizado y adaptado a cada caso, que favorezca la continuidad asistencial del paciente una vez finalizada la intervención en urgencias.

Para llevar a cabo este proceso de acogida, tratamiento y orientación en urgencias, es preciso que haya un equipo interdisciplinar que ofrezca alternativas terapéuticas a la demanda del usuario, para mejorar la calidad asistencial.

Se establecen tres aspectos fundamentales:

- Acogida del usuario.
- Relación con la familia.
- trabajo en equipo.

Respecto a la acogida del usuario, se presta una atención ágil y personalizada desde el primer momento que el paciente llega a urgencias.

La metodología de la intervención es la siguiente:

- Recepción del paciente y familia por parte del administrativo, así como recogida de datos.
 - Contacto con enfermería a través de una primera visita, que tratará de percibir las demandas implícitas y explícitas tanto del paciente como de la familia.
 - La enfermera contacta con el médico de guardia y le transmite la primera apreciación del caso.
 - Entrevista clínica realizada por psiquiatra-enfermera.
-

- Entrevista familiar para valorar e entorno relacional del paciente.
- Elaboración de un plan terapéutico individualizado.
- Derivación del paciente al dispositivo asistencial adecuado.

Para el HOSPITAL DE SANTA JUSTA (Badajoz):

La idea de una atención constante al paciente y el hecho de proporcionar una medicina más humanizada permite que este pueda sentirse como en casa. El centro facilita un “Manual de Acogida al Paciente”.

Se trata de un documento informativo donde consta:

- Información de contacto.
 - Descripción del centro.
 - Otros servicios que ofrece el centro.
 - Cuadro médico.
 - Normas.
 - Procedimiento para el acceso a través e urgencias.
 - Atención al paciente.
 - Derechos y Deberes.
 - Normas Internas.
 - Especialidades.
-

2.4 ACOMPAÑAMIENTO

La palabra acompañamiento conlleva con demasiada frecuencia en pensar con una persona a quien se acompaña como ser pasivo y que no puede valerse por si mismo.

La realidad es que el ser humano, aun en condiciones precarias de salud o enfermedad, sigue desarrollando niveles cognitivos, de comunicación y de afectividad, que le confieren un cierto grado de autonomía.

Acompañar a una persona, en un medio hostil como puede ser un hospital, significa⁷.

- Suministrar escucha, soporte, información, asistencia... en función de sus deseos (del paciente), valores, de su evolución durante su ingreso y de su momento existencial.
- Apoyar a la persona para que pueda encontrar sus propios recursos y considerarla de manera individual.
- Tener en cuenta la percepción y los potenciales de la persona y dotarse de una visión integral de la misma.
- Entender la importancia de la complementariedad, la continuidad y seguimiento de las intervenciones de los profesionales y posibilidad de acceder a los servicios, es decir, dar una respuesta personalizada.
- Ser afectivos, cómplices y responsables, contando con la persona e involucrándola en su proceso.

Un elemento esencial en el proceso de acompañamiento es el SABER ESCUCHAR, el contestar a las preguntas, recoger estados de ánimo y las emociones que nos refiere el paciente.

⁷ Pont.E (dir. Teixidor M.et.al)

El acompañamiento también debe contemplar otros aspectos importantes como son:

- Laborales
- Económicos
- Sociales
- Lúdicos
- Espirituales

Todos estos aspectos hacen que la persona haga y rehaga su perspectiva vital.

El acompañamiento, para ser efectivo, requiere que la persona que acompaña entienda que la persona acompañada es la protagonista y que el acompañante ha de adaptarse a sus necesidades, demandas, prioridades y valores. Esto requiere tener la capacidad para situarse en el lugar del otro, como hemos dicho antes saber escuchar y responder a las necesidades de la persona.

En esta tarea de acompañar deben participar diferentes profesionales, enfermeras, médicos, auxiliares, psicólogos....debe ser un equipo multiprofesional.

Es importante resaltar que en ocasiones el lenguaje muy técnico puede ser una barrera innecesaria pero no debemos considerar al paciente como una persona incapaz de entender un lenguaje suficientemente explícito. Por lo tanto la decisión del tipo de lenguaje utilizado debe ser de la persona acompañada.

La finalidad de un buen acompañamiento es conseguir que el paciente tenga el máximo grado de autonomía y calidad de vida mediante la utilización de recursos de que dispone y de los que pueda adquirir en todo el proceso y todo ello debe incluir también a los familiares del paciente.

El acompañamiento es uno de los aspectos fundamentales de la profesión de enfermería, porque acompañar significa CUIDAR.

Los profesionales de enfermería tienen una preparación en el ámbito del acompañamiento, de las necesidades y valores de la persona.

Por lo tanto son estos profesionales los que con su presencia en continuidad, mejor pueden favorecer el proceso de acompañar y el mantenimiento de la autoestima de la persona.

En este proceso de acompañar en un medio hostil como es el hospital, el paciente necesita toda la ayuda posible para poder adaptarse.

Este medio hostil le genera estrés y el paciente presentará una gran necesidad de comunicarse y establecer de inmediato una relación con los cuidadores, propiciando la expresión de sus sentimientos para poderlos dirigir hacia comportamientos adecuados⁸.

2.5 RELACION DE AYUDA EN ENFERMERÍA

Comenzaremos por definir el concepto de relación de ayuda que nos da ROGERS, C., 1961:

“Toda relación en la que, al menos una de las partes, intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada”

En otras palabras, podríamos definir la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, en una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los resultados latentes del individuo y un uso más funcional de estos”.

⁸ Enfermería científica, 2000.

Según la corriente humanista la relación de ayuda comportaría:

- Una respuesta inmediata.
- Una ayuda liberadora y de crecimiento personal.
- Una ayuda eficaz, que atiende a los objetivos del paciente y se caracteriza por la escucha y el diálogo.

Existen una serie de fases de la relación de ayuda que es importante describir⁹ .

- Acogida.
- Valoración-evaluación.
- Presentación del problema.
- Confrontación y reestructuración.
- Plan de acogida
- Separación.
- Actitudes del paciente ante la separación.

Existen otras variables que influyen significativamente en la relación de Ayuda¹⁰:

- Concreción.
- Confrontación.
- Inmediatez.

Para que haya una buena relación de ayuda esta tiene que estar cimentada en un buen conocimiento de las técnicas de comunicación.

⁹ Revista de enfermería, 2000.

¹⁰ Carkhuff, 1981.

El esquema de la comunicación es el siguiente:

Las cualidades de un Buen Emisor:

- contenido
- sentimiento
- demanda
- relación

Las cualidades de un Buen receptor: Escucha activa:

- Empatía.
- Autenticidad.
- Respeto.
- Inmediatez.
- Concreción.
- Confrontación.
- Actitudes físicas y no verbales.

Los obstáculos de la comunicación son los siguientes:

- Dirigir, mandar.
 - Amonestar, amenazar.
 - Moralizar, evaluar, culpar.
 - Aconsejar, dar soluciones inmediatas.
 - Juzgar, criticar, interpretar, etiquetar.
 - Simular que estamos de acuerdo: alabar inoportunamente.
 - Insultar, ridiculizar, avergonzar.
 - Tranquilizar, consolar, desviar el tema...
 - Investigar, interrogar
 - Comparar con otras personas.
-

Por lo tanto como conclusión final, entendemos como relación de ayuda un intercambio humano y personal entre dos seres humanos, en el que uno capta las necesidades del otro con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual.

2.6. SATISFACCION

2.6.1. Definición:

Satisfacción: “La acción de satisfacer. Gusto, placer. Realización del deseo o gusto. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja” Estar conforme uno con algo o alguien¹¹.

Si buscamos el significado de satisfacer encontramos: “ Pagar enteramente lo que se debe, aquietar, saciar, dar solución, cumplir, llenar...Gustar, agradar a una persona algo o alguien. Aquietarse o persuadirse con una razón eficaz”¹².

Según Bárbara Zas Ros, especialista en Psicología de la salud, el elevado desarrollo que han alcanzado las ciencias médicas y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales de la salud ha hecho volver al concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios... La satisfacción es mucho más que una aspiración humana en nuestras prácticas, es sobre todo un instrumento y una función del logro de la excelencia....No hay imagen de excelencia al margen de la consideración de la satisfacción como un indicador y como un instituyente esencial.

La satisfacción se encuentra íntimamente ligada a la calidad y la calidad es algo innato en el hombre.

Para A. Feigenbaum: La calidad es la satisfacción de las expectativas del cliente.

¹¹ Encarta, 1997

¹² Encarta, 1997

Por ello debemos preguntarnos, en cada caso, qué necesidades, o qué expectativas, son las que hay que satisfacer.

Queremos conocer cual es el grado de satisfacción del paciente atendido en nuestro servicio hospitalario para saber si la atención que damos a cada uno es la adecuada, no sólo desde nuestro punto de vista, sobre todo nos interesa el punto de vista del paciente y cual es la atención que este desea recibir.

Saber todo lo que satisface y no satisface al paciente resulta casi imposible. De modo que nos conformaremos con conocer lo máximo que podamos de aquello que le satisface.

Parece sencillo: Cuantas más cosas sepamos que satisfacen al paciente, mejor podremos proporcionarle esta satisfacción que él desea pero en realidad no es así, pues, para saber lo que el paciente quiere y necesita hay que conocerlo, tratarlo y comprenderlo y esta es una tarea difícil en la que entran aspectos muy subjetivos de relación, comunicación y empatía, entre el paciente y los profesionales que le atienden. La satisfacción siempre es personal y cada persona es diferente. El secreto está en llegar a conocer lo mejor posible a la persona que tenemos en frente y ser capaces de darle lo que necesite en cada momento. Todo un desafío no sólo profesional sino personal.

La satisfacción del paciente es el resultado final de todas las atenciones y cuidados que le hemos dado, es la moneda con la que nos paga la parte no material de nuestros servicios.

Un plan de mejora de la calidad recoge todas las acciones que se van a realizar para mejorar aquellos aspectos de trabajo que no sean satisfactorios¹³. Según este plan existen tres niveles:

- NIVEL 3. DE LOS RESULTADOS. La base del edificio es la ideología sobre la que descansa todo. Considera la satisfacción del capital, del trabajo, de los proveedores y de los clientes y también la satisfacción del entorno social en el que se desenvuelve la empresa.
- NIVEL 2. DE LA GESTIÓN. Corresponde a la estrategia.
- NIVEL 1. DE LAS PERSONAS. Es el nivel más elevado.

Otra cuestión que debemos tener en cuenta como dice Montserrat Teixidor en su introducción del libro *La Formación Enfermera: Estado de la Cuestión y Perspectiva Internacional* “ Si el objetivo de las instituciones sanitarias es proporcionar un servicio de calidad, es fundamental que los parámetros y criterios para evaluar esta calidad tengan en cuenta tanto la satisfacción de los ciudadanos, de las instituciones y de la administración sanitaria, como el nivel de satisfacción de los profesionales implicados”.

2.6.2 Escala de medida para la satisfacción

Las medidas de calidad suelen utilizar índices objetivos o “duros” pero en el sector servicios se prefiere el uso de medidas más subjetivas o “blandas” como indicadores de calidad porque los índices objetivos no son aplicables para evaluar la calidad de los servicios.

Estas medidas blandas incluyen cuestionarios de satisfacción del cliente, que permiten conocer las percepciones y actitudes que tiene el cliente de la calidad del servicio que recibe.

¹³ Cela, J. L., 2000.

Las empresas, cada vez utilizan más la medición de las actitudes del cliente para valorar la calidad. Algunas empresas norteamericanas, para juzgar la calidad, establecen siete criterios y de ellos el que más pesa es el de la "satisfacción del cliente".

El conocimiento de las percepciones y actitudes del cliente por parte de las organizaciones, permite:

- Saber cuales son las expectativas y las exigencias de sus clientes, para saber si están cumpliendo con estas expectativas.
- tomar las decisiones más oportunas.

Resulta fundamental que los instrumentos de medida de estas actitudes y percepciones, estén bien desarrollados. Una forma de poder medir estas actitudes es a través de los cuestionarios de satisfacción del cliente.

Cuando se desarrollan cuestionarios de satisfacción hay dos aspectos muy importantes: La fiabilidad y validez

LA FIABILIDAD es el grado en el que las mediciones están libres de la desviación que producen los errores casuales. Cuando elaboramos un cuestionario de satisfacción que mide la percepción que tiene el cliente de la calidad de un servicio, queremos que las mediciones estén libres de errores casuales.

La fiabilidad indica como están relacionadas las puntuaciones percibidas con las puntuaciones verdaderas. La dificultad está en que no conocemos cuales son las puntuaciones verdaderas

De los diversos factores que afectan a la fiabilidad de una escala mencionaremos el número de artículos de la escala y la muestra de personas sobre la que se realiza el cuestionario. De tal modo que al aumentar el número de artículos de la escala aumenta la fiabilidad (siempre que los artículos añadidos sean representativos del concepto que se está midiendo). Así también cuanto más heterogénea sea la muestra de personas respecto al concepto que medimos mayor es la fiabilidad.

La validez se refiere al grado en que la escala mide, lo que estaba diseñada para medir. Hay tres métodos para proporcionar evidencias sobre la validez de los resultados de los cuestionarios de satisfacción del cliente:

- La estrategia relacionada con el contenido.
- La estrategia relacionada con los criterios.
- La estrategia relacionada con los factores.

2.6.3 Escalas de medición:

Stivens (1951), dividió las escalas de medición en cuatro clases: Nominal, ordinal, de intervalo y de razón o proporción. Las escalas de medición de la satisfacción del cliente utilizan escalas nominales para clasificar a los clientes y escalas de intervalos para diferenciarlos de algún continuum.

2.7 CENTRO DONDE SE DESARROLLARÁ NUESTRO TRABAJO.

2.7.1. Descripción:

EL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA ES UN HOSPITAL UNIVERSITARIO fundado en el año 1906 y pertenece a la Red de Hospitales Públicos de Cataluña (XHUP). A través de la práctica totalidad de las especialidades médicas y quirúrgicas, el hospital desarrolla actividades en el ámbito asistencial, de investigación y docente, ya sea directamente o a través de empresas vinculadas.

El hospital actúa como hospital comunitario, siendo el principal proveedor público de su zona de referencia de la ciudad de Barcelona con una población de 540 mil habitantes y, a la vez, como hospital terciario y de alta complejidad, desarrollando líneas de actividad para pacientes no sólo de Cataluña sino también de toda España e incluso a nivel internacional.

El hospital desarrolla sus servicios en varias sedes, siendo la Maternidad una de las sedes del hospital Clínic.

El hospital desarrolla su actividad en diferentes líneas de atención, ya sea directamente o a través de empresas vinculadas, detalladas en el cuadro adjunto

Con el objetivo de asegurar la continuidad asistencial y la provisión integral de servicios de salud, el hospital participa en la gestión de centros de atención primaria (Gesclínic y Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample), desarrolla actividades de salud mental y establece alianzas con otros centros para cubrir las necesidades socio-sanitarias de sus pacientes.

La entidad Barnaclínic centro sanitario vinculado al hospital, tiene la vocación de desarrollar actividades asistenciales para pacientes privados.

Relacionado con la importante actividad trasplantadora del hospital, Transplant Services Foundation (TSF) es una entidad vinculada dedicada a la extracción y distribución de órganos y tejidos.

El hospital Clínic tiene una plantilla de 3.971 trabajadores (finales del 2.005), de los cuales un 23% son facultativos, incluidos los residentes, un 55% personal de enfermería y un 22% personal de administración y soporte.

2.7.2 Servicio de traumatología

El HCP tiene tres salas de hospitalización de traumatología una destinada a prótesis de rodilla, otra mayoritariamente destinada a prótesis de cadera y artrodesis aunque también reciben pacientes de urgencia y la última destinada por completo al enfermo traumatológico de urgencias cuyas fracturas más frecuentes son las de fémur.

En esta última sala es donde nos hemos centrado para realizar nuestro trabajo de investigación y en concreto en los pacientes diagnosticados de fractura de fémur ya que hemos detectado por nuestra práctica asistencial un alto nivel de preocupación e inseguridad.

2.7.2.1 Descripción de la sala:

La sala consta de 27 camas, 25 de las cuales destinadas al paciente traumatológico procedente de urgencias y 2 camas de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), es decir son ingresos programados cuya estancia media es inferior a 24 horas.

Todas las habitaciones son dobles con un baño compartido excepto tres habitaciones que son individuales con cuarto de baño destinadas a las necesidades del servicio:

- Pacientes con infecciones que requieren aislamiento.
- Pacientes que presentan cuadros de desorientación acompañados de agitación psicomotriz importantes no siendo posible que el paciente comparta habitación con otra persona.
- Pacientes muy delicados de salud o bien terminales.
- Otros: Cuando el servicio no las requiere y hay personas que prefieren estar en una habitación individual pasando a ser éstas privadas.

