



**UNIVERSIDAD CAMILO JOSE CELA**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

TITULO

Expectativas y percepciones sobre los cuidados de los  
pacientes geriátricos mayores de 75 años y de sus cuidadores  
principales

Expectations and perceptions about the care of geriatric patients  
over 75 years and of their main caregivers

TESIS DOCTORAL

AUTOR

Alica Hanzeliková Pogrányivá

DIRECTOR

FRANCISCO LÓPEZ MUÑOZ

MADRID, 2017

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo expresar mi más sincero agradecimiento a mi director de tesis, Dr. Francisco López Muñoz, por su asesoramiento, orientación y apoyo tan valioso. Siempre estaré muy agradecida por toda su atención, comprensión, amabilidad y gran inspiración para mi trabajo.

También deseo dar las gracias de una forma muy especial a los enfermos y a sus cuidadores del Hospital Virgen del Valle de Toledo, los participantes del presente estudio.

Mi agradecimiento va asimismo a la Dra. Adriana Facchini Alonso por su constante consejo en el conocimiento estadístico y a su apoyo, ánimo y sentido de humor durante la realización de este estudio de investigación.

Muchas gracias a todos los que me han ayudado en la recopilación de datos... a todas las personas los que me han brindado su apoyo para poder concluir este trabajo.



## DEDICATORIA

*A mi hija Noelia,  
por estar siempre conmigo,  
por quererme y apoyarme.*



## RESUMEN

Objetivo:

Conocer las percepciones y expectativas de los pacientes de las Unidades de Agudos y del cuidador principal acerca de la calidad de los cuidados proporcionados por los profesionales de enfermería del Hospital Virgen del Valle de Toledo.

Metodología:

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Sujetos de estudio: Pacientes geriátricos ingresados en el Hospital Virgen del Valle de Toledo en las Unidades de Agudos y sus cuidadores principales.

Instrumento de medida: Cuestionario SERVQUAL adaptado a los cuidados.

Resultados: Pacientes (n = 267): 53,6% hombres y 46,4% mujeres. Edad media: 84,5 años. Cuidadores (n = 267): 22,8 % hombres y 77,7% mujeres. Edad media: 59, 39 años.

Expectativas: El ítem con una mayor puntuación en las dos muestras: "El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo". Los ítems con menor puntuación (las dos muestras): "Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno"; "Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos".

Percepciones: La puntuación más alta en las dos muestras: "El personal de enfermería tiene buena presencia física" y "El horario de visita adecuado para pacientes y familiares". Las puntuaciones más bajas (las dos muestras): "Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos". Analizando las brechas (percibido – expectativas), donde

mayor diferencia puede apreciarse entre lo que desea y lo que percibe es en el ítem: "Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos". Los ítems con menor diferencia entre la expectativa y percepción son: "El personal de enfermería tiene buena presencia física" y "El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores". La satisfacción con los cuidados, en una escala de 1 a 10, obtiene una media de 7,91 (DT 1,00) en pacientes y 7,55 (DT 1,25) en cuidadores.

Conclusiones: Tanto los pacientes como los cuidadores presentaron altos niveles de satisfacción con los cuidados de enfermería. No obstante, son necesarias modificaciones en los materiales de información, en el aspecto y mobiliario del hospital y en la adecuación de la información para que su estancia resulte más confortable.

Palabras clave: expectativas, percepciones, cuidado, paciente geriátrico, cuidador.

## SUMMARY

### Objectives:

To know the perception and expectations of patients and the main caregiver about the quality of care.

### Methodology:

Design: Observational, descriptive, cross-sectional study.

Subjects of study: Geriatric patients admitted to Hospital Virgen del Valle of Toledo, Spain, in the Acute Care Units and their main caregivers.

Instrument of measurement: questionnaire Servqual adapted to the care system.

Results: Patients (n = 267): 53.6% men and 46.4% women. Average age: 84.5 years old. Caregivers (n = 267): 22.8% men and 77.7% women. Average age: 59 and 39 years old, respectively

Expectations: The item with the higher score in the two samples: "The nursing staff explains exactly the treatments and/or procedures performed". The items with the lowest score in the two samples: "The equipment and appearance of the hospital seems to be modern"; "Attention-related materials are visually appealing and informative."

Perceptions: The highest score in the two samples: "The nursing staff has a neat appearance" and "the appropriate visitation time for patients and relatives". The lowest scores (the two samples): "Care-related materials are visually appealing and informative." Analyzing the gaps (perceived - expectations), the biggest difference between what you want and what you perceive, correspond to the item: "The materials related to care are visually attractive and informative." The items with the smallest difference between expectation and perception are: "Nurses have a neat appearance" and



“Nurses and the hospital maintain accurate records.” Satisfaction with care, on a scale from 1 to 10, obtained an average of 7.91 (DT 1.00) in patients and 7.55 (DT 1.25) in caregivers.

Conclusions: Both patients and caregivers presented high levels of satisfaction with nursing care. However, changes in information materials, the appearance and furnishings of the hospital and the adequacy of information are necessary to make their stay more comfortable.

Key words: expectations, perceptions, care, geriatric patient, caregiver.

## INDICE



## INDICE

Agradecimientos	1
Dedicatoria	3
Resumen	5
Indice de tablas	14
Indice de figuras	17
Indice de abreviaturas y siglas	18
Capítulo 1. Introducción	19
Capítulo 2. Marco teórico	29
2.1. El envejecimiento demográfico	31
2.2. El paciente en geriatría	47
2.3. El cuidador	55
2.4. El cuidado	60
2.5. La calidad de servicio	62
2.6. La calidad en las organizaciones sanitarias	63
2.7. Expectativas y percepciones	71
2.8. El modelo SERVQUAL	74
Capítulo 3. Hipótesis	79
Capítulo 4. Objetivos	83
4.1. Objetivo general	85
4.2. Objetivos específicos	85
Capítulo 5. Diseño metodológico	87
5.1. Tipo de estudio realizado	89
5.2. Período y lugar donde se obtuvo la toma de muestra	89
5.3. Universo y muestra	89
5.3.1. Sujetos de estudio	89
5.3.2. Muestra	89
5.3.2.1. Muestra de cuidadores	89
5.3.2.2. Muestra de los pacientes	91
5.4. Método.	91
5.5. Variables	91
5.5.1. Variables independientes	91
5.5.1.1. Variables de control	91
5.5.1.2. Variables relacionadas con la calidad de los cuidados	92
5.5.2. Variable dependiente	93
5.6. Procedimientos	93
5.6.1. Instrumento empleado	93
5.6.2. Recogida de datos	96
5.7. Pilotaje	97
5.8. Métodos de recolección y análisis de la información	100
5.9. Aspectos éticos	101

5.10. Limitación del estudio	102
Capítulo 6. Resultados	103
6.1. Fiabilidad	105
6.2. Perfil sociodemográfico de la muestra	105
6.3. Análisis del instrumento SERVQUAL	111
6.3.1. Expectativas y percepciones	111
6.3.1.1. Expectativas y percepciones en la muestra de pacientes	111
6.3.1.1. a. Valoración de las percepciones	111
6.3.1.1. b. Valoración de las expectativas	113
6.3.1.2. Expectativas y percepciones en la muestra de cuidadores	115
6.3.1.2. a. Valoración de las percepciones	115
6.3.1.2. b. Valoración de las expectativas	117
6.3.1.3. Comparación de los resultados obtenidos en pacientes y cuidadores	118
6.3.2. Análisis de las brechas (percibido-expectativas)	119
6.3.2.1. Definición del cálculo de las brechas y la valoración cualitativa de las brechas	119
6.3.2.2. Análisis de las brechas de los pacientes	119
6.3.2.3. Análisis de las brechas de los cuidadores	121
6.3.2.4. Comparación de las brechas percibido-expectativas entre pacientes y cuidadores	122
6.3.3. Análisis de las brechas (percibido-expectativas) según el perfil sociodemográfico	123
6.3.3.1. Análisis de las brechas en los pacientes	123
6.3.3.2. Análisis de las brechas en los cuidadores	131
6.3.4. Análisis de las dimensiones SERVQUAL	139
6.3.4.1. Definición las dimensiones	139
6.3.4.2. Análisis de las dimensiones en la muestra de pacientes	141
6.3.4.2.1. Distribución de las dimensiones según la importancia otorgada por los pacientes	141
6.3.4.2.2. Análisis de la importancia otorgada a las dimensiones según el perfil sociodemográfico pacientes	142
6.3.4.2.3. Análisis de las brechas medias obtenidas en el conjunto de ítems que conforman cada una de las dimensiones	146
6.3.4.2.4. Comparación del nivel de satisfacción/insatisfacción con la importancia otorgada a cada dimensión.	146
6.3.4.3. Análisis de las dimensiones en la muestra de cuidadores	147
6.3.4.3.1. Distribución de las dimensiones según la importancia otorgada por los cuidadores	147
6.3.4.3.2. Análisis de las brechas medias obtenidas en el	150

conjunto de ítems que conforman cada una de las dimensiones	
6.3.4.3.3. Comparación del nivel de satisfacción / insatisfacción con la importancia otorgada a cada dimensión	151
6.3.4.3.4. Comparación de la importancia de las dimensiones entre pacientes y cuidadores	151
6. 4. Análisis de la satisfacción global	152
6.4.1. Definición de satisfacción global con los cuidados y satisfacción con la atención recibida	152
6.4.2. Pacientes	153
6.4.3. Cuidadores	159
6.4.4. Comparación de la satisfacción global con los cuidados y la atención recibida y correlaciones entre pacientes y cuidadores	167
Capítulo 7. Discusión	169
Capítulo 8. Conclusiones	181
Capítulo 9. Recomendaciones para futuras investigaciones	187
Bibliografía	191
Anexos	211
Anexo 1. Carta informativa	213
Anexo 2. Datos socio-demográficos (pacientes)	217
Anexo 3. Datos socio-demográficos (cuidadores)	221
Anexo 4. Cuestionario SERVQUAL	222
Anexo 5. Dictamen del Comité Ético de Investigación Clínica	233

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Descripción socio-demográfica de los pacientes	106
Tabla 2.	Descripción socio-demográfica del cuidador, motivo de ingreso, nivel de dependencia del enfermo y estancia media	110
Tabla 3.	Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de las escalas Percibido y Expectativas y de sus correspondientes brechas (pacientes)	113
Tabla 4.	Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de las escalas Percibido y Expectativas y de sus correspondientes brechas (cuidadores)	116
Tabla 5.	Factores influyentes en la satisfacción: Género	124
Tabla 6.	Factores influyentes en la satisfacción: Edad	125
Tabla 7.	Factores influyentes en la satisfacción: Cuidadores	126
Tabla 8.	Factores influyentes en la satisfacción: Ingreso anterior	127
Tabla 9.	Factores influyentes en la satisfacción: Enfermedad crónica	128
Tabla 10.	Factores influyentes en la satisfacción: Nivel de dependencia	130
Tabla 11.	Factores influyentes en la satisfacción: Género	131
Tabla 12.	Factores influyentes en la satisfacción: Edad	133
Tabla 13.	Factores influyentes en la satisfacción: Compartir domicilio	134
Tabla 14.	Factores influyentes en la satisfacción: Ingreso anterior	135
Tabla 15.	Factores influyentes en la satisfacción: Tiempo de estancia en el hospital	137
Tabla 16.	Factores influyentes en la satisfacción: Nivel de dependencia	138
Tabla 17.	Medias de la importancia otorgada a las dimensiones (pacientes)	141
Tabla 18.	Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Género	143
Tabla 19.	Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: No comparten domicilio con el cuidador	143

Tabla 20.	Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Ingreso por enfermedad crónica	144
Tabla 21.	Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Nivel de dependencia (Barthel)	144
Tabla 22.	Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Estancia en el hospital	146
Tabla 23.	Medias de las brechas absolutas de cada dimensión	146
Tabla 24.	Medias de la importancia otorgada a las dimensiones (cuidadores)	147
Tabla 25.	Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Género	149
Tabla 26.	Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Compartir domicilio	149
Tabla 27.	Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Compartir domicilio	149
Tabla 28.	Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Nivel de dependencia	150
Tabla 29.	Medias de las brechas absolutas de cada dimensión	151
Tabla 30.	Medias y desviaciones típicas de las escalas de satisfacción	152
Tabla 31.	Medias y desviaciones típicas de las escalas de satisfacción según género	153
Tabla 32.	Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según rango de edad	153
Tabla 33.	Importancia relativa de los resultados de las dimensiones SERVQUAL (pacientes + cuidadores)	154
Tabla 34.	Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según género y rango de edad	155
Tabla 35.	Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según las estaciones del año	155



Tabla 36.	Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según las estaciones del año y género	156
Tabla 37.	Correlaciones entre las escalas de Satisfacción y los niveles de brechas (pacientes)	158
Tabla 38.	Correlaciones entre las escalas de Satisfacción	159
Tabla 39.	Medias y desviaciones típicas de las escalas de satisfacción	159
Tabla 40.	Satisfacción global con los cuidados y la atención recibida según género	160
Tabla 41.	Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según rango de edad	160
Tabla 42.	Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según género y rango de edad	161
Tabla 43.	Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según las estaciones del año	161
Tabla 44.	Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según las estaciones del año y sexo	162
Tabla 45.	Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados en cuidadores según tipo de relación con el enfermo	163
Tabla 46.	Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados en cuidadores según tipo de relación y género	163
Tabla 47.	Correlaciones entre la satisfacción con los cuidados y satisfacción global y las valoraciones del cuestionario	165
Tabla 48.	Correlaciones entre la satisfacción con los cuidados, satisfacción global y las valoraciones del cuestionario	166

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Pirámide de población de España	33
Figura 2.	Evolución de la población mayor en numeros, 1900-2061	37
Figura 3.	Evolución de la población mayor en gráfico, 1900-2061	37
Figura 4.	Esperanza de vida al nacer y a los 65 años en distintos países europeos, 2013	43
Figura 5.	Prevalencia de la multimorbilidad en las personas de 50 años o más, 2010-2011	45
Figura 6.	Distribución de los pacientes por edad	107
Figura 7.	Distribución de los pacientes según género y edad	107
Figura 8.	Distribución de los cuidadores por edad	109
Figura 9.	Distribución de los cuidadores según sexo y edad	109
Figura 10.	Distribución de las medias de la puntuaciones de escala de percibido, de las medias de las puntuaciones de la escala de expectativas y de las brechas (pacientes)	120
Figura 11.	Distribución de las medias de la puntuaciones de escala de percibido, de las medias de las puntuaciones de la escala de expectativas y de las brechas (cuidadores)	122
Figura 12.	Importancia otorgada a las dimensiones (pacientes)	142
Figura 13.	Importancia otorgada a las dimensiones (cuidadores)	148

## INDICE DE ABREVIACIONES Y SIGLAS

OMS	Organización Mundial de la Salud
INE	Instituto nacional de Estadística
SERVQUAL	Service quality
EV	Esperanza de Vida
EVLÍ	Esperanza de Vida Libre de Incapacidad
EE.UU.	Estados Unidos
AEVAL	Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
DT	Desviación Típica
M	Media
n; N	Número
%	Porcentaje
p	Grado de significación
gl	Grados de libertad
Coef.correlación	Coefficiente de correlación
Z	Puntuación Z
Sig.bilateral	Significación bilateral
Sig. asintot	Significación asintótica
$\Sigma$	Suma
Px	Percepción.
Ex	Expectativa

## **CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN**



## CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

La Ley General de Sanidad 14/1986, en España, dedica el Artículo 18 del Capítulo II a Las Actuaciones Sanitarias del Sistema de Salud, y en él presenta la necesidad de articular mecanismos de evaluación de la calidad en las instituciones sanitarias. En concreto, el punto 18 habla del “control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles” (1).

A partir de la promulgación de la ley, estas premisas comienzan a difundirse y contemplarse través de la Sociedad Española de Calidad Asistencial en todas las instituciones hospitalarias del país.

Fuera del ámbito español, en 1990 el Instituto de Medicina de los Estados Unidos forma un comité con el fin de intentar unificar y establecer un denominador común en cuanto a las definiciones presentes y recogidas en la literatura. Y como resultado, se enuncia que “la calidad de la asistencia es el grado en el que los servicios prestados a los individuos y a la población aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseables y son consistentes con el conocimiento actual de los profesionales” (2).

Al hablar de calidad, resulta imprescindible determinar el concepto. Así, el diccionario de la Real Academia Española define calidad como la "propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie" (3).

Este concepto, al aplicarlo a la calidad asistencial, supone el establecimiento de unos criterios con los que se permite realizar una evaluación (con unos indicadores), así como el de un umbral relativo a lo que se considera que significa "hacerlo bien" (es decir, estándares de calidad).

La satisfacción de los pacientes es una medida de calidad de los servicios sanitarios. Los protagonistas de la situación, en cuanto a la satisfacción de los servicios sanitarios, son los usuarios/clientes, los cuales realizan comparaciones y manifestaciones de su satisfacción.

Aunque la evidencia científica en cuanto a la satisfacción del servicio no se centra exclusivamente en el trabajo de los profesionales de enfermería, algunos estudios han demostrado que la satisfacción general con los servicios de salud tiene una fuerte relación con la satisfacción del paciente con la atención por parte de enfermería en concreto. Esto sugiere la importancia de las iniciativas de mejora de la calidad en este ámbito (4-7).

A este respecto, la opinión del paciente es un componente esencial en la valoración del servicio prestado. Si las manifestaciones del usuario/cliente son de insatisfacción, la percepción del cuidado recibido está lejos de ser el ideal. Y ello independientemente de la posible calidad del mismo según un criterio externo al del paciente. Es importante destacar que la actuación enfermera, en cuanto a la prestación de cuidados, debe necesariamente conocer y contemplar lo que se espera de ella (8).

El envejecimiento de la población mundial es un fenómeno en continuo crecimiento y cada vez son más las personas adultas que se encuentran en continua evolución hacia la etapa de la vejez. Es un fenómeno universal, constante e inevitable, presente a lo largo de toda la vida, desde el momento de la concepción hasta la muerte. A pesar de que es un fenómeno natural y general es muy difícil de aceptar como una realidad del ser humano (9).

El proceso de envejecimiento es irreversible, continuo, progresivo, pero también es un fenómeno muy variable, Esta influido por múltiples causas físicas, biológicas, sociales, psicológicas y todo eso va acompañado por estilos de vida, creencias, valores e influencias culturales de tal forma que no se

puede precisar el momento de la vida en el cual se inicia la vejez, pero sí se sabe que su comienzo cada vez está más alejada de la edad cronológica (9).

La vejez es la última etapa de la vida de los seres humanos. En la sociedad actual su comienzo se suele situarse a los 65 años. Su definición depende mucho del contexto social e individual. Existen varios términos que se utilizan para denominar a las personas de este grupo. Uno de los más utilizados es el de “persona mayor”. Diversos autores aplican este término a aquellas personas que tienen más de 65 años. Otro término es el de “la tercera edad”, entendiendo que existe la infancia, la edad adulta (padres, madres, segunda edad) y la tercera edad (abuelos/as) (10). Existen otros términos como anciano, mayor, abuelo, viejo, senescente. Desde algunas organizaciones se ha promovido la utilización del término “adulto mayor” en sustitución de los términos anteriormente mencionados, ya que pueden ser entendidos en un sentido despectivo y que están asociados a una imagen sesgada (11,12).

España, uno de los países con mayor tasa de longevidad del mundo, también se ve afectada por las proyecciones de población que apuntan a que en las próximas décadas la población de 65 años y más seguirá aumentando. En el año 2050 habrá algo más de 15 millones de mayores, casi el doble que en la actualidad, y representarán más de un tercio del total de la población española (36,4%) (13).

El aumento de la esperanza de vida desde principios de siglo es espectacular, habiendo llegado a una tasa de longevidad en 2015 de 85,6 años en mujeres y 81,6 años en hombres según el Instituto Nacional de Estadística. De mantenerse los ritmos actuales de reducción de la incidencia de la mortalidad por edad en la población de España, la esperanza de vida al nacimiento alcanzaría 81,8 años en los hombres y 87,0 años en las mujeres para el año 2022 (14).

Este crecimiento de la población mayor produce, necesariamente, una mayor demanda de atención sanitaria por parte de la población geriátrica (15). Los



cambios demográficos obligan a establecer nuevas formas de cuidar y de contemplar la salud y enfermedad en este grupo de población, dado que la vulnerabilidad a las enfermedades, la cronificación de algunas de las mismas, la institucionalización, y el gasto en general en estos aspectos, toman mayor protagonismo en la actualidad. La enfermería necesita tener conocimiento respecto a las características de este grupo de población, de sus necesidades y expectativas en cuanto a los cuidados enfermeros que va a recibir.

La vejez es una etapa de la vida de las personas que tiene identidad propia por la cantidad de acontecimientos que en ella se producen, y hay que tener en cuenta que aproximadamente un tercio de la vida en la actualidad se vive perteneciendo a este grupo de población.

Diversos estudios demuestran que intervenciones y diferentes modelos de atención desarrollados, con criterios científicos y basados en la investigación con usuarios/clientes geriátricos, mejora no sólo la satisfacción del mismo, sino que incluso se obtienen mejores resultados en salud (16,17).

Este hallazgo es importante porque una de las principales cuestiones que se plantea actualmente ante el envejecimiento progresivo de la población es si los años de vida ganados en salud, serán también años libres de discapacidad. Si la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI) en una población crece más rápidamente que la esperanza de vida (EV), esa población no sólo vive más años sino que en una mayor proporción esos años de vida ganados serán de buena salud (18).

A la hora de conocer la percepción de la calidad asistencial, hay que tener en cuenta que determinados grupos o personas con características especiales pueden tener dificultades para expresar sus percepciones acerca del cuidado recibido. En estos casos, el cuidador principal de la persona desempeña un papel importante en los procesos de evaluación de los cuidados. En general, la opinión de esta figura cercana al usuario puede generar información útil sobre la calidad de la asistencia geriátrica. Los familiares/cuidadores sienten

que es su responsabilidad supervisar y evaluar la calidad y transmitir su visión de cuidador (19).

Durante un ingreso hospitalario, el cuidador asume la responsabilidad de acompañamiento del enfermo geriátrico. En estos casos, los familiares/cuidadores del paciente desempeñan un papel importante en los procesos del cuidado y de la atención en general. Frecuentemente, la opinión de los familiares/cuidadores puede generar información útil sobre la calidad de la asistencia geriátrica. El fenómeno de los cuidadores de ancianos ha sido estudiado en contextos diferentes, pero muy poco estudiado como evaluador de la satisfacción y calidad de atención hospitalaria.

Otro aspecto que hay que tener en cuenta es que la familia es un sistema, compuesto por un conjunto de miembros que se relacionan o interactúan entre sí, de manera que cualquier acción, alteración o cambio en alguno de ellos va a repercutir en la unidad familiar, y cuando se produce alguna situación diferente a la mantenida anteriormente como puede ser la institucionalización, puede crear una situación de crisis y desestabilización que repercute en todos sus miembros (20).

La enfermedad en la vejez constituye fundamentalmente una pérdida de equilibrio que algunos autores han denominado como situaciones de estrés en todos sus ámbitos (orgánico, psicológicos, etc.) En ocasiones, las situaciones de estrés aumentan ante una situación de ingreso hospitalario tanto en pacientes como en sus familias/cuidadores, que se añade al estrés de la enfermedad (19).

El estado emocional que vive el cuidador principal ante esta situación de hospitalización de su familiar impide el procesamiento de la información recibida y puede crear problemas de memoria transitorias. Se sabe que durante un evento traumático, la ocurrencia de un intenso arousal interfiere con el procesamiento de la información (21). Por esta razón, los

profesionales, a la hora de dar información y comunicarse con los familiares y enfermos, deben tener en cuenta la situación emocional en la que se encuentran.

Considerar como una única unidad familiar a aquella que componen el paciente y su familia debería ser uno de los objetivos de la atención, con el fin de evitar el desequilibrio que la alteración de los roles familiares produce en estas situaciones. Por eso es importante valorar su percepción sobre los cuidados prestados para poder proporcionar unos cuidados integrales (22).

Investigaciones en este campo demuestran que los familiares identificaron como necesidades principales las relacionadas con la información, el trato y toma de decisiones. Concluían con que las necesidades de la familia debían ser identificadas por ellas mismas (23,24). Se han realizado también estudios en los que se pone de manifiesto las diferencias en las necesidades percibidas por los familiares/cuidadores y las enfermeras (25). No obstante, a pesar de que en la mayoría de los estudios se pone de manifiesto la importancia de considerar las necesidades de la familia/cuidador, la realidad es que todavía no se considera una única unidad familiar, tal como se ha comentado anteriormente.

En general, las acciones que se llevan a cabo con los familiares en la práctica profesional actualmente no están basadas en una valoración de sus necesidades ni en análisis de situaciones concretas (26).

El conocimiento más detallado y profundo de los problemas que tienen los familiares de los pacientes atendidos en las unidades de geriatría, el grado de satisfacción con la atención que reciben, y en qué medida se están cubriendo sus necesidades, posibilitaría una mejor planificación de cuidados, con el objetivo de que se obtenga una percepción de calidad. También hay que tener en cuenta que un adecuado abordaje de las necesidades de los

familiares en el caso de pacientes irrecuperables ayuda en la toma de decisiones (27,28).

Asimismo, se considera que es una cuestión primordial la mejora de la integración de los cuidadores dentro de los espacios y estructuras del sistema hospitalario. Como consecuencia de esta nueva situación, hay que cambiar y adaptarse, teniendo como base conocimientos sobre el grupo poblacional que se debe atender. En la práctica se cuenta con la opinión del cuidador en geriatría, pero hay falta de evidencia científica en este aspecto. Conocer la percepción que tienen los cuidadores sobre el cuidado y su satisfacción en general es un indicador de calidad muy importante. Pacientes y cuidadores satisfechos son esenciales para la supervivencia de las instituciones sanitarias.

En base a todo lo anteriormente expuesto, en el presente estudio se pretende conocer cuál es la calidad de asistencia percibida por los cuidadores/familia y pacientes geriátricos y su grado de satisfacción con los cuidados recibidos, así como cuáles son sus expectativas en este sentido. Una vez detectadas sus necesidades, se pueden implantar las medidas correctoras e innovadoras oportunas. Esto permitiría prestar unos cuidados holísticos e integrales (29), donde el cuidado no se limitaría “al paciente”, sino que se atendería a la propia unidad familiar.

La percepción de la calidad de los cuidados del paciente agudo geriátrico hospitalizado es un tema poco tratado, tanto en la literatura española como en la internacional. Son escasas las experiencias realizadas en unidades de geriatría en este sentido. Durante la búsqueda bibliográfica realizada para esta tesis doctoral no se encontraron estudios parecidos realizados con enfermos geriátricos y en unidades de agudos y sus cuidadores en España.



## **CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO**



## CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1.El envejecimiento demográfico

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. La población mayor de 65 años (inclusive) alcanza ya los 380 millones de personas en el mundo, y para el año 2020 se prevé que aumente hasta los 690 millones (30,31). España es uno de los países más envejecidos en la Unión Europea, con más de 7,5 millones de personas de más de 65 años. Las personas de edad avanzada ya representan el 17% de toda la población, y ese porcentaje no va a dejar de crecer en las próximas décadas. Según las últimas estimaciones puede llegar hasta el 37,85% en el año 2051 (14). Este aumento de la población mayor produce un incremento de la demanda de atención sanitaria, dado que en esta etapa se es más vulnerable que en otras edades a la enfermedad (32).

Resulta una realidad que las sociedades actuales, más allá de la condición económica y de desarrollo particulares de cada nación, atraviesan un cambio demográfico marcado por el envejecimiento de sus poblaciones. El proceso de envejecimiento, liderado por los países más ricos, hoy se ha extendido a todos los rincones del planeta, afectando también a los países más empobrecidos y aquellos de riqueza intermedia (33), aunque de diferente manera y a ritmos también distintos.

Se puede hacer una clara distinción sobre las causas del envejecimiento poblacional según los ingresos de los diferentes países. En aquellos de bajos y medianos ingresos, el envejecimiento se debe a la notoria disminución de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, nacimiento e infancia y el descenso de mortalidad por enfermedades infecciosas. En los países de altos ingresos, en cambio, el aumento de la esperanza de vida se debe en la



actualidad al marcado descenso de la mortalidad en las personas mayores (31).

Estos datos son los que permiten saber la situación que se está transitando hacia una transformación demográfica que se dirige a poblaciones mayores, y es con esta información en mente con la que se deben trazar planes y políticas a futuro.

España no es ajena a esta realidad, donde se presenta el aumento de la supervivencia hasta la vejez. Las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) apuntan a un descenso y envejecimiento de la población en España. Se prevé una disminución de 146.000 personas entre 2015 y 2017 y de 690.000 en 2025 (32).

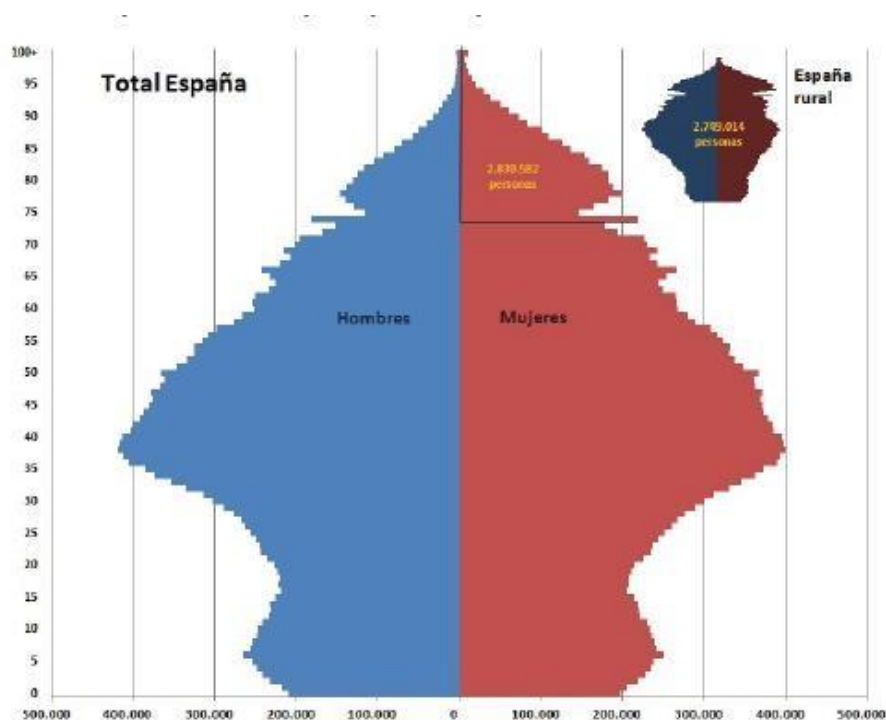
La modernización demográfica, está motivada por el descenso de la mortalidad en todos los grupos de edad. El descenso de la mortalidad infantil ha supuesto para muchos demógrafos el verdadero motor de cambio a nivel mundial, vinculado a un mayor grado de desarrollo socioeconómico y en el ámbito sanitario, de la salud y del cuidado (31). La reducción de la tasa de natalidad, fecundidad y reemplazo generacional son fenómenos que también se han generalizado, aunque en diferente grado y en tiempos distintos.

La representación gráfica de la población, a través de la pirámide de población, permite ver cómo se ha producido, de una manera muy significativa, un incremento de la población en la cúspide, sobre todo en el último siglo. En el caso español, este incremento se hace muy relevante en los últimos 30 años (14) (Figura 1).

Esta pirámide en forma de campana invertida dibuja un nuevo momento en la estructura social, no solo en el caso particular de las sociedades más desarrolladas, pues se trata de una tendencia que se aprecia ya en las sociedades en desarrollo. La sociedad mundial cada vez está más envejecida

a consecuencia de una reducción de las tasas de fecundidad, del reemplazo generacional, y una disminución de la mortalidad en todos los grupos de edad, donde cobra especial importancia el descenso de la mortalidad infantil, además de un aumento muy acusado de la esperanza de vida al nacer, sobre todo a partir de los 65 años (14,31).

**Figura 1. Pirámide de población de España (14).**



**Fuente:** Extraído de Abellán García A., Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos.

Estos cambios demográficos, y las circunstancias de cada país en particular, afectan a la forma en que se viven estos años de vejez, etapa que, por su parte, siempre está abierta a una oportunidad de mejora, ya que según el Instituto Nacional de Estadística, "el desarrollo de las personas no cesa cuando llegan a los sesenta, setenta u ochenta años. Nuestros años en la vejez deberían ser un tiempo de ampliar nuestros horizontes tanto como lo fueron nuestros años de juventud" (32).

El cambio demográfico tiene muchas aristas a tener en cuenta que complejizan el panorama, excediendo el mero análisis económico de la situación. Pensar esta problemática requiere de una visión activa y transversal por parte de la sociedad en su conjunto.