El índice de ocupación es del 97% para las camas de hospitalización convencional

En cuanto al personal de enfermería está compuesto por tres turnos. El turno de mañana siendo el horario laboral de 8h a 15h., el turno de tarde de 15h.a 22h. y el turno de noche de 22h. a 8h. La dotación de profesionales es de:

- 12 enfermeras: Tres por la mañana, tres por la tarde, una por la noche, dos por la mañana y dos por la tarde el fin de semana).
- 9 auxiliares: Tres por la mañana, dos por la tarde, una por la noche, dos auxiliares por la mañana los fines de semana (una de ellas todos los fines de semana y la otra cada quince días) y una los fines de semana por la tarde.
- 2 camilleros: Uno compartido mañana –tarde y otro los fines de semana solo por la mañana y compartido con otra sala de traumatología.
- 2 fisioterapeutas: Una de lunes a viernes por la mañana y parte de la tarde y otra para el sábado compartida con otra sala de traumatología.
- Una asistente social
- Un traumatólogo que está en la sala siendo cada semana uno diferente.
- Dos médicos consultores fijos uno de MDI y otro de Infecciones.
- Una coordinadora
- Una enfermera de enlace con el CAP para los pacientes que son de zona según el domicilio.

2.7.2.2 Perfil del paciente traumatológico ingresado en esta sala:

La media de edad de estos pacientes es muy alta. La fractura más frecuente es la fractura de fémur. Estas fracturas se dan en un número muy alto en pacientes ancianos (mayores de 65 años).

Son pacientes vulnerables porque la gran mayoría son pluripatológicos, muchos de ellos viven solos hasta el momento de la fractura debido a la muerte de la pareja o sino viven solos la pareja es demasiado mayor o también está delicada o enferma para hacerse cargo del paciente.

Los hijos están en activo los nietos estudian o también trabajan no pudiéndose hacer nadie cargo de la nueva situación. Y además tras la fractura este tipo de pacientes son muy dependientes debido a que la necesidad de movilización queda muy mermada.

Se conoce que los pacientes mayores de 65 años, que no tengan otras fracturas asociadas y la fractura que presentan no sea patológica requiere un ingreso aproximado de unos siete días (según un estudio realizado) requiriendo muchos asistenta social para concretar el destino al alta según las necesidades del paciente.

Es importante, tener en cuenta que normalmente son pacientes que tras una caída casual, al ser valorados en urgencias, les comentan que han de ser intervenidos y que por tanto se han de quedar ingresados. Con todo lo que esto supone para el paciente, es decir, un cambio radical dentro de su cotidianeidad y además sin ser este cambio programado.

Por otro lado al ser una intervención quirúrgica no programada. El paciente no tiene fecha de intervención y a de ser intervenido en el quirófano de urgencias lo que representa que la asignación de quirófano será dada por orden de llegada a urgencias teniendo en cuenta que los casos que presenten riesgo vital pasan por delante y que el hospital cuenta con dos quirófanos de urgencias.

De este modo el paciente es trasladado a sala en espera de quirófano. El tiempo aproximado de espera para ser intervenidos es de dos a tres días excepto en pacientes que toman alguna medicación como anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios en el que el tiempo de espera aproximado es superior.

Los pacientes quedan siempre en ayunas a las 24h., la mayoría de las veces hasta las 20 h. del día siguiente. Hora a la que normalmente se confirma por el traumatólogo de guardia si el paciente tiene posibilidades todavía de ser operados o no.

Si la respuesta es que no, el paciente cena y queda en ayunas nuevamente a las 24h. Y así sucesivamente hasta ser intervenidos.

A pesar de que esta forma de actuar es la habitual cuando la situación lo permite, y el traumatólogo ve con claridad que un paciente no podrá ser intervenido ese día, el paciente desayuna, come y cena por orden médica quedando a famis a las 24 horas. O bien ve que el paciente no será intervenido con seguridad por la mañana indica que el paciente puede desayunar pero no comer.

Todos estos factores contribuyen a que este grupo de pacientes presenten un mayor nivel de preocupación, desconocimiento e inseguridad. Por ello nos hemos centrado en este grupo de pacientes para realizar el presente trabajo de investigación.

En la sala también encontramos pacientes que presentan fracturas muy variadas en cuanto a localización y complejidad. Presentando una sola fractura o varias como en el caso de los pacientes politraumáticos.

En ocasiones, estas fracturas son consecuencia de accidentes de tráfico o accidentes laborales. Este tipo de paciente normalmente es joven o de mediana edad.

A veces la estancia media de estos pacientes es corta ya que son trasladados a otros hospitales para realizar el tratamiento quirúrgico debido a que el paciente tiene mutua.

En otras ocasiones la estancia media es larga pues resultan pacientes politraumáticos con fracturas complicadas y el estado general afectado que requieren varias intervenciones quirúrgicas y la implicación de médicos de diferentes especialidades debido a la variedad de problemas de salud que presentan.

Otras veces es consecuencia de un intento de autólisis. También encontramos casos en que la fractura es secundaria a un proceso oncológico en estos casos decimos que se trata de una fractura patológica. Otro grupo de pacientes serían los que ingresan por infección o por otras complicaciones.

En todos estos casos resulta difícil concretar la edad y la estancia hospitalaria.

2.7.3 La misión del hospital Clínic:

La misión del hospital Clínic es ser dual, es decir, actuar como hospital comunitario que atiende a su población de referencia, y como hospital terciario y de alta complejidad, desarrollando y liderando nuevas líneas referentes en Cataluña, España y a nivel internacional.

Como hospital comunitario, la prioridad es asegurar el acceso a la población en coordinación con los otros niveles y proveedores, así como crear procesos de atención ágiles y eficientes, diferenciados de los circuitos más complejos de un hospital terciario.

Como hospital terciario y de alta complejidad, su objetivo es consolidar una organización que estimule el conocimiento y lo traslade al ámbito asistencial y que se acompañe de la necesaria innovación tecnológica para garantizar el desarrollo de las prácticas más avanzadas.

2.7.4 Las premisas estratégicas que definen el desarrollo del hospital:

- Consolidar su misión dual, como hospital comunitario y hospital terciario y de alta complejidad, de acuerdo con las directrices de la Conselleria de Salut.
 - Asegurar un desarrollo armónico en asistencia, docencia e investigación.
 - Mantener y reforzar la posición como hospital innovador y de excelencia.
 - Asegurar la provisión integral de servicios en coordinación con otros niveles y proveedores.
 - Organizar la actividad en base a un modelo de organización y gestión en institutos y centros, centrado en el paciente y con la implicación del profesional.
 - Captar, desarrollar y retener el talento, tal y como se establece en la carrera profesional del personal facultativo.
 - Asegurar la sostenibilidad económico-financiera y la inversión en infraestructuras y espacios, equipamientos y sistemas de información, críticos para el desarrollo futuro del hospital.
-

2.7.5. Profesionales de enfermería. política de enfermería

UNA INSTITUCIÓN IMPULSADA POR PROFESIONALES

La Corporació Sanitaria Clínic (CSC) es un gran entramado de entidades al servicio de la salud de los ciudadanos y los servicios que ofrece están en constante evolución.

Las personas que hacen posible su funcionamiento son un amplio equipo con perfiles profesionales muy diferentes.

2.7.5.1 Principios:

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL CLÍNIC ASPIRA A DESARROLLAR LAS MEJORES PRÁCTICAS EN LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES. LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS SON EL CENTRO DE ATENCIÓN DE TODAS LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

Las líneas estratégicas de enfermería muestran las intenciones y guían las actuaciones de la enfermería para el desarrollo de la práctica clínica y crecimiento profesional mediante una práctica sistemática y rigurosa de cuidados que reconoce, al mismo tiempo, las necesidades individuales de cada uno de nuestros pacientes.

Asimismo estas estrategias impulsan la innovación en las áreas asistenciales y en los equipos.

Las estrategias están basadas en la declaración de la Misión y relacionada con los principios del Cuidado Centrado en la Persona, este principio está de acuerdo con las creencias de la enfermería en que los pacientes y la familia deben estar en el centro de todas las decisiones en relación con la provisión y tratamiento del cuidado.

2.7.5.2. Líneas estratégicas:

2.7.5.2.1 Práctica clínica

- Promoción de los cuidados orientados en las personas

Esta orientación es una filosofía que muestra los principios que guían la prestación de cuidados. La experiencia de la persona, es el principio más importante. El sistema de prestación de cuidados, los servicios y el entorno serán analizados y rediseñados con la persona en el centro del proceso . Para ayudar a la consecución de estos objetivos lo importante es promocionar el bienestar de la persona con problemas de salud, su familia y sus amigos para optimizar su calidad de vida mediante la provisión de los cuidados centrados en el paciente. Para ello es necesario:

- Rediseñar el sistema de prestación de cuidados de forma participativa con todo el equipo interdisciplinario.
- Revisar los roles de la práctica avanzada.
- Establecer sistemas de colaboración con los otros profesionales.
- Dar formación a las personas para el desarrollo del nuevo modelo de la práctica clínica.
 - Efectividad clínica a través de la práctica basada en la evidencia.

Para asegurar una alta calidad de los cuidados debemos proporcionar una práctica efectiva a través de una práctica basada en la evidencia y para ello se fomentará la investigación y las evaluaciones utilizando la experiencia.

En este sentido:

- Los resultados de la investigación y de las evaluaciones se darán a conocer y se implementarán en la práctica.
 - Las políticas, los procedimientos y las guías de la práctica serán validadas en el propio contexto clínico.
 - Se impulsarán la aplicación de las guías de buenas prácticas y los proyectos que faciliten las mejoras de los cuidados.
-

- Toma de decisiones y registros de cuidados: Utilización de las tecnologías de la información

La excelencia en la práctica está relacionada con la consecución de los resultados esperados, para ello es necesaria desarrollar habilidades en la toma de decisiones y en las intervenciones.

Los registros de enfermería deben reflejar las necesidades de los pacientes y facilitar la complejidad del cuidado y favorecer el dinamismo del pensamiento crítico.

La información tecnológica es un área de expansión en los servicios de enfermería será cada vez más accesible y más fácil de utilizar. La tecnología debe ser utilizada para la gestión de cuidados de pacientes y permitir el desarrollo de unos informes de enfermería electrónicos centralizados y basados en los Cuidados Centrados en el Paciente. Para ello es necesario:

- Un lenguaje de enfermería común se debe desarrollar para hacer posible que los problemas, intervenciones y resultados sean medidos, comunicados y documentados.
 - Implantar métodos sistemáticos de trabajo: Proceso de cuidados, estandarización de cuidados y Guías clínicas interdisciplinarias.
 - Establecer grupos de trabajo para la revisión de los registros de enfermería que permita: a) fijar los estándares y resultados de los cuidados b) continuidad de cuidados c) mejorar la comunicación y compartir la información entre el equipo interprofesional d) una evaluación del plan de cuidados.
 - Asegurar que cada paciente tiene la valoración y un adecuado plan de cuidados individualizado.
-

2.7.5.2.2 Docencia

- Formación y desarrollo profesional

Es un compromiso del hospital proporcionar un entorno en la cual se promueva una formación a lo largo de la vida profesional para que todos los miembros del Área de Enfermería adquieran y mejoren las competencias necesarias para desempeñar su puesto de trabajo con éxito.

Para ello se debe:

- Facilitar un plan de desarrollo profesional individual como vía de mantenimiento y desarrollo de competencias.
- Diseñar de un plan de formación específico, individual ó colectivo para promover los conocimientos técnicos y el compromiso profesional hacia los objetivos fijados por la organización.
- Disponer de un plan económico para la ayuda a la formación, presentación y publicaciones de trabajos científicos y estancias formativas en otras Instituciones a nivel local, nacional e internacional.

2.7.5.2.3 Liderazgo profesional y gestión

- Organización de cuidados

El modelo de organización de cuidados centrado en el paciente debe ser flexible y adaptable para dar respuesta a las necesidades particulares y a la complejidad de sus problemas en cada una de las unidades operativas. En este sentido:

- Cada unidad revisará el sistema de prestación de cuidados para introducir las mejoras necesarias en el sistema de prestación de cuidados y detectar necesidades de nuevos roles profesionales.
-

- Garantizar la calidad de cuidados y seguridad de los pacientes

La medida y la evaluación de la calidad de los cuidados debe ser realizada desde una perspectiva de desarrollo continuo, en colaboración e interdisciplinariedad con otros profesionales de la salud, constituyen hoy en día y en el futuro actividades esenciales en el reconocimiento del estatus profesional. En concreto:

- Para la evaluación de la efectividad clínica, las enfermeras deberán realizar investigaciones científicas con el fin de identificar y validar los indicadores de la pertinencia de sus intervenciones en términos de resultados tangibles atribuibles a la calidad de su práctica.
- La evaluación de la práctica clínica y de la seguridad de los pacientes, se debe realizar mediante grupos representativos de diferentes niveles del personal para analizar los resultados de los estándares.
- Cada unidad clínica garantizará el mantenimiento de los estándares de calidad.

- La promoción y liderazgo de la enfermería en la Práctica Avanzada

De acuerdo con las líneas que se dibujan para lo que será nuestro Hospital en el siglo XXI y siguiendo su vocación de liderazgo para educar a los profesionales del futuro. Se pretende desarrollar el concepto de Práctica de Enfermería Avanzada que está basada en la práctica basada en la evidencia y en la innovación.

La importancia de este compromiso es asegurar que las enfermeras que trabajan en nuestro hospital hacen la mejor contribución individual y colectivamente para mejorar el bienestar en los cuidados centrados en la persona.

Estas habilidades pueden ser una ayuda para proporcionar un excelente liderazgo en enfermería y una buena actitud de guía –tutor (mentor) adecuada para dar soporte al personal y a la gestión.

La relación entre la calidad del servicio prestado y la calidad de gestión del personal es un reconocimiento de la excelencia del liderazgo de enfermería, siendo necesario:

- Establecer una cultura de profesionalismo y liderazgo focalizado en la excelencia de la práctica clínica.
- Definir y clarificar los roles y responsabilidades de la enfermera especialista.
- Promocionar habilidades de liderazgo profesional y clínico.
- Crear nuevos roles profesionales que favorezcan:
 - La satisfacción de los pacientes y familias,
 - Eficacia y eficiencia de los cuidados,
 - La coordinación entre niveles asistenciales,
 - El desarrollo profesional y mejora de la calidad.

2.7.5.2.4 Investigación:

La investigación en ciencias de enfermería tiene por finalidad la salud. Desde esta perspectiva las líneas de investigación a desarrollar por las enfermeras se orientan, principalmente, a la comprensión de las experiencias y de los fenómenos relacionados con la salud que se manifiestan en las diferentes etapas de la vida; el estudio de los factores del entorno interno y externo que rigen estas experiencias, y el desarrollo y evaluación de la orientación de cuidados que ayudan a favorecer la salud de las personas, las familias y las comunidades.

También son objeto de evaluaciones sistemáticas estudios sobre la eficacia de la enfermera de lo que se denomina práctica avanzada, en todos estos casos , la investigación es un instrumento incalculable que nos permite evaluar sistemas de gestión y prestación de cuidados para garantizar la calidad y la eficiencia y evitar la fragmentación.

El movimiento de la práctica fundada sobre datos demostrables no deberá poner en cuestión la importancia de los métodos cualitativos de la investigación que permite comprender mejor y explorar las experiencias de salud vividas por los pacientes, las creencias y los valores que influyen sobre la calidad de los cuidados.

La investigación de enfermería debe ser desarrollada en el campo de la investigación aplicada lo que permite desarrollar unos conocimientos útiles a los problemas clínicos encontrados en la profesión y favorecer los intercambios en la práctica de cuidados.

Para ello se debe:

- Realizar convocatorias para ayudas a la investigación y se establecerán los requisitos y criterios de valoración que favorezcan grupos de investigación. Estas ayudas para la investigación permitirán a los grupos emergentes el disfrute de un período no superior a dos años sabáticos intra-murales.
 - Desarrollar líneas de investigación, atendiendo el case – mix de la población de los pacientes atendidos en el hospital, tales como:
 - El auto-cuidado y la educación terapéutica.
 - Modelos de atención integrada primaria – especializada del paciente crónico con varias condiciones clínicas.
 - Sistemas de organización del trabajo que permitan prácticas avanzadas y la personalización de cuidados.
 - Impacto de las estrategias de formación sobre la seguridad de los pacientes en los profesionales sanitarios y evaluación de la seguridad, efectividad y eficiencia de la aplicación de las guías de buenas prácticas.
 - Telemedicina en la atención al paciente crónico.
-

3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO:

3.1.1 Metodología

Se trata de un estudio de investigación de campo, básica, descriptiva y cuantitativa.