Estos cambios demográficos de los que hablamos tienen consecuencias a nivel social, económico, político, laboral, cultural y familiar (31). Estos no pueden ser obviados a la hora de tomar decisiones ajustadas y efectivas en la planificación de iniciativas, de programas y políticas que tengan una repercusión directa o indirecta sobre la población, en cada uno de los momentos vitales y sus circunstancias.

Una población cada vez más envejecida tiene una serie de necesidades y demandas específicas. Un sobreenviejamiento poblacional requiere una atención sanitaria extra para hacer frente a la comorbilidad que añaden los años cumplidos, además de unos servicios sociales bien enfocados que permitan atender las nuevas necesidades sociales. Evidentemente también se hace imprescindible un sistema de pensiones acorde y estructurado, teniendo en cuenta el número y características poblacionales, así como una realidad laboral que debe ser reorientada en base a la nueva situación. Todos estos factores están interconectados, con lo que se hace necesario un replanteamiento global del sistema social (31).

Existen muchas causas del cambio demográfico, por lo que es importante visualizar los datos poblacionales en forma holística para poder realizar un análisis de los mismos que sea enriquecedor. No se puede solo descubrir números sorprendentes; es fundamental contextualizarlos. Uno de estos datos sorprendentes que ofrece el INE son las pirámides poblacionales. Al comparar la pirámide poblacional actual con la de hace 35 años se puede distinguir de forma clara una rápida transformación en la población española, con el aumento proporcional de las personas mayores a 65 años, que ha

pasado del 10 al 17% en estos últimos años. El aumento sostenido de la supervivencia generacional es la principal causa de este cambio (31).

Al observar lo expresado por estas pirámides poblacionales, el primer impulso es atribuir el envejecimiento demográfico a un cambio reciente, de los últimos 30 años. Pero si se observan mejor los datos, se podrá discernir que a lo largo de todo el siglo XX el verdadero generador de este cambio no dejó de aumentar: el constante aumento de la supervivencia generacional. Es decir que, más allá de los índices de natalidad, la constante que se mantiene (y se acelera durante el baby boom) es la de un marcado crecimiento de la proporción de mayores de 60 años.

Otro análisis importante de los datos poblacionales se puede realizar respecto a las características especiales de género: el sexo predominante en la vejez es el femenino. Hay un 33% más de mujeres (4.897.713) que de hombres (3.676.272) (2015) (14). La feminización de la población se presenta por la ancestral diferencia de mortalidad entre ambos sexos, provocando un desequilibrio en la relación numérica a medida que las personas envejecen. A los 80 años, las mujeres duplican al número de hombres en España. Actualmente, las mujeres de 65 años o más representan el 10% de la población total española.

El lugar de residencia también marca sus diferencias entre los mayores, habiendo diferencias entre centros urbanos y municipios rurales. Por ejemplo, en los dos municipios más grandes de España (Madrid y Barcelona) viven casi un millón de personas mayores, más que en todos los 5.834 municipios rurales juntos. Aunque las comunidades rurales presenten un índice de envejecimiento más alto, es en las grandes urbes donde se concentra la mayoría de la población mayor de 65 años (34).

## **Circunstancias determinantes de la situación actual**

La situación actual de envejecimiento global responde a varias causas que en líneas generales se mantienen en todo el mundo.

El cambio en las costumbres, el rol de la mujer en todos los ámbitos, las condiciones de trabajo, y la modernidad en los cuidados de la salud hacen que se extienda la esperanza de vida.

Si bien el descenso en la natalidad y la baja mortalidad infantil producto de la revolución reproductiva influyen en la situación actual de envejecimiento poblacional, estos no son el principal causante. "El aumento en términos absolutos de personas mayores gracias a este retroceso de la mortalidad y aumento en la esperanza de vida supone el ensanchamiento de la cúspide de la pirámide, un «envejecimiento por arriba», que sumándose a la evolución de la fecundidad resultan en una transformación de la composición de la estructura por edades de nuestra población, el llamado envejecimiento demográfico" (35) (Figuras 2,3).

El fenómeno migratorio, considerado un factor de cambio en la estructura demográfica, no condiciona de forma fundamental el esquema global del envejecimiento en España a corto plazo. Sin embargo, de cara al futuro, la inmigración puede influir al envejecimiento demográfico español cuando lleguen a la edad de retiro los actuales activos que hoy son jóvenes y adultos.

Por su parte, la marcada supervivencia generacional de los mayores de 60 años y el sobre-envejecimiento, crecimiento del número de personas en edad avanzada, "ha constituido el principal estímulo para la investigación médica y farmacológica" (31), sumado a la implicación que necesariamente realiza el Estado. "Dado que los problemas de salud guardan una relación directa con la edad, el envejecimiento demográfico causa el aumento de los mismos". En un país tan apoyado en la solidaridad familiar como España, el

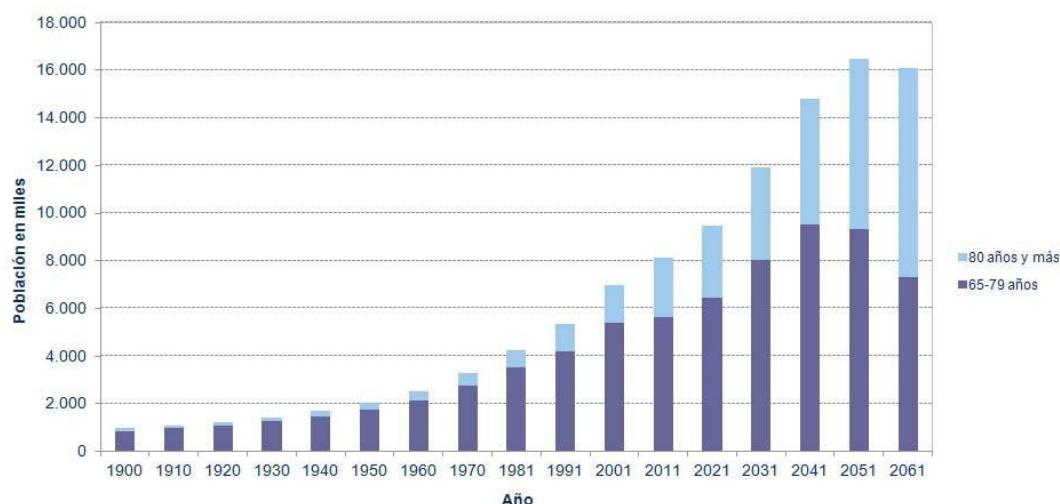
creciente peso del cuidado a los dependientes ha debido abordarse como asunto de Estado (31).

**Figura 2. Evolución de la población mayor en números, 1900-2061 (14).**

Años*	Total España	65 años y más		65-79 años		80 años y más	
	Absoluto	Absoluto	% respecto al total	Absoluto	% respecto al total	Absoluto	% respecto al total
1900	18.618.086	967.774	5,2%	852.389	4,6%	115.385	0,6%
1910	19.995.686	1.105.569	5,5%	972.954	4,9%	132.615	0,7%
1920	21.389.842	1.216.693	5,7%	1.073.679	5,0%	143.014	0,7%
1930	23.677.794	1.440.744	6,1%	1.263.632	5,3%	177.112	0,7%
1940	26.015.907	1.699.860	6,5%	1.475.702	5,7%	224.158	0,9%
1950	27.976.755	2.022.523	7,2%	1.750.045	6,3%	272.478	1,0%
1960	30.528.539	2.505.165	8,2%	2.136.190	7,0%	368.975	1,2%
1970	34.040.989	3.290.800	9,7%	2.767.061	8,1%	523.739	1,5%
1981	37.683.362	4.236.740	11,2%	3.511.599	9,3%	725.141	1,9%
1991	38.872.268	5.370.252	13,8%	4.222.384	10,9%	1.147.868	3,0%
2001	40.847.371	6.958.516	17,0%	5.378.194	13,2%	1.580.322	3,9%
2011	46.815.916	8.116.347	17,3%	5.659.442	12,1%	2.456.908	5,2%
2021	46.037.605	9.466.481	20,6%	6.462.726	14,0%	3.003.755	6,5%
2031	45.351.545	11.903.963	26,2%	8.044.599	17,7%	3.859.364	8,5%
2041	44.680.774	14.791.516	33,1%	9.531.604	21,3%	5.259.912	11,8%
2051	43.581.814	16.486.938	37,8%	9.327.682	21,4%	7.159.256	16,4%
2061	41.603.330	16.095.184	38,7%	7.326.273	17,6%	8.768.911	21,1%

Extraído de Abellán García A., Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos.

**Figura 3. Evolución de la población mayor ( en gráfico), 1900-2061 (14).**



Extraído de Abellán García A., Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos.

## **Reducción de la mortalidad y aumento de la esperanza de vida**

El envejecimiento poblacional de España, y también a nivel global, se relaciona con la reducción de la mortalidad sobre todo de la infantil y juvenil. Cada vez son más las personas que logran llegar a la vejez, y el umbral de vida se traslada a edades más elevadas.

Los cambios en salud pública, con sus campañas de concienciación, las mejoras en la calidad de vida y la realidad moderna en general han posibilitado un marcado descenso en la mortalidad de niños y jóvenes, permitiendo que la población presente nuevos índices de longevidad. Es decir, se eleva la esperanza de vida. Concretamente, según los registros del INE en 2014, las mujeres de España poseen una esperanza de vida, al nacer, de 85,6 años y los hombres de 80,1 años (14).

Esto es importante de considerar, ya que no sólo se habla de llegar a los 65 años o primera vejez, sino que se produce el llamado sobrevejecimiento, es decir que cada vez más personas alcanzan edades muy avanzadas. Y como antes era escasa la población que sobrevivía a estas edades, en la actualidad es el grupo que aumenta "con mayor rapidez" (31).

Se debe trabajar firmemente en políticas sociales, económicas y sanitarias que contemplen estos cambios. Por ejemplo, en los últimos años se ha registrado un descenso importante de morbilidad hospitalaria en niños y jóvenes, pero por otro lado, un aumento importante de internamientos de personas mayores.

Otro dato significativo, en este mismo sentido, es el patrón de mortalidad española, que está marcado desde hace años por las causas de muerte de los adultos mayores. Esto significa que las principales causas de defunción se identifican con los malestares y enfermedades que acompañan a la edad.

## **Reducción de la fecundidad y aumento del número de personas mayores**

La sociedad actual se encuentra transitando a un cambio demográfico importante basado en el aumento del número de adultos mayores, que también se ve afectado por la revolución reproductiva. La misma tiene como protagonista a la mujer, con el descenso en la fecundidad (número de hijos por mujer). Ante las altas tasas de mortalidad del pasado, la fémina era la encargada de garantizar el reemplazo generacional a través de una elevada fecundidad; esta realidad ha cambiado, y el número de hijos por mujer es uno de los descensos más marcados de las pirámides poblacionales.

Realizando una proyección sobre los datos actuales, Naciones Unidas sitúan a España en segundo lugar, detrás de Japón, como el país más envejecido del mundo para el año "2050 con un 33,2% de población mayor" (32).

Esta ubicación demográfica española se debe al veloz descenso de la fecundidad, cuyo índice se ha sostenido entre los más bajos del mundo, junto al de Italia y Grecia. Este constante retroceso en la fecundidad desde finales de la década de los setenta disminuye el número de nacimientos y aumenta proporcionalmente la población de personas mayores con relación al total y en proporción con el grupo de jóvenes.

Durante el baby boom, el aumento en la tasa de fecundidad provocó un gran número de nacimientos que, sumados a una prolongada longevidad, explican actualmente el gran tamaño de la población de personas mayores y su consecuente crecimiento en las próximas décadas.

En la actualidad, el envejecimiento de la población se presenta mayormente en los países desarrollados, ascendiendo el grupo de personas mayores al 15,3% de la población total (32).



Según los datos del INE, en España crece la población de octogenarios con un actual 5,8% de la población total y se espera que en 2061 el porcentaje ascienda al 38,7%, equivalente a "16 millones de personas mayores" (14).

### **Efecto de la migración sobre el patrón demográfico**

Dentro de los efectos que la migración presenta en España se encuentra un cierto efecto rejuvenecedor, ya que la causa más importante de migración es la búsqueda de trabajo, fenómeno que se ha visto reducido con la crisis económica. Cuando un país desarrollado experimenta un florecimiento en su economía, recibe un mayor flujo de población extranjera que se sitúa generalmente entre los 25 y 39 años, es decir, jóvenes que buscan trabajo y además se encuentran en edad de procrear. Por ello se habla de un efecto migratorio rejuvenecedor en la población (31).

La globalización, conectividad y variadas posibilidades de transportes, paradójicamente, están provocando que quienes están preparados para afrontar estos cambios migren en busca de mejores opciones de trabajo y porvenir, generalmente hacia las grandes urbes, dejando rezagados a quienes no pueden aprovechar estas nuevas oportunidades. Esto genera una migración que modifica las pirámides poblacionales en los países desarrollados, pero también un flujo demográfico interno.

Las comunidades rurales ven cómo sus jóvenes migran en busca de nuevas posibilidades, dejando a los menos preparados y a la población mayor en una condición de aislamiento y soledad, a pesar de los desarrollos en comunicación actual. Las zonas rurales presentan una población más envejecida y alejada del entorno familiar al que podría recurrir en busca de asistencia (34).

Aunque las comunidades rurales poseen un índice de envejecimiento más alto, es en las grandes ciudades donde reside la mayoría de las personas de 65 y más años. La concentración de adultos mayores en las ciudades ha sido un proceso de envejecimiento en el lugar, por el mayor tamaño demográfico de éstas.

Según datos proporcionados por el INE, casi un 75% de la población de mayores extranjeros afincados en España provienen de la Unión Europea, siendo Reino Unido, Alemania y Francia (en ese orden) los principales países de origen. En un segundo escalón se encuentran los extranjeros provenientes de "América del Sur con un 8,3%" (30). Una lectura de este hecho es que dichos extranjeros migran en edades jóvenes en busca de una oportunidad, y luego deciden vivir su vejez en sus países de origen.

### **El proceso de envejecimiento**

Es indudable, analizando los datos presentados, que una población con bajo número de nacimientos y también de defunciones será, más tarde o más temprano, una población envejecida.

Actualmente esta es la característica común de todos los países desarrollados, hacia la que también están evolucionando las poblaciones de muchos países en vías de desarrollarse. En España, el conjunto de personas mayores de 65 años en el año 1900 no alcanzaba el 5% del total, menos de 1 millón de personas, mientras que en 2001 se censaron casi 7 millones de habitantes mayores a esta edad, lo que supone que más de la sexta parte de la población ya es anciana (34).

## **Mortalidad**

A nivel mundial se registra un envejecimiento de la población, que se presenta de diferente manera y graduación dependiendo de las condiciones propias de cada nación. En los países menos desarrollados esto se logra, en la actualidad, por el descenso de la mortalidad infantil y juvenil. Mientras que en los países desarrollados se acentúa por la longevidad de los adultos mayores y el crecimiento del umbral de esperanza de vida.

El envejecimiento de la población en España es un caso particular, ya que ha sido caracterizado por la rapidez en sus cambios. A comienzos del siglo la esperanza de vida de los españoles no superaba los 35 años de edad, mientras que un siglo más tarde la esperanza de vida en España alcanza los 80 años de edad, superando considerablemente la media de la Unión Europea (14) (Figura 4).

**Figura 4. Esperanza de vida al nacer y a los 65 años en distintos países europeos, 2013 (14).**

	Esperanza de vida al nacer		Esperanza de vida a los 65 años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Unión Europea (28)	77,8	83,3	17,9	21,3
Alemania	78,6	83,2	18,2	21,1
Austria	78,6	83,8	18,2	21,5
Bélgica	78,1	83,2	17,8	21,4
Bulgaria	71,3	78,6	14,2	17,9
Chipre	80,1	85,0	18,6	21,6
Croacia	74,5	81,0	15,3	19,1
Dinamarca	78,3	82,4	17,7	20,4
Eslovaquia	72,9	80,1	14,7	18,8
Eslovenia	77,2	83,6	17,2	21,4
España	80,2	86,1	19,2	23,4
Estonia	72,8	81,7	15,2	20,3
Finlandia	78,0	84,1	18,0	21,8
Francia	79,0	85,6	19,3	23,6
Grecia	78,7	84,0	18,7	21,6
Hungría	72,2	79,1	14,5	18,4
Irlanda	79,0	83,1	18,1	20,8
Italia	80,3	85,2	18,9	22,6
Letonia	69,3	78,9	13,9	18,6
Lituania	68,5	79,6	14,1	19,2
Luxemburgo	79,8	83,9	19,1	21,9
Malta	79,6	84,0	18,4	21,4
Países Bajos	79,5	83,2	18,2	21,2
Polonia	73,0	81,2	15,5	19,9
Portugal	77,6	84,0	17,8	21,6
Reino Unido	79,2	82,9	18,6	20,9
República Checa	75,2	81,3	15,7	19,3
Rumanía	71,6	78,7	14,7	18,1
Suecia	80,2	83,8	18,8	21,3

Extraído de Abellán García A., Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos.

Otro dato importante a tener en cuenta en referencia a la mortalidad es la diferencia planteada por género, ya que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, superándolos en promedio por más de 5 años. Cabe recordar que a los 80 años de edad, en España, la población de mujeres es el doble que la de los hombres.

Un dato que no es menor es el patrón de mortalidad en España, ya que en su conjunto está determinado por las causas de muerte de las personas mayores. Por ejemplo, en los últimos años las enfermedades degenerativas sustituyen a otras causantes de muerte históricamente más importantes.

Según datos del INE, existe un patrón de mortalidad definido, según el cual cada edad tiene sus causas principales. En las personas de mayor edad éstas resultan las "enfermedades del sistema circulatorio, tumores y sistema respiratorio", en ese orden (14).

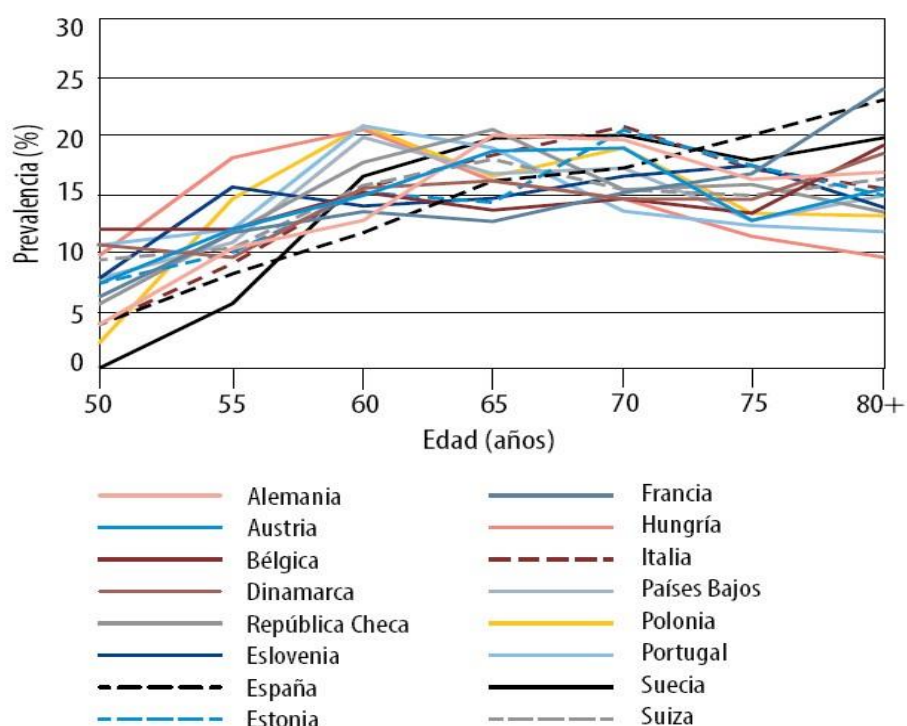
## **Morbilidad**

El envejecimiento de la población es una realidad que se presenta a nivel mundial y trae aparejado dos situaciones particulares de gran relevancia. Por un lado el sobrevejecimiento, es decir el crecimiento del número de personas que alcanzan edades muy avanzadas; y por otro lado, la mayor dependencia, dado que los problemas de salud guardan una relación directa con la edad y aumenta la morbilidad e incluso la multimorbilidad (Figura 5).

Aproximadamente, el 80% de las personas mayores presentan al menos una enfermedad crónica, y el 50%, dos. El promedio es de 2,8 problemas o enfermedades crónicas en personas entre 65 y 74 años, llegando a 3,23 en personas mayores de 75 años. Estas patologías crónicas son, en gran parte, las causantes de las limitaciones en la actividad y de la discapacidad. En las personas mayores de 85 años los ingresos hospitalarios son 10 veces mayores que en las edades comprendidas entre los 15 y 34. De la misma forma, la estancia media de cada ingreso aumenta en grupos de personas de edad avanzada (34). Algunos estudios demuestran que en España, los pacientes mayores de 85 años tienen un índice de pluripatología del 95,1% (14). La Organización Mundial de la Salud ha estimado que las patologías crónicas (diabetes, enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales, etc.) constituirán la principal fuente de discapacidad en 2020 (35).

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de preparación sobre los requerimientos de una mejor calidad de vida en los adultos mayores, tanto en los países desarrollados como los que están en vías de ello. Este tema debe ocupar la agenda estatal con el planteamiento de políticas acordes, y también es una cuestión a planificar dentro del seno familiar.

**Figura 5. Prevalencia de la multimorbilidad en las personas de 50 años o más, 2010-2011 (14).**



Extraído de Abellán García A., Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos.

### Discapacidad y dependencia

El envejecimiento de la población trae en su relación con la salud, además de un aumento de la morbilidad y la aparición de afecciones crónicas, una mayor dependencia, necesidad de cuidados y la aparición de discapacidades.

En algunos casos los cuidados que el adulto mayor precisa son realizados por familiares o amigos, pero a causa de complicaciones también se dan situaciones que precisan del internamiento del adulto mayor en una residencia o la necesaria contratación de personal especializado para su cuidado.

Con el paso del tiempo la salud se resiente, los músculos se debilitan y algunas funciones básicas como la correcta movilidad, la vista y/o la audición pueden perderse. En algunas personas estas capacidades pueden recuperarse con intervenciones quirúrgicas o la utilización de dispositivos que suplen la función natural, pero existen otros casos en los que la discapacidad permanece. El proceso de envejecimiento lleva consigo cambios fundamentales en las personas que afectan su día a día, asociados al deterioro de la salud en mayor o menor grado. Estos cambios pueden producir dependencias en grados igualmente diversos, que repercuten directa o indirectamente sobre la participación social y en sus actitudes positivas.

El envejecimiento se convierte en algo patológico cuando la presencia de enfermedades dificulta la adaptación física, psíquica y social de la persona anciana al contexto en el que vive, lo que supone la pérdida de autonomía o dependencia (32).

El aumento significativo del número de personas de edad avanzada tiene una incidencia directa en las necesidades y demandas sociales, sanitarias y económicas de las familias. Del mismo modo incide sobre los sistemas sociales, laborales y sanitarios, por el incremento de enfermedades crónicas y sus efectos concomitantes (31).

No cabe duda de que un número cada vez mayor de personas de edad avanzada supone una mayor demanda sanitaria de servicios sociales y de otros recursos sociosanitarios.

Es una realidad que los mayores son los principales consumidores de los recursos sociosanitarios disponibles, y suponen además el 40% aproximadamente de los ingresos hospitalarios (34).

Se estima que al menos un 1% de la población mayor de 65 años está totalmente inmovilizada, un 6% padece severas limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria y hasta un 10% más presenta incapacidad moderada. Dichos porcentajes se incrementan considerablemente al analizar la población por encima de los 80 años (14).

Quien ejerce el cuidado de la persona mayor es el encargado de brindar el mejor sostén para su incapacidad, ya sea motriz o sensorial, y así garantizar una mejor calidad de vida.

La principal cuestión que se plantea actualmente ante el envejecimiento progresivo de la población es si los años de vida ganados serán, o en qué medida serán, años vividos sin discapacidad (o en buena salud). A medida de que la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI) en una población aumente más rápidamente que la esperanza de vida (EV), esa población no sólo vive más años, sino que en una mayor proporción, esos años de vida ganados serán de buena salud (18).

La vejez es una etapa de la vida de suma importancia actualmente, ya que a los 65 años, a una persona aún le queda por vivir casi una cuarta parte de vida (22%).

## **2.2. El paciente en geriatría**

Como consecuencia de los altos porcentajes de población anciana cada vez más elevados en los países desarrollados se han instalado varios cambios en el sistema sanitario, donde se vuelven más importantes nuevas



especialidades médicas centradas en las necesidades, demandas, realidades, y patologías de la población anciana.

Durante la vejez persiste un aumento de la incidencia y la prevalencia de enfermedades, y/o enfermedades degenerativas y crónicas asociadas a una población de cada vez más edad. Esto conlleva unos mayores porcentajes de población incapacitada (36), con diferentes grados de dependencia o necesidades asistenciales sociosanitarias.

Por ello, desde la medicina se intenta atender a las problemáticas y necesidades de una población envejecida, emergiendo nuevas disciplinas y profesionales especializados en la población anciana (37). Dichas necesidades también se proyectan al ámbito de lo social, donde resulta vital conseguir un mayor bienestar y calidad de vida de los ancianos, así como paliar los efectos negativos que supone cumplir años a partir de determinada edad.

La mayor longevidad de una población es causa y consecuencia de los cambios en los patrones de la enfermedad. Tradicionalmente se ha hecho frente en el ámbito sanitario a patologías de origen exógeno que hoy, debido al envejecimiento celular, se tornan principalmente de origen endógeno, no transmisibles, de curso crónico e incapacitantes (38).

La tendencia de la capacidad funcional a disminuir a medida que se envejece, ya sea como consecuencia de enfermedades crónicas o del proceso natural de pérdida de vitalidad, es el origen de los problemas de dependencia y de la necesidad de cuidados de larga duración (38).

Evidentemente, las limitaciones en la vida diaria tienen consecuencias sobre los tipos de enfermedades, las necesidades institucionales, los profesionales de la salud y los gastos derivados de ellas, así como en las dependencias e incomodidades que muchas de ellas generarán, y no solo a los pacientes,

sino también a sus familiares y al sistema. Pero no se trata sólo de un modo diferente de enfermar, sino que también está repercutiendo en el número de personas, además de en el tiempo de enfermedad, mucho más prolongado (34).

Hoy en día el peso demográfico de la población anciana es muy importante, pues a una persona de 65 años aún le queda un 22% de su vida por vivir (39), y las proyecciones nos hablan de que no se ha tocado techo todavía: la tendencia se dirige aún a una mayor longevidad poblacional.

La longevidad conseguida, y la que está por llegar, obliga a reconsiderar los períodos de la vida y a ver la vejez como algo positivo. Y a repensar todo el sistema. Las personas de edad avanzada plantean numerosos problemas específicos a los servicios sanitarios, a los que se le suman los derivados de un escaso desarrollo de la red de atención social (39).

Frente a la imagen de las personas mayores como ineludible carga para la sociedad, la evidencia disponible sobre los logros de la promoción de salud y de la atención sociosanitaria en este grupo de población avala la idea de que reducir la morbilidad y la incapacidad de las poblaciones que envejecen constituye el más importante reto de la salud pública en los países desarrollados, y un excelente reflejo del desempeño de sus sistemas sanitarios. El envejecimiento de la población debe ser visto como el principal aliciente, y el factor más determinante, para la puesta en marcha y el favorecimiento de los cambios acontecidos en el panorama sociosanitario actual ante la necesidad de hacer frente a enfermedades asociadas a la edad, para conseguir una mayor satisfacción y calidad de vida de la población anciana (38).

El aumento en el número de personas mayores ha suscitado una preocupación por la disponibilidad de servicios ante el previsible incremento de las necesidades de cuidados (37,40).

Los ancianos necesitan y demandan otro tipo de recursos y servicios al sistema de salud y cuidados (38). Una gran parte de los ancianos goza de un estado de salud aceptable, pero también son muchos los que presentan problemas de salud y discapacidades asociadas a la edad (37) y que están reclamando un tipo de atención sociosanitaria mejor adaptada a sus características, circunstancias y realidades. Es sin duda esto lo que justifica el nacimiento de especialidades médicas y profesionales, así como de técnicas, programas e iniciativas sociosanitarias que permitan un mayor bienestar de la población más envejecida, así como todos los esfuerzos e implicaciones desde los ámbitos más variados de nuestra realidad sociopolítica actual.

Cada vez será más importante conseguir que el tiempo vivido sea ganado con salud, porque de no conseguirse, el coste social será insostenible. El envejecimiento supone cambios físicos, sociales y de conducta, que se combinan con la presencia y efecto de enfermedades y tratamientos farmacológicos que los especialistas deben tener en cuenta (39). Solo desde la fundamentación de una especialidad médica centrada en el anciano es posible dar plena cobertura a las necesidades y demandas asociadas al proceso de envejecimiento saludable, participativo y activo, así como a los procesos discapacitantes y con distintos grados de dependencia.

Existe gran variabilidad dentro del paciente anciano, ya que aunque es una realidad que cumplir años está directamente relacionado con una mayor incidencia de enfermedades, hay muchos que llegan a una edad avanzada sin grandes problemas de salud (38). Pero además, aquellos que sufren alguna o varias patologías que pueden afectar a su salud, también requieren de un abordaje muy diferencial y personalizado, ya que en ningún momento el grado de afectación de su estado general va a ser idéntico (37).

La consecuencia inevitable de estos hechos es el aumento del consumo de recursos sanitarios y sociales por las personas de edad más avanzada (38), que se traduce en:

1. Mayor incidencia de enfermedad y la coincidencia de varias patologías en un mismo individuo (concepto de comorbilidad), así como de enfermedades crónicas.
2. Mayor prevalencia de situaciones de incapacidad, una utilización mayor de la Atención Primaria, así como de camas de hospital y un incremento en la utilización de cuidados continuos y de recursos sociales.

El espectro de paciente anciano con enfermedad/es crónicas es muy amplio. Son diferentes las patologías, son muy distintos los grados de dependencia, además son muy diferentes las actitudes ante el envejecimiento.

### **Tipología de pacientes ancianos**

La categorización de los pacientes ancianos de Robles y Miralles (41) es una de las que ha logrado mayor aceptación. Consta de los siguientes tipos:

**Anciano sano:** Es una persona de edad avanzada capaz de mantener un equilibrio con el medio, lo que le permite ser funcionalmente activo. Se trata de un anciano que conserva intacta su capacidad funcional, y sobre todo es completamente independiente en su día a día, para sus actividades cotidianas. Su estado de salud les permite una total independencia y autocuidado, y han sabido adaptarse a su nueva realidad.

**El anciano enfermo:** persona mayor de 65 años con una enfermedad aguda. Tiene un comportamiento similar al de otros pacientes de menor edad, porque se trata de un episodio de enfermedad aislado, único. No presenta otras enfermedades importantes, ni problemas mentales ni sociales.

El anciano frágil: es una persona de edad avanzada (la mayoría de los autores la sitúan a partir de los 75 años) que por condiciones médicas, mentales o sociales se encuentra en una situación de alto riesgo de dependencia. Es una persona, con una o varias patologías, que en un momento determinado pueden estar compensadas, lo que les permite mantener cierta independencia gracias a un equilibrio sostenido con su entorno socio-familiar. Cuando sucede algún cambio o proceso que perturba esa situación compleja de equilibrio, se produce una pérdida de capacidades funcionales y de independencia, obligando entonces a hacer uso de los recursos sociosanitarios disponibles.

El anciano geriátrico: es una persona de edad avanzada, especialmente frágil ante cualquier tipo de agresión, con patologías crónicas, múltiples y normalmente productoras de limitaciones funcionales físicas y/o psíquicas, que además suele tener problemas sociales añadidos. Es frecuente que presenten trastornos de comportamiento.

### **Los síndromes geriátricos**

Un apartado muy importante cuando se habla del paciente en geriatría es el de los síndromes geriátricos (42). Son un conjunto de síntomas y signos que tienen como denominadores comunes una alta prevalencia en la edad avanzada, múltiples etiologías y la tendencia de todos ellos a la discapacidad. Cada uno de estos síndromes forma un apartado importante en geriatría. Los síndromes geriátricos son los siguientes:

Inmovilidad.

Integridad de la piel (úlceras por presión).

Inteligencia alterada (demencia y confusión).

Introversión (depresión).

Inestabilidad (caídas y trastornos de la marcha).

Inanición (desnutrición).

Incontinencia.  
Iatrogenia (polifarmacia).  
Impactación fecal (constipación).  
Inmunodeficiencia (infecciones).  
Insuficiencia sensorial (deterioro vista/oído).  
Indigencia (falta de recursos).  
Infausto (situación de enfermedad terminal).