3.1.2 Cuadro de Variables

VARIABLE	FUNCIÓN-TIPO	CONTROL	INSTRUMENTO	ESCALA DE MEDIDA
Edad	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cuantitativa (Nº años)
Sexo	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa Dicotómica: -Hombre -Mujer
Estado Civil	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa Dicotómica: -Casado -Soltero/Viudo
Cargas familiares	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa Dicotómica
Grado de autonomía del Paciente	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa <u>Politómica</u> (Escala de <u>Barthel</u>)
Patologías asociadas	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cualitativa <u>Politómica</u> (Tipos)
Nivel de instrucción del Paciente(estudios)	Interviniente	Estadístico	Cuestionario estudios 1,2. No estudios	Cuantitativa <u>Politómica</u>
Años de experiencia del profesional	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cuantitativa(Nº años)
Ratio Paciente-Enfermera	Interviniente	Estadístico	Cuestionario	Cuantitativa (Nº pacientes)

3.1.3 Población y muestra.

3.1.3.1 Población:

Todos los Pacientes que ingresan en la sala de traumatología objeto de nuestro estudio procedentes de urgencias para tratamiento quirúrgico.

El intervalo de estudio es de 3 meses.

3.1.3.2 Muestra:

Todos los Pacientes que cumplan con las condiciones anteriormente descritas y diagnosticados de fractura de fémur.

3.2 Estrategias de recogida de información e instrumentación

3.2.1 Cuestionario:

Para identificar las necesidades claves que el paciente nos refiere durante su ingreso.

3.2.2 Plan de acogida y acompañamiento (PAA):

Elaboración de la estructura del PAA en base a las necesidades detectadas con los cuestionarios de enfermeras/os y pacientes y la misión del hospital.

4. RESULTADOS

4.1 INTRODUCCIÓN

Una de las estrategias para el **análisis de las necesidades de los pacientes percibidas por las enfermeras y por ellos mismos** es la recogida de información a través de dos cuestionarios (previamente validados por los jueces), uno dirigido a los profesionales y otro dirigido a los pacientes.

Inicialmente el estudio se centró en pacientes que presentaban fractura de fémur, que es el diagnóstico más habitual en los pacientes procedentes de urgencias, pero debido a su avanzada edad presentaban problemas de desorientación que dificultaba la comprensión de las preguntas del cuestionario y esto reducía considerablemente la muestra de referencia para realizar el estudio.

Por este motivo la muestra ha sido ampliada a pacientes procedentes de urgencias, con cualquier tipo de fractura que requiera ingreso para tratamiento quirúrgico.

El cuestionario de los profesionales ha sido dirigido a todos los enfermeros/as que trabajan en dicha unidad con independencia de los años de experiencia que lleven o el horario que realicen.

El ámbito geográfico en el que se ha aplicado ha sido en la unidad de traumatología del hospital Clínico de Barcelona.

Se han recogido 46 cuestionarios de pacientes y 21 de enfermeras.

Para el análisis de la información recogida se ha utilizado el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), implicando tanto estrategias de análisis descriptivo.

Para una mejor comprensión de los resultados se ha organizado su presentación respetando el orden establecido en el propio cuestionario. De ahí que en un primer momento, se atienda a la caracterización de la muestra para posteriormente centrar la atención en algunos cruces de interés para la investigación.

De cara a las conclusiones de la investigación, la información obtenida de los cuestionarios debe complementarse con la misión, visión y objetivos de la institución. Todo ello clarificará mejor las necesidades reales del paciente para poder desarrollar el plan de acogida y acompañamiento y así contribuir a humanizar más los cuidados de enfermería.

4.2 CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

4.2.1 VARIABLES PERSONALES DE LOS PROFESIONALES.

La **edad** media del grupo de análisis es de 33.84 años, con un valor mínimo de 22 y un máximo de 55, y una desviación de 8.388 años. Se observa que la mayor parte de la plantilla es joven.

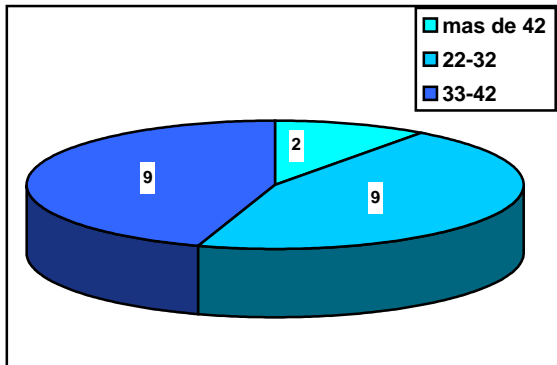


Gráfico 1- **Distribución de la Edad**

En cuanto al **género** se aprecia que es superior el sexo femenino que el masculino entre los profesionales de la muestra: 4.8 % de hombres frente a 95.2% de mujeres.

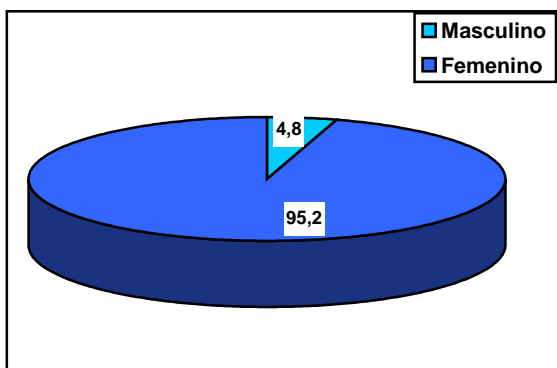


Gráfico 2- **Distribución del Género**

La media de los **años de experiencia** de los profesionales es de 10.45 años, con un valor mínimo de 1 año y un máximo de 34 años. Siendo la desviación estándar de 8.696.

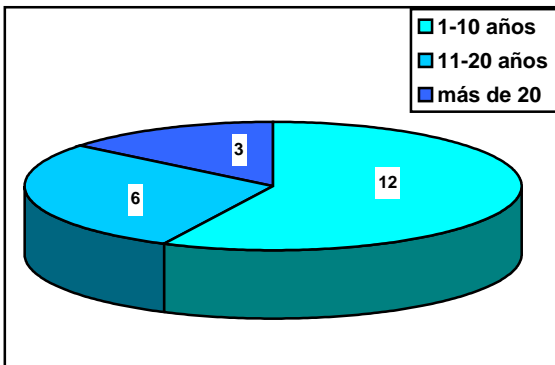


Gráfico 3- años de experiencia

La media del **Ratio de pacientes por enfermera** es de 9.65, con un valor mínimo de 8 pacientes y un valor máximo de 14 pacientes. Siendo la desviación estándar de 1.693.

Se debe tener en cuenta que el ratio varía según el turno (turno noche menos enfermeras).

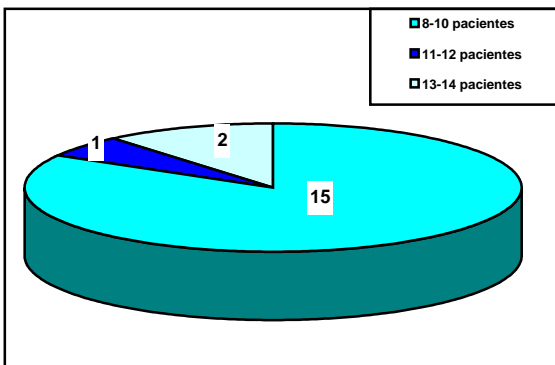


Gráfico 4- Ratio paciente/enfermera

4.2.2 VARIABLES PERSONALES DE LOS PACIENTES.

La **edad** media del grupo de análisis es de 63,6 con un valor mínimo de 22 y un máximo de 91, y una desviación de 16,2 años.

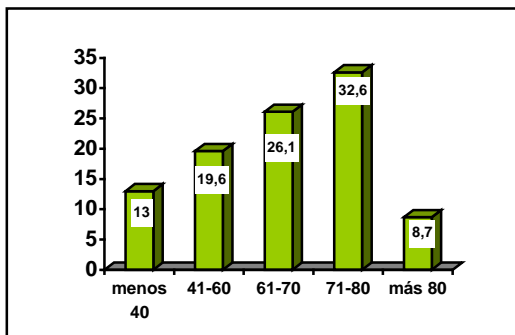


Gráfico 1.- **Distribución de la Edad pacientes**

El **género** se distribuye de manera similar pero ligeramente inferior entre masculino y femenino: 47,8% de hombres frente a 52,2% de mujeres.

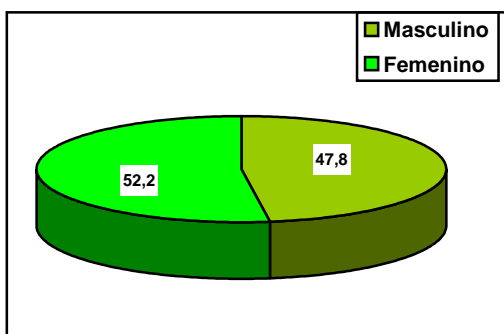


Gráfico 2.- **Distribución del Género**

El **nivel de estudios** en el que se distribuye la muestra es de 23,9% sin estudios, 30,4% estudios primarios, 32,6 % en secundarios y 13% superiores.

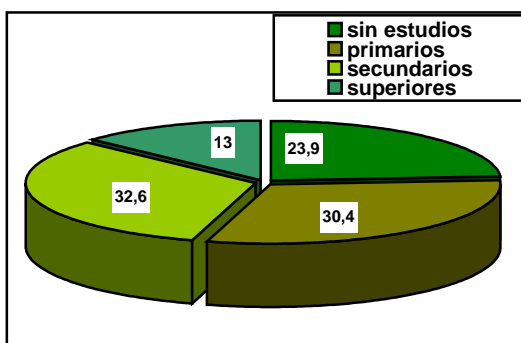


Gráfico 3.- **Distribución estudios**

El **estado civil** es mayoritariamente de casado (45,7%), seguido de viudo (30,47%), y el resto solteros (23,9%).

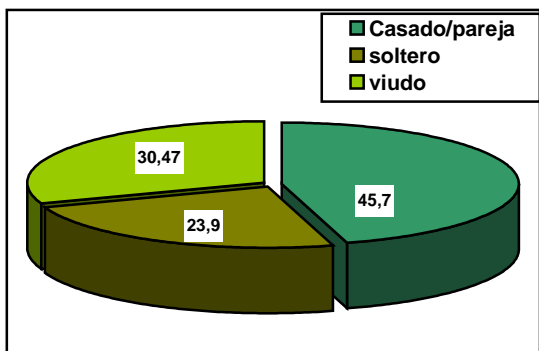


Gráfico 4.- **Distribución del Estado Civil**

4.3 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

4.3.1 Análisis de las necesidades de los pacientes según la perspectiva de los profesionales de enfermería.

4.3.1.1. Información

-El paciente es recibido cuando ingresa en la unidad en un 100 % por el médico y la enfermera. El 52.4 % de los pacientes además es recibido por la auxiliar. Y el 4.8 % además es recibido por el camillero. En ningún caso el paciente es recibido por el personal de la limpieza.

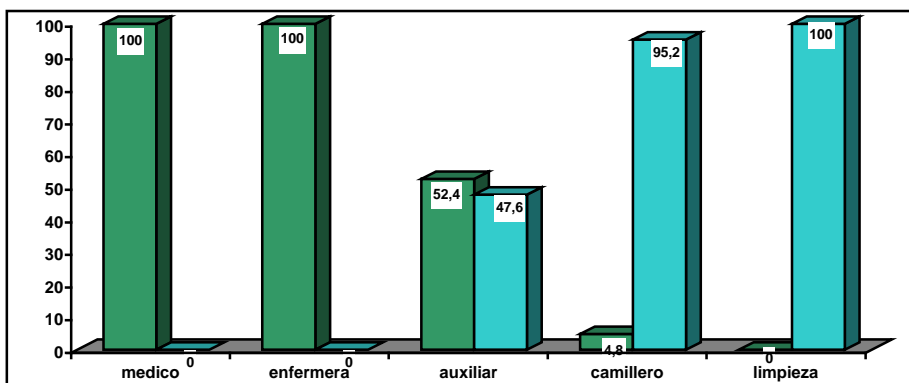


Gráfico 1.- **recepción del paciente**

-Siendo la información general dada al paciente en un 85.7 % por los profesionales de enfermería seguido de un 81% por los médicos, un 19% por el personal administrativo de la unidad, un 14.3 % por la familia y un 4.8 % por los camilleros.

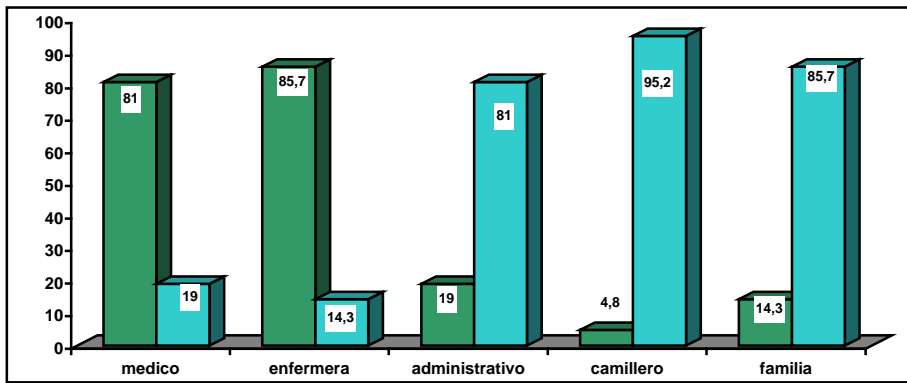


Gráfico 2.- **información al paciente**

-En cuánto a la información dada al paciente sobre los desplazamientos fuera de la unidad (realización de pruebas, traslados a quirófano...). Los que más informan son los enfermeros/as en un porcentaje del 95.2 % seguido de las auxiliares en un 33.3 % de los médicos en un 23.8 % y por último los camilleros en un 19%.

- Los pacientes reciben la información en un 68.4 % en la habitación junto a otro paciente de los cuáles un 52.6 % reciben la información junto con la familia. En un 42.1 % los pacientes reciben la información estando solos.

INFORMACION

	SI	NO
1. ¿EL PACIENTE ESTÁ INFORMADO DEL MOTIVO DE LA INTERVENCIÓN?	100	0
2. ¿SE INFORMA AL PACIENTE SOBRE LOS DÍAS QUE ESTARÁ INGRESADO?	52,4	47,6
3. ¿SE INFORMA AL PACIENTE SOBRE LAS POSIBLES COMPLICACIONES DE LA INTERVENCIÓN?	90,5	9,5
4. ¿RECIBE QUEJAS DE LOS PACIENTES SOBRE EL TRATO PERSONAL?	5,3	94,7
5. EL TRATO PROFESIONAL?	10,5	89,5
6. LA INFORMACIÓN RECIBIDA?	84,2	15,8
7. ¿LE RESULTARÍA ÚTIL AL PACIENTE UNA GUÍA INFORMATIVA DONDE QUEDE RECOGIDA LA INFORMACIÓN QUE SE LE DA?	95,2	4,8
8. ¿EXISTEN PROTOCOLOS EN LA UNIDAD SOBRE LA ACOGIDA Y ACOMPAÑAMIENTO DEL PACIENTE?	71,4	28,6

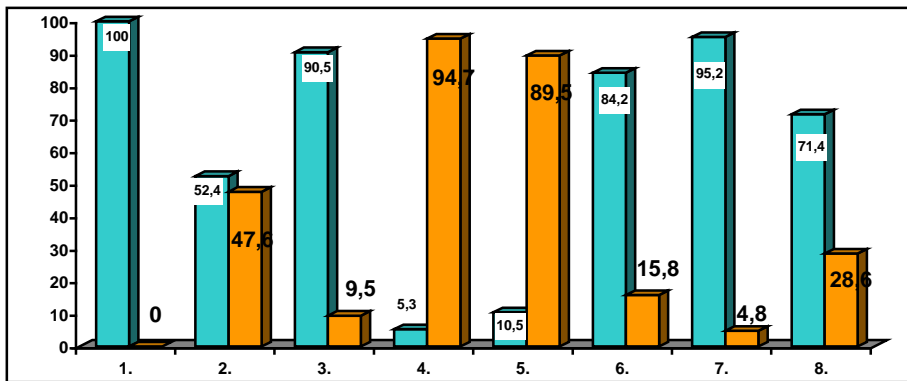


Gráfico 3.- **información al paciente**

Se observa que los pacientes están bastante informados sobre los siguientes aspectos: El motivo de la intervención quirúrgica, las complicaciones potenciales de la misma, sobre aspectos del entorno (luces, timbre, armario, cama...). Sin embargo sólo (aproximadamente) la mitad de los pacientes conoce los días que estará ingresado y poco más de la mitad de pacientes conoce el funcionamiento de la unidad.

-Cuando se pregunta a los profesionales de enfermería sobre las quejas recibidas por parte de los pacientes. Se aprecia que el 84.2 % de las mismas son debidas a la información recibida y curiosamente el 10.5 % de las quejas son debidas al trato profesional frente al 5.3 % que son debidas al trato personal.

-Otros datos de interés detectados son los siguientes:

El 71.4 % de las enfermeras tienen conocimiento de que existen protocolos en la unidad sobre la acogida y acompañamiento del paciente durante su hospitalización, frente a un 28.6 % que responden que no existen dichos protocolos en la unidad.

El 95.2 % de los profesionales de enfermería que le resultaría útil al paciente una guía informativa donde quede recogida toda la información que se le da durante su hospitalización.

El 85.7 % del personal de enfermería comprueba que el paciente entiende la información que se le da frente a un 14.3 % que no.

4.3.1.2 Atención recibida por el paciente.

	MEDIA	DESVIACION
1. ¿SE LE EXPLICA AL PACIENTE ANTES DE REALIZAR CUALQUIER CUIDADO EN QUE CONSISTE EL MISMO?	4	0,84
2. ¿EL PACIENTE LE EXPONE SUS PREOCUPACIONES?	3,38	1,12
3. ¿SE DIRIGE AL PACIENTE POR SU NOMBRE?	4,62	0,67
4. ¿SE INFORMA AL PACIENTE SOBRE LOS DESPLAZAMIENTOS FUERA DE LA UNIDAD (PRUEBAS, TRASLADO A QUIRÓFANO...)?	4	1,05
5. ¿EL PACIENTE RECIBE LA INFORMACIÓN QUE DEMANDA CUANDO LA NECESITA?	3,24	1,14
6. ¿EL PACIENTE ENTIENDE LA INFORMACIÓN QUE SE LE DA?	2,67	0,58
7. ¿EL PACIENTE CONOCE LOS HORARIOS DE INFORMACIÓN MÉDICA A LA FAMILIA?	2,71	1,15
8. ¿EL PACIENTE CONOCE LOS HORARIOS DE PASE DE VISITA MÉDICA?	2,57	1,29
9. ¿EL PACIENTE CONOCE SI HAY SUPERVISORA EN LA UNIDAD?	3,57	1,12
10. ¿EL PACIENTE CONOCE SUS DERECHOS Y DEBERES?	2,33	0,80
11. ¿LAS NECESIDADES DEL PACIENTE QUEDAN CUBIERTAS DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA?	3,14	1,31
12. ¿SE TIENE EN CUENTA EL ESTADO ANÍMICO DEL PACIENTE Y SUS MIEDOS DURANTE EL INGRESO?	3,38	1,20
13. ¿SE IDENTIFICA POR NOMBRE Y CATEGORÍA PROFESIONAL CUANDO ATIENDE AL PACIENTE?	4,57	0,60
14. ¿CUENTA CON LA COLABORACIÓN DEL PACIENTE AL REALIZARLE LOS CUIDADOS?	3,19	1,03
15. ¿CUENTA CON LA OPINIÓN DEL PACIENTE AL REALIZARLE LOS CUIDADOS?	3,43	1,07
16. ¿CONSIDERA QUE EL TIEMPO DEDICADO A LA ESCUCHA DEL PACIENTE ES SUFICIENTE?	2.29	1.05
17. ¿SE TIENEN EN CUENTA ASPECTOS LABORALES, ECONÓMICOS, SOCIALES, LÚDICOS O ESPIRITUALES DEL PACIENTE EN EL ACOMPAÑAMIENTO DE SU ENFERMEDAD	2.57	1.25

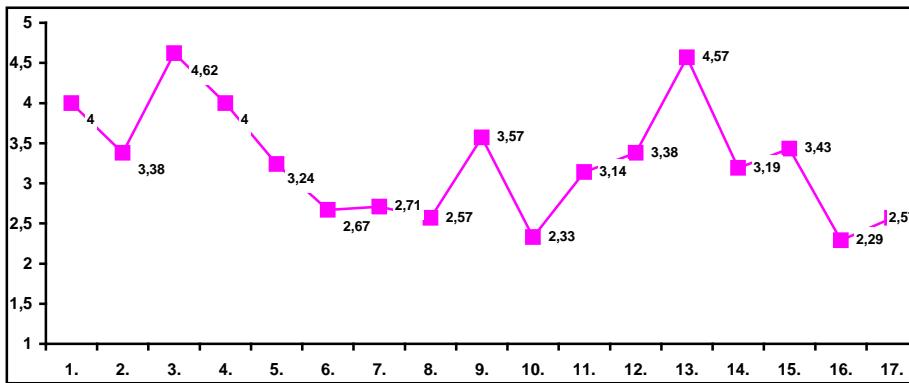


Gráfico 4.- **trato-atención paciente**

-El grupo muestra destaca que a la mayoría de pacientes se les explica de forma previa en que consisten los cuidados que van a recibir.

-Creen que los pacientes les exponen por lo general sus preocupaciones.

-Coinciden en que mayoritariamente se dirigen al paciente

- Más de la mitad de los profesionales de enfermería (66.6 %) opinan que el paciente recibe la información que demanda cuando la necesita. (en las siguientes modalidades habitualmente, casi siempre, siempre).

-El paciente comprende la información que se le da en un 61.9 % de las veces. Aquí no hay de perder de vista que el 38.1% restante solo entienden la información que se le da a veces. Dato que resulta preocupante.

-Un poco más de la mitad (52.4 %) de los pacientes no conocen nunca o sólo a veces los horarios de información médica a la familia frente al 47.6 % que si que los conocen habitualmente, casi siempre o siempre.

-Poco más de la mitad (52.4 %) de los pacientes no conoce los horarios de pase de visita médica.

-La mayoría de pacientes conoce la existencia de la supervisora de la unidad.

-El 42.9 % de los pacientes conocen sus derechos y deberes.

-La mayoría de los profesionales de enfermería de la muestra manifiestan que la necesidades que presentan los pacientes durante su estancia hospitalaria quedan cubiertas. Considerando en el 66.6 % de los casos los miedos y el estado anímico del paciente.

-La mayoría de los profesionales de la muestra indican que se identifican por nombre y categoría profesional a los pacientes que atienden.

-El 33.3 % de los profesionales de enfermería solo a veces cuenta con la colaboración de los pacientes al realizarle los cuidados el resto de forma habitual, casi siempre o siempre lo tienen en cuenta. Contando con la opinión del mismo en un 76.2 % habitualmente, casi siempre o siempre.

-El 61.9 % de la muestra consideran que nunca o solo a veces el tiempo dedicado a la escucha del paciente es suficiente. Mientras que el resto de profesionales opinan que sí.

-Los intereses del paciente más tenidos en cuenta por los profesionales de enfermería son en primer lugar los intereses sobre aspectos: sociales (en un 71.4 %), laborales y económicos (en un 42.8 %) y finalmente los aspectos lúdicos y culturales (en un 40 %).

-La mayoría de los pacientes conoce habitualmente, casi siempre o siempre a su enfermera de referencia (85.7%). El resto (14.3 %) de los pacientes solo la conocen a veces.

-Según la muestra un poco más de la mitad de las enfermeras cuenta con la colaboración de la familia del paciente durante su estancia hospitalaria frente a un 5 % de la muestra que nunca tienen en cuenta la colaboración de ésta y un 40 % que solo a veces la tienen en cuenta. Sin embargo el 76.2 % de los profesionales de la muestra facilita que las personas de referencia identificadas por el paciente estén a su lado durante su estancia hospitalaria.

-Se observa que el proceso de cuidados se adapta a cada paciente en función de sus hábitos e intereses en un 87.7 % de los casos.

4.3.1.3 Aspectos generales.

	Media	desviacion
1. LIMPIEZA DE LOS ESPACIOS DE NUESTRA SALA	3,33	0,9
2. CONDICIONES DE CONFORT Y LIMPIEZA DE LAS HABITACIONES	2,1	0,7
3. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA	2,7	0,9

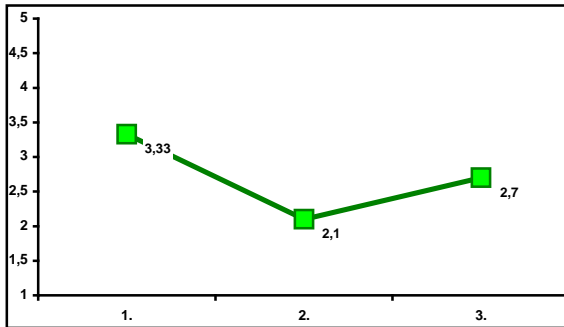


Gráfico 1.- aspectos generales

-En cuanto a la limpieza observamos que con respecto a los espacios de la unidad el 61.9 % de la muestra opina que es muy buena frente a un 19 % de profesionales que opinan que es regular. Sin embargo con respecto a la limpieza de las habitaciones sólo el 28.6 % considera que es bueno.

-El 61.9 % de la muestra considera que la organización del servicio es buena o muy buena. El 28.6 % considera que es regular y el 9.5 % que hay una mala organización.

4.3.1.4 Confort del paciente.

	Media	desviación
1.¿ LA INFORMACIÓN QUE SE DA AL PACIENTE ES COMPLETA?	2,81	0,6
2. PUNTUE EL GRADO DE COMODIDAD DE LOS PACIENTES	2,86	0,65
3. PUNTUE EL GRADO DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES	3,38	0,50
4. PUNTUE EL GRADO DE TRANQUILIDAD DE LOS PACIENTES	2,48	0,75
5. ¿LOS PACIENTES SE SIENTEN ATENDIDOS DURANTE SU INGRESO?	3,52	0,6
6.PUNTUE EL ESTADO DE ANGUSTIA DE LOS PACIENTES DURANTE SU INGRESO	3,33	0,80
7. ¿CUANTO TIEMPO TARDA EN ATENDER A LA LLAMADA DE UN PACIENTE?	1,95	0,50

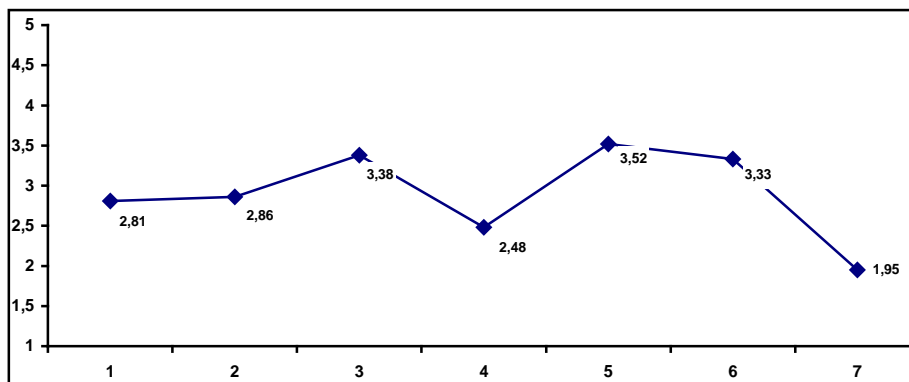


Gráfico 1.- Confort paciente

-El 19% de la muestra considera que las condiciones de confort para el paciente son buenas, el 57.1 % de la muestra considera que son regulares y el resto que son malas. Pero observamos en contrapartida que el 76.2 % de la muestra consideran las condiciones del entorno de las habitaciones (Tª, luz, baños, ruidos...) buenas, muy buenas o excelentes.

-El 71.4 % de los profesionales de enfermería opinan que la información que se da al paciente es completa.

-Según la muestra se observa que si bien el 74.4 % de pacientes se sienten bastante o muy cómodos y el 100% se sienten bastante o muy seguros el 57.2 % se sienten poco o nada tranquilos. El 85.8 % de los pacientes presentan un grado de angustia elevado.

-La mayoría de pacientes se sienten atendidos durante su ingreso solo un 4.8 % de los pacientes se sienten poco atendidos según los profesionales de enfermería.

-En el 90.5 % de los casos el personal de enfermería tarda nada o bien poco en atender a las llamadas de los pacientes.

-El 81% de la muestra manifiesta que acompaña de forma sistemática al paciente durante toda su estancia hospitalaria frente al 19 % que no lo acompaña.

-Los profesionales de enfermería manifiestan que el grado de comodidad de los pacientes con respecto a:

Las camas; El 95% de los pacientes se sienten bastante o muy cómodos.

Los sillones; El 52.4 % de los pacientes se sienten bastante o muy cómodos.

Las mesitas; El 38.1 % de los pacientes se sienten bastante o muy cómodos.

-El 71.5 % de los profesionales de enfermería manifiestan que el baño es poco o nada accesible.

4.4 ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES SEGÚN LA PERSPECTIVA DE LOS MISMOS.

4.4.1. Información.

La mayoría de los pacientes 48.8% es informado sobre los desplazamientos fuera de la unidad por la enfermera, aunque su porcentaje no llega a la mitad.

El paciente recibe la información principalmente en compañía de otro paciente en un 40%.y un 28.9% recibe la información solo.

Para más de la mitad de los pacientes 51.1% tras su experiencia en el hospital su visión de este ha mejorado. Sólo para el 13.3% su visión ha empeorado tras su experiencia en el hospital.

-La mayor parte de los pacientes 80.4%, ingresa por primera vez en la unidad de traumatología para ser intervenido, frente a un 19.6% de pacientes que ya había estado ingresado en la unidad en otras ocasiones o que ya había sido intervenido anteriormente.

-A destacar que sobre lo que se informa a la mayor parte de los pacientes 76.1% es sobre las posibles complicaciones derivadas de la intervención y sobre lo que menos información reciben es sobre sus derechos y deberes 21.7%.

-Resulta elevado el porcentaje de pacientes que dicen no haber sido informados sobre los días que permanecerán ingresados 45.7%. Sólo el 54.3% de los pacientes recibe información sobre los días que permanecerán ingresados.

-Los horarios de comida son conocidos por el 54,3%, los de pase de visita médica por el 51,1% y los de visita de familiares por el 54,3% .

-La mayor parte de los pacientes son informados previamente de los cuidados que se les va a realizar (el 69.6%) y sobre aspectos del entorno (funcionamiento de luces, timbres, cama, etc ...) en un 65.2 %.

-Reciben información sobre el uso y funcionamiento del teléfono y la TV un 34.8% de pacientes.

-El 60.9% sabe que tiene una enfermera de referencia y el 41.3% tiene conocimiento de la existencia de la supervisora en la unidad.

-El 63.6% de pacientes no recibe con antelación la información sobre el día que será dado de alta.

-El 71.7% no recibe información sobre cuales son las personas de referencia a quien debe dirigirse en caso de presentar alguna complicación al alta.

-El 77.8%, de pacientes no sabe a quien dirigirse en caso de dudas al alta.

-La mitad de los pacientes tiene información sobre las posibles complicaciones que pueden aparecer al alta.

-El 53.3% de los pacientes están informados sobre dosis y horarios de tratamiento al alta.

-El 51.1% de los pacientes no han comprendido los cuidados que deben tener en su domicilio.

-El 77.8% considera útil la existencia de una guía informativa donde quede reflejada toda la información dada por el personal de enfermería.