### **La enfermedad en el anciano**

En la vejez aparecen las mismas enfermedades que en el adulto. No se puede hablar por tanto de enfermedades propias de la vejez, sino de enfermedades en la vejez. La disminución de la reserva funcional en los órganos y sistemas, sus cambios al envejecer y la falta de capacidad de adaptación condicionan que la aparición de los signos y síntomas de una enfermedad sea diferente. La presentación atípica de la enfermedad en el anciano se caracteriza por:

1. Síntomas inespecíficos: caídas, desorientación, astenia, anorexia, confusión o incontinencia.

2. Manifestaciones oligosintomáticas o ausencia de las mismas. Es frecuente que los síntomas sean poco expresivos, estén muy atenuados o no aparezcan.

Fiebre: Menos intensa o en algunos casos ni aparece.

Dolor: Síntoma poco expresado por el paciente, y en general infratratado.

Taquicardia: Síntoma frecuente, y a veces la única expresión de una enfermedad grave. Puede ser consecuencia de una infección grave, alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico, dolor, patología del aparato digestivo o hipertiroidismo.

Taquipnea: Es un síntoma frecuente en el anciano.

Estreñimiento: Habitualmente expresado como insatisfacción con el ritmo defecatorio.

Confusión mental o delirium: Es un cuadro, de etiología generalmente orgánica y extracerebral, caracterizado por alteraciones del nivel de consciencia, dificultad para mantener la atención, trastornos perceptivos, de orientación, del lenguaje, del ritmo sueño-vigilia y de la actividad psicomotora del organismo.

Pluripatología: Es habitual que tras un estudio detenido sean varios los procesos patológicos que coexisten.

Polifarmacia: Los fármacos prescritos por el médico de Atención Primaria, los prescritos por diversos especialistas y la propia automedicación suman al final una numerosa lista que el anciano cumple de forma más o menos regular (43).

La evolución de la enfermedad en el anciano también presenta peculiaridades. La recuperación es más lenta, las complicaciones son más frecuentes y es habitual la descompensación de otras patologías coexistentes. El deterioro funcional tiende a estar siempre presente. En los ancianos hospitalizados, si se alarga la estancia y los procedimientos diagnósticos, estos causan deterioro funcional físico y mental que puede ser destructivo para el anciano (44).

Para el correcto abordaje de los pacientes de edad avanzada se necesita una intervención multidisciplinar que pueda dar cobertura a los diferentes aspectos de la asistencia, desde su espectro más amplio al anciano.

Sería necesaria una reforma en los sistemas de atención a la población anciana, exigiendo un sistema que garantice la búsqueda activa de la enfermedad, reconociendo no sólo sus manifestaciones habituales sino también sus formas más atípicas, que permitan adelantarse a las consecuencias más discapacitantes, así como un plan de formación e información a pacientes y familiares.

## 2.3. El cuidador

Se puede definir al cuidador/a como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales cotidianas o de sus relaciones sociales” (45).

El Diccionario de la Lengua Española define el verbo cuidar como “poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo”, y también como “asistir, guardar, conservar”. Cuidador es, según el mismo Diccionario, un adjetivo cuyo significado es “que cuida”, “muy solícito y cuidadoso” (3).

El aumento en la expectativa de vida y el envejecimiento poblacional han requerido no solo cambios y esfuerzo de adaptación del sistema sanitario y de los profesionales, sino que también han requerido de una mayor implicación por parte de la familia en el cuidado de la salud de sus mayores (36).

Los servicios prestados por los cuidadores pueden garantizar una mejora de calidad de vida de estas personas. Las personas que atiendan estos cuidados pueden ser formales o informales, incluyendo entre estos últimos a la familia, amigos, vecinos o sujetos de confianza que proporcionan cuidado no remunerado al mayor. Entre los cuidadores informales, los miembros de la familia son de suma importancia en la atención, sobre todo en la cultura hispana, en la que los lazos familiares y la unión es la norma. Los miembros de la familia ayudan en las actividades de la vida diaria y también proporcionan apoyo emocional a estas personas (46).

El cuidador puede ocupar diversos tipos de funciones:

1. El cuidador como recurso. La atención se centra solo en el receptor de cuidados. El cuidador se considera en la medida en que ofrece cuidados y beneficia al sistema formal de prestación sanitaria (47).



2. El cuidador como co-trabajador. Se le reconoce desde el sistema formal como ayudante para prestar atenciones diferentes de las que se prestan desde este sistema. Se considera que así se pueden optimizar los cuidados globales (48,49).

3. El cuidador como cliente. Al cuidador se le puede considerar como cliente secundario o co-cliente de los servicios sanitarios. Se les considera como una unidad inseparable. Las intervenciones profesionales de cuidado van dirigidos hacia los cuidadores también (50,51).

4. El cuidador como elemento de bienestar. El cuidador se considera como pieza fundamental para contribuir al mantenimiento de la calidad de vida y bienestar de las personas a las que cuidan, suponiendo así un ahorro para el sistema sanitario (52).

El valor económico de la prestación de cuidados informales es incalculable. A la hora de un ingreso hospitalario, el cuidador asume la responsabilidad de acompañamiento del enfermo geriátrico. En muchas ocasiones, estos enfermos pueden tener dificultades para expresar sus necesidades y percepciones acerca del cuidado. En estos casos, los familiares/cuidadores del paciente desempeñan un papel importante en los procesos del cuidado y de la atención en general. Frecuentemente, la opinión de los familiares/cuidadores puede generar información útil sobre la calidad de la asistencia geriátrica. Los familiares/cuidadores sienten que es su responsabilidad supervisar y evaluar la calidad (44).

El fenómeno de los cuidadores de ancianos ha sido estudiado en contextos diferentes, pero ha sido escasamente analizado como evaluador de la satisfacción y calidad de atención hospitalaria. Se considera que es una cuestión primordial la mejora de la integración de los cuidadores dentro de los espacios y estructuras del sistema hospitalario. Instaurar intervenciones basadas en el resultado de este estudio podrían concebirse para elevar la

calidad de cuidados de las personas mayores y para reducir los resultados negativos.

Del total de cuidados que reciben las personas mayores en España, aproximadamente el 88% se realizan dentro del núcleo familiar, mientras que los servicios formales proveen el 12% (14). Se desprende de esto que existen dos formas diferenciadas, pero en colaboración, de hacer frente al cuidado y bienestar de las personas mayores- ancianas: Cuidados técnicos-profesionales y cuidados familiares-informales (36).

La familia aparece como principal fuente de cuidados informales en todos los estudios analizados. Todos los datos internacionales, europeos y nacionales confirman que es la familia la principal proveedora de cuidados informales para las personas dependientes en la mayoría de los países desarrollados (53).

Se trata de cuidadores *invisibles*, que dedican su tiempo y esfuerzo a la responsabilidad de cuidar durante un promedio de 4/5 horas al día, los 7 días de la semana (54).

En España, el cuidado de las personas dependientes es realizado casi exclusivamente por las mujeres del núcleo familiar. Recae en las madres, cónyuges, hijas o hermanas de las personas dependientes (55) en un gran porcentaje. Tan solo se ocupa del cuidado un varón cuando este no tiene hermanas, hijas, y este cuidado siempre se torna compartido con su esposa, si la tiene.

Los datos nos confirman que son principalmente los familiares quienes se ocupan de las personas dependientes en el seno de los hogares. Aproximadamente el 81% de las personas dependientes, de cualquier grupo de edad, son atendidos por un familiar directo. En España, el 93,7% de adultos que presta ayuda a una persona mayor para realizar las actividades

de la vida diaria, tiene vínculos familiares con la persona que cuida, y en la mayoría de los casos – el 85,3% aproximadamente- la familia lleva a cabo estos cuidados sin ningún tipo de apoyo externo (55).

Hablar del perfil del cuidador familiar-informal, supone circunscribir la actividad de cuidar preferentemente a una mujer, con un vínculo familiar directo; es decir, se trata de esposas, hermanas, o hijas, casadas, solteras o viudas, en la mayoría de los casos sin trabajo remunerado, y con una edad media que oscila entre los 40-50 años, con nivel educativo bajo, y que en muchos casos no superan la educación primaria. La mayor parte de este colectivo no realiza otra actividad que los cuidados. Se trata además de una población con un nivel económico bajo (55).

Cuidar a otra persona implica, además, otros costes difícilmente cuantificables. Es decir, la enfermedad crónica no sólo afecta a la persona enferma, sino también a aquellos miembros de la familia que los cuidan. Además, lo hace desde muy diferentes aspectos, no solo en lo relativo a su salud, bienestar y calidad de vida, sino también condiciona su vida social y económica. Estos son aspectos muy negativos que se aprecian en muchos de los casos asociados al rol de cuidadores (56).

La limitación del tiempo libre y la reducción de las actividades sociales incide de un modo directo en el deterioro de su salud, física y mental, debido a razones como la pérdida de intimidad, los sentimientos de malestar, la carga económica y los problemas laborales. Todo ello afectando no sólo a la persona que cuida, sino también a la propia persona dependiente.

Los cuidadores se sienten cansados, aislados y con agobio. Demandan los apoyos necesarios y suficientes para la realización de esta tarea, así como la información y preparación necesaria y adecuada para atender a su familiar enfermo, del mejor modo posible. Y que ello les permita una percepción de su vida más plena y en consonancia con sus expectativas de vida y bienestar, para la persona enferma y sin duda para ellos.

Cuidar es una de las situaciones vitales que, de un modo evidente y en gran medida, genera estrés crónico en aquellas personas que lo llevan a cabo (55).

El cuidador es el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos, y muchas veces especializados, a los enfermos crónicos. En ellos se deposita el compromiso y la responsabilidad de preservar la vida del otro (56).

Los cuidadores familiares son un alivio y una gran ayuda para el sistema, aunque del mismo modo deben ser el punto de partida de decisiones y estrategias en virtud de un mayor bienestar general (54, 57).

Cuidar tiene graves repercusiones para la vida de quienes lo practican. Algunos autores hablan del “síndrome del cuidador” (58), para referirse al conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas, psicosomáticas, laborales, familiares que enfrentan los cuidadores.

Los estudios señalan que la reducción del tiempo de ocio, la imposibilidad de disfrutar de vida social, problemas de insomnio, malestar psicológico, desesperanza, sobrecarga, estrés, problemas físicos, y en muchas ocasiones dificultades para conciliar ámbito laboral y profesional con su problemática familiar, así como la disrupción emocional - ansiedad y depresión - son algunos de los efectos que produce el cuidado, que repercuten negativamente sobre calidad de vida del cuidador, de la persona enferma y en general del núcleo familiar (54).

Las variables que influyen en la calidad de vida de los cuidadores primarios son el apoyo social, el contexto del cuidado, las características del paciente, las características del cuidador, el estrés percibido y el afrontamiento (52).

Sobre el cuidador principal recae el mayor impacto de la enfermedad crónica y las dependencias, así como el bienestar, satisfacción y calidad de vida de

la persona enferma. Esta carga será modulada por el tipo de enfermedad, por el curso y gravedad de la misma, por el apoyo sociofamiliar existente, por los recursos, estrategias, y capacidad de afrontamiento del cuidador, por las características del paciente, y por los servicios de atención y apoyo sociosanitarios existentes (36).

## **2.4. El cuidado**

Es importante subrayar que la prestación de cuidados de calidad en el ámbito geriátrico es incompatible con la deshumanización del mismo. El de la atención al mayor es un ámbito en el que es difícil encontrar un modelo, teoría o filosofía que se ajuste tanto a las expectativas de los pacientes, como a las de sus familiares y cuidadores, y a su vez a las de los profesionales de enfermería. Muchas veces esto supone un reto de disciplina, que requiere estudio y perseverancia.

Hay que promover que el beneficiario de los cuidados perciba que la enfermera da solución a su problema, así como lograr que esta solución proporcionada cumpla las expectativas del paciente, con el objetivo de lograr reducir el impacto de la enfermedad o incapacidad en la calidad de vida del paciente (59).

Es necesario elaborar un análisis sobre los factores que intervienen en el proceso de cuidar, ya que en muchas ocasiones, problemas como los escasos recursos humanos, u otras características del sistema de cuidados actual, llevan a la deshumanización, provocando una pérdida de valores.

Los pacientes geriátricos precisan cuidados continuos de enfermería, y para su cuidado integral hay que tener en cuenta las dimensiones física, sociológica, biológica y psicológica. Es importante atender a las especiales características del paciente geriátrico. En él que confluyen, por un lado, los

aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico (con el declinar paulatino de la funcionalidad de órganos y sistemas, disminución de la reserva funcional y alteración de la homeostasis del organismo, aumentando su vulnerabilidad ante situaciones de estrés o enfermedad), y por otro lado, la especial forma de presentación de la enfermedad en este grupo etario. Por esto es necesaria una sustancial modificación de los modelos de cuidados (60).

El objetivo de los cuidados sigue siendo el mismo que en poblaciones jóvenes: mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de los familiares y cuidadores. Sin embargo, las personas mayores presentan problemas específicos con diferencias significativas respecto a los pacientes más jóvenes: dificultades diagnósticas, efectos iatrogénicos, utilización inadecuada de métodos diagnósticos y terapéuticos, dificultades en el alta por pérdida de capacidades físicas o mentales, estancias más prolongadas, mayor mortalidad y mayor carga de cuidados con una también mayor demanda de recursos humanos. El grupo de los denominados pacientes geriátricos, mayores de 75 años, es el de mayor riesgo para que concurren los problemas específicos antes mencionados (61).

Existen pocos estudios donde se evidencie el papel de la enfermera en los cuidados del paciente anciano hospitalizado. En un estudio realizado en Noruega, se demuestra que el papel de la enfermera es efectivo en la prevención del declive funcional y logra una reducción de la pérdida funcional muy elevada con intervenciones basadas en las necesidades específicas del paciente anciano (62). Otro estudio realizado en EE. UU. ofrece un análisis sobre el cuidado del paciente anciano hospitalizado donde se concluye que la atención se ve mejorada con la creación de estrategias específicas para este grupo de edad (63).

La prestación de cuidados en el contexto geriátrico requiere reflexionar sobre la naturaleza de los cuidados que se quieren proporcionar. Hancock indica

que en geriatría, y en instituciones de atención al mayor, el cuidado no siempre responde a las expectativas de los pacientes, de los familiares, de los cuidadores ni de los profesionales de la enfermería (25).

Actualmente sólo en algunas unidades geriátricas se sigue un modelo de cuidados efectivo, debido a causas como las importantes cargas de trabajo, la presión asistencial, la inestabilidad laboral, el aumento del ratio enfermera-paciente, que conducen a la enfermera a proporcionar unos cuidados basados principalmente en su rol asistencial (63).

## **2.5. La calidad del servicio**

La calidad del servicio está constituida por todas las propiedades que lo constituyen y le conceden valor. La calidad de un producto se mide de manera fácil. Sin embargo, la calidad de los servicios es diferente. La calidad del servicio debida a sus productos puede ser fácilmente medible, pero no así la calidad debida a su intangibilidad y diversidad (65- 68). En resumen, un servicio puede ser definido como todo aquello que es necesario hacer para crear satisfacción de un usuario.

Parasuraman define la calidad como el resultado de la comparación que el consumidor establece entre el servicio esperado con el servicio percibido (65). También, según Grönros, la calidad depende de la comparación del servicio esperado con el servicio percibido. La calidad percibida para él es el resultado de la suma de “qué y cómo”: el “qué” sería la calidad técnica, el resultado de lo que el consumidor recibe y de la calidad funcional; el “cómo”, el proceso por el que el usuario acoge el servicio. Este autor resalta la importancia de la imagen de la empresa, pues condiciona las expectativas del cliente sobre el servicio esperado (69).

Basándose en esta forma de definir la calidad del servicio (diferencia entre la calidad esperada con la calidad percibida), Parasuraman (65) y Grönroos (70) postulan el paradigma de la desconfirmación. Según este paradigma, el usuario realiza una comparación entre la percepción sobre los resultados obtenidos del servicio y las expectativas previamente creadas.

En cambio, según Creonin y Taylor, la calidad de un servicio debería tener en cuenta únicamente las percepciones, y no la diferencia entre expectativas y percepciones. Consideran que la teoría de la calidad percibida basada en percepciones menos expectativas no es una base apropiada como medición de la calidad de servicio (69).

Con todo, Parasuman afirma que calidad de los servicios es un término efímero y abstracto, difícil de definir y medir (65). Debido a la intangibilidad de un servicio, es muy complicado entender como perciben y evalúan los usuarios la calidad de las prestaciones (72).

## **2.6. La calidad en las organizaciones sanitarias**

Desde hace tiempo, brindar servicios de alta calidad es una prioridad en el mundo empresarial. En la actualidad, esta situación se ha trasladado a otros ámbitos donde también cobra importancia la calidad que se ofrece al usuario. Estamos hablando de las prestaciones que se brindan en el ámbito sanitario y los servicios sociales, dejando de lado la perspectiva del producto para centrarse en las opiniones que el usuario manifiesta. El interés por la gestión de calidad, proveniente del mercado empresarial y del mundo de los productos, se ha trasladado a las instituciones públicas. Aquí las relaciones se presentan de diferente manera, ya que la atención se centra en las personas, su satisfacción con los servicios y la atención recibida (73).



El control de calidad en el ámbito sanitario se da en España en la década de los ochenta gracias a los primeros recursos legislativos que surgieron en relación a este tema en Cataluña y Andalucía, respectivamente. En 1986 se promulga la Ley General de Sanidad, fundamental en la gestión de calidad sanitaria, ya que presenta la obligatoriedad de que las instituciones de salud funcionen bajo marcos y referentes de calidad asistencial medibles. Se organiza, entonces, un sistema de acreditación regido por el Ministerio de Sanidad y Consumo que regula, por un lado la atención sanitaria propiamente dicha y, por otro lado, la capacidad docente de las instituciones. Se buscó, así, cubrir de manera integral al sistema sanitario (1,74).

Prestar servicios sanitarios de calidad ha sido una búsqueda continua en los ámbitos de la salud, que en la actualidad se ha vuelto una condición indispensable. El control de calidad en la asistencia es un tema esencial para los que buscan optimizar sus servicios con la lógica: mejores resultados con menores costes, garantizando siempre la satisfacción de los usuarios y de sus trabajadores (75).

La Ley General de Sanidad presenta como ejes fundamentales la eficacia, la economía, la racionalización, la organización, la coordinación y la integración de los recursos sanitarios públicos, para de esta manera generar efectivas prestaciones sanitarias y lograr altos niveles de calidad debidamente valorados y controlados. Es por esto que la evaluación del sistema de organización de los servicios sanitarios es una tarea esencial de las instituciones de salud y también se incorporó a los organismos designados para evaluar tecnologías sanitarias (74).

Se utilizan diferentes miradas al momento de evaluar los servicios sanitarios, sumando a la perspectiva clásica de eficacia y seguridad otras múltiples visiones, como la efectividad, la calidad de vida, y la satisfacción o las preferencias de los pacientes. Claro está que la calidad de un servicio no está signada sólo por quien lo ofrece, sino que se pone en valor la visión del paciente en relación al servicio sanitario recibido. En otras palabras, la

calidad para el usuario está relacionada con su percepción del servicio, la satisfacción y la aceptación del mismo (76).

En la actualidad, las formas de gestión empresariales se han extrapolado a las instituciones sanitarias que se presentan como prestatarias empresariales de servicios. Un instrumento ampliamente utilizado es la gestión de calidad total, con su consabida orientación al cliente. Como modelo de gestión se orienta esencialmente a la satisfacción del cliente, paciente, ciudadano, relacionada estrechamente con la calidad del servicio que se ofrece. Se plantea como eje fundamental la satisfacción del cliente, por delante de los procesos y de los resultados empresariales (77).

Los destinatarios de los servicios de salud, llámense usuarios, pacientes o clientes, ponderan la calidad relacionándola con la cantidad de servicios disponibles, con los tiempos empleados en la atención, con la celeridad en el servicio y diversas materias referidas a la comodidad de uso de los servicios sanitarios. Todas estas características se relacionan especialmente con la noción de eficacia del sistema, sujeta a la cantidad de servicios que están al alcance de las personas (74).

A menudo los especialistas en salud catalogan la definición de la calidad asistencial en el logro de un elevado nivel científico-técnico, es decir, en la utilización de conocimientos y tecnología que aseguren la prestación de un óptimo servicio. Esta posición se orienta a la aplicación de los conocimientos más nuevos y en la más avanzada tecnología. De esta manera, calidad estaría relacionada principalmente con los conocimientos de los médicos, enfermeras y otros profesionales, y en la consecuente posibilidad que estos tengan de emplear medios adecuados a su labor.

Esta situación diferencia, entonces, entre calidad técnica del producto ofrecido, relacionada en el ámbito sanitario con aspectos científico-técnicos, y calidad apreciada del servicio prestado, siendo la última la que se relaciona

de forma más directa con la satisfacción del usuario. Esta apreciación sienta sus bases en el modelo de la disconformidad, que establece que la satisfacción real surge de la diferencia entre calidad percibida y expectativas cumplidas (77).

Pensar en calidad lleva a comprender que la opinión del paciente es un elemento vital en la valoración del servicio brindado. Si los individuos están insatisfechos, el cuidado no se aproxima al ideal deseado, esto sin perjuicio de lo alta que pueda ser la calidad según criterios clínicos u otros parámetros cuantificables ajenos al consumidor. El punto de partida es saber y reconocer las necesidades y expectativas para transformarlas en requisitos y objetivos (78).

El concepto de calidad, y su modo de gestionarla, ha cambiado porque en esencia es una noción que siempre evoluciona. Como respuesta a este dinamismo se introducen nuevas metodologías a fin de satisfacer solicitudes y necesidades actuales, contribuyendo a mejorar la eficacia y la eficiencia de los servicios, partiendo siempre de tener presente las percepciones y expectativas de sus usuarios (79).

Hace dos décadas se situaba la mirada de los usuarios en el eje central de los procesos asistenciales, como uno de los patrones de evaluación de la tecnología, intervención y actuación médica. Las maneras de medir y comprender la calidad de la asistencia sanitaria evolucionaron con el paso del tiempo. Antes, los indicadores de calidad hacían referencia a las tasas de mortalidad y morbilidad, a los sistemas formativos de los profesionales sanitarios y al cálculo de los costes sanitarios. En la actualidad, la calidad es una constante en el sistema sanitario que no se puede comprender sin tener en cuenta el panorama del sistema en general y los profesionales en particular (79).

El proceso de evaluación de la calidad de los servicios sanitarios se emprende desde diferentes ramas y visiones. A la mirada clásica de eficacia clínica y seguridad, se sumaron otras perspectivas como la efectividad, la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes (80).

Las organizaciones sanitarias se han configurado como verdaderas compañías de servicios, compartiendo sus formas de gestión. En las últimas décadas se impuso la gestión de calidad total, con su firme orientación al cliente. Este modelo se centra en la satisfacción del cliente, paciente, ciudadano, porque se relaciona directamente con la calidad del servicio prestado (81).

La calidad de un servicio, no se delinea simplemente desde la óptica del producto, además es necesario prestar especial atención a las relevantes opiniones del usuario. Para afrontar su gestión se distingue la calidad técnica del producto ofrecido y la calidad del servicio prestado, que no es otra que la calidad percibida del servicio. Esta última es la que más peso tiene al pensar en satisfacción. Los planteamientos desde la calidad total en el ámbito sanitario introdujeron cambios en la forma de brindar asistencia. Con esta concepción en mente, en la actualidad se incorpora el punto de vista del paciente en el diseño de los procesos, las iniciativas y los programas. En este enfoque reviste especial importancia conocer las expectativas del paciente, tanto para los gestores como para los clínicos (77).

Se puede decir que un servicio es de calidad si cumple con los objetivos para los que se pensó y, además, resulta eficiente y satisface al cliente. Es decir, debe responder a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes, y del consumo de los recursos socialmente sostenibles (82).

En los últimos años se impuso en la organización sanitaria el modelo de gestión de calidad orientada al usuario. Su objetivo es saldar de manera adecuada los requerimientos del paciente (82).

Los profesionales en salud muchas veces sitúan la definición de calidad asistencial en el logro de un elevado nivel científico-técnico. En otras palabras, esta representa el uso de conocimientos y tecnología que, en un primer momento, aseguran la prestación de un servicio óptimo por parte de los profesionales, basado en la utilización de los conocimientos más actuales y en la tecnología más avanzada. Con este criterio, la calidad estaría asociada fundamentalmente con los conocimientos de los profesionales, ya sean médicos, enfermeras y otros y en la oportunidad que tienen de aplicar medios adecuados a su trabajo (74).

Hacer foco en la calidad, así como el concepto en sí, no es novedoso. Tampoco lo es la preocupación por la calidad de los servicios brindados. Se trata de buscar hacer bien las cosas, y eso siempre preocupó. Sin embargo es cierto, que la gestión de la calidad, llevó consigo el desarrollo de procesos de mejora continuos, enfocados a satisfacer a los usuarios (82).

La calidad del servicio es muy actual. Tanto es así que se encuentra presente en discursos políticos, técnicos y de la sociedad toda. A su vez se la puede encontrar en los procesos de planificación, programas y proyectos sociales. La satisfacción en general, se identifica por diferentes aspectos, por ejemplo el centro, la organización, la accesibilidad, la disponibilidad de servicios y profesionales (83).

Los usuarios, pacientes y clientes de los servicios de salud asemejan la calidad con un componente de cantidad de la disponibilidad de los servicios, de tiempos utilizados, de presteza en la atención y otras cuestiones referidas a la comodidad de utilización de los servicios sanitarios. Todos estos aspectos tienen que ver con el concepto de eficacia del sistema, enfocado a la cantidad de servicios que se encuentran al alcance de las personas (76).

Algunos autores citan al “modelo de disconformidad” para hacer referencia a la satisfacción como resultante de la comparativa entre la calidad percibida y

las expectativas. Su importancia radica para los autores en el hecho de que si se desconoce resulta casi imposible mejorar la satisfacción con el servicio, diseñar elementos nuevos de la cartera de servicios o reestructurar los actuales (77).

La evaluación de la calidad de los servicios sanitarios es asumida desde múltiples perspectivas. A la eficacia clínica y seguridad, se le unen otros aspectos relevadores de calidad como son la efectividad, la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes, unidos con los grados de satisfacción por parte de los usuarios. La satisfacción percibida resulta fundamental como indicador de la calidad de los servicios sanitarios, y es esencial en la mejora de la calidad asistencial (78).

En buena medida, la calidad percibida por los usuarios depende de los profesionales que trabajan directamente con ellos. A dichos trabajadores profesionales se les demanda empatía, escucha activa, receptividad, motivación, respaldo emocional y observación, y la habilidad para elevar la autoestima (82).

La noción de satisfacción de los servicios sanitarios debe definirse desde una mirada multidimensional. Es un concepto difícil de mensurar, sobre todo por la subjetividad que conlleva, diferente para cada individuo, con diversas circunstancias, experiencias, expectativas, información y preparación (84).

La opinión del individuo es un elemento vital en la valoración del servicio dado. Si los pacientes están insatisfechos, la atención está lejos de ser el ideal, sin importar lo elevada que pueda ser la calidad desde la perspectiva profesional u otra ajena al usuario.

Decir satisfacción es hacer mención de cuidados centrados en el paciente; esto significa un cambio en la organización del sistema sanitario. Resulta

imperioso que cada profesional conozca, entienda y asuma la mirada del paciente, para aumentar la calidad de la asistencia sanitaria (84).

La satisfacción de los pacientes resulta un parámetro de calidad de los servicios sanitarios. La satisfacción de los individuos con la atención recibida en un servicio específico, se establece a las claras como una medida de control de calidad. Está demostrado que la satisfacción de los usuarios está emparentada directamente con la atención recibida por la enfermería, siendo una de las pautas más importantes (77).

La insatisfacción puede generar malestar e inseguridades, impacta de lleno en los estados de ánimo, e influye en los estados de salud y su calidad de vida. El interés por valorar la satisfacción se sitúa en la necesidad de analizar las áreas en las que los pacientes están satisfechos y en las que no. Esto representa el punto de partida para aplicar los ajustes y medidas de mejora de acuerdo a las demandas y necesidades de los usuarios.

Para poder satisfacer resulta esencial que el sistema de calidad organizacional obtenga información sobre preferencias y expectativas. También es indispensable comprender qué se considera relevante, cómo cambian las preferencias y cómo enfocar la organización hacia las necesidades cambiantes de los clientes, pacientes. Sólo así será posible profundizar en el conocimiento sobre qué aspectos de la atención sanitaria son los más importantes (85).

En el proceso de implantar calidad en el sector sanitario, se desarrollaron crecientes modelos de protocolización y registro del proceso asistencial para examinar, investigar y perfeccionar la calidad del cuidado. Estos modelos se centran y sustentan en la eficacia, la efectividad, y la eficiencia (86).

El concepto de satisfacción en los servicios de salud, como se puede observar, es complejo, multidimensional, y delicado de medir, debido a que

cambia según las personas y sus propias circunstancias. La satisfacción está relacionada con las diferentes necesidades que determinan las demandas y las variables que condicionan la percepción de los pacientes, asociadas directamente con sus experiencias, informaciones, valores. Valorar la satisfacción pone en evidencia las áreas en las que el paciente manifiesta estar satisfecho y también de las que no. La falta de satisfacción puede causar malestar e inseguridad en las personas, repercutiendo en su estado anímico, en su salud y calidad de vida. La insatisfacción es sinónimo de menos confianza.

## **2.7.Expectativas y percepciones**

### **Expectativas**

Las expectativas sobre un servicio son puntos de referencia para la evaluación del servicio o la elaboración de ciertos estándares sobre el desempeño del servicio (87). El origen de las expectativas del usuario son elementos no controlables por profesionales, en los que intervienen factores sobre los que los profesionales pueden influir muy poco, como las necesidades personales innatas o experiencias anteriores.

Algunos autores definen las expectativas como las creencias que un usuario tiene sobre el funcionamiento de un servicio que este emplea como el estándar o la referencia (88).

El concepto “expectativas” ha sido usado en muchos estudios en relación al comportamiento del usuario. En la actualidad se dispone de poco conocimiento sobre qué determina las expectativas y como están constituidas. Los usuarios tienen ciertas exigencias acerca del servicio que demanda, así como deseos basados en sus propios patrones, creencias, valores y necesidades; por ello, las expectativas son singulares para cada usuario. Las expectativas no son permanentes, en general se modifican a



través del tiempo debido a los cambios en cuanto a las pretensiones y necesidades de un momento en concreto (89).

Las expectativas no solamente son establecidas por los individuos de manera intencional, sino también por situaciones concretas, épocas, estado interior, preferencias, criterios, valores y servicio. Es más fácil satisfacer a un grupo que a un usuario en concreto, ya que es más fácil predecir la expectativa de un grupo de usuarios. Esto se debe a que se toman como referencia las características más importantes del grupo, ya que satisfacer a cada persona es prácticamente imposible (90).

Berry y Parasuraman (91) hablan de dos niveles diferentes de expectativas: “Nuestros resultados indican que las expectativas de servicio de los clientes existen en dos diferentes niveles: un nivel deseado y un nivel adecuado. El nivel de servicio deseado refleja el servicio que el cliente espera recibir. Es una muestra de lo que el cliente cree que puede ser o que debería ser. El nivel de servicio adecuado refleja que el cliente lo encuentra aceptable. Esto es en parte, una función en la que el cliente determina como será el servicio, es decir, el cliente predice el nivel de servicio”.

Las expectativas que una persona alberga sobre un servicio pueden ser de 5 tipos:

1. Servicio ideal. Es definido como el nivel de servicio deseado, es decir, el nivel de servicio que los consumidores quisieran.
2. Servicio deseado. Es el nivel de funcionamiento que el cliente quiere o espera recibir de los servicios. Hay una diferencia entre obtener por lo que tú pagas y por lo que tú esperas.
3. Servicio adecuado. Es el mínimo nivel de servicio que el cliente tolerará y aceptará sin llegar a estar insatisfecho.
4. Zona de tolerancia. Esta es el área que se encuentra entre el nivel de servicio adecuado y el nivel de servicio deseado. En esta zona

los servicios son admisibles / tolerables para el usuario. Por debajo de esta zona, el servicio no será aceptable.

5. Servicio predicho. Es el nivel “esperado” del servicio que los usuarios anticipan.

## **Percepciones**

Las percepciones pueden estar influenciadas por experiencias pasadas reales o supuestas. Según Schiffman y Kanuk (92), “Percepción es definido como el proceso por el cual un individuo selecciona, organiza e interpreta estímulos dentro de un cuadro significativo y coherente del mundo.”