4.4.2. Atención.

-Respecto a la atención recibida, la mayoría de los pacientes se siente satisfecho en general. A destacar la coincidencia de que el 73.9% opina que ha sentido preservada su confidencialidad y que también el 73.9% considera que ha recibido la información en el momento adecuado.

	me dia	desvia cion
11.1 ¿Ha sentido preservada su confidencialidad?	3,28	1,26
11.2 ¿Ha podido explicar al personal que le atiende todo lo que le preocupa?	3,37	0,98
11.3 ¿Se ha sentido tratado como una persona durante el tiempo que ha estado ingresado?	3,65	1,02
11.4 ¿Si fuera necesario volvería a nuestro servicio?	3,85	0,96
11.5 ¿ Le ha atendido la enfermera por su nombre?	3,78	0,99
11.6 ¿Han atendido sus dudas y problemas correctamente?	3,58	1,01
11.7 ¿Ha recibido información sobre los cuidados que le han realizado?	3,48	0,93
11.8 ¿Ha sido informado con antelación sobre los desplazamientos fuera de la unidad (pruebas, traslado quirófano...)?	3,05	1,22
11.9 ¿Ha recibido la información en el momento adecuado?	3,26	1,04
11.10 ¿La información transmitida ha sido clara y comprensible?	3,31	1,10
11.11 ¿Se ha tenido en cuenta su estado anímico y sus miedos durante su ingreso?	2,91	1,31
11.12 ¿Se han identificado todos los profesionales que le han atendido?	3,26	1,18
11.13 ¿En el momento del ingreso ha percibido un clima de confianza para preguntar y expresar sus inquietudes?	3,33	1,14
11.14 ¿Se ha tenido en cuenta su opinión en el momento de tomar decisiones?	3,04	1,26
11.15 ¿En su trato con los profesionales ha percibido complicidad y responsabilidad?	3,33	0,94
11.16 ¿Cree que los enfermeros/as le han ofrecido una ayuda eficaz atendiendo a sus objetivos mediante la escucha y el diálogo?	3,57	1,0
11.17 ¿La enfermera ha contado con la colaboración de sus familiares de referencia durante su estancia hospitalaria?	3,58	1,05
11.18. ¿Se ha sentido acompañado por los profesionales qu le han atendido durante toda su estancia hospitalaria?	3,46	0,96
11.19. Puntúe el grado de comodidad de las camas	3,3	1,23
11.20. de la mesita.	3,2	1,17
11.21. del sillón.	3,17	1,23
11.22. del armario.	3,52	0,97
11.23. . con respecto a la accesibilidad del baño.	3	1,2

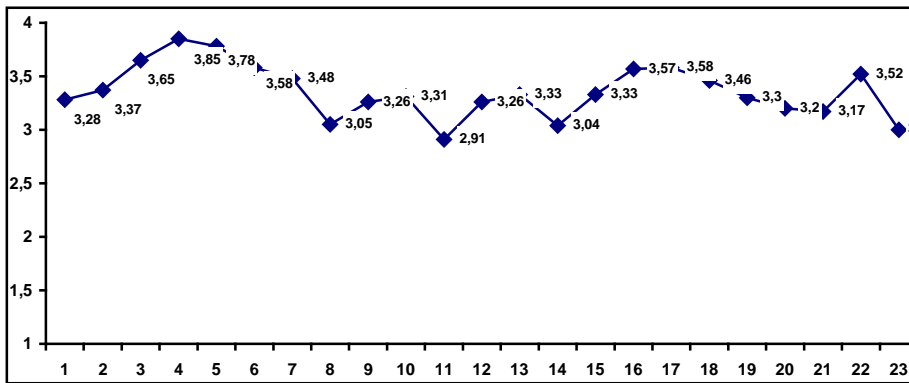


Gráfico 1.-atención paciente

-Es muy similar el porcentaje de pacientes que dice haber recibido un trato humano, 87% y el de pacientes que han sido atendidos por su propio nombre, 86.9%.

-También es similar el resultado de los pacientes que han podido exponer sus preocupaciones al personal, un 76.1% y el de los que consideran que se han atendido sus dudas y problemas, 82.6%. Parecido es el porcentaje de pacientes que opina haber percibido un clima de confianza al ingreso para poder preguntar y expresar sus inquietudes, un 74%.

-El 43.5% de pacientes dicen que no se ha tenido en cuenta su estado anímico ni sus miedos, durante el ingreso.

-La gran mayoría, 91.3% considera que las enfermeras/os les han ofrecido una gran ayuda mediante la escucha y el diálogo y que el 84.8% se han sentido acompañados por los profesionales durante su estancia en la unidad.

-El 93.6% volvería a ingresar en la unidad, si fuera necesario.

-El 73.3% considera que la información dada es clara y comprensible.

-Un 86.3% es informado de los cuidados que se le van a realizar y un 63.6% sobre los desplazamientos fuera de la unidad.

-El 26.1% de profesionales no se identifica cuando se dirige al paciente.

-En su trato con los profesionales el 82.6% de los pacientes ha percibido un clima de confianza y responsabilidad.

-Un 86.7% cree que los profesionales han tenido en cuenta la colaboración de sus familiares de referencia, mientras que un 35.5% opina que no se ha tenido en cuenta la opinión del paciente en el momento de tomar decisiones.

-En cuanto al grado de comodidad la opinión es mayoritariamente satisfactoria :

- mesitas 72.6%
- sillón 64.3%
- cama 72.7%
- armario 88.1 %
- accesibilidad al baño 61%

4.4.3. Trato recibido.

	Media	desviación
12.1 Trato recibido por parte de la persona que le atendió por primera vez en la sala	3,65	0,82
12.2 Trato personal recibido por parte de los profesionales de enfermería	3,65	0,77
12.3 Trato profesional recibido por parte del personal de enfermería	3,74	0,77
12.4 La limpieza de los espacios de la unidad es	3,48	0,81
12.5 Condiciones de confort	3,33	1
12.6 Condiciones de limpieza de su habitación	3,57	0,83
12.7 impresión que le ha causado la unidad en cuanto a organización	3,3	1,05
12.8 ruido	2,7	1,28
12.9 comida	2,83	1,22
12.10 temperatura	3,11	0,93
12.11 accesibilidad	3,04	1,03
12.12 luz	3,13	0,96
12.13 televisión	3,32	0,83
12.14 aseo	3	1,09
12.15 impresión que le ha causado el personal de la unidad: médicos/as	3,7	0,81
12.16 enfermeros/as	3,65	0,95
12.17 fisioterapeuta	3,88	0,76
12.18 auxiliares	3,08	0,86
12.19 camilleros/as	3,76	0,83

	Media	desviación
12.20 voluntariado	3,66	1,26
12.21 personal de limpieza	3,48	0,96

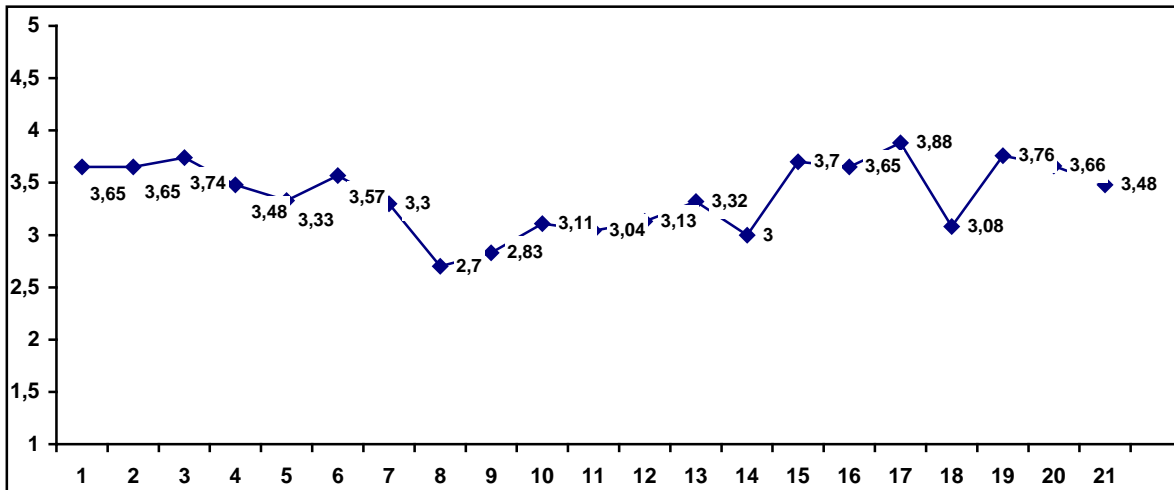


Gráfico 1.- **trato recibido paciente**

-Más del 93%, considera que el trato ha sido bueno, muy bueno o excelente.

-La limpieza tanto de la unidad como de la habitación está bien valorada por más del 90% de los pacientes.

-En relación al ruido y la comida el 50% tiene una buena opinión.

-Respecto a la luz el 71.8% tiene una buena impresión de las condiciones de luz en la unidad y el 73.4% tiene una buena impresión sobre las condiciones de temperatura en la unidad.

-Las condiciones de confort son buenas o excelentes para el 80% de los pacientes.

-La impresión organizativa de la unidad está muy bien valorada por el 81.8%.

-La accesibilidad a la unidad es buena para el 65.3%.

-Casi la totalidad de los pacientes, 90.8% tiene una buena impresión respecto a la TV de la unidad.

-La impresión del paciente sobre los diferentes profesionales es satisfactoria:

- médico y la enfermera 91.3%.
- auxiliares de enfermería 93.5% .
- camilleros 95.6%.
- fisioterapeutas 97.5%.
- personal de la limpieza 87%.
- voluntariado 84.4%.

4.4.4. Cuidados recibidos

	Media	desviacion
13.1 La información recibida ha sido completa	2,93	0,85
13.2 Control que se ha tenido de su enfermedad durante el ingreso	3,54	0,72
13.3 ¿Durante su ingreso se ha sentido cómodo?	3,15	0,84
13.4 ¿Durante su ingreso se ha sentido seguro?	3,63	0,83
13.5 ¿Durante su ingreso se ha sentido tranquilo?	3,24	1,04
13.6 ¿Durante su ingreso se ha sentido atendido?	3,48	0,84
13.7 Nivel de angustia durante su ingreso	3,16	1,09
13.8 ¿Cuanto tiempo ha tardado la enfermera en responder a su llamada?	2,93	1,09
13.9 ¿su trato con la enfermera le transmite confianza?	3,42	0,89
13.10 ¿Ha sido satisfactoria la respuesta a sus demandas?	3,24	0,98
13.11 ¿Le ha resultado fácil acceder a su enfermera?	3,11	0,99
13.12 ¿Se ha sentido informado usted durante el ingreso?	3,02	0,96
13.13 ¿Se han sentido informados sus familiares de referencia durante el ingreso?	3,31	0,92
13.14 ¿Sus necesidades y expectativas se han cubierto durante su estancia en el hospital?	3,26	1,07
13.15 ¿Le han animado a participar en el momento de recibir los cuidados?	3,33	1,15
13.16 ¿Se han tenido en cuenta sus intereses en cuanto aspectos laborales?	2,73	1,38
13.17 económicos?	2,61	1,32
13.18 sociales?	2,69	1,33
13.19 lúdicos?	2,41	1,29
13.20 culturales?	2,43	1,30
13.21 ¿El lenguaje utilizado por los médicos ha sido concreto y comprensible?	3,38	1,09
13.22 ¿El lenguaje utilizado por los enfermeros/as ha sido concreto y comprensible?	3,67	0,84

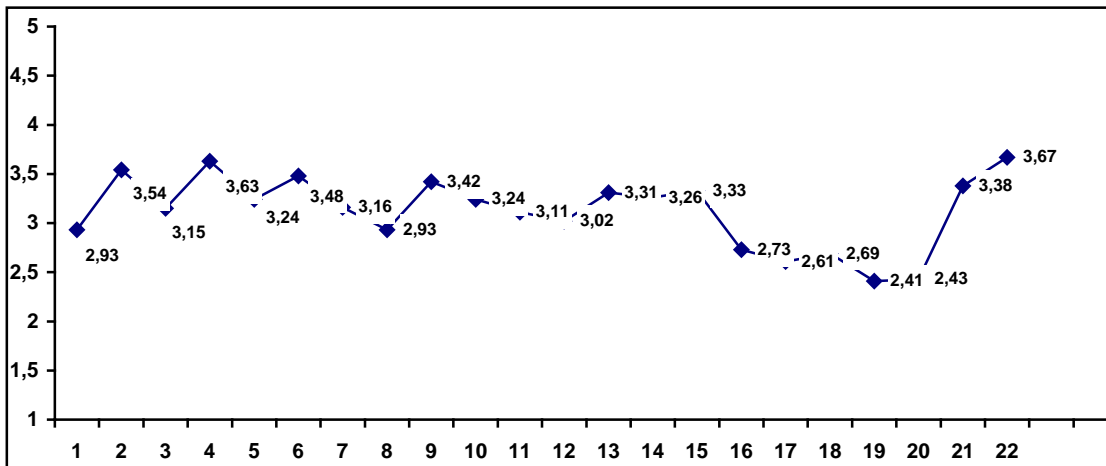


Gráfico 1 cuidados recibidos por el paciente

-Destaca el sentimiento de seguridad que tiene el 95.7% de los pacientes y la sensación de control de la enfermedad que tiene casi la totalidad, 93.4%.

-Hay más pacientes con sensación de tranquilidad, 73.9% que pacientes con nivel de angustia 64.4%.

-Es muy elevado el porcentaje de pacientes que se ha sentido atendido durante su ingreso 91.2% y el de pacientes que valora satisfactoriamente la respuesta dada a sus demandas, 82.2%.

-El 51.1% de los pacientes opina que la enfermera tarda mucho o bastante en responder a su llamada.

-Hay un 70.4% de pacientes que opina que accede con facilidad a la enfermera.

-Gran parte de los pacientes, 86.6% dice que su trato con la enfermera le transmite confianza .

-El 76.1% considera completa la información recibida y el 71.1% se ha sentido bien informado durante su ingreso

-La mayoría, el 84.5% de pacientes, opina que sus familiares de referencia han sido bien informados.

-Un 76.7% se han sentido partícipes al recibir los cuidados y un 76.8% considera que sus necesidades y expectativas han estado cubiertas durante su estancia hospitalaria.

-Según el 50% de los pacientes los aspectos laborales, económicos, sociales, lúdicos y culturales se ha tenido en menor consideración.

-La mayoría de pacientes consideran que el lenguaje enfermero y médico ha sido concreto y comprensible.

4.5 RESULTADOS INFERENCIALES

4.5.1. Necesidades en cuánto a la información dada al paciente.

Según la muestra observamos que la mayor parte de pacientes ingresan por primera vez en la unidad. El paciente en el momento del ingreso es recibido siempre por el médico y la enfermera. En la mitad de los casos es recibido también por la auxiliar y en muy pocas ocasiones por los camilleros.

El paciente recibe generalmente la información junto a otro paciente, además en un porcentaje elevado la recibe junto a la familia.

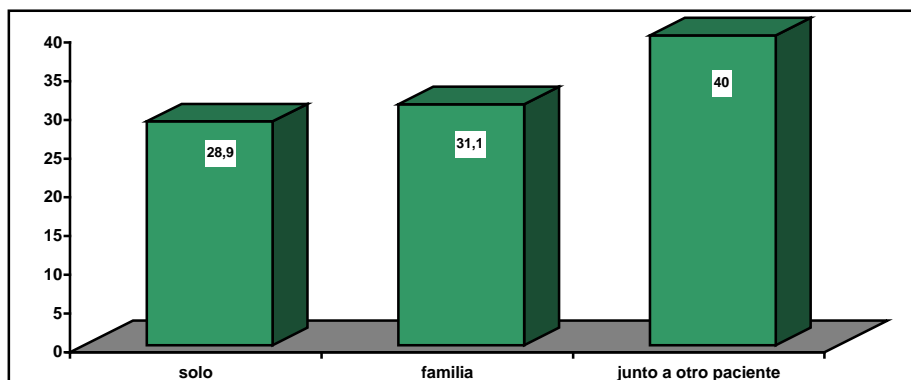


Gráfico 1.- **información al paciente**

La mayoría de pacientes opina que sus familiares de referencia han sido bien informados.

Según la opinión de los profesionales, la información general es dada al paciente en la mayoría de los casos por el personal de enfermería seguido de los médicos en mucha menos proporción por el personal administrativo y por la familia y en contadas ocasiones por los camilleros.

Según los profesionales observamos que, con respecto a la información dada al paciente sobre los desplazamientos fuera de la unidad, el personal de enfermería es el que más informa (95.2 %). Esto queda contrastado con la información recibida por parte de los pacientes ya que sólo la mitad indican estar informados por la enfermera.

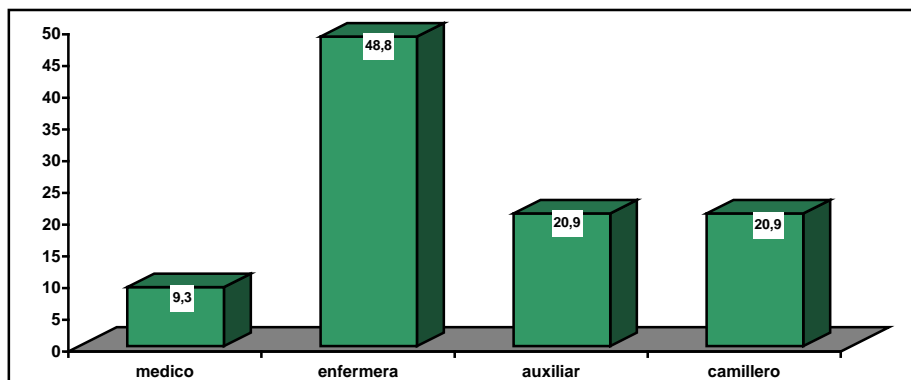


Gráfico 2.- **desplazamiento paciente**

La información que más se da al paciente es sobre el motivo de la IQ, las complicaciones potenciales de la misma y sobre aspectos del entorno (luces, timbre, armario...) Sin embargo sólo reciben información sobre el uso y funcionamiento del teléfono y la televisión un 34.8 % de pacientes.