Las organizaciones que ofrecen servicios deberían conocer el perfil selectivo y subjetivo de las percepciones de los usuarios tanto a nivel grupal como individual, atendiendo también a que las percepciones sobre una prestación pueden cambiar con el tiempo. El usuario es sensible a los cambios en el servicio, pero los cambios no suelen ser inmediatos ya que los usuarios basan su juicio de calidad en un número de experiencias (89,92).

Las percepciones determinan el prestigio y la imagen del proveedor de servicio. Este detalle es muy importante, ya que el prestigio es un factor dominante del éxito en los servicios y un elemento al que los usuarios a menudo recurren en su proceso de toma de decisión sobre la elección de un proveedor de servicios. En el proceso de la elección de un servicio, los usuarios tratan de encontrar alguna justificación y razonamiento en relación al proveedor del mismo para hacer la elección correcta. En este proceso de toma de decisiones se tienen en cuenta factores como las experiencias, las cualidades y la confianza (91).

Los usuarios de un servicio no solo lo evalúan a posteriori, sino que realizan una evaluación continua durante la prestación del mismo. Por eso, es importante detectar la satisfacción o insatisfacción de distintas formas. El

contacto continuo con el cliente durante todo el proceso facilita poder distinguir la satisfacción y la insatisfacción. Las percepciones del usuario comprenden todo el proceso de atención, así como la valoración de todos los usos de servicio que se pudo haber tenido en el pasado (93).

## **2.8. El modelo SERVQUAL**

El modelo SERVQUAL es una de las escalas más utilizadas internacionalmente para la medición de la satisfacción de clientes y usuarios. Es la escala recomendada por la Agencia de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL) para conocer, en el contexto de la investigación y los indicadores de calidad y la excelencia, los grados de satisfacción y calidad percibida por los diferentes usuarios de los recursos y servicios públicos, a través de la mirada de las personas atendidas (94).

La encuesta SERVQUAL, diseñada por Parasuraman et al (95); por su validez y confiabilidad, es la herramienta multidimensional más aceptada y utilizada para medir la calidad de atención en empresas, y también en la prestación de servicios (95).

El modelo SERVQUAL es un instrumento de medida estandarizado, fácil de administrar, que identifica cinco dimensiones diferentes y determinantes para valorar la calidad de los servicios. Es utilizada en diferentes contextos, ya que por su estructura permite complementar su contenido en función de las características de los servicios y usuarios (96). Se fundamenta en la idea de la calidad a partir del punto de vista del usuario, como resultado de la diferencia entre las expectativas creadas sobre el mismo y la percepción una vez utilizado (97).

Quizás sea el instrumento más probado y evaluado para la medición genérica de la calidad percibida (96), habiéndose aplicado frecuentemente en los servicios con ánimo de lucro en los países desarrollados. El SERVQUAL, aunque no está libre de críticas, ha sido ampliamente utilizado en muchas industrias de servicios, tal y como hemos comentado anteriormente. Su fiabilidad ha sido probada en ámbitos tan diversos como el sector hotelero, agencias de viajes, educación superior, inmobiliarias, contabilidad, arquitectura, servicios de construcción, y también hospitales. A este respecto, varios investigadores han evaluado la calidad de la atención de salud en los hospitales públicos utilizando esta herramienta (98). Al aplicar el SERVQUAL en servicios de salud se llegó a la conclusión de que sus ítems eran apropiados y transferibles a servicios hospitalarios, aunque (99) algunos autores comentaron que los administradores de servicios de salud deberían adaptar el modelo SERVQUAL de acuerdo a sus propios entornos en lugar de adoptarlo automáticamente. Otros autores (100) han probado empíricamente el instrumento SERVQUAL en los hospitales de Inglaterra, encontrando que este instrumento de encuesta era ampliamente transferible a los servicios de salud en el sector público y privado. Una investigación exploratoria realizada en 1985 mostró que los clientes evalúan la calidad del servicio utilizando este instrumento independientemente del tipo de servicio, aunque la importancia de las dimensiones varía de un servicio a otro (101).

El modelo SERVQUAL adopta una aproximación holística e integral sobre el cuidado, en el que juega un papel central la promoción del bienestar personal y emocional. Con dicho modelo se ha pasado progresivamente de un enfoque unidimensional, basado en indicadores estadísticos que medían el bienestar de un grupo haciendo referencia a condiciones estrictamente objetivas, a una orientación centrada en el punto de vista del sujeto, consolidando un enfoque multidimensional. El resultado ha sido un concepto integrador y global, pertinente para advertir condiciones objetivas y subjetivas que determinan la calidad percibida de una persona o grupo. En este cambio conceptual juega un papel relevante la inclusión de la satisfacción personal

como dimensión, abriendo un nuevo campo en la evaluación y mejora de los servicios sociales y sanitarios teniendo en cuenta un todo más complejo (102-104).

El cuestionario SERVQUAL consiste en 22 pares de afirmaciones que miden las expectativas y percepciones del consumidor sobre el desempeño del servicio (95). Estas afirmaciones se dividen en 5 dimensiones de calidad de servicio, incluyendo la fiabilidad, la capacidad de respuesta, la seguridad, la empatía y tangibilidad.

Las 5 dimensiones del modelo SERVQUAL son (65):

**Tangibilidad:** representa las características físicas y apariencia de las instalaciones, equipos, personal y otros elementos con los que los usuarios están en contacto al ingresar en la Unidad. Confort, instalaciones y recursos materiales suficientes y adecuados, son parámetros que se utilizan para valorar las condiciones e instalaciones del servicio. El aspecto, limpieza, las instalaciones, la decoración, el equipamiento y el ruido, son también rasgos tangibles del cuidado.

**Fiabilidad:** habilidad de los profesionales de enfermería para prestar los cuidados en forma adecuada y constante. Por fiabilidad se entiende la capacidad de realizar las cosas bien la primera vez, de hacerlo con exactitud, de manera precisa y confiable. Significa que el servicio se realiza a tiempo sin errores.

**Capacidad de respuesta:** disposición de los profesionales de enfermería a ayudar a los usuarios y atender sus necesidades de forma rápida. La capacidad de respuesta, muestra la agilidad y flexibilidad de los trámites y la diligencia en los mismos. Mantener a los usuarios esperando sin razón aparente puede crear una percepción baja de la calidad.

Seguridad: son los conocimientos, atención y cortesía mostrada por los profesionales en el servicio que están prestando, además de la habilidad de los mismos para inspirar confianza y credibilidad. La cortesía y respeto a la intimidad son actitudes por parte del personal que generan en los usuarios sentimientos de seguridad sobre el tratamiento recibido. La seguridad también refiere la tranquilidad que los profesionales pueden mostrar estando en las instalaciones.

Empatía: es el grado de atención personalizada ofrecida a los usuarios. Implica la atención, consideración, respeto y amabilidad del personal, donde tiene un importante papel la Información ofrecida, la comprensión de la información transmitida por el usuario, la capacidad de escucha de los profesionales, y otros gestos con los que los proveedores de cuidados consiguen hacer partícipe al usuario. En un tratamiento empático, el personal debe utilizar un lenguaje comprensible para todos, así como solicitar las opiniones de los usuarios. La empatía es la provisión de cuidado y la capacidad de mostrar compasión hacia las personas. Incluye también la accesibilidad, sensibilidad y comprensión de las necesidades de los pacientes.

Parasuraman (99) utilizó estas cinco dimensiones para crear una evaluación de la calidad del servicio basada en la comparación entre los servicios esperados y percibidos. La evaluación de estas 22 afirmaciones se expresa usando una escala de Likert de 7 puntos, etiquetada de "Muy en desacuerdo" (valor 1) a "Totalmente de acuerdo" (valor 7). La puntuación de la calidad de servicio se obtiene calculando la diferencia entre las puntuaciones de percepción y de expectativa. En consecuencia, el puntaje de diferencia (diferencia entre percepción y expectativas) resulta en un valor que va desde -6 (calidad más baja) a +6 (calidad más alta). Mediante la suma de las puntuaciones de cada uno de los ítems, la calidad de servicio percibida se mide mediante la siguiente ecuación:

$22 Q = \sum (P_x - E_x) / 22$   $x = 1$ , donde Q - es la calidad de servicio percibida.

Aunque el instrumento SERVQUAL ha enfrentado a muchos críticos, varios autores (105) enumeraron las ventajas de SERVQUAL, como:

- Se acepta como un estándar para evaluar las diferentes dimensiones de la calidad del servicio.
- Se ha demostrado que es válido para una serie de situaciones de calidad percibida.
- Se sabe que es fiable.
- El instrumento es accesible, ya que tiene un número limitado de ítems. Esto significa que los clientes pueden cumplimentarlo rápidamente.
- Dispone de un procedimiento de análisis estandarizado para facilitar la interpretación y los resultados.

Por estas razones, se decidió utilizar este modelo en la presente tesis doctoral.

## **CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS**





## **CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS**

3.1. Los pacientes y cuidadores tienen expectativas altas y percepciones más bajas con respecto a los cuidados

3.2. Las brechas de calidad existen entre la expectativa y la percepción. Sin embargo, la dimensión de las brechas puede variar.

3.3. La satisfacción con los cuidados influye en la satisfacción con la atención en general.



## **CAPÍTULO 4. OBJETIVOS**



## **CAPÍTULO 4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo general**

Conocer las expectativas y percepciones de los pacientes y de sus cuidadores principales sobre la calidad de los cuidados prestados en las Unidades de Agudos en el Hospital Virgen del Valle de Toledo.

### **4.2. Objetivos específicos**

1. Evaluar las percepciones y expectativas de los pacientes y de los cuidadores principales sobre la calidad de los cuidados prestados en el Hospital Virgen del Valle de Toledo, España.
2. Examinar las brechas entre las percepciones y las expectativas en cada ítem y cada dimensión de la calidad.
3. Establecer si existen factores que influyen en las percepciones, y por tanto en la satisfacción.
4. Identificar los elementos que más definen la calidad desde la perspectiva de los enfermos geriátricos y sus cuidadores.
5. Identificar la relación entre la satisfacción con los cuidados y la atención recibida.



## **CAPÍTULO 5. DISEÑO METODOLÓGICO**





## **CAPÍTULO 5. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **5.1. Tipo de estudio realizado**

Diseño: estudio prospectivo, observacional, descriptivo, analítico, transversal.

### **5.2. Período y lugar donde se obtuvo la toma de muestra**

La toma de muestra se desarrolló entre junio de 2011 y julio de 2012 en el Hospital Virgen del Valle de Toledo.

### **5.3. Universo y muestra**

#### **5.3.1. Sujetos de estudio**

Se consideraron sujetos del estudio a los pacientes geriátricos ingresados en las Unidades de Agudos del Hospital Virgen del Valle de Toledo (que ocupan tres plantas del mismo; un total de 129 camas) y a sus cuidadores principales.

#### **5.3.2. Muestra**

Para la selección de la muestra de pacientes y cuidadores se empleó una técnica de muestreo casual de aquellos sujetos que cumplían los siguientes criterios:

##### **5.3.2.1. Muestra de cuidadores principales / familiares**

###### **Criterios de inclusión:**

- Persona que habitualmente permanece con el paciente.
- Haber permanecido en la Unidad un mínimo de cinco días.
- Acceder voluntariamente a participar en el estudio.
- No presentar déficit cognitivos.

**Criterios de exclusión:**

- No cumplimiento de los días de estancia preestablecido.
- Negación a participar en el estudio.
- Aquellos pacientes que pertenecieran al grupo de profesionales sanitarios o familiares de personal sanitario.
- Pacientes ya incluidos en el estudio en un ingreso anterior.

**5.3.2.2. Muestra de los pacientes****Criterios de inclusión:**

- Pacientes cuya situación clínica permita la realización de una entrevista.
- Acceder voluntariamente a participar en el estudio.
- Pacientes que no presenten déficit cognitivos (Test de Pfeiffer no inferior a 7).
- Pacientes sin alteración del estado de conciencia (Glasgow 15 / 15).

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes que voluntariamente deciden no participar en el estudio.
- Pacientes a quienes su estado de salud les impide concentrarse.
- Pacientes bajo efectos de sedación.
- Pacientes con trastornos de lenguaje.

**Tamaño de la muestra:** el tamaño muestral de los cuidadores principales y pacientes debe basarse en condiciones generales de estimación de porcentajes para aquellas características que van a ser observadas. En esta situación, suponiendo que la estimación del porcentaje responde a una sola característica de respuesta dicotómica y el caso más desfavorable de  $p = 0.5$ , para un intervalo de confianza del 95% y una precisión de  $\pm 6\%$  ( $e = 0.06$ ), se precisó una muestra aleatoria de 267 sujetos de los cuidadores y 267 sujetos de los pacientes. La muestra se calculó con el programa GRANMO 5.2 WIN.

## 5.4. Método

El método empleado es la entrevista utilizando la encuesta SERVQUAL adaptada a los cuidados.

## 5.5. Variables

El cuestionario de la calidad asistencial percibida mide las siguientes variables:

### 5.5.1. Variables independientes

#### 5.5.1.1. Variables de control

##### Cuestionario del cuidador

Variables sociodemográficas:

- Edad del cuidador y del paciente a quien cuida: años.
- Género: hombre / mujer.
- Comparten domicilio con el paciente: sí / no / institucionalizado.
- Ingresos anteriores: si / no.
- Nivel de estudios: Sin estudios / Primarios / Secundarios / Universitarios /

No universitarios.

- Situación laboral del cuidador principal: inactiva / activa.
- Tipo de relación con el enfermo: cónyuge / hijo-hija / nuera- yerno / cuidador contratado / otro.
- Motivo de ingreso del paciente: patología aguda/ patología crónica.
- Estancia en el hospital: nº de días.

Variables clínicas del paciente:

- Motivo de ingreso: diagnóstico.
- Nivel de conciencia.

- Nivel de deterioro cognitivo.
- Nivel de dependencia.
- Dependencia de cuidados familiares previo al ingreso en la Unidad: sí / no / institucionalizado.

### Cuestionario del paciente

#### Variables sociodemográficas:

- Edad paciente: años.
- Género: hombre / mujer.
- Comparten domicilio con el cuidador: si / no / institucionalizado.
- Ingresos anteriores: si / no.
- Nivel de estudios: Sin estudios / Primarios / Secundarios / Universitarios / No universitarios.
- Estancia en el hospital: n<sup>o</sup> días.

#### Variables clínicas del paciente:

- Motivo de ingreso.
- Nivel de dependencia.
- Dependencia de cuidados familiares previo al ingreso en la Unidad.

### **5.5.1.2. Variables relacionadas con la calidad de los cuidados**

#### Dimensiones de calidad percibida.

Tangibilidad: representa las características físicas y apariencia de las instalaciones, equipos, personal y otros elementos con los que los usuarios están en contacto al ingresar en la Unidad.

Fiabilidad: habilidad de los profesionales de enfermería para prestar los cuidados en forma adecuada y constante.

Capacidad de respuesta: disposición de los profesionales de enfermería de ayudar a los usuarios y atender sus necesidades de forma rápida.

Seguridad: son los conocimientos y atención mostrada por los profesionales respecto al servicio que están prestando, además de la habilidad de los mismos para inspirar confianza y credibilidad.

Empatía: es el grado de atención personalizada ofrecida a los usuarios.

### **5.5.2. Variable dependiente**

Satisfacción global con la atención recibida en la unidad y con los cuidados de enfermería.

## **5.6. Procedimientos**

### **5.6.1. Instrumento empleado**

Para establecer el grado de satisfacción con los cuidados durante el ingreso se utilizará un cuestionario basado en el modelo SERVQUAL adaptado a la atención de enfermería y a los cuidadores. La elección de este modelo se fundamenta en el hecho de que es uno de los más utilizados en los últimos años, no sólo en el ámbito sanitario, sino también en otros contextos para la medición de la calidad de un servicio. El cuestionario incluyó 22 ítems para evaluar las expectativas y las percepciones del paciente y los cuidadores respecto a los cuidados percibidos que se agrupan en 5 dimensiones (tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta: seguridad y empatía).

Como respuesta a los 22 ítems, los sujetos del estudio eligieron entre las siguientes posibilidades:

1. Totalmente en desacuerdo.

2. En desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni de desacuerdo.
4. Un poco de acuerdo.
5. No en todo de acuerdo.
6. De acuerdo
7. Totalmente de acuerdo.

Las 5 dimensiones y sus correspondientes ítems:

**Tangibilidad:** Confort, instalaciones y recursos materiales suficientes y adecuados.

1. Los equipos y el aspecto del hospital aparentan ser modernos.
2. Las instalaciones del hospital son acogedoras.
3. El personal de enfermería tiene buena presencia física.
4. Los materiales relacionados con la atención (folletos) son visualmente atractivos e informativos.

**Fiabilidad:** habilidad de los profesionales de enfermería para prestar los cuidados en forma adecuada y constante.

5. El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo.
6. El personal, si tiene un problema, muestra un sincero interés en resolverlo.
7. El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera.
8. El personal de enfermería cumple sus promesas.
9. El personal de enfermería y el hospital mantienen sus registros de manera eficiente.

**Capacidad de respuesta:** disposición de los profesionales de enfermería de ayudar a los usuarios y atender sus necesidades de forma rápida. Disposición para ayudar a los usuarios, rapidez de respuesta, diligencia y flexibilidad.

10. El personal de enfermería explica los tratamientos.
11. El personal de enfermería da cuidados con prontitud.
12. El personal de enfermería está dispuesto a ayudar.
13. El personal de enfermería no está demasiado ocupado para ayudar.

**Seguridad:** son los conocimientos y atención mostrada por los profesionales respecto al servicio que están prestando, además de la habilidad de los mismos para inspirar confianza y credibilidad. Respeto a la intimidad, y sentimientos de seguridad sobre el tratamiento recibido.

14. El personal de enfermería inspira confianza.
15. Los pacientes deben sentirse seguros en el entorno.
16. El personal de enfermería siempre es cortés con los pacientes.
17. El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas.

**Empatía:** es el grado de atención personalizada ofrecida a los usuarios. Atención, consideración, respeto y amabilidad del personal, información ofrecida, comprensión de la información transmitida, capacidad de escucha, pedir opinión, hacer partícipe al usuario.

18. El personal de enfermería presta atención individualizada.
19. El horario de visita es adecuado para pacientes y familiares.
20. El personal de enfermería atiende de forma personalizada.
21. Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes.
22. Todo el personal atiende las necesidades específicas de los pacientes.

También se incluyó una pregunta sobre el orden de importancia que tienen para los enfermos y familiares las 5 dimensiones anteriormente mencionadas (de 1 a 5; donde 1 el más importante y el 5 el menos importante).

Finalmente, y siguiendo la pauta en la mayoría de los cuestionarios de satisfacción, se incluyó una pregunta de valoración con escala de intervalo de 0 a 10 sobre la satisfacción global con la atención recibida en la unidad (muy satisfecho 9-10, medianamente satisfecho 7-8, poco satisfecho 5-6, y nada satisfecho 0-4).

Para poder diferenciar la satisfacción general con la atención recibida y la satisfacción general con los cuidados se añadió otra pregunta sobre la



satisfacción con los cuidados de enfermería. La escala de valoración era la misma que la de la satisfacción global con la atención recibida.

### **5. 7. 2. Recogida de datos**

El cuestionario fue aplicado a los cuidadores principales y pacientes seleccionados, un día antes de que el alta les fuera concedida.

Como opción más viable, por la alta tasa de respuesta y la edad avanzada de los enfermos y sus cuidadores, elegimos la encuesta personalizada. Este método muestra una alta precisión.

Se les realizó una entrevista personal, anónima, confidencial y autorizada verbalmente a aquellos cuidadores principales / familiares que reunieron los criterios de inclusión. La misma tuvo lugar a los 10 días o cuando se les dio el alta a los pacientes, siempre que los mismos hubieran estado como mínimo 5 días ingresados. Inicialmente se realizó un pilotaje en una muestra de 50 sujetos para validar la encuesta. El cuestionario fue codificado numéricamente para manejar los datos sin identificar a los cuidadores / familiares y a los enfermos.

El cuestionario fue cumplimentado por personal del grupo investigador, siempre con una vinculación laboral con la unidad donde se recogió la encuesta.

Las personas encargadas de la cumplimentación de las encuestas recibieron formación sobre los siguientes aspectos: el objetivo del estudio, características del instrumento de medición, cronograma, confidencialidad, normas de respeto, identificación, vestimenta y relación con los participantes. También fueron instruidos en cuestiones procedimentales, como la formulación de preguntas, la aclaración de las mismas, así como de las

respuestas. Se insistió en no inducir las respuestas y dar información adicional previamente determinada y consensuada. Por otra parte se trató de hacer un énfasis especial en el conocimiento de estos pacientes y sus familiares, que por sus situaciones clínicas o personales requieren un abordaje muy cuidadoso. Los cumplimentadores de las encuestas estuvieron acreditados para esta tarea con un documento firmado por el responsable del proyecto.

En el contacto inicial con los encuestados se solicitó el consentimiento para la realización de la encuesta, describimos el objetivo del estudio, informamos sobre las instituciones patrocinadoras y explicamos la importancia de la participación en el estudio. También se informó del uso que se daría a la información recogida.

Los pacientes y los familiares fueron entrevistados en los momentos de menor movimiento del servicio (después de la visita médica o después de la visita de los familiares). Se buscó el momento adecuado para no interferir en el horario de la aplicación del tratamiento, pruebas, o comidas.

Las condiciones de aplicación del cuestionario se cuidaron en lo posible: se controló el tiempo de la aplicación del cuestionario para que no fuera demasiado largo y la entrevista se realizó en un ambiente tranquilo y relajado. Si el paciente se encontraba ingresado en una habitación individual el cuestionario se realizaba en esta. A los pacientes ingresados en habitaciones compartidas, el formulario se les pasó en alguno de los despachos de información de los que disponen las plantas del centro.

## **5.7. Pilotaje**

Tamaño muestral para el estudio piloto:

50 sujetos de los cuidadores principales y 50 sujetos de los pacientes (10-20% de la muestra total).

**1. Valoración cualitativa:** La recogida de datos se realizó mediante entrevista personal por entrevistadores entrenados y experimentados que, a pesar de las características peculiares de la muestra (edad, nivel de estudios), pudieran garantizar una óptima comprensión de los ítems en su formulación.

**2. Fiabilidad:** El alfa de Cronbach obtenido en el análisis indica un alto grado de fiabilidad; 0,911 en la muestra de pacientes y 0,918 en la muestra de cuidadores. Este coeficiente de fiabilidad se puede considerar un muy buen índice para los propósitos de este estudio. Nunnally y Peterson (1978) recomiendan el 0,7 como el nivel mínimo para investigación preliminar, 0,8 para investigación básica y 0,9 en investigación aplicada (104). Se calculó el valor del alpha de Cronbach para el caso en el que se eliminase un ítem en particular. En todos los casos se mantienen valores altos de este estadístico, concluyéndose que no es necesario eliminar ningún ítem de la escala de medida.

### **3. Análisis factorial exploratorio**

#### **Pacientes**

Para estudiar la estructura factorial de los datos se aplicó el Análisis Factorial de Componentes Principales (Rotación Varimax). El test de Kaiser-Meyer-Olkin (0,774) indicó que existe una buena adecuación muestral. El test de esfericidad de Bartlett arrojó que la matriz de correlaciones es significativamente diferente de la matriz identidad ( $p < 0.001$ ). El análisis de componentes principales obtuvo 5 componentes principales, que explicaban conjuntamente un 69,97% de la varianza total.

El total de ítems quedan muy bien explicado con Comunalidades que van de

0,47 la más baja (el ítem 10: El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo) a 0,82 la más alta (ítem 22: Las enfermeras entienden las necesidades específicas del paciente).

### **Cuidadores**

Para estudiar la estructura factorial de los datos se aplicó el Análisis Factorial de Componentes Principales (Rotación Varimax). El test de Kaiser-Meyer-Olkin (0.802) indicó que existe una buena adecuación muestral. El test de esfericidad de Bartlett indicó que la matriz de correlaciones es significativamente diferente de la matriz identidad ( $p < 0.001$ ). El análisis de componentes principales obtuvo 6 componentes principales, que explicaban conjuntamente un 75,14% de la varianza total.

El total de ítems quedan muy bien explicado con Comunalidades que va de 0,57 la más baja (Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes) a 0,86 la más alta (los equipos y el aspecto hospital tiene apariencia de ser moderno).

### **Muestra total (pacientes + cuidadores)**

Escala expectativas: Para estudiar la estructura factorial de los datos se aplicó el Análisis Factorial de Componentes Principales (Rotación Varimax). El test de Kaiser-Meyer-Olkin (0,915) indicó la existencia de una buena adecuación muestral. El test de esfericidad de Bartlett indicó que la matriz de correlaciones es significativamente diferente de la matriz identidad ( $p < 0.001$ ). El análisis de componentes principales obtuvo 4 componentes principales, que explicaban conjuntamente un 72,462% de la varianza total. Todos los ítems tienen su mayor peso en el primer componente, a excepción del ítem 10.

Escala percibido: Para estudiar la estructura factorial de los datos se aplicó el Análisis Factorial de Componentes Principales (Rotación Varimax). El test de Kaiser-Meyer-Olkin (0,777) indicó que existe una buena adecuación muestral. El test de esfericidad de Bartlett mostró que la matriz de correlaciones es significativamente diferente de la matriz identidad ( $p < 0,001$ ). Del análisis de

componentes principales se obtienen 6 componentes que explican el 64% de la variancia total. El ACP para los ítems explica un 63,93% de la variancia total con 6 componentes.

## **5.8. Métodos de recolección y análisis de la información**

Todos los datos obtenidos en la realización de las encuestas se estructuraron en bases de datos expresamente desarrolladas para este proyecto. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS 20.

Se realizó un análisis de resultados del pilotaje: comprensión de las preguntas, coherencia interna, adecuación y pertinencia de las variables y cálculo de indicadores de validez y fiabilidad (alpha de Cronbach).

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis descriptivo de cada una de las variables recogidas. Las variables cuantitativas se describen como media y desviación típica, mientras que las variables cualitativas se describen mediante frecuencias absolutas y relativas.

Se hicieron las comparaciones entre cada grupo para los diferentes variables de resultado. Las comparaciones entre variables cuantitativas se realizaron mediante test de comparación de medias de la t-Student (dos grupos a comparar) y un análisis de la variancia (ANOVA) (más de dos grupos a comparar). Para las muestras pequeñas o de distribución no normal, se utilizaron para estas comparaciones los correspondientes test no paramétricos: U de Mann-Whitney (dos grupos ) o Kruskal-Wallis (más de dos grupos).

Para las comparaciones entre variables cualitativas se empleó la Chi cuadrado de Pearson y Rho de Spearman y el Test exacto de Fisher.

Para determinar los factores predictores de satisfacción se utilizó la técnica de regresión múltiple con escalamiento óptimo.

Para estudiar la relación de las variables sociodemográficas con la satisfacción global y las puntuaciones factoriales se empleó la regresión lineal múltiple (Método Forward RL).

El nivel de significación estadística se estableció en  $p < 0.05$ .

Para manejar los datos se utilizó un PC Pentium III, con ambiente de Windows XP. Los textos se procesaron con Word XP, y las tablas y gráficos se realizaron con Excel XP.

## **5.9. Aspectos éticos**

La presente tesis doctoral fue aprobado por la ón y por el Comité Ético de Investigación Clínica de Toledo. Antes de comenzar el estudio se obtuvo la autorización de la dirección del hospital y de la dirección de enfermería.

Se respetó la libre participación de los usuarios en el estudio, y se contó con el consentimiento oral de los pacientes y cuidadores.

El registro de datos se inició informando previamente a los participantes del método y el fin de la investigación. Se respetó en todo momento la intimidad del paciente y la confidencialidad de sus procesos patológicos conocidos (Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre), sometiéndose todos los datos a la legislación reguladora por la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Una vez obtenida la información, se documentó de manera anónima y se empleó exclusivamente para los fines de la investigación.

El cuestionario fue codificado numéricamente para manejar los datos sin identificar a los cuidadores / familiares y a los enfermos.

### **5.10. Limitación del estudio**

Aunque con una muestra de 267 enfermos y 267 cuidadores es suficiente para obtener conclusiones generales fiables respecto a la muestra de estudio, hay que tener presente que los resultados obtenidos no son extrapolables a niveles nacional o internacional.

## **CAPÍTULO 6. RESULTADOS**





## CAPÍTULO 6. RESULTADOS

### 6.1. Fiabilidad

Los análisis mostraron una buena fiabilidad. El alpha de Cronbach de los pacientes y cuidadores juntos fue de 0,900 (entre 0,905 y 0,891). El alpha Cronbach de los pacientes fue de 0,901 (entre 0,907 y 0,892) mientras que el de los cuidadores fue de 0,908 (entre 0,912 y 0,900).

### 6.2. Perfil sociodemográfico de la muestra

La muestra se constituyó de 267 cuidadores y de 267 enfermos del Hospital Virgen del Valle de Toledo.

#### **Pacientes** (Tabla 1)

Género: la distribución de los encuestados por género muestra que los hombres constituyeron el 53,6% (n = 143) y las mujeres representaron el 46,42% (n = 124) de todos los participantes.

Edad: edad media 84,5 años (DT 4,88) (entre 75 y 104 años). Las Figuras 6 y 7 muestran la distribución de los pacientes por edad y género. Se observa que en el rango de edad donde más pacientes hay es entre 81 y 85 años. El grupo de más de 91 años presenta una mayoría porcentual masculina.

Estado civil: casado/a 44,2%; soltero/a 12,7%; divorciado/a 1,5%; viudo/a 41%.

Nivel de estudios: no ha cursado estudios, pero sabe leer y escribir 62,5%; 21,3% no sabe ni leer ni escribir; estudios primarios 12,7%; estudios secundarios 2,2%; estudios universitarios 1,1%.

Tipo de relación entre el cuidador y paciente: hijo/a 28,5%; cónyuge 25,1%.

Comparte domicilio con el cuidador: sí 50,6%; no 10,5%; institucionalizado y sin cuidador 15%; institucionalizado y con cuidador 2,2%; sin cuidador en el hospital 21,7%.

Dependencia de cuidados familiares previos al ingreso: sí 55,1%; no 44,9%.

Nivel de dependencia (Barthel): leve 68,16%; moderada 11,99%; independiente 8,61%; grave 5,99%; total 5,24%.

La estancia media en el hospital: 13,54 días (DT 8,44).

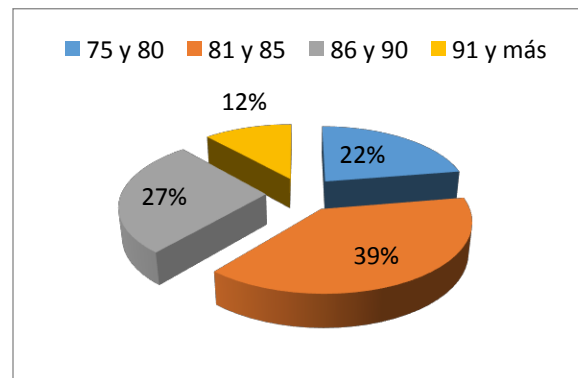
Ingresos anteriores: sí 65,2%; no 34,8%.

Motivo de ingreso: enfermedad aguda 88%; enfermedad crónica 12%.

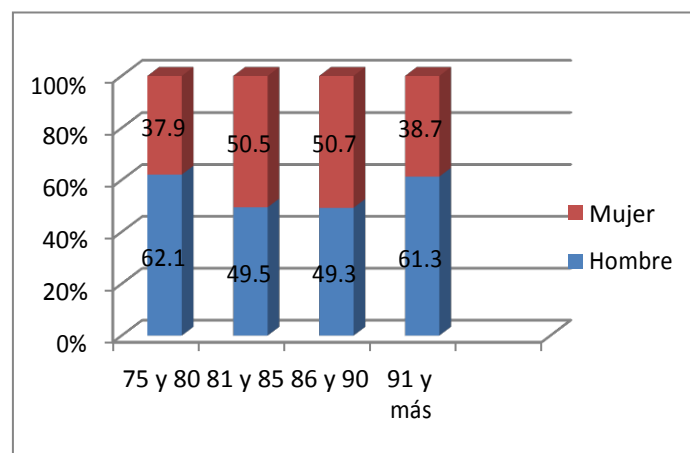
**Tabla 1. Descripción socio-demográfica de los pacientes.**

<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Género</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hombre</td> <td>53,6%</td> </tr> <tr> <td>Mujer</td> <td>46,4%</td> </tr> </tbody> </table>		Género		Hombre	53,6%	Mujer	46,4%	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">ESTADO CIVIL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Casado/a</td> <td>44,20%</td> </tr> <tr> <td>Soltero/a</td> <td>12,70%</td> </tr> <tr> <td>Divorciado/a</td> <td>1,70%</td> </tr> <tr> <td>Viudo/a</td> <td>41,00%</td> </tr> </tbody> </table>		ESTADO CIVIL		Casado/a	44,20%	Soltero/a	12,70%	Divorciado/a	1,70%	Viudo/a	41,00%								
Género																											
Hombre	53,6%																										
Mujer	46,4%																										
ESTADO CIVIL																											
Casado/a	44,20%																										
Soltero/a	12,70%																										
Divorciado/a	1,70%																										
Viudo/a	41,00%																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">COMPARTEN DOMICILIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>50,60%</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>10,50%</td> </tr> <tr> <td>Institucionalizado y sin cuidador</td> <td>15,00%</td> </tr> <tr> <td>Institucionalizado y con cuidador</td> <td>2,20%</td> </tr> <tr> <td>Sin cuidador en el hospital</td> <td>21,70%</td> </tr> </tbody> </table>		COMPARTEN DOMICILIO		Sí	50,60%	No	10,50%	Institucionalizado y sin cuidador	15,00%	Institucionalizado y con cuidador	2,20%	Sin cuidador en el hospital	21,70%	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NIVEL DE ESTUDIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No sabe leer, ni escribir</td> <td>21,30%</td> </tr> <tr> <td>No ha cursado estudios, pero Sabe leer y escribir</td> <td>62,50%</td> </tr> <tr> <td>Primarios</td> <td>12,70%</td> </tr> <tr> <td>Secundarios</td> <td>2,20%</td> </tr> <tr> <td>Universitarios</td> <td>1,10%</td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL DE ESTUDIOS		No sabe leer, ni escribir	21,30%	No ha cursado estudios, pero Sabe leer y escribir	62,50%	Primarios	12,70%	Secundarios	2,20%	Universitarios	1,10%
COMPARTEN DOMICILIO																											
Sí	50,60%																										
No	10,50%																										
Institucionalizado y sin cuidador	15,00%																										
Institucionalizado y con cuidador	2,20%																										
Sin cuidador en el hospital	21,70%																										
NIVEL DE ESTUDIOS																											
No sabe leer, ni escribir	21,30%																										
No ha cursado estudios, pero Sabe leer y escribir	62,50%																										
Primarios	12,70%																										
Secundarios	2,20%																										
Universitarios	1,10%																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">NIVEL DE DEPENDENCIA (BARTHEL)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dependencia total</td> <td>5,24%</td> </tr> <tr> <td>Dependencia grave</td> <td>5,92%</td> </tr> <tr> <td>Dependencia moderada</td> <td>11,99%</td> </tr> <tr> <td>Dependencia leve</td> <td>68,16%</td> </tr> <tr> <td>Independencia</td> <td>8,61%</td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL DE DEPENDENCIA (BARTHEL)		Dependencia total	5,24%	Dependencia grave	5,92%	Dependencia moderada	11,99%	Dependencia leve	68,16%	Independencia	8,61%	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">MOTIVO DE INGRESO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermedad aguda (reagudización)</td> <td>88%</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad crónica</td> <td>12%</td> </tr> </tbody> </table>		MOTIVO DE INGRESO		Enfermedad aguda (reagudización)	88%	Enfermedad crónica	12%						
NIVEL DE DEPENDENCIA (BARTHEL)																											
Dependencia total	5,24%																										
Dependencia grave	5,92%																										
Dependencia moderada	11,99%																										
Dependencia leve	68,16%																										
Independencia	8,61%																										
MOTIVO DE INGRESO																											
Enfermedad aguda (reagudización)	88%																										
Enfermedad crónica	12%																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DEPENDENCIA DE CUIDADOS FAMILIARES PREVIOS AL INGRESO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>55,10%</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>44,90%</td> </tr> </tbody> </table>				DEPENDENCIA DE CUIDADOS FAMILIARES PREVIOS AL INGRESO		Sí	55,10%	No	44,90%																		
DEPENDENCIA DE CUIDADOS FAMILIARES PREVIOS AL INGRESO																											
Sí	55,10%																										
No	44,90%																										

**Figura 6. Distribución de los pacientes por edad.**



**Figura 7. Distribución de los pacientes según género y edad.**



## **Cuidadores**

**Género:** la distribución de los encuestados por género muestra que los hombres constituyeron el 22,2% (n = 60), mientras que las mujeres representaron el 77,7% (n = 207) de todos los participantes.

**Edad:** la edad media del cuidador fue de 59,39 años (DT 13,46). Por género, esta media queda en 60,73 años para los hombres (DT 13,54) y en 59,02 años para mujeres (DT 12,92).

Las figuras 8 y 9 muestran la distribución de los cuidadores por edad y género. Se observa que la mayoría de cuidadores se sitúa en el rango de edad entre los 55 y 65 años, en ambos sexos. Es en este mismo grupo donde hay más porcentaje de hombres. Donde menos hombres cuidadores se encuentran es en el rango de edad entre los 65 y 74 años. El resto de los cuidadores, según rango de edad y sexo, es muy similar. En la Tabla 2 se pueden observar todas las variables sociodemográficas de los cuidadores.

### **Descripción sociodemográfica**

Estado civil: casado/a 80,5%; soltero/a 12,7%; divorciado/a 1,1%; viudo/a 5,6%.

Nivel de estudios: estudios primarios 52,1%; no ha cursado estudios, pero sabe leer y escribir 19,9%; estudios secundarios 16,1%; no sabe ni leer ni escribir 5,2%; estudios universitarios 6,4%; otros 0,4%.

Situación laboral: ama/o de casa 46,4%; activo 26,2%; jubilado 18,4%; desempleado 5,6%; invalidez permanente 1,9%; otros 1,1%.

Cambios en la situación laboral (causados por el ingreso): abandono de trabajo 76,6%; solicitud permanente de baja laboral 3,4%; otros 16,9%.

Tipo de relación entre el cuidador y paciente: hijo/a 57,7%; cónyuge 24,3%; nuera /yerno 5,6%; cuidador contratado 4,9%; otro 5,2%.

Comparten domicilio: sí 59,2%; no 26,6%;

Institucionalizado: 14,2%.

Cuidador habitual fuera del hospital: sí 64 %; no 36%.

Ingreso anterior del enfermo: sí 70,4 %; no 29,6%.

Motivo del ingreso: enfermedad aguda 89,5%; enfermedad crónica 10,5%.

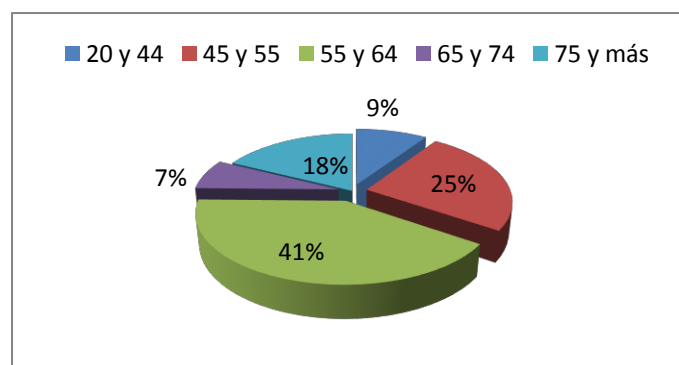
Nivel de conciencia del enfermo: alerta 82%; somnolencia 15%; estupor 3%.

Dependencia de cuidados familiares previos al ingreso: sí 77,2%; no 22,8%.

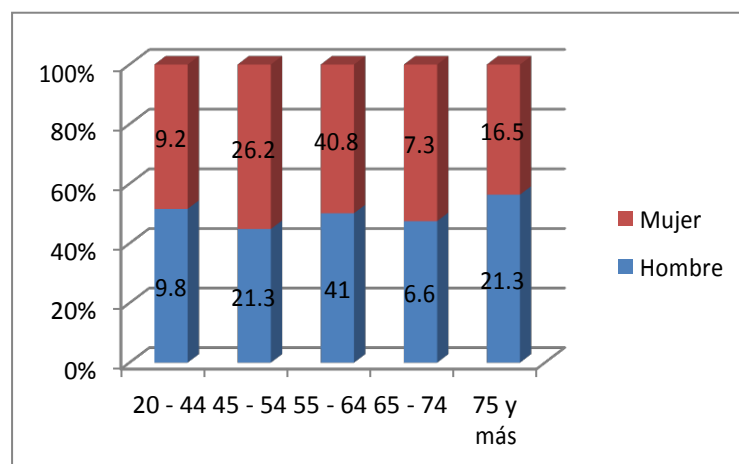
Nivel de dependencia (Barthel): dependencia total 27,7%; dependencia grave 8,2%; dependencia moderada 19,9%; dependencia leve 41,6%; independiente 2,6%.

La estancia media en el hospital como cuidador: 11,5 días (DT 7,9). En hombres 10,57 días (DT 5,62) y 10,53 en mujeres.

**Figura 8. Distribución de los cuidadores por edad.**



**Figura 9. Distribución de los cuidadores según género y edad.**



**Tabla 2. Características sociodemográficas del cuidador, motivo de ingreso, nivel de dependencia del enfermo y estancia media.**

<b>EDAD MEDIA</b>		<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>	
<b>Hombre</b>	M 60,73 años (DT 13,53)	<b>No sabe leer, ni escribir</b>	5,20%
<b>Mujer</b>	M 59,02 años (DT 12,92)	<b>No ha cursado estudios, pero sabe leer y escribir</b>	16,10%
		<b>Primarios</b>	52,10%
		<b>Secundarios</b>	16,10%
		<b>Universitarios</b>	6,40%
<b>TIPO DE RELACIÓN</b>		<b>CUIDADOR HABITUAL</b>	
<b>Hijo/a</b>	57,70%	<b>Sí</b>	64%
<b>Cónyuge</b>	24,30%	<b>No</b>	36%
<b>Nuera/yerno</b>	5,60%		
<b>Cuidador contratado</b>	4,90%		
<b>Otros</b>	5,20%		
<b>MOTIVO DE INGRESO</b>		<b>NIVEL DE DEPENDENCIA (BARTHEL)</b>	
<b>Enfermedad aguda (reagudización)</b>	89,50%	<b>Dependencia total</b>	27,70%
<b>Enfermedad crónica</b>	10,50%	<b>Dependencia grave</b>	8,20%
		<b>Dependencia moderada</b>	19,90%
		<b>Dependencia leve</b>	41,60%
		<b>Independencia</b>	2,60%
<b>COMPARTEN DOMICILIO</b>			
<b>Sí</b>	59,20%		
<b>No</b>	26,60%		
<b>Institucionalizado</b>	14,20%		

En la Tabla 2 se muestra la estancia en el hospital por intervalos. Se observa que el 49,8% estuvo hospitalizado entre 10 y 15 días, y sólo un 2,2% alargó su ingreso más de un mes.

La edad media del paciente a su cargo era de 85,29 años (DT 4,99); 85,16 años en hombres (DT 5,31) y 85,33 en mujeres (DT 4,9).

Respecto al estado civil, se puede constatar que el 80,5% de los sujetos de la muestra está casado/a; el 12,7% soltero/a; el 1,1% divorciado/a; y el 5,6% es viudo/a.

En relación al nivel de estudios se observa que el 52,1% posee estudios primarios; el 19,9 % no ha cursado estudios, pero sabe leer y escribir; 16,1%

dispone de estudios secundarios; el 5,2% no sabe ni leer ni escribir; el 6,4% tiene estudios universitarios; y el 0,4% otros estudios.

El nivel de deterioro cognitivo de los enfermos mostró la siguiente distribución: el 57,3% no tenía deterioro cognitivo; un 21,3% tenía deterioro cognitivo leve; el 40% presentaba deterioro cognitivo moderado; y el 6,4%, deterioro cognitivo severo. El nivel de conciencia de los enfermos de los que cuidaron fueron los siguientes: alerta 82%; somnolencia 15%; estupor 3%.

## **6.3. Análisis del instrumento SERVQUAL**

### **6.3.1. Expectativas y percepciones**

#### **6.3.1.1. Expectativas y percepciones en la muestra de pacientes**

##### **6.3.1.1. a. Valoración de las percepciones**

La Tabla 3 muestra la estadística descriptiva de las puntuaciones de expectativa y percepción asignadas por los pacientes.

En términos de percepciones, las puntuaciones extremas se dieron entre 5,81 (DT 0,64) para el ítem “El personal de enfermería tiene buena presencia física”, y 3,20 (DT 1,20) para “Los materiales relacionados con la atención (folletos) son visualmente atractivos e informativos”.

Si se analizan las percepciones se observa que la media de los ítems supera el 4 (bajo lo cual se sitúa tan sólo “Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos”); es decir, casi todos están en la franja de valoraciones positivas.

La puntuación más alta en cuanto a las percepciones la obtiene el ítem “El personal de enfermería tiene buena presencia física”, con un 5,81 (DT 0,64),



seguido por los ítems “El horario de visita adecuado para pacientes y familiares”, con 5,78 (DT 1,06), “El personal de enfermería inspira confianza“, con 5,45 (DT 0,91) y “Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera”, con 5,42 (DT 0,97).

La puntuación más baja en percepciones la obtiene el ítem “Los materiales relacionados con la atención (folletos) son visualmente atractivos e informativos”, con una media de 3,20 (DT 1,20). En el segundo lugar, con puntuaciones más bajas en percepciones queda el ítem “Los equipos y el aspecto del hospital”, con 4,19 (DT 1,27). En tercer lugar quedan "El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo”, con 4,83 (DT1, 15) y “Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes”, con 4,83 (DT 1,00). En cuarto lugar se sitúa el ítem “El personal de enfermería da cuidados con prontitud”, con una media de 4,87 (DT 1, 01).

Teniendo en cuenta que la escala de respuesta varía entre 1 y 7, se puede considerar que estos resultados son buenos.

**Tabla 3. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de las escalas Percibido y Expectativas y de sus correspondientes brechas (pacientes).**

ITEMS	EXPECTATIVAS		PERCIBIDO		BRECHAS	
	Media	DT.	Media	DT.	Media	DT.
Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno	6,01	0,88	4,19	1,27	-1,82	1,34
Las instalaciones del hospital son acogedoras	6,1	0,79	4,86	1,27	-1,24	1,46
El personal de enfermería tiene buena presencia física	6,2	0,62	5,81	0,64	-0,39	0,75
Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos	6,03	0,99	3,2	1,1	-2,83	1,5
El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo	6,26	0,55	4,88	1,02	-1,38	1,05
El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo	6,28	0,58	5,18	0,94	-1,1	1,08
El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera	6,25	0,56	5,11	1,03	-1,14	1,01
El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido	6,24	0,66	4,88	0,98	-1,36	1,09
El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores	6,08	0,97	5,34	1,1	-0,74	1,05
El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo	6,37	0,74	4,83	1,15	-1,54	1,25
El personal de enfermería da cuidados con prontitud	6,19	0,65	4,87	1,01	-1,32	1,16
El personal de enfermería está dispuesta a ayudar	6,3	0,57	5,25	0,97	-1,05	1,16
El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar	6,1	0,86	4,22	1,36	-1,87	1,6
El personal de enfermería inspira confianza	6,24	0,72	5,45	0,91	-0,79	1,06
Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera	6,28	0,68	5,42	0,97	-0,85	1,06
El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes	6,23	0,72	5,27	1,07	-0,97	1,21
El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas	6,24	0,79	5,29	0,91	-0,95	1,1
El personal de enfermería da atención individualizada	6,26	0,8	5,01	1,13	-1,25	1,27
El horario de visita adecuado para pacientes y familiares	6,25	0,81	5,78	1,06	-0,47	0,9
El personal de enfermería atiende de forma personalizada	6,33	0,66	5,21	0,98	-1,12	1,1
Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes	6,24	0,82	4,9	0,99	-1,34	1,15
Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes	6,28	0,68	4,83	1	-1,45	1,1

### 6.3.1.1. b. Valoración de las expectativas

Al analizar las expectativas y percepciones de los pacientes se obtuvieron los siguientes resultados.

Se puede apreciar (Tabla 3) que las expectativas en todos los ítems obtienen una mayor puntuación que las percepciones. En un mundo perfecto, las

expectativas y las percepciones serían idénticas. Tal y como reflejan los datos de este estudio, existe una clara distancia entre ambas.

El rango de las expectativas de los pacientes, entre 6,01 (DT 0,88) y 6,37 (DT 0,74), indica que éstas son muy altas. El ítem donde los pacientes tuvieron la mayor expectativa es el ítem "El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo", con un promedio de 6,37 (DT 0,74). El ítem que obtuvo el segundo lugar en la mayor puntuación de las expectativas es el ítem "El personal de enfermería atiende de forma personalizada", con 6,33 (DT 0,66).

La tercera característica más importante con puntuación más alta fue "El personal de enfermería está dispuesta a ayudar" 6,30 (DT 0,57).

"El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo", "Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera" y "Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes" obtienen los tres un 6,28 (DT 0,67), puntuación con la que quedan en el 4º lugar en la importancia de las expectativas.

Según la media obtenida, el ítem donde los pacientes tienen una menor expectativa es en "Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno", con un 6,01 (DT 0,88). Hay que señalar que este ítem no está directamente relacionado con los cuidados. Entre los ítems con una media más baja en expectativas se encuentran: "Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos", con 6,03 (DT 0,99); "El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores", con 6,08 (0,97 DT); y "El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar", con 6,10 (DT 0,86).

### 6.3.1.2. Expectativas y percepciones en la muestra de cuidadores

#### 6.3.1.2. a. Valoración de las percepciones

La Tabla 4 muestra la estadística descriptiva de las puntuaciones de expectativa y percepción asignadas por los cuidadores.

En términos de percepciones, la puntuación media osciló entre el 5,87 (DT 0,57) de "El personal de enfermería tiene buena presencia física" y el 3,37 (DT 1,28) de "Los materiales relacionados con la atención (folletos) son visualmente atractivos e informativos".

Si se analizan las percepciones, se observa que la media de los ítems supera el 4 (puntuación bajo la cual se sitúan sólo "Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno" y "Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos"), con lo que están en la franja de valoraciones positivas. La puntuación más alta en cuanto de las percepciones la obtiene el ítem "El personal de enfermería tiene buena presencia física", con un 5,87 de (DT 0,57); seguido por "El horario de visita adecuado para pacientes y familiares", con 5,66 (DT1, 32); en tercer lugar está "El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores", con 5,25 (DT 1,16); mientras que en cuarto lugar encontramos "Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera", con 5,19 (DT1, 05).

La puntuación más baja entre las asignadas a las percepciones la obtiene el ítem "Los materiales relacionados con la atención (folletos) son visualmente atractivos e informativos", con una media de 3,37 (DT 1,28). En el segundo lugar con puntuaciones más bajas en percepciones queda el ítem "Los equipos y el aspecto del hospital", con 3,66 (DT 1,28), y en tercer lugar, "Las instalaciones del hospital son acogedoras", con 4,16 (DT 1, 42). Como se mencionó anteriormente, los ítems centrados en el equipo y aspecto del hospital y las instalaciones no reflejan de manera directa la calidad del servicio

ofrecido por enfermería, siendo los ítems más vinculados a los cuidados los que revisten mayor interés para este estudio. En cuarto lugar queda el ítem "El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar", con una media de 4,16 (DT 1,42). En quinto, "El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo", con 4,63 (DT 1,29).

Teniendo en cuenta que la escala de respuesta varía entre 1 y 7, se puede considerar que los resultados son buenos en general.

**Tabla 4. Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de las escalas Percibido y Expectativas y de sus correspondientes brechas absolutas (cuidadores).**

ÍTEM	EXPECTATIVAS		PERCIBIDO		BRECHAS	
	Media	DT.	Media	DT.	Media	DT.
Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno	5,79	1,14	3,66	1,34	-2,13	1,70
Las instalaciones del hospital son acogedoras	5,94	0,98	4,16	1,42	-1,78	1,65
El personal de enfermería tiene buena presencia física	6,27	0,62	5,87	0,57	-0,40	0,71
Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos	5,87	1,01	3,37	1,28	-2,50	1,59
El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo	6,12	0,77	4,80	1,14	-1,32	1,33
El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo	6,11	0,69	4,93	1,10	-1,18	1,26
El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera	6,19	0,68	5,12	1,07	-1,07	1,13
El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido	6,17	0,67	4,78	1,12	-1,39	1,28
El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores	6,19	0,68	5,25	1,16	-0,94	1,20
El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo	6,32	0,61	4,63	1,29	-1,69	1,40
El personal de enfermería da cuidados con prontitud	6,15	0,617	4,78	1,14	-1,37	1,29
El personal de enfermería está dispuesta a ayudar	6,17	0,58	5,05	1,13	-1,12	1,25
El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar	6,00	0,89	4,23	1,40	-1,77	1,61
El personal de enfermería inspira confianza	6,17	0,73	4,93	1,24	-1,24	1,46
Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera	6,20	0,71	5,19	1,05	-1,00	1,19
El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes	6,12	0,66	5,10	1,11	-1,03	1,31
El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas	6,22	0,75	5,09	1,03	-1,13	1,13
El personal de enfermería da atención individualizada	6,15	0,81	4,85	1,28	-1,30	1,45
El horario de visita adecuado para pacientes y familiares	6,19	0,84	5,66	1,32	-0,54	1,19
El personal de enfermería atiende de forma personalizada	6,21	0,69	5,08	1,08	-1,13	1,17
Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes	6,21	0,69	5,02	1,11	-1,19	1,31
Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes	6,16	0,71	4,76	1,20	-1,41	1,30

### 6.3.1.2. b. Valoración de las expectativas

Se puede apreciar (Tabla 4) que las expectativas en todos los ítems obtienen una mayor puntuación que las percepciones también en la muestra de los cuidadores. Las medias de las expectativas oscilan entre 6,32 (DT 0,61) y 5,79 (DT1,40).

El ítem donde los cuidadores tuvieron la expectativa más alta es "El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo", con un promedio de 6,32 (DT 0,61).

El ítem que obtuvo el segundo lugar en la mayor puntuación respecto a las expectativas es "El personal de enfermería tiene buena presencia física", con un 6,27 (DT 0,62). La tercera característica más importante fue "El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas/dudas", con 6,22 (DT 0,75). "El personal de enfermería atiende de forma personalizada" y "Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes" obtienen un 6,21 (DT 0,69), quedando así en cuarto lugar en la importancia de las expectativas.

El ítem donde los cuidadores indicaron tener la menor expectativa es en "Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno", con un 5,79 (DT 1,41). Recordemos que este ítem no pertenece exactamente a la categoría de cuidados, así como los dos siguientes: "Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos", con 5,87 (DT 1,01) y "Las instalaciones del hospital son acogedoras", con 5,94 (DT 0,98). No ocurre lo mismo con el cuarto ítem en el orden de menor a mayor valoración de expectativas: "El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar", con 6,00 (DT 0,89).

### 6.3.1.3. Comparación de los resultados obtenidos en pacientes y cuidadores.

En ambas muestras, las expectativas obtienen una mayor puntuación que las percepciones.

El ítem "El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo", con un promedio de 6,32 (DT 0,61) en cuidadores y de 6,37 (DT 0,74) en pacientes, es el ítem con una mayor puntuación en expectativas.

Los ítems de esta categoría donde los pacientes y cuidadores obtuvieron los promedios más bajos también coinciden con "Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno", y "Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos".

Analizando las percepciones, podemos ver que tanto en la muestra de los pacientes como en la de los cuidadores el promedio supera el 4 (bajo el cual sólo se halla "Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos", para las dos muestras).

La puntuación más alta en las percepciones la obtiene, en ambas muestras, el ítem "El personal de enfermería tiene buena presencia física", con un 5,81 (DT 0,64) en pacientes y un 5,87 (DT 0,57) en cuidadores, seguido por "El horario de visita adecuado para pacientes y familiares", con 5,78 (DT 1,06) en pacientes y 5,66 (DT 1,32) en cuidadores. En cuanto a las puntuaciones más bajas en percepciones para ambas muestras las obtienen los ítems "Los materiales relacionados con la atención (folletos) son visualmente atractivos e informativos", con una media de 3,20 (DT 1,20) en pacientes y 3,37 (DT 1,28) en cuidadores y en segundo lugar queda el ítem "Los equipos y el aspecto del hospital", con 4,19 (DT 1,27) en pacientes y 3,66 (DT 1,28) en cuidadores.

## 6.3.2. Análisis de las brechas (percibido-expectativas)

### 6.3.2.1. Definición del cálculo de las brechas y la valoración cualitativa de las brechas

La brecha entre la expectativa y la percepción se calculó de la siguiente manera:  $Q$  (Diferencial de calidad- brecha) = Percepción (P) - Expectativa (E)

Valoración cualitativa de las brechas:

Brecha de $0 \div -0,5$ :	Insatisfacción leve
Brecha de $-0,5 \div -1$ :	Insatisfacción moderada
Brecha de $-1 \div -1,5$ :	Insatisfacción media
Brecha de $-1,5 \div -2$ :	Insatisfacción severa
Brecha de $-2 \div -2,5$ :	Insatisfacción grave

### 6.3.2.2. Análisis de las brechas de los pacientes

Según los resultados obtenidos al analizar las brechas (Tabla 5; Figura 10) se observa que ningún aspecto estudiado ha sido valorado como satisfactorio. Ninguna de los ítems (percibido) se encuentra por encima de las expectativas.

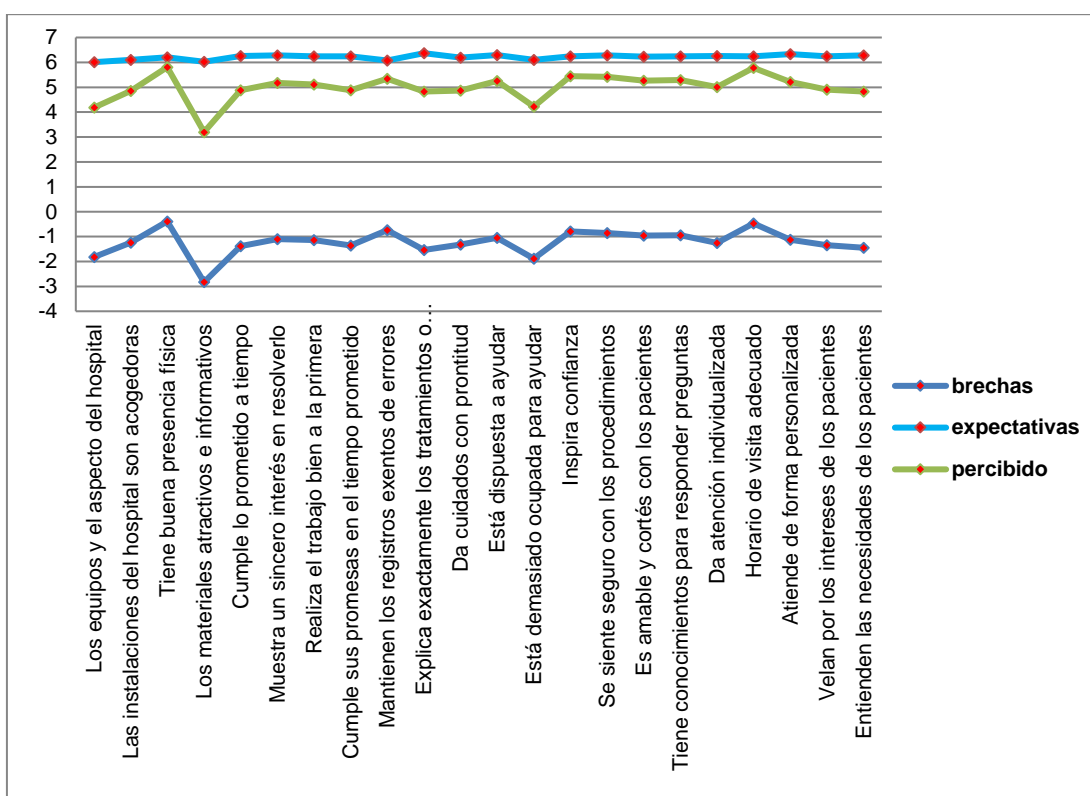
Teniendo en cuenta que el rango de las brechas del cuestionario es  $-7 \div 7$  y que la brecha máxima observada es  $-2,83$ , se puede afirmar que el nivel de insatisfacción expresado por los pacientes es mediano. El rango de las brechas es  $0,39 \div 2,83$ .

Analizando las brechas (Tabla 5), las mayores diferencias entre lo que los pacientes perciben y lo que desean se hallan en los siguientes ítems: "Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos" ( $-2,83$ ; DT 1,50), "Los equipos y el aspecto del hospital tiene la



apariciencia de ser moderno" (no se valora porque no tiene nada que ver con el cuidado, pero se considera que es un dato importante), seguidos por "El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar" (-1,87; DT 1, 60 y por "El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo" (-1,54 ; DT 1,25). Los ítems que generan más aceptación y mejor puntuación reciben son los siguientes (mínimo nivel de insatisfacción): "El personal de enfermería tiene buena presencia física" (-0,39; DT 0,75), "El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores" (-0,74; DT 1,05) y el ítem "El personal de enfermería inspira confianza" (-0,79; DT 1,06).

**Figura 10. Distribución de las medias de la puntuaciones de escala de percibido, de las medias de las puntuaciones de la escala de expectativas y de las brechas (pacientes).**



### 6.3.2.3. Análisis de las brechas de los cuidadores

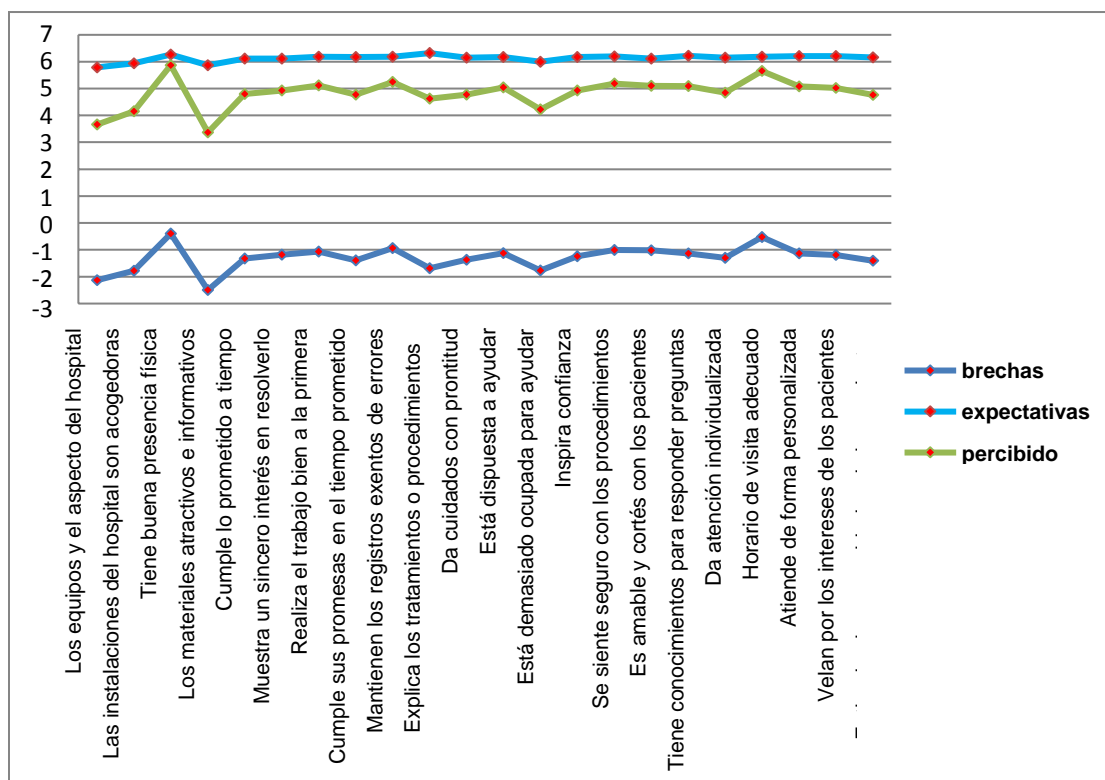
Según los resultados obtenidos al analizar las brechas (Tabla 6 y Figura 11) se observa que, al igual que en la muestra de los pacientes, en la de los cuidadores tampoco se encuentra ninguno de los ítems (percibido) por encima de las expectativas.

Teniendo en cuenta que el rango de las brechas del cuestionario es  $-7 \div 7$  y que la Brecha máxima observada es  $-2,13$ , se puede afirmar que el nivel de insatisfacción expresado por los cuidadores es mediano. El rango de las brechas es  $0,40 \div 2,13$ .

La mayor diferencia observada entre lo que los cuidadores desean y lo que perciben se detecta en los siguientes ítems: "Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos" ( $-2,50$ ; DT 1,59), "Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno", y "Las instalaciones del hospital son acogedoras" (de nuevo, no los valoramos porque no tienen nada que ver con el cuidado, aunque se considera que es un dato importante). A estos les siguen "Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos", "El personal de enfermería no está demasiado ocupado para ayudar" ( $-1,77$ ; DT 1,61), y "El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo" ( $-1,69$ ; DT1,4).