En contrapartida no se ofrece tanta información a los pacientes sobre los días que estarán hospitalizados, el funcionamiento de la unidad (horarios de comida, horarios de visita médica y horarios de visita para los familiares) ni sobre sus derechos y deberes.

Llama la atención que la mayor falta de información que tiene el paciente sea la referida al alta; El paciente no recibe con antelación la información sobre el día que será dado de alta. No recibe la información sobre cuales son las personas de referencia a quien debe dirigirse en caso de presentar alguna complicación al alta y desconocen a quien dirigirse en caso de dudas al alta. Todo ello en un porcentaje muy elevado.

También destacar llegados a éste punto que sólo la mitad de los pacientes tiene información sobre las posibles complicaciones que pueden aparecer al alta y discretamente poco más de la mitad de los pacientes son informados sobre dosis y horarios de tratamiento.

Según los profesionales de enfermería las quejas recibidas son en un porcentaje muy elevado referidas a la información ofrecida. Sin embargo la mayoría de pacientes se consideran bien informados durante su ingreso y considera completa la información recibida.

Otros motivos de queja según enfermería son en un porcentaje muy pequeño referidos al trato profesional, seguidas de un discreto porcentaje que son debidas al trato personal. Esto queda constatado con la opinión mayoritaria de los pacientes que dice haber recibido un trato bueno o excelente por parte de los profesionales.

Se observa que sólo el 13.3 % de los pacientes la visión que tenían previamente del hospital empeora.

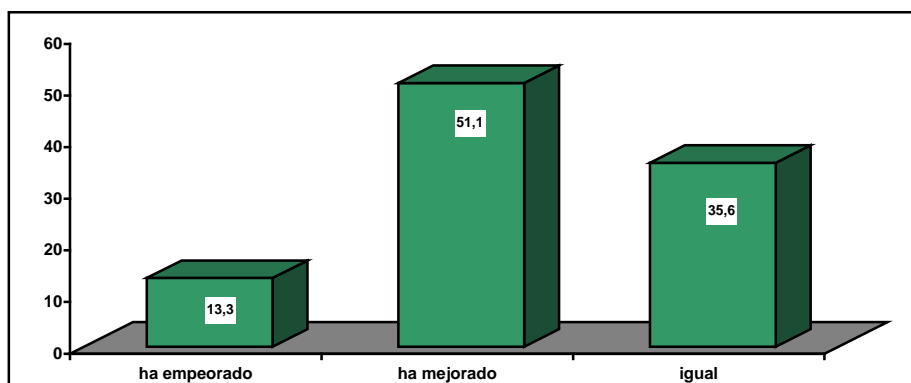


Gráfico 3.- **visión del hospital**

La gran mayoría de pacientes y profesionales de enfermería creen que resultaría útil al paciente una guía informativa donde quede recogida toda la información que se le da durante su hospitalización.

Observamos que la mayoría de profesionales de enfermería comprueban que el paciente entiende la información que se le da. Además la mayoría de pacientes considera que tanto el lenguaje enfermero como médico ha sido concreto y comprensible. A pesar de ello creemos que no podemos obviar a la minoría en un tema tan importante por ello tendremos que hacer especial hincapié en este punto. Con respecto a esto apreciamos que según la muestra de pacientes en el caso por ejemplo de la información recibida con respecto a los cuidados que deben de tener en su domicilio sólo la mitad de éstos comprenden lo que se les explica.

4.5.2 Necesidades en cuanto a la atención recibida por el paciente.

Según el grupo muestra de los profesionales de enfermería mayoritariamente se dirigen al paciente por su nombre. Dato que se corrobora también en el grupo muestra de los pacientes.

Los profesionales de enfermería opinan que la mayoría de pacientes conoce a la supervisora pero cuando se les pregunta a los pacientes se observa que solo el 41.3 % la conocen. Del mismo modo según los profesionales de enfermería, la mayoría de pacientes (85.7 %) conoce habitualmente a su enfermera de referencia mientras que según éstos, sólo el 60.9% tiene conocimiento de ello.

Otro dato importante con respecto a este punto es que la mayoría de profesionales indican que se identifican por nombre y categoría profesional. Según los pacientes hay un 26.1 % de los profesionales que no lo hace. Nuevamente otro dato que no se puede pasar por alto.

Según el grupo muestra de profesionales de enfermería y de pacientes se observa que las necesidades que presentan los pacientes durante su estancia hospitalaria quedan cubiertas y que los cuidados que van a recibir son explicados de forma previa. En el momento de tomar decisiones coinciden en un 70% aproximadamente ambas muestras que se tiene en cuenta la opinión del paciente.

Donde si que apreciamos que difieren ambas muestras es en cuanto a la colaboración de los familiares de referencia en la toma de decisiones. Mientras que la mayoría de pacientes opina que se han tenido en cuenta. Solo un poco más de la mitad de las enfermeras cuenta con la colaboración de la familia.

Sin embargo el 76.2 % de los profesionales de la muestra facilita que las personas de referencia identificadas por el paciente estén a su lado durante su estancia hospitalaria.

La muestra de profesionales de enfermería considera que en el 87.7 % de los casos el proceso de cuidados se adapta a cada paciente en función de sus hábitos e intereses. Los intereses del paciente más tenidos en cuenta son en primer lugar los sociales (71.4%) seguidos de los laborales y económicos (42.8%) y finalmente los aspectos lúdicos y culturales (40%). Sin embargo según el 50% de los pacientes, los aspectos laborales, económicos, sociales, lúdicos y culturales se han tenido en menor consideración.

Por otro lado, también coinciden ambas muestras en que los pacientes por lo general exponen sus preocupaciones al personal de enfermería. Sin embargo no se consideran según los (PE) en un 66.6% el estado anímico y los miedos del paciente y según los pacientes en un 43.5 % de los casos.

Es de destacar que la gran mayoría (91.3%) de los pacientes considera que las enfermeras/os les han ofrecido una gran ayuda mediante la escucha y el diálogo sintiéndose el 84.8% de los pacientes acompañados por los profesionales durante su estancia en la unidad. Sin embargo sólo el 61.9 % de los profesionales considera que nunca o sólo a veces el tiempo dedicado a la escucha del paciente es suficiente.

Con respecto a si el paciente recibe la información en el momento adecuado tanto profesionales como pacientes creen mayoritariamente que sí.

La mayoría de los pacientes opinan que ha sido preservada su confidencialidad y que han percibido un clima de confianza y responsabilidad en su trato con los profesionales. Por otro lado el 87% de los pacientes consideran haber recibido un trato humano. Cuando se les pregunta a los pacientes de la muestra si ingresarían nuevamente en la unidad, en caso de necesidad, el 93.6% dice que sí.

4.5.3. Necesidades del paciente en cuánto a su confort .

Las condiciones de confort son buenas o excelentes para el 80% de los pacientes. Sin embargo solo el 19 % de los profesionales de enfermería consideran que son buenas. El resto de profesionales opinan que son regulares o malas.

La limpieza tanto de la unidad como de la habitación está bien valorada por más del 90% de los pacientes. Sin embargo un poco más de la mitad de los profesionales de enfermería de la muestra opinan que la limpieza de la unidad es muy buena y sólo el 28.6 % de los mismos opina que la limpieza de las habitaciones es buena.

La mayoría de los profesionales de enfermería y de los pacientes consideran las condiciones del entorno de las habitaciones en cuánto a Tª y luz muy buenas. Sin embargo solo la mitad de los pacientes tienen buena impresión con respecto al ruido (aquí difieren de las enfermeras) y las comidas.

La organización del servicio está muy bien valorada por el 80% de los pacientes de la muestra. Sin embargo es considerada sólo por un 61.9 % de la muestra de profesionales de enfermería buena o muy buena frente a un 28.6% que considera que es regular y el 9.5 % que considera que es mala.

La accesibilidad a la unidad es buena para el 65.3 % de los pacientes de la muestra.

Casi la totalidad de los pacientes tiene una buena impresión respecto a la TV de la unidad.

Mientras que la opinión que tienen los pacientes sobre el servicio y su accesibilidad en un 60% de los casos es satisfactoria (aquí se ha de tener en cuenta que la mayoría de los pacientes no accede al baño hasta los últimos días de su estancia en el hospital). El –

-El 71.5 % de los profesionales de enfermería manifiestan que el baño es poco o nada accesible.

Los profesionales de enfermería al igual que los pacientes consideran que las camas son bastante cómodas.

Para enfermería los sillones son más cómodos que las mesitas mientras que para los pacientes es al contrario. Destacar que para los pacientes el armario es lo más valorado en cuanto a grado de comodidad.

4.5.4. Necesidades del paciente según los cuidados recibidos.

Ambas muestras coinciden en que la gran mayoría de pacientes se han sentido atendidos durante su ingreso.

La mayoría de pacientes valora satisfactoriamente las respuestas dadas a sus demandas. El 70.4% de los pacientes opina que accede con facilidad a la enfermera.

Más de la mitad de la muestra de pacientes considera que la enfermera tarda mucho o bastante en responder a sus llamadas. La mayoría de enfermeras opina que tarda nada o poco en atender a la llamada de los pacientes.

La mitad de los profesionales de enfermería considera que los pacientes se sienten nada o poco tranquilos. Además la mayoría de éstos opinan que los pacientes presentan un grado de angustia elevado. Sin embargo según la muestra de pacientes hay más pacientes con sensación de tranquilidad que pacientes con nivel de angustia.

Ambas muestras coinciden en que la mayoría de pacientes se sienten muy seguros.

5. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio no responden a la previsión que teníamos en un principio. Partíamos de la premisa de que la atención sanitaria está cada vez más tecnificada y menos humanizada, que no se tienen en cuenta las necesidades de los pacientes y que existe una gran falta de información. Todo ello generando un aumento de la inseguridad y la ansiedad del paciente.

Sin embargo tras el estudio destacar con respecto a:

INFORMACIÓN

Si bien la información ofrecida es concreta y comprensible y los pacientes se sienten bien informados, observamos que el mayor motivo de quejas es con respecto a la información recibida. Y además, al preguntar tanto a profesionales como pacientes, en la necesidad de una guía informativa, que recoja toda la información ofrecida durante la hospitalización, ambas muestras coinciden, en la gran utilidad de la misma.

De lo que más se informa es sobre el motivo y complicaciones potenciales de la IQ y sobre aspectos del entorno (luz, funcionamiento cama, armario...; aunque del funcionamiento de la TV y el teléfono poco).

De lo que menos se informa es sobre los días aproximados de hospitalización que estará el paciente, los horarios de comida, de visita médica y de visita de los familiares así como de los deberes y derechos del paciente.

Existe una falta de información importante con respecto al alta; Los pacientes no saben con antelación el día que marchan de alta, no conocen las personas de referencia ante complicaciones o dudas al alta.

A pesar de que el hospital contempla como objetivo, el asegurar la continuidad asistencial.

Todo esto nos hace pensar que el paciente no es consciente de sus propias necesidades con respecto a la información. Creen que la información ofrecida por los profesionales es completa y en realidad no lo es. Los pacientes presentan lagunas informativas que pueden repercutir durante su estancia hospitalaria o bien al alta.

ATENCIÓN

Con respecto a la atención se observa que en la mayoría de los casos el trato ofrecido es humano y que las necesidades del paciente quedan cubiertas. Se tiene en cuenta la opinión del paciente en el proceso de cuidados, los cuáles, son explicados de forma previa y se presta gran ayuda a éste mediante la escucha y el diálogo.

Si bien los cuidados están centrados en la persona, ésta no se aborda en toda su globalidad considerando aspectos laborales, sociales, lúdicos y culturales. Es importante hacer hincapié en este aspecto dado su grado de importancia; como ya se explicaba en el marco teórico de la cuestión, la persona es una estructura que puede desestructurarse.

La desestructuración no se da de forma desorganizada sino que se da de una forma organizada y en la totalidad de esa estructura no en un solo uno o varios elementos. Cuando le diagnostican a una persona, una fractura de fémur tras una caída accidental, no sólo queda afectada la extremidad es decir, su dimensión orgánica sino que también pueden ser afectadas otras, como su dimensión psíquica, emocional, relacional, intelectual...

En definitiva, la relación de ayuda ha de estar centrada en la persona y en las necesidades globales de la misma, no sólo en necesidades somáticas.

Por otro lado, queda constatado que no siempre se tienen en cuenta las decisiones de los familiares de referencia aunque si se facilita que éstos acompañen al paciente durante su estancia hospitalaria. Sin embargo, tanto las creencias de la enfermería como los principios y líneas estratégicas del hospital están de acuerdo de que los pacientes y la familia deben estar en el centro de todas las decisiones en relación con la provisión y tratamiento del cuidado.

La enfermera de referencia y la supervisora de la unidad no es conocida por una minoría de pacientes. A pesar de que este dato no es alarmante en cuánto al número de pacientes que refieren no conocerlas, es preocupante ya que, todos los pacientes tendrían que saberlas identificar.

CONFORT

La limpieza, la Tª y la luz de las habitaciones es buena. Sin embargo se aprecia que habría que mejorar la calidad de las comidas, disminuir el ruido y mejorar la accesibilidad al baño. Así como intentar mejorar el grado de comodidad con respecto a las mesitas y los sillones.

CUIDADOS RECIBIDOS

Una de las líneas estratégicas del hospital en cuanto a liderazgo profesional y gestión es garantizar la calidad de cuidados y seguridad de los pacientes.

Esto queda reflejado en la presente investigación. El trato ofrecido por los profesionales durante la acogida del paciente en la unidad es muy satisfactorio. La atención prestada durante la hospitalización es muy buena al igual que las respuestas a las demandas de los pacientes.

A pesar de que se accede a la enfermera con facilidad ésta tarda bastante en responder a las llamadas de los mismos (aspecto a mejorar).

Los pacientes se sienten muy seguros. Son más, los pacientes con sensación de tranquilidad que los pacientes con nivel de angustia.

6. PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN

6.1 PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN

6.1.1 PAA

Según el PAA el personal de enfermería (enfermera y auxiliar) se hará cargo del paciente y de su familia en el mismo momento de su llegada a la unidad. El plan de acogida y acompañamiento tiene que definir que "el perfil del personal de enfermería tiene que reunir unas condiciones mínimas". Estas condiciones son una "capacidad intelectual media, con una adecuada aptitud verbal y espacial" y una "personalidad intuitiva, asertiva, con capacidad de observación, facilidad para la comunicación y habilidades sociales".

El personal de enfermería recibirá, saludará y acompañará al paciente a su habitación. Una vez en ésta se presentará por su nombre y se identificará según categoría profesional, especificando en el turno que lo atenderá (de esta manera se ubica también al paciente en cuanto a tiempo).

Se ayudará al paciente a instalarse en la habitación. Se le indicará al paciente y a la familia donde está su armario y se le ayudará con sus pertenencias. Seguidamente se acomodará al paciente en la cama y se le explicará:

- El funcionamiento de la cama, del timbre, de las luces, del aire acondicionado, de la televisión y el teléfono.
 - Se le indicará al paciente en caso de que se pueda levantar la ubicación del WC, así como de la alarma por si precisa cualquier cosa.
 - El funcionamiento de la unidad, en cuanto a:
 - Horarios de desayuno, comida, merienda y cena.
 - Horarios de visitas de los familiares.
 - Horarios de visita médica.
 - Horarios de información médica a los familiares.
 - Plan de actividades durante un día de hospitalización:
 - Turno mañana:
 - Desayuno y medicación en caso necesario.
 - Higiene y pase de visita médica.
 - Curas, analíticas y realización de pruebas diagnósticas cuando se requiera.
 - Sedestación y Fisioterapia.
 - Comida y nuevamente medicación en caso necesario.
-

-Turno tarde:

-Toma de constantes y administración de medicación en caso necesario.

-Repaso del Confort del paciente (se estiran sábanas, se cambian pañales, se hidratan pacientes)

-Sedestación y fisioterapia.

-Meriendas, administración de heparinas y administración de otras medicaciones si es preciso.

- Repaso del Confort del paciente (se estiran sábanas, se cambian pañales, se hidratan pacientes)

-Cenas y administración de medicación en caso necesario.

-Turno noche:

-Toma de constantes y administración de medicación.

-Repaso del Confort del paciente (se estiran sábanas, se cambian pañales, se hidratan pacientes)

-Descanso nocturno.

- Repaso del Confort del paciente (se estiran sábanas, se cambian pañales, se hidratan pacientes)

-A primera hora de la mañana constantes, higiene de los pacientes previstos para quirófano y medicación y analíticas en caso necesario.

- Equipo médico que llevará al paciente así como la supervisora de la unidad y el personal de enfermería de referencia (enfermera/o y auxiliar)
- Cuando se prevé que se llevará a cabo la IQ y el porque no se puede determinar día y hora con antelación (Las IQ urgentes de todas las especialidades se realizan en los quirófanos de urgencias. Existe una lista de pacientes por orden de llegada a urgencias pero aún así no deja de ser una previsión estimada ya que todas aquellas urgencias que comportan riesgo vital pasan por delante).

En el PAA se especificará que el paciente además de la información recibida de forma verbal también recibirá una guía informativa sanitaria donde además de constar toda la información detallada hasta ahora también constará información de tipo general que puede necesitar: servicios que ofrece el hospital, mapa de las instalaciones, plano de los alrededores del centro.

Se procederá a la recogida de datos, para conocer las necesidades de los pacientes en todas sus dimensiones, con la finalidad de centrar los cuidados en la persona bajo una perspectiva holística.

Durante la hospitalización del paciente, el personal de enfermería acompañará y cuidará tanto al paciente como a sus cuidadores (familias) mediante la relación de ayuda.

El Plan de Acogida también detallará cuáles serán las obligaciones del personal de enfermería de referencia cuando el enfermo ya esté pendiente del alta médica. En este caso, el personal de enfermería consultará con los traumatólogos día de alta e informará y se asegurará de que el paciente comprende la información dada sobre:

-Tratamiento al alta; horarios de medicación, educación sanitaria sobre la administración del tratamiento en caso necesario (inhaladores, heparinas...).

-Los cuidados que éste debe de llevar a cabo al alta (cura de la herida quirúrgica, los ejercicios de fisioterapia, la sedestación y la deambulación en caso que estén autorizados por el facultativo...).

-La aparición de posibles signos de alarma

-El personal de referencia ante complicaciones o dudas al alta y donde localizarlo.

-Día y lugar en el que se deberán retirar puntos de sutura así como las visitas de control (en consultas externas) que sus médicos consideren que necesitará en el futuro el paciente .

Se especificará en el PAA que además toda esta información debe de constar también en la guía sanitaria informativa al paciente mencionada anteriormente.

6.2 PROPUESTAS DE TIPO ORGANIZATIVO

- Mejorar la calidad de las comidas
- Disminuir el ruido
- Mejorar la accesibilidad al baño.
- Identificar a los profesionales implicados en los cuidados del paciente.

7. NUEVAS VIAS DE INVESTIGACIÓN

- Estudio de la discrepancia existente entre profesionales de enfermería y pacientes en cuanto al tiempo que tarda la enfermera/o en acudir a la llamada del paciente.
 - Estudio de lo que enfermería entiende por plan de acogida y acompañamiento del paciente, ya que al preguntarles por la existencia del mismo, la mayoría responde afirmativamente cuando en realidad no existe tal protocolo en la unidad.
 - Elaboración, implementación y evaluación del PAA a partir de la estructura planteada en el presente estudio,
-

8. BIBLIOGRAFIA

Hayes, B. (1995) Cómo medir la satisfacción del cliente. Desarrollo y utilización de los cuestionarios. Barcelona: Gestión 2000.

Cibanal, L. (1991) Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Barcelona: Doyma.

Cibanal, L; Arce, M. C y Carballal, M. C. (2003) Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud. Madrid: Elsevier.

Cela, J.L. (1999) Calidad qué es. Cómo hacerla. Barcelona: Gestión 2000.

Koch, H. (1994) Gestión Total de la Calidad en la Sanidad. Barcelona: SG Editores.

Mauleón García, M.A; Mauleón García ME. (1992) *Manejar la ansiedad* .**Revista ROL de enfermería**, vol.171, 39 - 44

Costa Estany, JM. Gestió de la qualitat total en un món de serveis. Barcelona: Gestió 2000.

Colom, D. (2000) *El ojo que no cesa de mirar, el corazón que no deja de sentir. La satisfacción de los clientes.* **ASSB**, vol. 4, 25 - 8.

Duarte Climents, G; Aguirre-Jaime, A. (2003) *Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de satisfacción de los usuarios.* **Enfermería Clínica**, vol 13, 7-15.

Calero, MJ; Calero, MD. (2000) *Control de calidad asistencial. Evaluación de resultados: satisfacción del usuario.* **Revista de Enfermería ROL**, vol. 154, 33-40.

Drummonal, H. (1997) La calidad total. El movimiento de la calidad. Bilbao: Ediciones Deusto.

Aizpuw Barandiaran, F. Barreras (1993) *A la comunicación verbal y satisfacción del usuario en las consultas de medicina general*. **Gaceta sanitaria**, vol. 7, 27-31.

Jiménez Villa, J. (1990) **Programación y protocolización de actividades**. Barcelona: Monografías clínicas en atención 1ª; 38-40.

Autora Serna, M. (1997) *El protocolo de acogida al paciente como objetivo para humanizar la asistencia*. **Oinarri**, vol. 10, 4-7.

Solé, I; Besora, A; et al. (2002) *La visita de acogida*. **Enfermería Clínica**, vol. 12, 238-243.

Rayo Burillo. C; Brull Gisbert. (1994) *Protocolo de acogida en la unidad de urología al paciente que va a hospitalizarse*. **Revista de la asociación española de enfermería en urología**, Vol. 53, 5-9.

Jover Sancho, C; Subiana Casacuberta, M. (1995) *Relación de ayuda en el ingreso hospitalario*. **Revista ROL de enfermería**, vol. 206.

Martínez Riera, JR. (1999) *Informe de enfermería al ingreso: Instrumento específico de interrelación* . **Revista ROL de enfermería**, vol. 22, 133-139.

Avizanda Sanvomon, A. (2004) *Desarrollo operativo de un programa de calidad: protocolización y monitorización de las actividades de enfermería*. **Nursing**, Vol. 22, 60-72.

Corner, M. et al. (1998) *Gestión de enfermería y calidad asistencial del hospital*, **Revista ROL de enfermería**, Vol.121, 18-20.

Mason, E. J. (1988) Normas de calidad de enfermería. Barcelona: Doyma.

Hayes, B. E (1995). Cómo medir la satisfacción del cliente. Barcelona: Ediciones gestión 2000.

Bonet, E. (1978) Fonaments d'estadística. Barcelona: Editorial Teide.

Hohorovitz, J. y Jurgens M. (1996). La satisfacción total del cliente. Madrid: McGraw-Hill.

Bermejo, J.C. (1997) Humanizar la Salud. Madrid: San Pablo.

Chalifour, J. (1993) La relación de ayuda en cuidados de enfermería: Una perspectiva holística-humanística. Barcelona: SG.

Torralba i Roselló, F. (1998) Antropología del cuidar. Madrid: Institut Borja de Bioètica.

Karger, S. (1971) Principios básicos de los cuidados de enfermería/ Henderson Virginia Base!

La Torre Guisasola M, Urruela Oliván M, González Molina Y. (2001-2003) **Objetivo específico: Satisfacción del cliente/ paciente. Encuestas de satisfacción de cirugía mayor ambulatoria**. Hospital de Basurto. (Documento policopiado).

La Torre Postigo, J. M., Rovira Gil, E. (1990) *Evaluación y cuidados de ansiedad como respuesta a algunas técnicas de enfermería*, **Revista de enfermería**, vol. 1, 81-90.

Rovira, E., La Torre, J. (1991) *La ansiedad en el paciente traumatológico: diagnóstico y cuidados de enfermería*, **Notas de enfermería**, vol. 1, 105 -111.

Rosales Calvo, MQI. Valle Rodríguez, M. (1994) *Factores ansiogenos de la organización hospitalaria: impacto psicológico en el enfermo. Un estudio descriptivo*, **Enfermería integral**, vol.29, 21-28.

Jover Sancho, C. (1995) *Relación de ayuda en el ingreso hospitalario*, **Revista ROL de enfermería**, vol.18, 23-29.

Galafate Andrade, Y., Lupiades Moral, M.D., Martínez Gómez, M.M (1999) *Conocer la ansiedad del paciente quirúrgico: una necesidad para el cuidado de enfermería*, **Hygia de Enfermería**, vol.12, 31-35.

Morillo Doblado, A. (2000) *Información y relaciones interpersonales hacia el paciente quirúrgico*, **Enfermería científica**, vol. 222, pág. 11-13.

Río Urenda, S. (2003) *Protocolo de admisión del paciente en el área quirúrgica*, **Metas de enfermería**, vol. 5,10-12.

Cibanal, J. (2000) *Notas sobre el estado de la cuestión en la relación de ayuda en enfermería*, **Revista de enfermería**, vol. 12, 22-32.

López Ruiz, J. (1992) *Aproximación al concepto hombre-persona objeto de los cuidados de enfermería*, **Enfermería clínica**, vol. 2, 192-196.

Tobeña, A. (2001) *Cap a un humanisme de base científica*, **Vall d'Hebron**, vol.28, 12-15.

Pont.E (dir. Teixidor M. et. al) (2002) Aproximación multidisciplinar para el abordaje del SIDA. Barcelona: J.J. Gráficos.

Kéronac, S. (2005) Pensamiento Enfermero. Barcelona: Masson.

Raile Alligood, M., Marriner Tomey, A.(2007) Modelos y teoría en enfermería. Madrid: Elsevier.

9. ANEXOS

ANEXO 1

DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE

Derechos

Derechos relacionados con la igualdad y la no-discriminación de las personas

- Derecho a la atención sanitaria y a los servicios de salud.
- Derecho a disfrutar, sin discriminación, de los derechos reconocidos en la carta de derechos y deberes.
- Derechos de los colectivos más vulnerables ante situaciones sanitarias específicas.

Derechos relacionados con la autonomía de la persona

- Derecho a ser informado previamente, para poder dar después su consentimiento (consentimiento informado) para que se le realice cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Derecho del enfermo a escoger entre las diferentes opciones terapéuticas y a renunciar a recibir tratamientos médicos o las actuaciones sanitarias propuestas.
- Derecho del menor a ser consultado, con el fin de que su opinión sea considerada como un factor determinante, en función de su edad y de su grado de madurez, de las decisiones en relación con las intervenciones que se puedan adoptar sobre su salud.
- Toda persona tiene el derecho a vivir el proceso de su muerte, de acuerdo con su concepto de dignidad.
- Derecho a que se tengan en cuenta las voluntades anticipadas, establecidas mediante el documento que corresponde.

Derechos relacionados con la intimidad y la confidencialidad

- Derecho a decidir quien puede estar presente durante los actos sanitarios.
 - Derecho a preservar la intimidad del cuerpo de un paciente respecto a otras personas.
 - Derecho a ser atendido en un medio que garantice la intimidad, dignidad, autonomía y seguridad de la persona.
-

- Derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto.
- Derecho a la confidencialidad de la información.
- Derecho a acceder a los datos personales obtenidos en la atención sanitaria.
- Derecho a que se le pida el consentimiento, antes de la realización y difusión de registros iconográficos.

Derechos relacionados con la constitución genética de la persona

- Derecho a la confidencialidad de la información de su genoma y que no se utilice para ningún tipo de discriminación.
- Derecho a disfrutar de las ventajas de las nuevas tecnologías genéticas dentro del marco legal vigente.

Derechos relacionados con la investigación y la experimentación científicas

- Derecho a conocer si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se aplican a un paciente pueden ser utilizados para un proyecto docente o de investigación que, en ningún caso, no podrá comportar peligro adicional para su salud.
-
- Derecho a disponer de aquellas preparaciones de tejidos o muestras biológicas provenientes de una biopsia o extracción, con la finalidad de facilitar la opinión de un segundo profesional o la continuidad de la asistencia en un centro diferente.

Derechos relacionados con la prevención de la enfermedad y la promoción y protección de la salud

- Derecho a tener un conocimiento adecuado de los problemas de salud de la colectividad que supongan un riesgo para la salud de incidencia y de interés a la comunidad y que esta información se difunda en términos comprensibles, verídicos y adecuados para la protección de la salud.
 - Derecho de disfrutar de un medio ambiente de calidad.
 - Derecho a consumir alimentos seguros y agua potable.
 - Derecho a conocer los planes, las acciones y las prestaciones en materia de prevención, promoción y protección de la salud, y a saber cómo se hacen efectivas.
 - Derecho a recibir las prestaciones preventivas dentro del marco de la consulta habitual.
-

- Derecho a rechazar aquellas acciones preventivas que se propongan en situaciones que no comporten riesgo a terceros, sin perjuicio de lo que establezca la normativa de salud pública.

Derechos relacionados con la información asistencial y el acceso a la documentación clínica

- Derecho a recibir la información sobre el proceso asistencial y el estado de salud.
- Derecho del usuario a que su historia clínica sea completa y que recoja toda la información sobre su estado de salud, y de las actuaciones clínicas y sanitarias de los diferentes episodios asistenciales.
- Derecho a acceder a la documentación de su historia clínica.
- Derecho a disponer de información escrita sobre su proceso asistencial y estado de salud.

Derechos relacionados con el acceso a la atención sanitaria

- Derecho de acceso a los servicios sanitarios públicos.
- Derecho a escoger a los profesionales y el centro sanitario.
- Derecho a obtener medicamentos y productos sanitarios necesarios para la salud.
- Derecho a ser atendido, dentro de un tiempo adecuado a la condición patológica y de acuerdo con criterios de equidad.
- . Derecho a solicitar una segunda opinión.

Derechos relacionados con la información general sobre los servicios sanitarios y la participación de los usuarios

- Derecho a disponer de la carta de derechos y deberes en todos los centros sanitarios.
 - Derecho a recibir información general y sobre las prestaciones y los servicios.
 - Derecho a conocer las prestaciones que cubre el seguro.
 - Derecho a conocer y a identificar a los profesionales que prestan la atención sanitaria.
 - Derecho a presentar reclamaciones y sugerencias.
 - Derecho a participar en las actividades sanitarias, mediante las instituciones y órganos de participación comunitaria y las organizaciones sociales, en los términos establecidos normativamente.
-

- Derecho a la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación, de acuerdo con el nivel de implantación y el desarrollo de estas tecnologías en la red sanitaria.

Derechos relacionados con la calidad asistencial

- Derecho a la asistencia sanitaria de calidad humana y científica.
- Derecho a conocer el nivel de calidad de los centros asistenciales.
- Derecho a recibir una atención sanitaria continuada y integral.

Deberes

- Deber de cuidar de la salud y responsabilizarse. Este deber se ha de exigir especialmente cuando se puedan derivar riesgos o perjuicios para la salud de otras personas.
 - Deber de hacer uso de los recursos, prestaciones y derechos de acuerdo con las necesidades de salud y en función de las disponibilidades del sistema sanitario, para facilitar el acceso a todos los ciudadanos a la atención sanitaria en condiciones de igualdad efectiva.
 - Deber de cumplir las prescripciones generales, de naturaleza sanitaria, comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.
 - Deber de respetar y cumplir las medidas sanitarias adoptadas para la prevención de riesgos, la protección de la salud o la lucha contra las amenazas a la salud pública, como el tabaco, el alcoholismo y los accidentes de tránsito o las enfermedades transmisibles susceptibles de ser prevenidas, así como colaborar con el logro de sus fines.
 - Deber de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones sanitarias ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente las farmacéuticas, las complementarias, las de incapacidad laboral y las de carácter social.
 - Deber de utilizar y disfrutar de manera responsable, de acuerdo con las normas correspondientes, de las instalaciones y los servicios sanitarios.
-

Deber de mantener el respeto debido a las normas establecidas en cada centro, así como a la dignidad personal y profesional del personal que presta servicios.

- Deber de facilitar, de forma leal y cierta, los datos de identificación y los referentes a su estado físico o sobre su salud, que sean necesarios para el proceso asistencial o por razones de interés general debidamente motivadas.

Deber de firmar el documento pertinente, en el caso de negarse a las actuaciones sanitarias propuestas – especialmente en caso de pruebas diagnósticas, actuaciones preventivas y tratamientos de especial relevancia para la salud del paciente. En este documento quedará expresado con claridad que el paciente ha quedado suficientemente informado de las situaciones que se pueden derivar y que rechaza los procedimientos sugeridos.