Los ítems que generan más aceptación y que mejor puntuación reciben son los siguientes: "El personal de enfermería tiene buena presencia física" ( $-0,40$ ; DT 0,71), "El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores" ( $-0,94$ ; DT 1,20) y el ítem "Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera" ( $-1,00$ ; DT 1,19).

**Figura 11. Distribución de las medias de la puntuaciones de escala de percibido, de las medias de las puntuaciones de la escala de expectativas y de las brechas (cuidadores).**



En la Figura 11 se puede apreciar en qué rango de valoraciones se producen las brechas absolutas.

Al igual que en la muestra de los pacientes, aquí también se puede observar que todas las brechas absolutas se producen entre altas expectativas y altas percepciones. El rango de las expectativas es  $5.79 \div 6.32$ , mientras que el rango de las percepciones es  $3,37 \div 5,66$ .

#### 6.3.2.4. Comparación de las brechas entre pacientes y cuidadores

El máximo nivel de insatisfacción se observa en la valoración de los materiales informativos, seguido de la valoración sobre las instalaciones del hospital. El

mínimo nivel de insatisfacción se observa en la valoración de la presencia física de las enfermeras, seguido del horario de visitas en las dos muestras.

Las valoraciones negativas sobre “Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos” y “El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo” son muy relevantes, y significa que valoraron negativamente la información que proporcionaba la enfermera tanto de forma escrita como sobre las pautas del tratamiento.

### **6.3.3. Análisis de las brechas (percibido-expectativas) según el perfil sociodemográfico**

Los resultados del análisis de la prueba Mann-Whitney (dos grupos en datos independientes), la prueba Kruskal-Wallis (más de dos grupos en datos independientes) y Rho de Spearman (estudios de correlación) arrojan los siguientes hallazgos.

#### **6.3.3.1. Análisis de las brechas en los pacientes**

##### **Factor: Género**

Los hombres están más insatisfechos que las mujeres ( $p=0,007$ ) respecto a “Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno”. Las mujeres están más insatisfechas ( $p<0,001$ ) que los hombres con respecto a “El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido” y “El personal de enfermería atiende de forma personalizada” ( $p=0,014$ ) (Tabla 5).

**Tabla 5. Factores influyentes en la satisfacción: Género.**

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno	7.221,00	17.517,00	-2,719	0,007
Las instalaciones del hospital son acogedoras	8.644,00	16.394,00	-0,365	0,715
El personal de enfermería tiene buena presencia física	8.143,50	15.893,50	-1,363	0,173
Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos	8.583,00	16.333,00	-0,463	0,643
El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo	8.635,50	16.385,50	-0,387	0,699
El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo	8.727,50	16.477,50	-0,23	0,818
El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera	8.653,00	16.403,00	-0,356	0,722
El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido	6.774,00	14.524,00	-3,505	<0.001
El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores	8.444,50	18.740,50	-0,722	0,47
El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo	7.842,50	18.138,50	-1,723	0,085
El personal de enfermería da cuidados con prontitud	8.856,00	16.606,00	-0,017	0,987
El personal de enfermería está dispuesta a ayudar	8.280,00	16.030,00	-0,975	0,329
El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar	8.607,50	16.357,50	-0,425	0,671
El personal de enfermería inspira confianza	8.182,50	15.932,50	-1,162	0,245
Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera	7.722,50	15.472,50	-1,931	0,054
El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes	8.124,00	15.874,00	-1,239	0,215
El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas	8.694,00	16.444,00	-0,288	0,774
El personal de enfermería da atención individualizada	7.926,50	15.676,50	-1,555	0,12
El horario de visita adecuado para pacientes y familiares	8.831,00	19.127,00	-0,069	0,945
El personal de enfermería atiende de forma personalizada	7.384,00	15.134,00	-2,47	0,014
Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes	8.550,50	16.300,50	-0,526	0,599
Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes	8.514,50	18.810,50	-0,597	0,55

### Factor: Edad

Sólo existe correlación entre la edad del paciente y las siguientes variables: "El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido" ( $p=0,04$ ), "El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo" ( $p=0,01$ ), y "El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar" ( $p=0,04$ ). Las correlaciones son muy

bajas y su signo indica que a mayor edad más disconformidad con las valoraciones, y viceversa (Tabla 6).

**Tabla 6. Factores influyentes en la satisfacción: Edad.**

<b>Rho de Spearman</b>		
<b>Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno</b>	Coeficiente de correlación	-0,061
	Sig. (bilateral)	0,321
<b>Las instalaciones del hospital son acogedoras</b>	Coeficiente de correlación	0,063
	Sig. (bilateral)	0,306
<b>El personal de enfermería tiene buena presencia física</b>	Coeficiente de correlación	-0,001
	Sig. (bilateral)	0,982
<b>Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos</b>	Coeficiente de correlación	-0,037
	Sig. (bilateral)	0,545
<b>El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo</b>	Coeficiente de correlación	-0,054
	Sig. (bilateral)	0,382
<b>El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo</b>	Coeficiente de correlación	-0,063
	Sig. (bilateral)	0,309
<b>El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera</b>	Coeficiente de correlación	0,013
	Sig. (bilateral)	0,827
<b>El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido</b>	Coeficiente de correlación	-0,159
	Sig. (bilateral)	0,009
<b>El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores</b>	Coeficiente de correlación	-0,046
	Sig. (bilateral)	0,459
<b>El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo</b>	Coeficiente de correlación	-0,149
	Sig. (bilateral)	0,015
<b>El personal de enfermería da cuidados con prontitud</b>	Coeficiente de correlación	0,04
	Sig. (bilateral)	0,516
<b>El personal de enfermería está dispuesta a ayudar</b>	Coeficiente de correlación	-0,005
	Sig. (bilateral)	0,934
<b>El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar</b>	Coeficiente de correlación	-0,128
	Sig. (bilateral)	0,037
<b>El personal de enfermería inspira confianza</b>	Coeficiente de correlación	-0,053
	Sig. (bilateral)	0,386
<b>Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera</b>	Coeficiente de correlación	-0,043
	Sig. (bilateral)	0,486
<b>El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes</b>	Coeficiente de correlación	-0,042
	Sig. (bilateral)	0,494
<b>El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas</b>	Coeficiente de correlación	-0,082
	Sig. (bilateral)	0,183
<b>El personal de enfermería da atención individualizada</b>	Coeficiente de correlación	0,03
	Sig. (bilateral)	0,628
<b>El horario de visita adecuado para pacientes y familiares</b>	Coeficiente de correlación	-0,067
	Sig. (bilateral)	0,279
<b>l personal de enfermería atiende de forma personalizada</b>	Coeficiente de correlación	0,027
	Sig. (bilateral)	0,658
<b>Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes</b>	Coeficiente de correlación	-0,032
	Sig. (bilateral)	0,602
<b>Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes</b>	Coeficiente de correlación	0,078
	Sig. (bilateral)	0,204

### **Factor: Cuidadores**

Los pacientes que no tienen cuidadores fuera del hospital están más disconformes ( $p=0,02$ ) con “Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes” que el resto de los pacientes (Tabla 7). Los pacientes que comparten domicilio con su cuidador son los que se muestran más descontentos con ( $p=0,005$ ). Con “El horario de visita es adecuado ...”.

**Tabla 7. Factores influyentes en la satisfacción: Cuidadores.**

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. (bilateral)
Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno	1.416,00	12.741,00	-0,047	0,962
Las instalaciones del hospital son acogedoras	1.332,50	12.657,50	-0,473	0,636
El personal de enfermería tiene buena presencia física	1.400,50	12.725,50	-0,137	0,891
Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos	1.329,50	12.654,50	-0,492	0,623
El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo	1.317,50	1.507,50	-0,571	0,568
El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo	1.397,00	1.587,00	-0,146	0,884
El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera	1.192,00	1.382,00	-1,227	0,22
El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido	1.228,50	1.418,50	-1,048	0,295
El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores	1.243,50	1.433,50	-0,961	0,337
El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo	1.092,50	1.282,50	-1,779	0,075
El personal de enfermería da cuidados con prontitud	1.380,00	1.570,00	-0,236	0,814
El personal de enfermería está dispuesta a ayudar	1.354,00	1.544,00	-0,37	0,712
El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar	1.300,50	12.625,50	-0,644	0,519
El personal de enfermería inspira confianza	1.081,50	1.271,50	-1,788	0,074
Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera	1.321,00	12.646,00	-0,543	0,587
El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes	1.355,00	12.680,00	-0,362	0,717
El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas	1.202,00	1.392,00	-1,166	0,243
El personal de enfermería da atención individualizada	1.130,00	1.320,00	-1,551	0,121
El horario de visita adecuado para pacientes y familiares	1.336,00	12.661,00	-0,558	0,577
El personal de enfermería atiende de forma personalizada	1.353,00	1.543,00	-0,379	0,705
Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes	1.188,00	1.378,00	-1,265	0,206
Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes	997	1.187,00	-2,326	0,02

### **Factor: Ingreso anterior**

Si se analiza la variable "Ingreso anterior" con las valoraciones, se detectan correlaciones en los siguientes ítems (Tabla 8): "Las instalaciones del hospital son acogedoras" ( $p=0,024$ ); "El personal de enfermería tiene buena presencia física" ( $p=0,015$ ); "Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos" ( $p=0,018$ ); "El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo" ( $p=0,03$ ); "El

personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores" ( $p=0,002$ ); "El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes" ( $p=0,005$ ); "El horario de visita adecuado para pacientes y familiares" ( $p=0,039$ ); "El personal de enfermería atiende de forma personalizada" ( $p=0,002$ ). Como se puede observar, el factor ingreso es uno de los factores que tiene mucho peso a la hora de valorar los cuidados.

**Tabla 8. Factores influyentes en la satisfacción: Ingreso anterior.**

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno	7.891,00	12.262,00	-0,346	0,729
Las instalaciones del hospital son acogedoras	6.783,50	22.008,50	-2,251	0,024
El personal de enfermería tiene buena presencia física	6.860,50	22.085,50	-2,43	0,015
Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos	6.705,50	21.930,50	-2,373	0,018
El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo	8.002,50	12.373,50	-0,155	0,876
El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo	6.844,00	22.069,00	-2,172	0,03
El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera	7.172,00	22.397,00	-1,606	0,108
El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido	7.356,50	22.581,50	-1,288	0,198
El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores	6.362,50	21.587,50	-3,099	0,002
El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo	7.984,00	23.209,00	-0,189	0,85
El personal de enfermería da cuidados con prontitud	7.099,50	22.324,50	-1,724	0,085
El personal de enfermería está dispuesta a ayudar	7.241,50	22.466,50	-1,48	0,139
El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar	6.960,00	11.331,00	-1,945	0,052
El personal de enfermería inspira confianza	7.252,50	22.477,50	-1,492	0,136
Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera	7.534,00	22.759,00	-0,985	0,325
El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes	6.480,50	21.705,50	-2,816	0,005
El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas	7.525,50	22.750,50	-0,99	0,322
El personal de enfermería da atención individualizada	7.528,00	22.753,00	-0,976	0,329
El horario de visita adecuado para pacientes y familiares	7.098,50	22.323,50	-2,061	0,039
El personal de enfermería atiende de forma personalizada	6.312,50	21.537,50	-3,103	0,002
Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes	7.685,50	22.910,50	-0,707	0,479
Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes	7.957,00	12.328,00	-0,238	0,812



## Factor: Enfermedad crónica

Las valoraciones también están relacionadas con el factor “enfermedad crónica”. El paciente con enfermedad crónica está más insatisfecho que el que padece una enfermedad aguda. Hay excepciones donde no existe relación, como son las tres siguientes (Tabla 9): “Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno”, “El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar” y “El horario de visita es adecuado...”.

**Tabla 9. Factores influyentes en la satisfacción: Enfermedad crónica.**

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno	3.347,50	31.077,50	-1,047	0,295
Las instalaciones del hospital son acogedoras	2.533,00	30.263,00	-3,098	0,002
El personal de enfermería tiene buena presencia física	3.008,50	30.738,50	-2,177	0,03
Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos	2.931,50	30.661,50	-2,082	0,037
El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo	2.888,00	30.618,00	-2,247	0,025
El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo	2.555,00	30.285,00	-3,079	0,002
El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera	3.046,00	30.776,00	-1,83	0,067
El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido	2.547,50	30.277,50	-3,119	0,002
El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores	2.839,00	30.569,00	-2,422	0,015
El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo	2.568,50	30.298,50	-3,08	0,002
El personal de enfermería da cuidados con prontitud	2.543,00	30.273,00	-3,104	0,002
El personal de enfermería está dispuesta a ayudar	2.646,00	30.376,00	-2,847	0,004
El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar	3.028,00	30.758,00	-1,846	0,065
El personal de enfermería inspira confianza	2.128,00	29.858,00	-4,259	<0,001
Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera	2.576,00	30.306,00	-3,07	0,002
El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes	2.639,00	30.369,00	-2,875	0,004
El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas	2.929,50	30.659,50	-2,133	0,033
El personal de enfermería da atención individualizada	1.805,50	29.535,50	-4,968	<0,001
El horario de visita adecuado para pacientes y familiares	3.691,50	4.219,50	-0,209	0,835
El personal de enfermería atiende de forma personalizada	2.777,00	30.507,00	-2,516	0,012
Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes	3.402,50	31.132,50	-0,915	0,36
Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes	2.916,00	30.646,00	-2,202	0,028

### **Factor: Nivel de dependencia**

Si se observan las relaciones entre el “nivel de dependencia” y las valoraciones, sólo existen dos relaciones significativas (Tabla 10). La primera de ellas es “Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes” ( $p=0.021$ ). El coeficiente de correlación indica una correlación muy baja y positiva (0,141). La correlación positiva indica nivel de dependencia bajo, baja valoración de la “Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes” y viceversa.

La segunda es la valoración de “Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno” ( $p=0.008$ ). El coeficiente de correlación indica una correlación muy baja y negativa (-0,161). La correlación negativa indica que a más nivel de independencia, más insatisfechos se muestran con “Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno” y viceversa.

**Tabla 10. Factores influyentes en la satisfacción: Nivel de dependencia.**

<b>Rho de Spearman</b>		
<b>Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno</b>	Coeficiente de correlación	-0,109
	Sig. (bilateral)	0,076
<b>Las instalaciones del hospital son acogedoras</b>	Coeficiente de correlación	0,035
	Sig. (bilateral)	0,57
<b>El personal de enfermería tiene buena presencia física</b>	Coeficiente de correlación	0,118
	Sig. (bilateral)	0,055
<b>Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos</b>	Coeficiente de correlación	-0,093
	Sig. (bilateral)	0,13
<b>El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo</b>	Coeficiente de correlación	-0,017
	Sig. (bilateral)	0,777
<b>El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo</b>	Coeficiente de correlación	0,074
	Sig. (bilateral)	0,229
<b>El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera</b>	Coeficiente de correlación	-0,047
	Sig. (bilateral)	0,441
<b>El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido</b>	Coeficiente de correlación	-0,014
	Sig. (bilateral)	0,817
<b>El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores</b>	Coeficiente de correlación	-0,045
	Sig. (bilateral)	0,465
<b>El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo</b>	Coeficiente de correlación	0,015
	Sig. (bilateral)	0,813
<b>El personal de enfermería da cuidados con prontitud</b>	Coeficiente de correlación	-0,071
	Sig. (bilateral)	0,245
<b>El personal de enfermería está dispuesta a ayudar</b>	Coeficiente de correlación	0,037
	Sig. (bilateral)	0,552
<b>El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar</b>	Coeficiente de correlación	-0,042
	Sig. (bilateral)	0,496
<b>El personal de enfermería inspira confianza</b>	Coeficiente de correlación	0,04
	Sig. (bilateral)	0,513
<b>Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera</b>	Coeficiente de correlación	-0,011
	Sig. (bilateral)	0,864
<b>El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes</b>	Coeficiente de correlación	0,039
	Sig. (bilateral)	0,529
<b>El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas</b>	Coeficiente de correlación	0,015
	Sig. (bilateral)	0,812
<b>El personal de enfermería da atención individualizada</b>	Coeficiente de correlación	0,078
	Sig. (bilateral)	0,203
<b>El horario de visita adecuado para pacientes y familiares</b>	Coeficiente de correlación	0,049
	Sig. (bilateral)	0,429
<b>El personal de enfermería atiende de forma personalizada</b>	Coeficiente de correlación	0,068
	Sig. (bilateral)	0,265
<b>Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes</b>	Coeficiente de correlación	0,14
	Sig. (bilateral)	0,022
<b>Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes</b>	Coeficiente de correlación	0,037
	Sig. (bilateral)	0,547

### Factor: Tiempo de estancia en el hospital

No existe relación entre las valoraciones y el tiempo de estancia en el hospital.

### 6.3.3.2. Análisis de las brechas en los cuidadores

#### Factor: Género

Las mujeres valoran peor (están menos satisfechas) el ítem “Las instalaciones del hospital son acogedoras” que los hombres ( $p=0,042$ ). También están menos satisfechas en cuanto a la valoración de “Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera” ( $p=0,009$ ) (Tabla 11).

Tabla 11. Factores influyentes en la satisfacción: Género.

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno	5.570,50	26.891,50	-1,401	0,161
Las instalaciones del hospital son acogedoras	5.237,50	26.558,50	-2,035	0,042
El personal de enfermería tiene buena presencia física	6.069,00	7.960,00	-0,476	0,634
Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos	5.841,50	27.162,50	-0,855	0,393
El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo	5.984,50	27.305,50	-0,585	0,558
El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo	6.065,50	7.956,50	-0,427	0,669
El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera	5.970,00	27.291,00	-0,617	0,537
El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido	5.377,00	7.268,00	-1,782	0,075
El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores	6.073,50	27.394,50	-0,418	0,676
El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo	6.257,00	8.148,00	-0,051	0,959
El personal de enfermería da cuidados con prontitud	6.085,50	27.406,50	-0,39	0,697

<i>Continuación</i>				
	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
El personal de enfermería está dispuesta a ayudar	5.517,50	7.408,50	-1,517	0,129
El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar	5.855,50	27.176,50	-0,832	0,405
El personal de enfermería inspira confianza	6.055,00	27.376,00	-0,445	0,656
Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera	4.959,50	26.280,50	-2,625	0,009
El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes	6.053,00	27.374,00	-0,462	0,644
El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas	5.612,00	26.933,00	-1,323	0,186
El personal de enfermería da atención individualizada	6.124,00	27.445,00	-0,312	0,755
El horario de visita adecuado para pacientes y familiares	6.141,50	27.462,50	-0,336	0,737
El personal de enfermería atiende de forma personalizada	6.215,50	27.536,50	-0,134	0,893
Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes	6.206,50	8.097,50	-0,152	0,88
Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes	5.809,00	7.700,00	-0,937	0,349

### **Factor: Edad**

Existe relación entre la valoración de “El personal de enfermería tiene buena presencia física” ( $p=0.044$ ) y la edad del cuidador. La correlación ( $-0,124$ ) es baja y negativa, indicando que a mayor edad mayor insatisfacción y viceversa (Tabla 12).

**Tabla 12. Factores influyentes en la satisfacción: Edad.**

<b>Rho de Spearman</b>		
<b>Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno</b>	Coeficiente de correlación	0,058
	Sig. (bilateral)	0,347
<b>Las instalaciones del hospital son acogedoras</b>	Coeficiente de correlación	0,009
	Sig. (bilateral)	0,879
<b>El personal de enfermería tiene buena presencia física</b>	Coeficiente de correlación	-0,124
	Sig. (bilateral)	0,044
<b>Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos</b>	Coeficiente de correlación	0,058
	Sig. (bilateral)	0,347
<b>El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo</b>	Coeficiente de correlación	0,019
	Sig. (bilateral)	0,756
<b>El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo</b>	Coeficiente de correlación	0,009
	Sig. (bilateral)	0,883
<b>El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera</b>	Coeficiente de correlación	-0,011
	Sig. (bilateral)	0,861
<b>El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido</b>	Coeficiente de correlación	-0,024
	Sig. (bilateral)	0,699
<b>El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores</b>	Coeficiente de correlación	-0,008
	Sig. (bilateral)	0,901
<b>El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo</b>	Coeficiente de correlación	0,008
	Sig. (bilateral)	0,894
<b>El personal de enfermería da cuidados con prontitud</b>	Coeficiente de correlación	0,102
	Sig. (bilateral)	0,095
<b>El personal de enfermería está dispuesta a ayudar</b>	Coeficiente de correlación	0,01
	Sig. (bilateral)	0,871
<b>El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar</b>	Coeficiente de correlación	-0,031
	Sig. (bilateral)	0,617
<b>El personal de enfermería inspira confianza</b>	Coeficiente de correlación	-0,032
	Sig. (bilateral)	0,608
<b>Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera</b>	Coeficiente de correlación	0,032
	Sig. (bilateral)	0,6
<b>El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes</b>	Coeficiente de correlación	-0,083
	Sig. (bilateral)	0,176
<b>El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas</b>	Coeficiente de correlación	0,07
	Sig. (bilateral)	0,257
<b>El personal de enfermería da atención individualizada</b>	Coeficiente de correlación	0,021
	Sig. (bilateral)	0,738
<b>El horario de visita adecuado para pacientes y familiares</b>	Coeficiente de correlación	0,002
	Sig. (bilateral)	0,976
<b>El personal de enfermería atiende de forma personalizada</b>	Coeficiente de correlación	-0,023
	Sig. (bilateral)	0,707
<b>Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes</b>	Coeficiente de correlación	0,007
	Sig. (bilateral)	0,913
<b>Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes</b>	Coeficiente de correlación	-0,019
	Sig. (bilateral)	0,762

## Factor: Compartir domicilio

Cuando el cuidador habitual no comparte domicilio con el paciente, este se muestra más insatisfecho ( $p=0,028$ ) en cuanto a “El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo” (Tabla 13).

**Tabla 13. Factores influyentes en la satisfacción: Compartir domicilio.**

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno	5.366,00	7.922,00	-0,549	0,583
Las instalaciones del hospital son acogedoras	5.295,00	7.851,00	-0,699	0,484
El personal de enfermería tiene buena presencia física	5.438,50	7.994,50	-0,425	0,671
Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos	5.338,50	7.894,50	-0,599	0,549
El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo	4.627,50	7.183,50	-2,203	0,028
El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo	5.007,00	7.563,00	-1,347	0,178
El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera	5.340,50	7.896,50	-0,605	0,545
El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido	4.941,50	7.497,50	-1,504	0,132
El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores	5.216,00	7.772,00	-0,895	0,371
El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo	5.132,50	7.688,50	-1,073	0,283
El personal de enfermería da cuidados con prontitud	4.887,00	7.443,00	-1,636	0,102
El personal de enfermería está dispuesta a ayudar	5.168,50	7.724,50	-1,001	0,317
El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar	5.397,00	7.953,00	-0,475	0,635
El personal de enfermería inspira confianza	5.547,00	8.103,00	-0,139	0,89
Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera	5.254,00	17.815,00	-0,805	0,421
El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes	5.198,50	7.754,50	-0,94	0,347
El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas	5.540,00	18.101,00	-0,156	0,876
El personal de enfermería da atención individualizada	5.280,00	7.836,00	-0,74	0,459
El horario de visita adecuado para pacientes y familiares	5.566,00	18.127,00	-0,115	0,908
El personal de enfermería atiende de forma personalizada	5.434,00	7.990,00	-0,397	0,692
Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes	5.423,50	7.979,50	-0,421	0,674
Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes	4.796,00	7.352,00	-1,84	0,066

## Factor: Ingreso anterior

Los cuidadores con pacientes anteriormente ingresados están más insatisfechos (Tabla 14) con las instalaciones ( $p < 0.001$ ) ("Las instalaciones del hospital son acogedoras"), con el cumplimiento ( $p = 0.025$ ) ("El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo") y con la amabilidad ( $p = 0.001$ ) ("El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes").

**Tabla 14. Factores influyentes en la satisfacción: Ingreso anterior.**

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno	7.106,50	10.266,50	-0,578	0,563
Las instalaciones del hospital son acogedoras	5.475,00	23.241,00	-3,493	<0.001
El personal de enfermería tiene buena presencia física	6.927,50	24.693,50	-1,019	0,308
Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos	6.615,50	24.381,50	-1,444	0,149
El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo	6.181,50	23.947,50	-2,245	0,025
El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo	6.507,50	24.273,50	-1,659	0,097
El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera	7.298,50	10.458,50	-0,231	0,817
El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido	6.391,50	24.157,50	-1,872	0,061
El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores	6.377,50	24.143,50	-1,925	0,054
El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo	6.852,00	24.618,00	-1,038	0,299
El personal de enfermería da cuidados con prontitud	6.395,50	24.161,50	-1,871	0,061
El personal de enfermería está dispuesta a ayudar	6.982,00	24.748,00	-0,809	0,418
El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar	6.428,00	24.194,00	-1,787	0,074
El personal de enfermería inspira confianza	7.002,00	10.162,00	-0,761	0,447
Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera	7.012,50	24.778,50	-0,754	0,451
El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes	5.593,50	23.359,50	-3,385	0,001
El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas	7.317,50	10.477,50	-0,197	0,844
El personal de enfermería da atención individualizada	6.493,00	24.259,00	-1,687	0,092
El horario de visita adecuado para pacientes y familiares	6.728,00	24.494,00	-1,525	0,127
El personal de enfermería atiende de forma personalizada	7.276,50	25.042,50	-0,273	0,785
Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes	7.205,50	24.971,50	-0,402	0,688
Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes	6.529,50	24.295,50	-1,631	0,103



### **Factor: Tiempo de estancia en el hospital**

A la hora de valorar si existe relación entre el tiempo de estancia del paciente en el hospital con las valoraciones, se puede afirmar que esta existe para la valoración del cuidador sobre “El personal de enfermería da atención individualizada” ( $p=0.031$ ). La diferencia en las valoraciones se observa entre los cuidadores cuyos pacientes han estado en el hospital menos de 9 días y los que han estado entre 10 y 15 días. Los más insatisfechos son los cuidadores cuyos pacientes han estado en el hospital menos de 10 días.

Los cuidadores que han estado entre 16 y 30 días en el hospital están más satisfechos con los equipos y el aspecto del hospital que los que han estado menos de 9 días ( $p=0,016$ ). Los cuidadores más disconformes son los que han estado en el hospital menos de 9 días, seguidos de los que han estado entre 10 y 15 días y por último los que han estado entre 16 días y un mes (“Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno”).

Los cuidadores que han estado menos de 10 días en el hospital muestran más insatisfacción con los materiales ( $p=0.001$ ) que los que han estado entre 10 y 15 días (“Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos”) (Tabla 15).

**Tabla 15. Factores influyentes en la satisfacción: Tiempo de estancia en el hospital.**

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno	4,765	2	0,092
Las instalaciones del hospital son acogedoras	0,43	2	0,806
El personal de enfermería tiene buena presencia física	0,942	2	0,624
Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos	1,883	2	0,39
El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo	0,715	2	0,699
El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo	1,341	2	0,511
El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera	3,29	2	0,193
El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido	2,791	2	0,248
El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores	5,363	2	0,068
El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo	0,602	2	0,74
El personal de enfermería da cuidados con prontitud	3,316	2	0,19
El personal de enfermería está dispuesta a ayudar	6,222	2	0,075
El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar	2,302	2	0,316
El personal de enfermería inspira confianza	3,617	2	0,164
Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera	3,308	2	0,191
El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes	0,373	2	0,83
El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas	0,13	2	0,937
El personal de enfermería da atención individualizada	6,96	2	0,031
El horario de visita adecuado para pacientes y familiares	1,255	2	0,534
El personal de enfermería atiende de forma personalizada	0,45	2	0,799
Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes	1,908	2	0,385
Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes	0,369	2	0,831

### **Factor: Nivel de dependencia**

En cuanto al “nivel de dependencia” y las valoraciones, se observa una correlación significativa entre esta y el ítem “Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno” ( $p=0.002$ ). La correlación es baja ( $-0.185$ ) y negativa.

También hay correlación entre “Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos” y el nivel de dependencia ( $p=0.001$ ). La correlación es baja ( $-0.205$ ) y negativa.

Entre “El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera” y el nivel de dependencia ( $p=0.030$ ) la correlación también es baja ( $-0.133$ ) y negativa.

“El personal de enfermería inspira confianza” y el nivel de dependencia muestran una correlación baja ( $p=0.003$ ) y negativa ( $-0.179$ ). Estos datos indican que a más nivel de independencia, más insatisfechos se muestran con las valoraciones y viceversa, salvo en la valoración de ítem “El personal de enfermería inspira confianza” (Tabla 16).

**Tabla 16. Factores influyentes en la satisfacción: Nivel de dependencia.**

<b>Barthel</b>			
<b>Rho de Spearman</b>			
Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno	Coeficiente de correlación	-0,21	
	Sig. (bilateral)	0,001	
Las instalaciones del hospital son acogedoras	Coeficiente de correlación	-0,097	
	Sig. (bilateral)	0,114	
El personal de enfermería tiene buena presencia física	Coeficiente de correlación	-0,048	
	Sig. (bilateral)	0,436	
Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos	Coeficiente de correlación	-0,216	
	Sig. (bilateral)	<0,001	
El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo	Coeficiente de correlación	-0,083	
	Sig. (bilateral)	0,175	
El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo	Coeficiente de correlación	-0,072	
	Sig. (bilateral)	0,238	
El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera	Coeficiente de correlación	-0,139	
	Sig. (bilateral)	0,024	
El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido	Coeficiente de correlación	-0,064	
	Sig. (bilateral)	0,301	
El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores	Coeficiente de correlación	-0,066	
	Sig. (bilateral)	0,286	
El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo	Coeficiente de correlación	-0,104	
	Sig. (bilateral)	0,089	
El personal de enfermería da cuidados con prontitud	Coeficiente de correlación	-0,037	
	Sig. (bilateral)	0,545	
El personal de enfermería está dispuesta a ayudar	Coeficiente de correlación	-0,002	
	Sig. (bilateral)	0,972	
El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar	Coeficiente de correlación	-0,096	
	Sig. (bilateral)	0,118	
El personal de enfermería inspira confianza	Coeficiente de correlación	-0,096	
	Sig. (bilateral)	0,118	
Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera	Coeficiente de correlación	-0,108	
	Sig. (bilateral)	0,077	
El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes	Coeficiente de correlación	0,059	
	Sig. (bilateral)	0,336	
El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas	Coeficiente de correlación	-0,13	
	Sig. (bilateral)	0,034	
El personal de enfermería da atención individualizada	Coeficiente de correlación	-0,084	
	Sig. (bilateral)	0,173	
El horario de visita adecuado para pacientes y familiares	Coeficiente de correlación	0,089	
	Sig. (bilateral)	0,149	
El personal de enfermería atiende de forma personalizada	Coeficiente de correlación	-0,06	
	Sig. (bilateral)	0,329	
Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes	Coeficiente de correlación	-0,049	
	Sig. (bilateral)	0,426	
Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes	Coeficiente de correlación	-0,087	
	Sig. (bilateral)	0,158	

### **Factor: Cuidador habitual**

No existe relación significativa entre la variable cuidador habitual y las valoraciones.

## **6.3.4. Análisis de las dimensiones SERVQUAL**

### **6.3.4.1. Definición las dimensiones**

Dimensiones de la calidad percibida según el cuestionario SERVQUAL y la distribución de los ítems:

#### Tangibilidad

1. Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno.
2. Las instalaciones del hospital son acogedoras.
3. El personal de enfermería tiene buena presencia física.
4. Los materiales relacionados con la atención (folletos) son visualmente atractivos e informativos.

#### Fiabilidad

5. El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo.
6. El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo.
7. El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera.
8. El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido.
9. El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores.

#### Capacidad de respuesta

10. El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo.
11. El personal de enfermería da cuidados con prontitud/rápido.
12. El personal de enfermería está dispuesta a ayudar.
13. El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar.

#### Seguridad

14. El personal de enfermería inspira/trasmite confianza /credibilidad.
15. Usted se siente seguro con los procedimientos/trabajo que realiza la enfermera.
16. El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes.
17. El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas.

#### Empatía

18. El personal de enfermería da atención individualizada.
19. Horario de visita adecuado para pacientes y familiares.
20. El personal de enfermería atiende de forma personalizada.
21. Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes.
22. Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes.