- El enfermo tiene el deber de aceptar el alta una vez acabado el proceso asistencial que el centro o la unidad le puedan ofrecer. Si por diferentes razones existiese divergencia de criterio por parte del paciente, se agotarán las vías de diálogo y tolerancia razonables hacia su opinión y, siempre que la situación lo requiera, el centro o la unidad tendrá que hacer la búsqueda de los recursos sanitarios para una adecuada atención.
-

ANEXO 2.

Cuestionario de la humanización de los cuidados

DIRIGIDO A PROFESIONALES DE ENFERMERIA

El objetivo de este cuestionario es obtener información para detectar las necesidades del paciente durante su estancia hospitalaria.

A continuación se solicita su opinión acerca de diferentes aspectos relacionados con la atención y los cuidados ofrecidos al paciente durante su hospitalización .

Marque con una cruz donde corresponda.

El cuestionario es anónimo, garantizando la confidencialidad de los datos. Le rogamos la máxima sinceridad en las respuestas.

Agradecemos de antemano su colaboración.

1. Edadaños.

2. Sexo

2.1. Femenino

2.2. Masculino

3. Años de experiencia profesional

4. Ratio paciente-enfermera

5. ¿Quién informa al paciente?

5.1. Familia

5.2. Médico/a

5.3. Enfermero/a

5.4. Administrativo/a

5.5. Camillero/a

6. ¿Quién recibe al paciente cuando ingresa en la unidad ?.

6.1. Sr. / a. limpieza

6.2. Camillero/a

6.3. Auxiliar

6.4. Enfermero/a

6.5. Médico/a

7. ¿Quién informa al paciente sobre los desplazamientos fuera de la unidad (pruebas, traslados a quirófanos.....)?

7.1. Sr/a. limpieza

7.2. Camillero/a

7.3. Auxiliar

7.4. Enfermero/a

7.5. Médico/a

8. ¿Como recibe el paciente la información?

- 8.1. Junto a otros pacientes
- 8.2. Solo
- 8.3. Junto a la familia

9. A continuación se le presentan una serie de preguntas sobre la información dada al paciente durante su hospitalización. Conteste: 1 (SÍ), 2 (NO).

	SI 1	NO 2
9.1. ¿El paciente está informado del motivo de la intervención?		
9.2. ¿Se informa al paciente sobre los días que estará ingresado?		
9.3. ¿Se informa al paciente sobre las posibles complicaciones de la intervención?		
9.4. ¿Recibe quejas de los pacientes sobre el la información recibida?		
9.5. el trato profesional?		
9.6. el trato personal ?		
9.7. ¿Le resultaría útil al paciente una guía informativa donde quede recogida la información que se le da?		
9.8. ¿Existen protocolos en la unidad sobre la acogida y acompañamiento del paciente?		
9.9. ¿Se le informa al paciente sobre aspectos del entorno (lucos, timbre,armario, cama...)		
9.10. ¿Se le explica al paciente la normativa sobre el funcionamiento de la unidad?		
9.11. ¿Comprueba que el paciente entiende la información que se le da?		

10. A continuación se le presentan una serie de preguntas sobre la atención prestada al paciente. Dé su opinión sobre cada una de ellas, utilizando la escala del 1 al 5:

- 1. NUNCA
- 2. A VECES
- 3. HABITUALMENTE
- 4. CASI SIEMPRE
- 5. SIEMPRE

	1	2	3	4	5
10.1. ¿Se le explica al paciente antes de realizar cualquier cuidado en que consiste el mismo?					
10.2. ¿El paciente le expone sus preocupaciones?					
10.3. ¿Se dirige al paciente por su nombre?					
10.4. ¿Se informa al paciente sobre los desplazamientos fuera de la unidad (pruebas, traslado a quirófano...)?					
10.5. ¿El paciente recibe la información que demanda cuando la necesita?					
10.6. ¿El paciente entiende la información que se le da?					
10.7. ¿El paciente conoce los horarios de información médica a la familia?					
10.8. ¿El paciente conoce los horarios de pase de visita médica?					
10.9. ¿El paciente conoce si hay supervisora en la unidad?					
10.10. ¿El paciente conoce sus derechos y deberes?					
10.11. ¿Las necesidades del paciente quedan cubiertas durante su estancia hospitalaria?					
10.12. ¿Se tiene en cuenta el estado anímico del paciente y sus miedos durante el ingreso?					
10.13. ¿Se identifica por nombre y categoría profesional cuando atiende al paciente?					
10.14. ¿Cuenta con la colaboración del paciente al realizarle los cuidados?					
10.15. ¿Cuenta con la opinión del paciente al realizarle los cuidados?					
10.16. ¿Considera que el tiempo dedicado a la escucha del paciente es suficiente?					
10.17. ¿Se tienen en cuenta los intereses del paciente sobre aspectos laborales?					
10.18. aspectos económicos?					
10.19. aspectos sociales?					
10.20. aspectos lúdicos?					
10.21. aspectos culturales?					

	1	2	3	4	5
10.22. ¿El paciente conoce a su enfermera de referencia?					
10.23. ¿Cuenta con la colaboración de la familia del paciente durante su estancia hospitalaria?					
10.24. ¿Facilita que las personas de referencia identificadas por el paciente estén a su lado durante su estancia hospitalaria?					
10.25. ¿El proceso de cuidados se adapta a cada paciente en función de sus hábitos e intereses?					

11. A continuación se le presentan una serie de enunciados sobre aspectos generales. Dé su opinión sobre cada una de ellas, utilizando la escala del 1 al 5:

1. MALO/A
2. REGULAR
3. BUENO
4. MUY BUENO
5. EXCELENTE

	1	2	3	4	5
11.1. Limpieza de los espacios de nuestra unidad					
11.2. Condiciones del entorno de las habitaciones (Tª, luz, baño, ruidos...)					
11.3. Condiciones de confort para el paciente					
11.4. Condiciones de limpieza de las habitaciones					
11.5. Organización del servicio de traumatología					

12. A continuación se le presentan una serie de cuestiones sobre el confort del paciente. Dé su opinión sobre cada una de ellas, utilizando la escala del 1 al 5:

1. NADA
2. POCO
3. BASTANTE
4. MUCHO/A
5. DEMASIADO

	1	2	3	4	5
12.1. ¿La información que se da al paciente es completa?					
12.2. Puntue el grado de comodidad de los pacientes.					
12.3. Puntue el grado de seguridad de los pacientes.					
12.4. Puntue el grado de tranquilidad de los pacientes.					
12.5. ¿Los pacientes se sienten atendidos durante su ingreso?					
12.6. Puntue el estado de angustia de los pacientes durante su ingreso.					
12.7. ¿Cuanto tiempo tarda en atender a la llamada de un paciente?					
12.8. ¿Acompaña de forma sistemática al paciente durante toda su estancia hospitalaria?					
12.9. Puntue el grado de comodidad de las camas.					
12.10. con respecto a la mesita.					
12.11. con respecto al sillón.					
12.12. con respecto a la accesibilidad del baño.					

ANEXO 3

Cuestionario de la humanización de los cuidados

DIRIGIDO A PACIENTES

El objetivo de este cuestionario es obtener información para detectar las necesidades que ha presentado durante su estancia hospitalaria.

A continuación se solicita su opinión acerca de diferentes aspectos relacionados con la atención y los cuidados recibidos durante su hospitalización.

Marque con una cruz donde corresponda.

El cuestionario es anónimo, garantizando la confidencialidad de los datos. Le rogamos la máxima sinceridad en las respuestas.

Agradecemos de antemano su colaboración.

1. Edadaños.

2. Sexo

- 2.1. Femenino
- 2.2. Masculino

3. Nivel de estudios

- 3.1. Sin estudios
- 3.2. Primarios básicos
- 3.3. Secundarios
- 3.4. Superior

4. Estado civil:

- 4.1. Soltero/a
- 4.2. Casado/a
- 4.3. Viudo/a

5. ¿Tiene alguna otra enfermedad a destacar?

- 5.1. Si
- 5.2. No

6. ¿Quién le ha informado con antelación sobre los desplazamientos fuera de la unidad (pruebas, traslados a quirófanos.....)?

- 6.1. Camillero/a
- 6.2. Auxiliar
- 6.3. Enfermero/a
- 6.4. Médico/a

7. ¿Cómo ha recibido la información?

- 7.1. Solo.
- 7.2. Con la familia.
- 7.3. Junto a otro paciente.

8. ¿Su visión del hospital tras su experiencia como usuario?:

8.1. Ha empeorado

8.2. Ha mejorado

8.3. Sigue igual

9. A continuación se le presentan una serie de preguntas sobre la información recibida durante su hospitalización. Conteste: 1 (SÍ), 2 (NO).

	SI 1	NO 2
9.1 ¿Es la primera vez que ha ingresado en esta unidad de traumatología?		
9.2 ¿Es la primera vez que le han realizado esta intervención?		
9.3 ¿Se le han explicado las posibles complicaciones de la intervención?		
9.4 ¿Le han informado sobre los días que estará ingresado?		
9.5 ¿Ha estado informado sobre las posibles complicaciones de esta intervención?		
9.6 ¿Le han explicado los cuidados antes de realizárselos?		
9.7 ¿Le resultaría útil una guía informativa donde quede recogida la información dada por el personal de enfermería?		
9.8 ¿Sabe si hay supervisora en el servicio?		
9.9 ¿Sabe si cuenta con una enfermera de referencia?		
9.10 ¿Ha sido informado sobre sus derechos y deberes?		
9.11 ¿Ha sido informado sobre horarios de visita de familiares?		
9.12 ¿Ha sido informado sobre el funcionamiento de tv y teléfono?		
9.13 ¿Ha sido informado sobre horarios de comida?		
9.14 ¿Ha sido informado sobre horarios de visita médica?		

	SI 1	NO 2
9.15 ¿Ha sido informado sobre aspectos del entorno (luces, timbre, cama, armario...)?		
9.16 ¿Le han informado del día del alta con antelación?		
9.17 ¿Le han informado sobre las personas de referencia a quienes dirigirse si presenta alguna complicación al alta?		
9.18 ¿Conoce las personas de referencia al alta si presenta dudas o cuestiones?		
9.19 ¿Le han informado sobre las posibles complicaciones que pueden aparecer al alta?		
9.20 ¿Ha comprendido los cuidados que debe tener en su domicilio?		
9.21 ¿Le han explicado dosis y horarios de la medicación que ha de seguir tomando al alta?		

10. A continuación se le presentan una serie de preguntas. Dé su opinión sobre cada una de ellas, utilizando la escala del 1 al 5:

- 1. Nunca**
- 2. A veces**
- 3. Habitualmente**
- 4. Casi siempre**
- 5. Siempre**

	1	2	3	4	5
10.1 ¿Ha sentido preservada su confidencialidad?					
10.2 ¿Ha podido explicar al personal que le atiende todo lo que le preocupa?					
10.3 ¿Se ha sentido tratado como una persona durante el tiempo que ha estado ingresado?					
10.4 ¿Si fuera necesario volvería a nuestro servicio?					
10.5 ¿ Le ha atendido la enfermera por su nombre?					
10.6 ¿Han atendido sus dudas y problemas correctamente?					
10.7 ¿Ha recibido información sobre los cuidados que le han realizado?					
10.8 ¿Ha sido informado con antelación sobre los desplazamientos fuera de la unidad (pruebas, traslado quirófano...)?					
10.9 ¿Ha recibido la información en el momento adecuado?					
10.10 ¿La información transmitida ha sido clara y comprensible?					
10.11 ¿Se ha tenido en cuenta su estado anímico y sus miedos durante su ingreso?					

	1	2	3	4	5
10.12 ¿Se han identificado todos los profesionales que le han atendido?					
10.13 ¿En el momento del ingreso ha percibido un clima de confianza para preguntar y expresar sus inquietudes?					
10.14 ¿Se ha tenido en cuenta su opinión en el momento de tomar decisiones?					
10.15 ¿En su trato con los profesionales ha percibido complicidad y responsabilidad?					
10.16 ¿Cree que los enfermeros/as le han ofrecido una ayuda eficaz atendiendo a sus objetivos mediante la escucha y el diálogo?					
10.17 ¿La enfermera ha contado con la colaboración de sus familiares de referencia durante su estancia hospitalaria?					
10.18. ¿Se ha sentido acompañado por los profesionales qu le han atendido durante toda su estancia hospitalaria?					
10.19. Puntúe el grado de comodidad de las camas.					
10.20. Puntúe el grado de comodidad de la mesita.					
10.21. Puntúe el grado de comodidad del sillón.					
10.22. Puntúe el grado de comodidad del armario.					
10.23. Puntúe el grado de comodidad con respecto a la accesibilidad del baño.					

11. A continuación se le presentan una serie de enunciados. Dé su opinión sobre cada una de ellos, utilizando la escala del 1 al 5:

1. Malo/a

2. Regular

3. Bueno

4. Muy bueno

5. Excelente

	1	2	3	4	5
11.1 Trato recibido por parte de la persona que le atendió por primera vez en la sala.					
11.2 Trato personal recibido por parte de los profesionales de enfermería.					
11.3 Trato profesional recibido por parte del personal de enfermería.					
11.4 La limpieza de los espacios de la unidad es:					
11.5 Condiciones de confort.					
11.6 Condiciones de limpieza de su habitación.					
11.7 Impresión que le ha causado la unidad en cuanto a organización.					
11.8 Impresión que le ha causado la unidad en cuanto ruido.					
11.9 Impresión que le ha causado la unidad en cuanto a comidas.					
11.10 Impresión que le ha causado la unidad en cuanto a temperatura.					
11.11 Impresión que le ha causado la unidad en cuanto a accesibilidad.					
11.12 Impresión que le ha causado la unidad en cuanto a luz.					
11.13 Impresión que le ha causado la unidad en cuanto a televisión.					
11.14 Impresión que le ha causado la unidad en cuanto aseo.					

	1	2	3	4	5
11.15 Impresión que le han causado los médicos/as.					
11.16 Impresión que le han causado los enfermeros/as.					
11.17 Impresión que le han causado los fisioterapeutas.					
11.18 Impresión que le han causado las auxiliares.					
11.19 Impresión que le han causado los camilleros/as.					
11.20 Impresión que le ha causado el personal voluntariado.					
11.21 Impresión que le ha causado el personal de limpieza.					

12. A continuación se le presentan una serie de enunciados y preguntas acerca de los cuidados recibidos. Dé su opinión sobre cada una de ellas, utilizando la escala del 1 al 5:

- 1. Nada**
- 2. Poco**
- 3. Bastante**
- 4. Mucho/Muy**
- 5. Excelente**

	1	2	3	4	5
12.1 La información recibida ha sido completa.					
12.2 Control que se ha tenido de su enfermedad durante el ingreso.					
12.3 ¿Durante su ingreso se ha sentido cómodo?					
12.4 ¿Durante su ingreso se ha sentido seguro?					
12.5 ¿Durante su ingreso se ha sentido tranquilo?					
12.6 ¿Durante su ingreso se ha sentido atendido?					
12.7 Nivel de angustia durante su ingreso.					
12.8 ¿Cuanto tiempo ha tardado la enfermera en responder a su llamada?					
12.9 ¿su trato con la enfermera le transmite confianza?					
12.10 ¿Ha sido satisfactoria la respuesta a sus demandas?					
12.11 ¿Le ha resultado fácil acceder a su enfermera?					
12.12 ¿Se ha sentido informado usted durante el ingreso?					
12.13 ¿Se han sentido informados sus familiares de referencia durante el ingreso?					

	1	2	3	4	5
12.14 ¿Sus necesidades y expectativas se han cubierto durante su estancia en el hospital?					
12.15 ¿Le han animado a participar en el momento de recibir los cuidados?					
12.16 ¿Se han tenido en cuenta sus intereses en cuanto a aspectos laborales?					
12.17 ¿Se han tenido en cuenta sus intereses en cuanto a aspectos económicos?					
12.18 ¿Se han tenido en cuenta sus intereses en cuanto a aspectos sociales?					
12.19 ¿Se han tenido en cuenta sus intereses en cuanto a aspectos lúdicos?					
12.20 ¿Se han tenido en cuenta sus intereses en cuanto a aspectos culturales?					
12.21 ¿El lenguaje utilizado por los médicos ha sido concreto y comprensible?					
12.22 ¿El lenguaje utilizado por los enfermeros/as ha sido concreto y comprensible?					

ANEXO 4. CRONOGRAMA

14. CRONOGRAMA	16-abr-08	17-sep-08	30-sep-08	30-nov-08	28-ene-09	30-abr-09	30-may-09
Presentación Proyecto							
Aprobación Proyecto							
MARCO TEORICO							
1er Borrador							
2º Borrador							
MARCO PRACTICO							
Indicadores							
Instrumentos							
Muestra							
Recogida información							
Análisis información							
Entrega del TRABAJO							