### 6.3.4.2. Análisis de las dimensiones en la muestra de pacientes

#### 6.3.4.2.1. Distribución de las dimensiones según la importancia otorgada por los pacientes

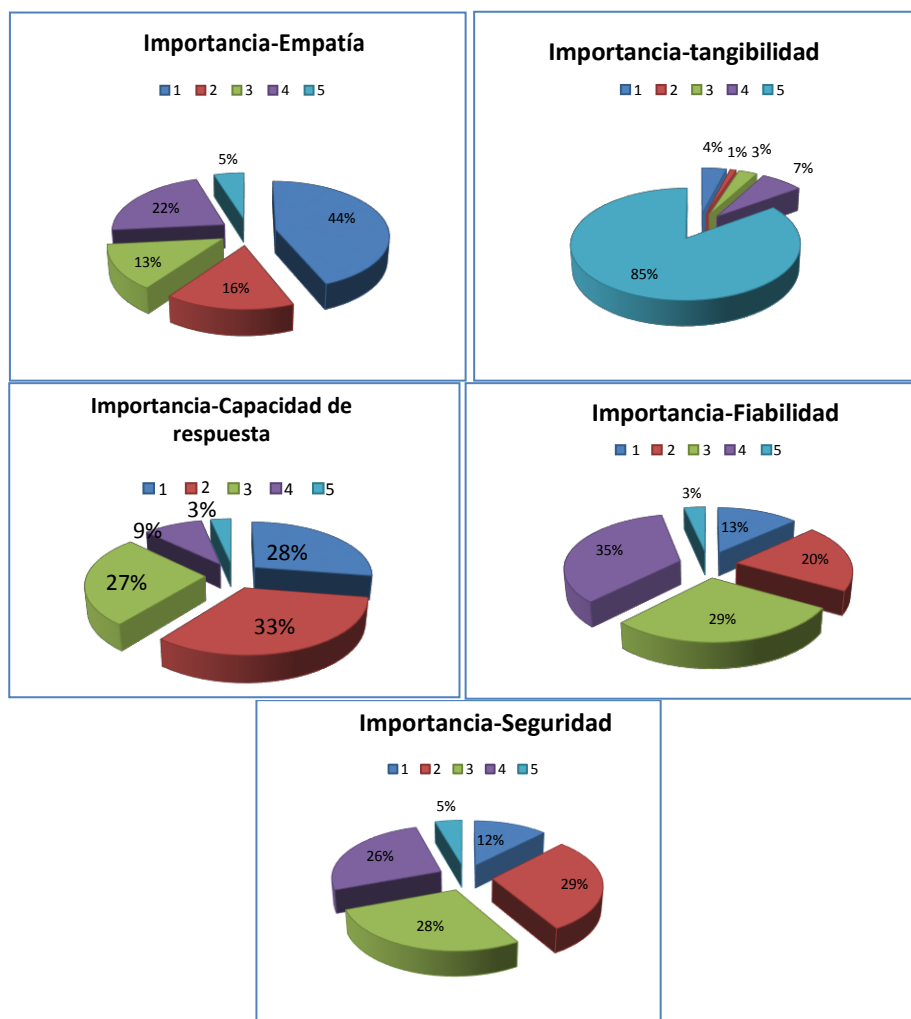
Según la escala de 1 a 5 (1 primer lugar en importancia; 5 último lugar en importancia), la dimensión a la que se le atribuye más importancia para los pacientes es la Capacidad de respuesta (Tabla 17, Figura 12), seguida de la Empatía y Seguridad. Estas valoraciones representan una importancia media. Es de destacar que se ha dado una baja importancia a la dimensión Tangibilidad.

**Tabla 17. Medias de la importancia otorgada a las dimensiones (pacientes).**

Medias de la importancia otorgada a las dimensiones (pacientes)			
DIMENSIONES	Media	DT	N
Tangibilidad	4,71	0,87	267
Fiabilidad	2,95	1,1	267
Seguridad	2,81	1,09	267
Capacidad de respuesta	2,19	0,96	267
Empatía )	2,28	1,35	267

Si se analizan los porcentajes de las valoraciones de importancia de las dimensiones para los pacientes, se observa que los porcentajes más altos se producen en Empatía. Los pacientes identifican como factor más importante en los cuidados la Empatía (44%) y en segundo lugar la Capacidad de respuesta (33%). Sin embargo, el menos importante es la Tangibilidad (5%). Del análisis del orden de importancia de las dimensiones SERVQUAL en los cuidados hay que destacar que el 85% le otorga el quinto lugar (como aspecto menos importante) a este último, y el 44% de los pacientes considera como dimensión más importante de los cuidados la Empatía. El resto de los valores sobre el orden de importancia que les asignaron los pacientes a las dimensiones SERVQUAL se encuentran en la Figura 12.

**Figura 12. Distribución de la importancia otorgada a las dimensiones.**



### 6.3.4.2.2. Análisis de la importancia otorgada a las dimensiones según el perfil sociodemográfico pacientes

#### Factor: Género

Se encuentran diferencias significativas en la valoración de la dimensión “Seguridad” (Tabla 18). Las mujeres la puntúan más alto la “Seguridad” que los hombres ( $p=0.024$ ).

**Tabla 18. Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Género.**

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Tangibilidad	8.849,50	19.145,50	-0,044	0,965
Fiabilidad	8.523,00	18.819,00	-0,567	0,571
Seguridad	7.493,00	17.789,00	-2,258	0,024
Capacidad de respuesta	8.853,00	19.149,00	-0,022	0,983
Empatía	7.669,50	15.419,50	-2,005	0,045

**Factor: Compartir domicilio**

Solo existen diferencias significativas en la valoración de la dimensión “Fiabilidad” (Tabla 19), siendo los que no comparten domicilio los que puntuaron más alto ( $p=0.049$ ).

**Tabla 19. Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: No comparten domicilio con el cuidador.**

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Tangibilidad	1.747,00	10.927,00	-0,973	0,331
Fiabilidad	1.458,00	10.638,00	-1,971	0,049
Seguridad	1.827,00	2.233,00	-0,287	0,774
Capacidad de respuesta	1.587,00	1.993,00	-1,395	0,163
Empatía	1.658,50	2.064,50	-1,069	0,285

**Factor: Ingreso por enfermedad crónica**

Se hallan diferencias significativas en la valoración de la dimensión “Tangibilidad” ( $p=0.041$ ) y “Fiabilidad” ( $p=0.007$ ), siendo los que no comparten domicilio los que puntuaron más alto (Tabla 20).

Asimismo, se obtienen diferencias significativas en la valoración de la dimensión “Capacidad de respuesta” ( $p=0.001$ ) y “Fiabilidad” ( $p=0.039$ ), siendo los que ingresaron por una enfermedad crónica los que puntuaron más alto.



**Tabla 20. Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Ingreso por enfermedad crónica.**

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Tangibilidad	3.425,50	3.953,50	-1,36	0,174
Fiabilidad	2.497,00	30.227,00	-3,205	0,001
Seguridad	3.168,50	3.696,50	-1,494	0,135
Capacidad de respuesta	2.950,50	3.478,50	-2,065	0,039
Empatía	3.282,00	31.012,00	-1,23	0,219

### Factor: Nivel de dependencia

Las valoraciones de las dimensiones que están relacionadas con la dependencia (Barthel) son las dimensiones "Tangibilidad" y "Seguridad". Para la primera, ( $p=0,01$ ), el coeficiente de correlación es muy bajo (0.158) y positivo, indicando que a un nivel de dependencia bajo, se da una baja valoración de la "Tangibilidad" y viceversa.

Respecto a la dimensión "Seguridad" ( $p=0,027$ ), el coeficiente de correlación es -0.135, muy bajo y negativo. Ello muestra que a un nivel de dependencia alto, se da una baja valoración de la "seguridad" y viceversa (Tabla 21).

**Tabla 21. Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Nivel de dependencia (Barthel).**

		(BARTHEL)
Tangibilidad	Coeficiente de correlación	,158(**)
	Sig. (bilateral)	0,01
Fiabilidad	Coeficiente de correlación	-0,066
	Sig. (bilateral)	0,285
Seguridad	Coeficiente de correlación	-,135(*)
	Sig. (bilateral)	0,027
Capacidad de respuesta	Coeficiente de correlación	0,037
	Sig. (bilateral)	0,549
Empatía	Coeficiente de correlación	0,055
	Sig. (bilateral)	0,371

### **Factor: Estancia en el hospital**

Se dan relaciones significativas entre la valoración de las dimensiones y los días de estancia en el hospital del paciente, con los siguientes resultados (Tabla 22).

Los pacientes que han estado en el hospital menos de 10 días puntúan más alto la dimensión “Tangibilidad” que los que han estado entre 10 y 15 días ( $p < 0,05$ ).

Los pacientes que han estado en el hospital entre 16 días y un mes puntúan más alto la dimensión “tangibilidad” que los que han estado entre 10 y 15 días ( $p < 0,05$ ).

Los pacientes que han estado en el hospital entre 16 días y un mes puntúan más alto la dimensión “Fiabilidad” que los que han estado entre 10 y 15 días y los que han estado menos de 10 días ( $p < 0,05$ ).

Los pacientes que han estado en el hospital entre 10 días y 15 días puntúan más alto la dimensión “Seguridad” que los que han estado entre 16 días y un mes y los que han estado más de un mes ( $p < 0,05$ ).

Los pacientes que han estado en el hospital menos de 10 días puntúan más alto la dimensión “Seguridad” que los que han estado más de un mes ( $p < 0,05$ ).

Los pacientes que han estado en el hospital más de un mes son los que más alto puntúan la dimensión “Empatía” ( $p < 0,05$ ).

Los pacientes que han estado en el hospital entre 10 y 15 días puntúan más alto la dimensión “Empatía” que los que han estado menos de 10 días ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 22. Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Estancia en el hospital.**

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Tangibilidad	8,261	3	0,041
Fiabilidad	9	3	0,029
Seguridad	11,108	3	0,011
Capacidad de respuesta	2,542	3	0,468
Empatía	11,264	3	0,01

#### 6.3.4.2.3. Análisis de las brechas medias obtenidas en el conjunto de ítems que conforman cada una de las dimensiones.

Al analizar las brechas (P-E) para el conjunto de ítems que conforman cada dimensión (Tabla 23) las dos dimensiones en las que los pacientes marcan mayor diferencia entre lo que desea y lo que percibe son la "Tangibilidad" (-1,57) y la "Seguridad" (-1,45). La dimensión que más aceptación genera es la "Capacidad de respuesta" (-0,89), seguida por la "Empatía" (-1,13).

**Tabla 23. Medias de las brechas absolutas de cada dimensión.**

Brechas medias en cada dimensión			
DIMENSIONES	Media	DT	N
Tangibilidad (4 Ítems)	-1,57	0,83	267
Fiabilidad (5 Ítems)	-1,15	0,79	267
Seguridad (4 Ítems)	-1,45	0,91	267
Capacidad de respuesta (4 Ítems)	-0,89	0,91	267
Empatía (5 Ítems)	-1,13	0,74	267

#### 6.3.4.2.4. Comparación del nivel de satisfacción / insatisfacción con la importancia otorgada a cada dimensión.

La dimensión a la que se le otorga más importancia, la "Capacidad de Respuesta", es también la dimensión con el nivel de insatisfacción más bajo. La "Empatía" y "Seguridad", que siguen en segundo y tercer lugar de

importancia, también tienen un nivel de insatisfacción similar. Sin embargo, la "Tangibilidad", valorada en el último lugar, posee el nivel de insatisfacción más alto de todos.

### 6.3.4.3. Análisis de las dimensiones en la muestra de cuidadores

#### 6.3.4.3.1. Distribución de las dimensiones según la importancia otorgada por los cuidadores

Según la escala de 1 a 5 (1 primer lugar en importancia; 5 último lugar en importancia), la dimensión a la que se le atribuye más importancia por parte de los pacientes es la "Capacidad de respuesta" (Tabla 24, Figura 13), seguida de la "Empatía" y "Seguridad". Estas valoraciones representan una importancia media. Es de destacar que se ha dado una baja importancia a la dimensión "Tangibilidad".

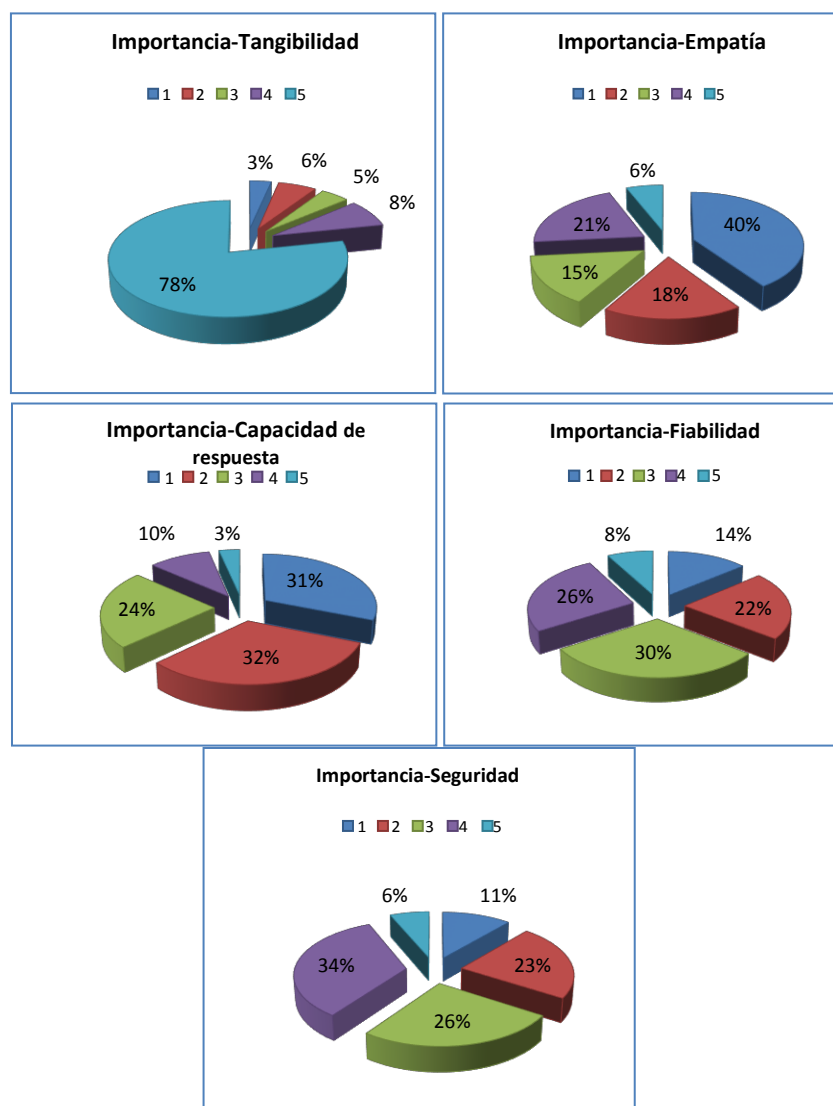
**Tabla 24. Medias de la importancia otorgada a las dimensiones (cuidadores).**

<b>Medias de la importancia otorgada a las dimensiones (cuidadores)</b>			
<b>DIMENSIONES</b>	Media	DT	N
<b>Tangibilidad</b>	4,52	1,053	267
<b>Fiabilidad</b>	2,93	1,161	267
<b>Seguridad</b>	3,01	1,129	267
<b>Capacidad de respuesta</b>	2,23	1,099	267
<b>Empatía</b>	2,34	1,346	267

Si se analizan los porcentajes de las valoraciones de importancia de las dimensiones para los cuidadores, se observa que los porcentajes más altos se producen en "Empatía". Los cuidadores, identifican como dimensión más relevante en los cuidados la "Empatía" (40%), y en segundo lugar la "Capacidad de respuesta" (33%). Sin embargo, la menos importante es la "Tangibilidad" (3%). Del análisis del orden de importancia de las dimensiones SERVQUAL en los cuidados hay que destacar que el 78% de los cuidadores

le otorga el quinto lugar a esta última (como aspecto menos importante del cuidado). El resto de los valores sobre el orden de importancia que asignaron a las dimensiones SERVQUAL se encuentran en la Figura 13.

**Figura 13. Distribución de la importancia otorgada a las dimensiones.**



**Factor: Género**

Sólo existen diferencias significativas en la valoración de la dimensión “seguridad”. Las mujeres la puntúan más alto la “seguridad” que los hombres (p=0.024) (Tabla 25).

**Tabla 25. Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Género.**

	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Tangibilidad	8,261	3	0,041
Fiabilidad	9	3	0,029
Seguridad	11,108	3	0,024
Capacidad de respuesta	2,542	3	0,468
Empatía	11,264	3	0,001

### Factor: Compartir domicilio

También se obtienen diferencias significativas en la valoración de la dimensión “Fiabilidad”. La puntúan más alto los cuidadores que comparten domicilio ( $p=0,049$ ), y en la de la “Empatía”, a la que dan mayor puntuación los cuidadores que no comparten domicilio ( $p=0,021$ ).

**Tabla 26: Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Compartir domicilio.**

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Tangibilidad	5.284,50	17.845,50	-0,992	0,321
Fiabilidad	4.726,00	7.282,00	-1,965	0,049
Seguridad	4.938,50	7.494,50	-1,498	0,134
Capacidad de respuesta	5.583,50	8.139,50	-0,057	0,954
Empatía	4.588,00	17.149,00	-2,302	0,021

### Factor: Compartir domicilio

Se hallan diferencias significativas en las valoraciones de la dimensión “Seguridad”. La puntúan más alto los pacientes cuyos cuidadores no comparten domicilio ( $p=0.042$ ).

**Tabla 27. Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Compartir domicilio.**

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Tangibilidad	7.877,50	22.583,50	-0,757	0,449
Fiabilidad	7.650,50	22.356,50	-0,949	0,342
Seguridad	7.019,50	11.675,50	-2,034	0,042
Capacidad de respuesta	7.834,00	12.490,00	-0,643	0,52
Empatía	7.218,50	21.924,50	-1,708	0,088

### Factor: Días de estancia y motivo de ingreso

No existe relación entre las valoraciones de las dimensiones y los días de estancia en el hospital de los pacientes, ni entre el motivo de ingreso.

### Factor: Nivel de dependencia

Sólo existe correlación entre la valoración de la dimensión "Tangibilidad" y la dependencia ( $p=0.021$ ).

**Tabla 28. Factores influyentes en la valoración de las dimensiones: Nivel de dependencia**

BARTHEL		
Tangibilidad	Coefficiente de correlación	,141(*)
	Sig. (bilateral)	0,021
Fiabilidad	Coefficiente de correlación	-0,055
	Sig. (bilateral)	0,373
Seguridad	Coefficiente de correlación	-0,017
	Sig. (bilateral)	0,784
Capacidad de respuesta	Coefficiente de correlación	0,02
	Sig. (bilateral)	0,742
Empatía	Coefficiente de correlación	-0,102
	Sig. (bilateral)	0,096

#### 6.3.4.3.2. Análisis de las brechas medias obtenidas en el conjunto de ítems que conforman cada una de las dimensiones

Cuando se analizan las brechas (P-E) para el conjunto de ítems que conforman cada dimensión se observa que las brechas oscilan entre -1,11 - 1,70, habiendo una diferencia máxima de 0,6 entre las brechas. En este contexto se aprecia un valor más bajo en la dimensión "Capacidad de respuesta" (-1,10) seguido por la "Empatía" (-1,11) (Tabla 32). Las dos dimensiones donde los cuidadores marcan mayor diferencia entre lo que desean y lo que perciben son la "Tangibilidad" (-1,70) y la "Capacidad de respuesta" (-1,48).

**Tabla 29. Medias de las brechas absolutas de cada dimensión.**

Brechas medias en cada dimensión			
DIMENSIONES	Media	DT	N
Tangibilidad (4 ítems)	-1,704	1,0377	267
Fiabilidad (5 ítems)	-1,1813	0,97	267
Seguridad (4 ítems)	-1,4888	0,98836	267
Capacidad de respuesta (4 ítems)	-1,1002	0,99625	267
Empatía (5 ítems)	-1,1116	0,90461	267

#### **6.3.4.3.3. Comparación del nivel de satisfacción / insatisfacción con la importancia otorgada a cada dimensión**

La dimensión a la que se le otorga más importancia, la "Capacidad de Respuesta", es también la dimensión con el nivel de insatisfacción más bajo. La "Empatía" y "Seguridad", que siguen en segundo y tercer lugar de importancia, también tienen un nivel de insatisfacción similar. Sin embargo la "Tangibilidad", que es la valorada en el último lugar, posee un nivel de insatisfacción más alto de todos.

#### **6.3.4.3.4. Comparación de la importancia de las dimensiones entre pacientes y cuidadores.**

Al analizar las brechas absolutas de cada dimensión por separado, tanto las correspondientes a las valoraciones de los cuidadores como las de los pacientes, el aspecto donde aparece una mayor diferencia entre lo que se desea y lo que se percibe es, en primer lugar, la "Tangibilidad" (-1,57 y 1,704) En el segundo lugar se posiciona la "Seguridad" (-1,45) en pacientes y "Capacidad de respuesta" en cuidadores (-1,4888) La dimensión que más aceptación genera en las dos muestras es la "Empatía" (-1,13 en pacientes y - 1,1116 en cuidadores).



En la valoración realizada por pacientes y cuidadores respecto a la importancia relativa de las dimensiones, se puede observar que las dos muestras identifican en primer lugar, como aspecto más importante del cuidado, la "Empatía" (44% y 40%). En segundo lugar se posiciona la "Capacidad de respuesta" (33% y 32%). En quinto lugar, de nuevo como aspecto menos importante, se queda la "Tangibilidad" (85% y 78%). Se observan discrepancias considerables en el porcentaje de la otorgación de la importancia del primer lugar entre los cuidadores y pacientes. La máxima preocupación de los cuidadores está más repartida entre "Empatía", "Capacidad de respuesta" y "Seguridad". En cambio la máxima preocupación de los pacientes es la "Empatía". En la valoración del resto de los aspectos del cuidado, los resultados siguen siendo muy parecidos en las dos muestras (Tabla 30).

**Tabla 30. Importancia relativa de los resultados de las dimensiones SERVQUAL (pacientes + cuidadores).**

Orden de importancia	Tangibilidad	Fiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía
Pacientes 1º	4%	3%	3%	5%	44%
Cuidadores 1º	3%	14%	31%	11%	40%
Pacientes 2º	1%	20%	33%	29%	16%
Cuidadores 2º	6%	22%	32%	23%	18%
Pacientes 3º	3%	29%	27%	28%	13%
Cuidadores 3º	5%	20%	24%	25%	15%
Pacientes 4º	7%	35%	9%	26%	22%
Cuidadores 4º	8%	26%	10%	34%	21%
Pacientes 5º	85%	3%	28%	5%	5%
Cuidadores 5º	78%	8%	3%	6%	6%

## 6. 4. Análisis de la satisfacción global

### 6.4.1. Definición de satisfacción global con los cuidados y satisfacción con la atención recibida

Satisfacción global con la atención recibida: Comprende todos los aspectos de la atención durante la estancia.

Satisfacción general con los cuidados: Comprende los aspectos de la atención brindada por enfermería.

Las preguntas se respondieron con escala de intervalo de 0 a 10 (muy satisfecho 9-10, medianamente satisfecho 7-8, poco satisfecho 5-6, y nada satisfecho 0-4) sobre la satisfacción global con la atención recibida en la unidad.

#### 6.4.2. Pacientes

Satisfacción global con los cuidados: 7,91 (DT 1,00).

Satisfacción global con la atención recibida: 7,67 (DT 1,03). Se puede afirmar que los pacientes están muy satisfechos tanto con los cuidados como con la atención recibida (Tabla 31).

**Tabla 31. Medias y desviaciones típicas de las escalas de satisfacción.**

Medias y desviaciones típicas de las escalas de satisfacción.		
ESCALAS	M	DT
Satisfacción con los cuidados	7,91	1,002
Satisfacción global con la atención recibida	7,67	1,031

**Tabla 32. Medias y desviaciones típicas de las escalas de satisfacción según género.**

	Género		
		Media	DT.
Satisfacción con los cuidados	Hombre	7,98	1,051
	Mujer	7,84	0,94
Satisfacción global con la atención recibida	Hombre	7,73	1,095
	Mujer	7,6	0,953

En la Tabla 32 se puede apreciar la "Satisfacción con los cuidados" y la "Satisfacción global con la atención recibida" según género. Todas las

medias son muy similares. Las medias oscilan entre 7,60 ÷ 7,98. Teniendo en cuenta que la escala de respuesta es de 1 a 10, se pueden considerar puntuaciones altas.

En la Tabla 33 se puede observar la Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según rango de edad. Todas las medias son muy similares. Las medias oscilan entre 7,60 ÷ 8,50 en la valoración de la satisfacción con los cuidados, y entre 7,50 ÷ 7,70 en la valoración de la satisfacción global con la atención recibida. Existe una puntuación ligeramente mayor de los cuidados, siendo la diferencia muy pequeña. Se puede decir que las puntuaciones también son muy altas.

**Tabla 33. Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según rango de edad.**

		Edad del paciente en intervalos			
		75y 80	81 y 85	86 y 90	91 y mást
<b>Satisfacción con los cuidados</b>	Media	7,6	8	8	7,97
	DT	1,23	0,99	0,85	0,84
<b>Satisfacción global con la atención recibida</b>	Media	7,64	7,69	7,7	7,61
	DT.	1,1	0,95	1,11	1,02

Analizando la satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según sexo y rango de edad (Tabla 34), se encuentran los siguientes resultados. Las medias oscilan entre 7,64 ÷ 9,00 en la valoración de la satisfacción con los cuidados, y 7,00 ÷ 8,00 en la valoración de la satisfacción global con la atención recibida. Se puede observar una mayor puntuación de los cuidados, pero de nuevo la diferencia es muy escasa. Según los datos, podemos afirmar que todos están en el rango satisfechos y muy satisfechos, independientemente de la edad y el género.

**Tabla 34. Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según género y rango de edad.**

		Edad del paciente en intervalos							
		75		81 y 85		86 y 90		91 y más	
		H	M	H	M	H	M	H	M
<b>Satisfacción con los cuidados</b>	Media	7,58	7,64	8,02	7,98	8,28	7,73	8,05	7,83
	DT.	1,34	1,05	0,97	1,02	0,81	0,8	0,91	0,72
<b>Satisfacción global con la atención recibida</b>	Media	7,67	7,59	7,57	7,81	8	7,41	7,79	7,33
	DT.	1,22	0,91	0,98	0,91	1,17	0,98	0,98	1,07

Si se analiza la satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según las estaciones del año (Tabla 35), se puede concluir que no hay diferencias significativas en cuanto a la puntuación de la satisfacción. Las medias oscilan entre 7,87 ÷ 7,98 en la valoración de la satisfacción con los cuidados, y 7,56 ÷ 7,79 en la valoración de la satisfacción global con la atención recibida.

**Tabla 35. Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según las estaciones del año.**

		Estaciones del año			
		Invierno	Primavera	Verano	Otoño
<b>Satisfacción con los cuidados</b>	Media	7,9	7,92	7,87	7,98
	DT	1,09	0,96	0,98	1
<b>Satisfacción global con la atención recibida</b>	Media	7,68	7,69	7,56	7,79
	DT	1,06	0,98	1,06	1,02

En cuanto al análisis de satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según las estaciones del año y género (Tabla 36), cabe añadir que independientemente de la estación del año, en general están satisfechos. Las medias oscilan entre 7,71 ÷ 8,06 en la valoración de la satisfacción con los cuidados, y 7,55 ÷ 7,92 en la valoración de la satisfacción global con la atención recibida. Se puede observar un aumento en la puntuación de los cuidados, pero la diferencia es muy ligera.

**Tabla 36. Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según las estaciones del año y género.**

		Edad del paciente en intervalos							
		75 y 80		81 y 85		86 y 90		91 y más	
		H	M	H	M	H	M	H	M
<b>Satisfacción con los cuidados</b>	M	7,58	7,64	8,02	7,98	8,28	7,73	8,05	7,83
	DT	1,34	1,05	0,97	1,02	0,81	0,8	0,91	0,72
<b>Satisfacción global con la atención recibida</b>	M	7,67	7,59	7,57	7,81	8	7,41	7,79	7,33
	DT	1,22	0,91	0,98	0,91	1,17	0,98	0,98	1,07

Lo que muestran estas tablas con los resultados descriptivos sobre la satisfacción general es que todos están muy satisfechos, independientemente de la edad y el sexo.

### **Correlaciones**

A la hora de analizar las correlaciones entre los ítems con sus niveles de satisfacción / insatisfacción y las variables "Satisfacción con los cuidados" y "Satisfacción global con la atención recibida", se puede afirmar que se hallaron correlaciones positivas (a excepción de una) y estadísticamente significativas con las puntuaciones obtenidas en las preguntas relativas a la satisfacción con los cuidados y a la satisfacción general con la atención recibida, aunque los coeficientes de correlación no fueron demasiado altos (Tabla 37).

Se obtiene una correlación de 0,623 entre las variables de satisfacción general con la atención recibida y con la satisfacción con los cuidados. Este hallazgo refuerza la teoría de que la satisfacción con el personal de enfermería es un predictor de satisfacción global con el hospital (Tabla 38).

"El personal de enfermería tiene conocimientos para responder a sus preguntas" tiene una correlación del 0,331 con la atención recibida. El resto de los veintidós aspectos propuestos en el cuestionario no se pueden considerar significativamente relacionados con la valoración global de la

satisfacción. Se puede decir que tanto la "Satisfacción con los cuidados" como la "Satisfacción global con la atención recibida" miden aspectos que no están completamente recogidos por el cuestionario.

**Tabla 37. Correlaciones entre las escalas de Satisfacción y los niveles de brechas (pacientes).**

		<b>Satisfacción con los cuidados</b>	<b>Satisfacción global con la atención recibida</b>
<b>Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno</b>	Coef. de correlación	0,076	0,076
	Sig. (bilateral)	0,214	0,214
<b>Las instalaciones del hospital son acogedoras</b>	Coeficiente de correlación	,209(**)	,209(**)
	Sig. (bilateral)	0,001	0,001
<b>El personal de enfermería tiene buena presencia física</b>	Coeficiente de correlación	,295(**)	,295(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos</b>	Coeficiente de correlación	0,025	0,025
	Sig. (bilateral)	0,687	0,687
<b>El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo</b>	Coeficiente de correlación	,261(**)	,261(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo</b>	Coeficiente de correlación	,371(**)	,371(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera</b>	Coeficiente de correlación	,326(**)	,326(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido</b>	Coeficiente de correlación	,288(**)	,288(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores</b>	Coeficiente de correlación	,257(**)	,257(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo</b>	Coeficiente de correlación	,214(**)	,214(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería da cuidados con prontitud</b>	Coeficiente de correlación	,377(**)	,377(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería está dispuesta a ayudar</b>	Coeficiente de correlación	,317(**)	,317(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar</b>	Coeficiente de correlación	,142(*)	,142(*)
	Sig. (bilateral)	0,02	0,02
<b>El personal de enfermería inspira confianza</b>	Coeficiente de correlación	,270(**)	,270(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera</b>	Coeficiente de correlación	,322(**)	,322(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes</b>	Coeficiente de correlación	,285(**)	,285(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas</b>	Coeficiente de correlación	,292(**)	,292(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería da atención individualizada</b>	Coeficiente de correlación	,327(**)	,327(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El horario de visita adecuado para pacientes y familiares</b>	Coeficiente de correlación	0,098	0,098
	Sig. (bilateral)	0,109	0,109
<b>El personal de enfermería atiende de forma personalizada</b>	Coeficiente de correlación	,365(**)	,365(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes</b>	Coeficiente de correlación	,443(**)	,443(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes</b>	Coeficiente de correlación	,345(**)	,345(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001

**Tabla 38. Correlaciones entre las escalas de satisfacción.**

Satisfacción con los cuidados		
Satisfacción global con la atención recibida	Coefficiente de correlación	,623(**)
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	267

#### 6.4.2. Cuidadores

#### **Análisis de la Satisfacción con los cuidados y la Satisfacción global con la atención recibida**

Satisfacción global con los cuidados: 7,55 (DT 1,25); Satisfacción global con la atención recibida: 7,11 (DT 1,24). Teniendo en cuenta que la escala de puntuación de la satisfacción general oscila entre 1-10, se puede afirmar que los cuidadores están satisfechos tanto con los cuidados como con la atención recibida (Tabla 39).

**Tabla 39. Medias y desviaciones típicas de las escalas de satisfacción.**

Medias y desviaciones típicas de las escalas de satisfacción.		
ESCALAS	M	DT
Satisfacción con los cuidados	7,55	1,25
Satisfacción global con la atención recibida	7,11	1,24

En la Tabla 40 se puede apreciar la "Satisfacción con los cuidados" y la "Satisfacción global con la atención recibida" según el género. Todas las medias son muy similares. Las medias oscilan entre 7,03 ÷ 7,48. Teniendo en cuenta que la escala de respuesta es de 1 a 10, se pueden considerar puntuaciones altas.



**Tabla 40. Satisfacción global con los cuidados y la atención recibida según género.**

		Género	
		Hombre	Mujer
Satisfacción con los cuidados	Media	7,48	7,57
	DT.	1,4	1,21
Satisfacción global con la atención recibida	Media	7,03	7,14
	DT.	1,08	1,29

En la Tabla 41 se puede observar la "Satisfacción global con la atención recibida" y la "Satisfacción con los cuidados" según rango de edad. Todas las medias son muy similares. Las medias oscilan entre 7,44 ÷ 7,88 en la valoración de la "Satisfacción con los cuidados" y entre 6,84 ÷ 7,43 en la valoración de la "Satisfacción global con la atención recibida". Se puede observar una mayor puntuación de los cuidados, pero la diferencia es muy escasa. Se puede decir que las puntuaciones también son muy altas.

**Tabla 41. Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según rango de edad.**

		Edad del cuidador en intervalos				
		entre 20 y 44 años	entre 45 y 54 años	entre 55 y 64 años	entre 65 y 74 años	Más 75 años
Satisfacción con los cuidados	Media	7,88	7,4	7,48	7,58	7,74
	DT.	1,3	1,22	1,3	1,35	1,13
Satisfacción global con la atención recibida	Media	7,32	6,84	7,14	6,89	7,43
	DT.	1,35	1,27	1,26	0,94	1,17

Analizando la "Satisfacción global con la atención recibida" y la "Satisfacción con los cuidados" según género y rango de edad (Tabla 42) se halla el siguiente resultado. Las medias oscilan entre 6,92 ÷ 8,75 en la valoración de la "Satisfacción con los cuidados", y 6,75 ÷ 7,59 en la valoración de la "Satisfacción global con la atención recibida". Se puede observar una puntuación superior de los cuidados, y nuevamente la diferencia es pequeña.

Los que menos contentos quedaron con la atención recibida (6,75) fueron los hombres entre 65 y 74 años, los mismos que dieron la puntuación más alta a

la satisfacción con los cuidados (8,75), siendo la diferencia de 2 puntos. Los menos contentos con los cuidados fueron los hombres de entre 45 y 54 años. Se puede decir que todos están en el rango de satisfechos y muy satisfechos independientemente de la edad y del género.

**Tabla 42. Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según género y rango de edad.**

		Edad del cuidador									
		20- 44 años		45 -54 años		55 y 64 años		65-74 años		Más de 74	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
<b>Satisfacción con los cuidados</b>	M	7,17	8,11	6,92	7,52	7,6	7,44	8,75	7,27	7,54	7,82
	DT	0,98	1,33	1,66	1,08	1,35	1,28	0,5	1,33	1,39	1,03
<b>Satisfacción global con la atención recibida</b>	M	7,17	7,37	6,85	6,83	7,16	7,13	6,75	6,93	7	7,59
	DT	0,75	1,5	0,9	1,36	1,14	1,3	0,96	0,96	1,35	1,08

Si se analiza la "Satisfacción global con la atención recibida" y la "Satisfacción con los cuidados" según las estaciones del año (Tabla 43), se puede concluir que no hay diferencias reveladoras en cuanto a la puntuación de la satisfacción. Las medias oscilan entre 7,42 ÷ 7,67 en la valoración de la "Satisfacción con los cuidados", y 7,02 ÷ 7,19 en la valoración de la "Satisfacción global con la atención recibida".

**Tabla 43. Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según los estaciones del año.**

		Estaciones del año			
		Invierno	Primavera	Verano	Otoño
<b>Satisfacción con los cuidados</b>	Media	7,67	7,64	7,42	7,47
	DT.	1,3	1,28	1,27	1,16
<b>Satisfacción global con la atención recibida</b>	Media	7,19	7,14	7,1	7,02
	DT	1,26	1,45	1,12	1,13

En cuanto al análisis de "Satisfacción global con la atención recibida" y la "Satisfacción con los cuidados" según los estaciones del año y género (Tabla 44) cabe reiterar que independientemente de la estación del año, en general

están satisfechos. Las medias oscilan entre 7,39 ÷ 7,91 en la valoración de la "Satisfacción con los cuidados", y 6,79 ÷ 7,22 en la valoración de la "Satisfacción global con la atención recibida". De nuevo, la valoración de los cuidados es ligeramente superior.

Se puede observar que independientemente de la estación del año, en general las mujeres muestran una satisfacción más alta que los hombres, tanto en atención recibida como en los cuidados, salvo en primavera. Parece ser que los hombres evalúan mejor la satisfacción global con la atención recibida. La diferencia es muy pequeña.

**Tabla 44. Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según los estaciones del año y género.**

		Estaciones del año							
		Invierno		Primavera		Verano		Otoño	
		H	M	H	M	H	M	H	M
<b>Satisfacción con los cuidados</b>	Media	7,91	7,62	7,39	7,72	7,36	7,44	7,39	7,5
	DT.	1,14	1,33	1,72	1,11	1,45	1,24	1,2	1,15
<b>Satisfacción global con la atención recibida</b>	Media	7,09	7,21	7,22	7,11	6,79	7,18	7	7,02
	DT.	0,94	1,32	1,35	1,49	0,8	1,18	1,08	1,16

En la Tabla 45 se muestra la "Satisfacción global con la atención recibida" y la "Satisfacción con los cuidados" en cuidadores según tipo de relación con el enfermo. Las medias oscilan entre 7,45 ÷ 8,33 en la valoración de la "Satisfacción con los cuidados", y 7,01 ÷ 7,38 en la valoración de la "Satisfacción global con la atención recibida", otra vez inferior.

Las puntuaciones más altas en ambas dimensiones se obtiene de personas que no tienen lazo familiar directo con el paciente (no son familiares de primer grado). Las diferencias son muy pequeñas. Donde mayor diferencia hay es entre la valoración de los hijos de la atención global (7.01) y la valoración de los cuidados por los sobrinos (8,33).

**Tabla 45. Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados en cuidadores según tipo de relación con el enfermo.**

		Tipo de relación					
		Cónyuge	Hijo/a	Nuera/yerno	Sobrino/a	Cuidador contratado	Otro
<b>Satisfacción con los cuidados</b>	Media	7,45	7,47	7,53	8,33	7,92	8,29
	DT.	1,31	1,28	1,06	0,82	1,04	0,91
<b>Satisfacción global con la atención recibida</b>	Media	7,26	7,01	7,07	7,17	7,38	7,36
	DT	1,18	1,34	1,03	0,75	1,19	0,84

Al examinar las valoraciones medias de la "Satisfacción global con la atención recibida" y la "Satisfacción con los cuidados" en cuidadores según tipo de relación y género (Tabla 46), se observa la misma tendencia a la ligera desigualdad entre ambas medias, que oscilan entre 7,14 ÷ 8,50 en la valoración de la "Satisfacción con los cuidados", y 6,67 ÷ 8,00 en la valoración de la "Satisfacción global con la atención recibida". Las mujeres tienden a dar puntuaciones más altas, independientemente de la relación con el enfermo, solo superadas por la valoración de los cuidados que realiza el yerno, que adjudica una puntuación más alta. Donde más distancia hay entre las puntuaciones es la valoración de los cuidados de los yernos (8,50) y la valoración de la atención global del cuidador contratado (6,75).

**Tabla 46. Satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados en cuidadores según tipo de relación y género.**

		Tipo de relación y género											
		Cónyuge		Hijo/a		Nuera/yerno		Sobrino/a		Cuidador contratado		Otros	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
<b>Satisfacción con los cuidados</b>	M	7,14	7,53	7,3	7,51	8,5	7,18	8,25	8,5	7,67	8	8,33	8,27
	DT	1,61	1,22	1,42	1,24	0,58	0,98	0,96	0,71	0,58	1,15	1,15	0,9
<b>Satisfacción global con la atención recibida</b>	M	6,79	7,39	7,21	6,95	7	7,09	6,75	8	6,67	7,6	7	7,45
	DT	1,31	1,11	1,14	1,39	0,82	1,14	0,5	0	0,58	1,26	0	0,93

Igual que en los resultados descriptivos en la muestra de los cuidadores sobre la satisfacción general, se puede concluir que todos están muy satisfechos, independientemente de la edad y el sexo.

## **Correlaciones**

En cuanto de las correlaciones entre los ítems y las variables "Satisfacción con los cuidados" y "Satisfacción global con la atención recibida", en la muestra de cuidadores se puede afirmar que la puntuación diferencial de la escala SERVQUAL mostró correlaciones positivas (salvo una) y estadísticamente significativas, aunque los coeficientes de correlación no fueron demasiado altos.

Se obtiene una correlación de 0,560 con las preguntas sobre "Satisfacción general con la atención recibida" y con la "Satisfacción con los cuidados", con lo que se apoya en esta muestra también la teoría de que la satisfacción con el personal de enfermería es un predictor de satisfacción global con el hospital (Tabla 47).

La segunda correlación más alta (Tabla 48) se obtiene entre la variable "Satisfacción global con los cuidados" y "Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes"(0,443).

A continuación se enumeran los ítems con correlaciones media bajas: "El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo" (0,371); "El personal de enfermería realiza bien su trabaja a la primera" (0,326); "El personal de enfermería da cuidados con prontitud" (0,377); "El personal de enfermería esta dispuesta a ayudar" (0,317); "Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera" (0,322); "El personal de enfermería da atención individualizada" (0,327); "La enfermera

atiende de forma personalizada" (0,365); "Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes" (0,345).

De los veintidós aspectos propuestos en el cuestionario, sólo el ítem "Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes" (0,326) correlaciona en un nivel medio bajo con la valoración de "Satisfacción global con la atención recibida". El resto de los ítems son positivos (salvo uno) y muy bajos.

**Tabla 47. Correlaciones entre la satisfacción con los cuidados y satisfacción global y las valoraciones del cuestionario (cuidadores).**

Satisfacción global con la atención recibida		
Satisfacción con los cuidados	Coeficiente de correlación	,560(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001
	N	267

**Tabla 48. Correlaciones entre la satisfacción con los cuidados, satisfacción global y las valoraciones del cuestionario.**

		<b>Satisfacción global con la atención recibida</b>	<b>Satisfacción con los cuidados</b>
<b>Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno</b>	Coeficiente de correlación	0,04	0,093
	Sig. (bilateral)	0,52	0,129
<b>Las instalaciones del hospital son acogedoras</b>	Coeficiente de correlación	,240(**)	,198(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	0,001
<b>El personal de enfermería tiene buena presencia física</b>	Coeficiente de correlación	,184(**)	,178(**)
	Sig. (bilateral)	0,003	0,003
<b>Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos</b>	Coeficiente de correlación	0,114	-0,05
	Sig. (bilateral)	0,064	0,42
<b>El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo</b>	Coeficiente de correlación	,123(*)	,166(**)
	Sig. (bilateral)	0,044	0,007
<b>El personal de enfermería si tiene un problema muestra un sincero interés en resolverlo</b>	Coeficiente de correlación	,277(**)	,261(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera</b>	Coeficiente de correlación	,292(**)	,267(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido</b>	Coeficiente de correlación	,257(**)	,239(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores</b>	Coeficiente de correlación	,175(**)	,170(**)
	Sig. (bilateral)	0,004	0,005
<b>El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo</b>	Coeficiente de correlación	,134(*)	,150(*)
	Sig. (bilateral)	0,028	0,014
<b>El personal de enfermería da cuidados con prontitud</b>	Coeficiente de correlación	,183(**)	,232(**)
	Sig. (bilateral)	0,003	<0.001
<b>El personal de enfermería está dispuesta a ayudar</b>	Coeficiente de correlación	,213(**)	,216(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar</b>	Coeficiente de correlación	-0,019	-0,027
	Sig. (bilateral)	0,76	0,666
<b>El personal de enfermería inspira confianza</b>	Coeficiente de correlación	,255(**)	,241(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>Usted se siente seguro con los procedimientos que realiza la enfermera</b>	Coeficiente de correlación	,270(**)	,189(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	0,002
<b>El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes</b>	Coeficiente de correlación	,197(**)	,171(**)
	Sig. (bilateral)	0,001	0,005
<b>El personal de enfermería tiene conocimientos para responder preguntas, dudas</b>	Coeficiente de correlación	,331(**)	,233(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	<0.001
<b>El personal de enfermería da atención individualizada</b>	Coeficiente de correlación	,219(**)	,209(**)
	Sig. (bilateral)	<0.001	0,001
<b>El horario de visita adecuado para pacientes y familiares</b>	Coeficiente de correlación	,151(*)	0,10
	Sig. (bilateral)	0,014	0,104
<b>El personal de enfermería atiende de forma personalizada</b>	Coeficiente de correlación	,162(**)	,163(**)
	Sig. (bilateral)	0,008	0,008
<b>Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes</b>	Coeficiente de correlación	0,113	,170(**)
	Sig. (bilateral)	0,064	0,005
<b>Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes</b>	Coeficiente de correlación	,122(*)	,193(**)
	Sig. (bilateral)	0,046	0,002

#### 6.4.4. Comparación de la satisfacción global con los cuidados y la atención recibida y correlaciones entre pacientes y cuidadores

##### **Satisfacción global**

La muestra de los pacientes obtiene medias más altas tanto en relación a género como en conjunto para la satisfacción global. Las diferencias son muy pequeñas entre 0,28 y 0,50.

Ocurre lo mismo a la hora de valorar la "Satisfacción global con la atención recibida". En cuanto a la valoración de la "Satisfacción con los cuidados", esta obtiene una puntuación más alta que en la valoración de la "Satisfacción global con la atención recibida", pero con unas diferencias muy pequeñas en ambas muestras.

Analizando la "Satisfacción global con la atención recibida" y la "Satisfacción con los cuidados" según sexo y rango de edad, se obtienen los siguientes datos. Las puntuaciones más altas, tanto en la atención recibida (8,00) como satisfacción con los cuidados (9,00), los otorgaron por pacientes mujeres de menos de 75 años. En la muestra de cuidadores, los que más alto valoraron la atención recibida (7,59) fueron las mujeres de más de 75 años. Las puntuaciones más altas en los cuidados (8,75) las otorgaron los hombres entre 65 y 74 años. La diferencia entre las puntuaciones más altas de los dos grupos están entre 0,25 y 0,41.

Los que menos satisfechos quedaron con la atención recibida (6,75) fueron los cuidadores hombres entre 65 y 74 años (6,75), y los menos contentos con los cuidados fueron los hombres entre de 45 y 54 años (6,93).

Si se analiza la satisfacción global con la atención recibida y con los cuidados según los estaciones del año y sexo se puede concluir que no hay diferencias importantes en cuanto a la puntuación de la satisfacción entre los dos grupos.



## **Análisis de las correlaciones**

Tanto en la muestra de los pacientes como en la muestra de los cuidadores la puntuación diferencial de la escala SERVQUAL mostró correlaciones positivas (salvo una en muestra de pacientes y una en muestra de cuidadores), así como estadísticamente significativas con las puntuaciones obtenidas en las preguntas relativas a la "Satisfacción con los cuidados" y a la "Satisfacción global con la atención recibida". Los coeficientes de correlación no fueron demasiado altos.

Donde mayor correlación se obtiene es en la muestra de los pacientes con las preguntas sobre "Satisfacción general con la atención recibida" y la "Satisfacción con los cuidados". La correlación es de 0,623. Las mismas preguntas en la muestra de los pacientes se correlacionan en un 0,560. Como ya se mencionó, esto confirma la hipótesis de que la satisfacción con los cuidados es un predictor en la satisfacción general.

Además, se obtiene una correlación de 0,443 entre la variable "Satisfacción global con los cuidados" y "Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes" en la muestra de los cuidadores. Sin embargo, en la muestra de los pacientes solo se obtiene una correlación de 0,113 para las mismas variables.

## **CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN**



## CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN

La medida recomendada para calcular la consistencia interna de un conjunto de ítems o su fiabilidad es la proporcionada por el coeficiente del alfa de Cronbach. En opinión de Churchill (106), este coeficiente debería ser la primera medida a calcular para valorar la calidad de un instrumento. La aceptación de este coeficiente dependerá de los propósitos de la investigación. En nuestro caso, este coeficiente de fiabilidad se puede considerar un muy buen índice para los propósitos de este estudio. Nunnally (107) y Peterson (108,109) recomiendan el 0,7 como el nivel mínimo para investigación preliminar, 0,8 para investigación básica y 0,9 en investigación aplicada.

Los resultados respecto al perfil del paciente ingresado ponen de manifiesto la edad avanzada de los pacientes y la dependencia asociada a la edad y a la pluripatología que presentan. En relación a los niveles de estudios, destaca la escasa formación. En un estudio multicéntrico con adultos mayores, los autores encuentran también resultados muy similares en cuanto al alto grado de analfabetismo entre sus pacientes (110).

El perfil del cuidador, en cuanto al género y la edad, es muy similar a otros estudios relacionados con los cuidadores: mujer de alrededor de 55 años que no trabaja fuera del domicilio y con estudios primarios (111-114). En cuanto al nivel de educación, se puede destacar que en el presente trabajo se encontró una proporción bastante alta (21,3%) de personas que no han cursado ni estudios básicos.

Con esto cabe añadir que, respecto al alto porcentaje de participantes que no han cursado ni estudios básicos, el resultado del presente estudio es bastante diferente a los índices de analfabetismo a nivel nacional. Esto es

destacable porque en España la tasa de analfabetismo es de 2,6%, y la población sin estudios de 12,8% (115). Este hallazgo, en cuanto al perfil del paciente es importante, ya que los pacientes geriátricos requieren para su autocuidado, para el correcto seguimiento del tratamiento y para poder tomar decisiones sobre su propia salud, una orientación adecuada según sus capacidades funcionales, cognitivas y el ambiente social que les rodea. Hay que adecuar y ofrecer una información a los pacientes en cuanto a su propio cuidado que se corresponda con lo que ellos consideren más idóneo a sus necesidades.

Los resultados de esta investigación indican que las expectativas del paciente ( $6,37 / 7 = 90,28\%$ ), y las percepciones ( $5,87 / 7 = 83,85\%$ ) son altas.

En ambas muestras, las expectativas obtienen una mayor puntuación que las percepciones. Esto significa que los pacientes y cuidadores perciben el nivel de la atención de enfermería como inferior a lo que esperan. En un mundo perfecto, las expectativas y las percepciones serían idénticas, pero la realidad es claramente diferente, también en este campo. Este hallazgo está en la misma línea que los resultados de estudios parecidos realizados en EE.UU., Corea y Singapur, donde también se puntúa la percepción de la atención de enfermería por debajo de las expectativas de los usuarios (6).

La expectativa más alta se observó en el ítem "El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos", en las dos muestras. Este resultado indica que la información es el elemento más importante para los participantes del estudio. También en la literatura aparece la información apropiada que se recibe durante la hospitalización como una de las necesidades a las que se debe prestar una mayor atención por parte de los profesionales (7,8,23,24,116-119).

La expectativa más baja se observó en el ítem “Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno” en ambas muestras. Por lo tanto, puede considerarse que los usuarios esperan mucho de los profesionales de enfermería, el conocimiento y la tecnología, pero no mucho en términos de medio ambiente o de las instalaciones y mobiliario. Sobre esta manifestación hay controversias, ya que en estudios similares valoran espacios nuevos y construcciones nuevas (114,116).

El promedio de la puntuación de los ítems en percepciones supera el 4, salvo en el ítem “Los materiales relacionados con la atención son visualmente atractivos e informativos” (en las dos muestras) y “Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno” (en la muestra de los cuidadores). El resto se sitúa en la franja de valoraciones positivas.

La puntuación más alta en cuanto a las percepciones la obtiene en las dos muestras el ítem “El personal de enfermería tiene buena presencia física”. Aunque en este cuestionario la apariencia física pertenece a la dimensión de tangibilidad, la buena presencia física también tiene su importancia, hasta cierto punto, para que la aplicación de los cuidados resulte agradable. Según Paul Watzlawick y col. “es imposible no comunicar”, y un tipo de comunicación es también la presencia física (120).

En cuanto a las puntuaciones más bajas en percepciones la obtiene el ítem “Los materiales relacionados con la atención (folletos) son visualmente atractivos e informativos”, en las dos muestras. Este aspecto puede ser importante y debería mejorarse, como indican otros autores (121) que también resaltan la importancia que tiene para el paciente recibir una adecuada información por parte del personal de enfermería sobre su tratamiento. Se relaciona la carencia de dicha información con una escasa capacidad de las enfermeras para proporcionarla o una falta de predisposición o una sobrecarga de trabajo (122-124). Factores que, como

en nuestro caso, también se valoran negativamente en el ítem "El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar"

Tanto los pacientes como los cuidadores otorgaron una puntuación más alta en las expectativas que en las percepciones, lo que significa que se produjo una brecha de calidad.

El máximo nivel de insatisfacción se observa en la valoración de los materiales informativos y las instalaciones del hospital, seguido de la valoración sobre el grado de ocupación de las enfermeras y las explicaciones que se dan sobre tratamientos o procedimientos. Los dos primeros ítems hacen referencia a los servicios tangibles del centro hospitalario, mientras que los dos últimos hacen referencia a la atención del personal de enfermería. La opinión sobre el aspecto del hospital puede ser importante y debería mejorarse. Se requieren mejoras en cuanto a la confortabilidad. Espacios reducidos e instalaciones no adaptadas a las necesidades dificultan la estancia hospitalaria. Estudios sobre la tangibilidad de los centros donde se atiende a personas de avanzada edad demuestran que estos están más satisfechos con la atención cuando se realiza en edificaciones nuevas y luminosas (116). En el ambiente hospitalario, los usuarios deben encontrar una estructura física del edificio, como del mobiliario, en buenas condiciones y de apariencia agradable (123).

El mínimo nivel de insatisfacción se observa en la valoración de la presencia física de las enfermeras (obtiene la puntuación más alta en percepciones), seguido del horario de visitas. En el Hospital Virgen del Valle, el horario de visitas es hasta las 22 horas y se permite la estancia nocturna de un familiar para acompañar al enfermo.

En cuanto a la valoración de las brechas absolutas de las 5 dimensiones, tanto los cuidadores como los pacientes las marcan en la dimensión de la tangibilidad. También aquí, estudios parecidos realizados en España hallan el

mismo resultado (7). Esto muestra claramente que la dimensión de tangibilidad constituye el problema más delicado en el hospital. El hábitat del centro resulta poco acogedor para los usuarios y la información escrita disponible no es buena. Sin embargo, el aspecto del personal de enfermería parece muy aceptable. Estos resultados implican la necesidad de una gestión e intervenciones para mejorar el entorno físico del hospital. Sin embargo, en la valoración de la importancia de la dimensión de la tangibilidad (entre 1 y 5), nos encontramos con que la tangibilidad es la que menos importa a los enfermos cuando se les pregunta sobre la importancia relativa de las dimensiones.

A la hora de la valoración de la dimensión más importante en los cuidados para los pacientes, esta es la empatía. Algunos autores describen que la atención individualizada, la empatía y el respeto de la dignidad de los ancianos son elementos muy favorecedores para mantener la autonomía, la identidad personal y el correcto concepto de sí mismos. El tipo de trato y la información durante la hospitalización aparece en la bibliografía consultada como una de las necesidades a las que se debe prestar una mayor atención por parte de los profesionales. Los contactos frecuentes y la comunicación con los consumidores se perciben como una de las garantías de calidad de la atención (121,122). Algunos autores resaltan la importancia que tiene para el paciente recibir una adecuada información por parte del personal de enfermería sobre su tratamiento (125,126).

El trato humano recibido por parte del personal sanitario, destacando los elementos de la empatía, la información transmitida de forma comprensible y el tiempo dedicado por el profesional a la relación personal con la persona a la que atiende, así como la posibilidad de ésta para expresarse, son los principales factores que influyen en la satisfacción con la atención recibida, así como el hecho de que se tengan en cuenta los intereses y las expectativas de la persona (127,128).



En cuanto al análisis de las cinco dimensiones del instrumento aplicado, los resultados muestran que la “tangibilidad” es muy importante para los cuidadores con enfermos de dependencia significativa: mientras más dependientes sean los enfermos, peor se valoran las cosas tangibles. Estos cuidadores se encuentran muchas veces con dificultades para el aseo y para la movilización de los pacientes si los espacios son reducidos y las instalaciones no están adaptadas a las necesidades de los enfermos. Estudios sobre la tangibilidad de los centros donde se atiende a personas de avanzada edad demuestran que están más satisfechos con la atención en edificaciones nuevas y luminosas (116,129). En el ambiente hospitalario se debe encontrar una estructura física del edificio, como del mobiliario, en buenas condiciones de apariencia agradable.

Para la dimensión "fiabilidad" se obtuvo una relación estadísticamente significativa en los cuidadores que comparten domicilio con el enfermo. Esto no debería causar sorpresa, ya que estos cuidadores son los que realmente conocen las dificultades añadidas del trabajo con personas de avanzada edad, pues conviven con ellos las 24 horas. También se encontró el hallazgo de que esta dimensión la valoran más los cuidadores “sin estudios”. Otros estudios parecidos encontraron que el nivel educativo y el sexo fueron determinantes en la satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería (129).

La “capacidad de respuesta” es más valorada en el grupo de estudios universitarios. Algunos estudios relacionan el nivel de estudios con la disconformidad (130). El reto de la enfermería es ofrecer cuidado y continuidad en el mismo. Probablemente esta situación debería ser asumida con más visibilidad. En cuanto a la “seguridad”, las diferencias encontradas tienen que ver con el género (la mujer puntúa más alto). Los cuidadores que no conviven con el enfermo y los cuidadores sin estudios (en el grupo de los estudios primarios) también la puntúan más alto. Algunos estudios parecidos encontraron que el nivel educativo y el género fueron determinantes de la

satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería (124,130), pero no hacen referencia a si encuentran diferencias concretamente en relación a la seguridad.

En la dimensión “empatía”, los hombres están más satisfechos que las mujeres, donde también puntúan más los cuidadores que no comparten domicilio. Los que peor valoran esta dimensión son los cuidadores con estudios universitarios.

El tipo de trato y la información durante la hospitalización aparece en la bibliografía consultada (9,121,122) como una de las necesidades a las que se debe prestar una mayor atención por parte de los profesionales. Algunos autores resaltan la importancia que tiene tanto para el paciente como para el cuidador recibir una adecuada información por parte del personal de enfermería sobre su tratamiento. Los contactos frecuentes y la comunicación con los consumidores son claramente percibidas como una de las garantías de calidad de la atención (121). Recordemos, los factores que hacen del trato recibido por el personal sanitario un trato humano de calidad y se asocian a una mayor satisfacción son la empatía, la información transmitida de forma comprensible y el tiempo dedicado por el profesional a la relación personal con la persona a la que atiende, así como la posibilidad de esta para expresarse y el hecho de que se tengan en cuenta los intereses y las expectativas de la persona (122,125,126).

Los datos obtenidos en esta tesis doctoral ponen de manifiesto que no existe relación entre las valoraciones de las dimensiones y los días de estancia en el hospital de los pacientes, ni el motivo de ingreso. Aunque existen estudios que evalúan las 5 dimensiones de SERVQUAL (131-133), ninguno de ellos analiza significación estadística con estas variables.

Si se analiza la satisfacción global con la atención y con los cuidados, los resultados son “mediatamente buenos”, siempre obteniendo una puntuación

ligeramente más alta en la valoración de los cuidados. Este hallazgo es muy similar a estudios parecidos realizados en diferentes ámbitos (131). En cuanto a la satisfacción, la mujer siempre puntúa ligeramente más alto, mientras que en otros estudios parecidos se encuentra que la mujer puntuó más bajo. Las diferencias halladas en la valoración de la satisfacción global según las variables sociodemográficas, tanto con los cuidados como con la atención global, son muy pequeñas. La máxima diferencia se encuentra entre la valoración de los cuidados de los yernos (8,50) y la valoración de la atención global del cuidador contratado (6,75). La diferencia es 1,75, lo que en una escala de 0 a 10 significa un 17%, considerada como "de mínima importancia". No se pudo contrastar este resultado, ya que no se encontraron otros estudios parecidos. No se ha encontrado diferencia en cuanto a la valoración de la satisfacción y estación del año.

Los factores determinantes que intervienen a la hora de expresar el nivel de satisfacción en los cuidadores son sexo, edad, compartir domicilio, ingreso anterior, tiempo de estancia en el hospital y el nivel de dependencia del enfermo al que cuidan.

Por parte de los pacientes, los factores determinantes que intervienen a la hora de expresar el nivel de satisfacción de los ítems son sexo, edad, tener cuidador fuera del hospital, comparten domicilio con el cuidador, ingreso anterior, tiempo de estancia en el hospital, nivel de dependencia y el tipo de enfermedad. Algunos estudios parecidos encontraron que el nivel educativo y el sexo fueron determinantes de la satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería (131,132).

Otros autores observaron una relación entre la satisfacción y la edad, así como con el estado de salud autopercebido en el momento del ingreso (122,123). En España, los estudios no encontraron relación entre la satisfacción y el sexo, el nivel de estudios o la ocupación del paciente, pero sí con la edad (7). También existen estudios que encontraron que la experiencia

de ingresos previos influyó en la valoración de los cuidados de enfermería (7,134). Las causas que pueden justificar estas diferencias entre los resultados no son fáciles de determinar, pero deben estar relacionadas con aspectos relativos a las características de la muestra y el análisis de los datos.

La puntuación diferencial de la escala SERVQUAL mostró correlaciones positivas y estadísticamente significativas con las puntuaciones obtenidas en las preguntas relativas a la satisfacción con la atención de enfermería y a la satisfacción general con la atención recibida en ambas muestras. Este hallazgo afirma la teoría de algunos autores, para los que la satisfacción con el personal de enfermería es un predictor de satisfacción global con el hospital (7,117,129).

La segunda correlación más significativa se obtuvo entre la variable "Satisfacción global con los cuidados" y "Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes". La correlación de estas dos variables podría ser un hallazgo muy importante, pues en la actualidad la cuestión de si la enfermera tiene o no un papel como defensora de los pacientes o no es un asunto de alto interés, especialmente en países como Inglaterra y EE.UU. (135-137).

El resto de los 22 aspectos propuestos en el cuestionario no se pueden considerar significativamente relacionados con la valoración global de la satisfacción. Se puede decir que tanto la "Satisfacción con los cuidados" como la "Satisfacción global con la atención recibida" miden aspectos que no están completamente recogidos por el cuestionario.

Los resultados ponen de manifiesto un elevado nivel de satisfacción general, tanto con los cuidados como con la atención recibida. Dados los resultados de esta investigación, consideramos que el cuestionario SERVQUAL es

adecuado para evaluar la calidad del servicio de geriatría, y comparte la misma conclusión que estudios similares (132,138).

## **8. CONCLUSIONES**



## CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta tesis doctoral ha sido estudiar las expectativas y percepciones de los cuidados de los pacientes y de sus cuidadores. Basándonos en los resultados del estudio, podemos extraer las siguientes conclusiones vinculadas a cada objetivo específico:

Relacionadas con el objetivo 1:

Las expectativas de los pacientes y de los cuidadores en relación con los cuidados prestados son generalmente altas. De hecho, las expectativas obtienen una mayor puntuación que las percepciones. Pacientes y cuidadores poseen expectativas altas respecto a la comunicación: los usuarios desean recibir servicios donde se les informe y donde haya una comunicación permanente. La carencia de información resulta, por tanto, lo peor valorado por los usuarios. Entre las preocupaciones menores se encuentran el aspecto y la apariencia del mobiliario o el equipamiento médico. Las percepciones sobre la presencia física obtienen una alta valoración por parte de los participantes en el estudio.

Relacionadas con el objetivo 2:

La evaluación de la calidad percibida de los cuidados se calculó por la diferencia entre las dos subescalas ( $Q_p = \text{percepción} - \text{expectativa}$ ), la cual mostró resultados satisfactorios. Los resultados de las diferencias entre las dos subescalas mostraron que las expectativas del paciente son ligeramente superiores en relación a su percepción. El máximo nivel de insatisfacción se observó, como ya hemos comentado, en cuanto a los materiales informativos. También se mostraron insatisfechos sobre el grado de ocupación de las enfermeras.



Aun así, se puede decir que la satisfacción de los pacientes y cuidadores con la atención de enfermería es alta, pero dados los datos del estudio, es posible mejorar la percepción de los cuidados atendiendo al incremento y mejora de la información a los usuarios, así como los materiales relacionados con la atención.

Relacionadas con al el objetivo 3:

Los factores analizados en la presente tesis doctoral (género, edad, nivel de estudios del cuidador, tiempo de hospitalización, nivel de dependencia del enfermo, convivencia continua, e ingresos anteriores) han proporcionado resultados relevantes. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas tanto en relación de algunos ítems como en relación a la importancia de las dimensiones establecidas en SERVQUAL.

Relacionadas con el objetivo 4:

El presente estudio revela que la dimensión que necesita más atención es la empatía, pues es el factor más valorado según importancia de las dimensiones de SERVQUAL. Por tanto, el aspecto más valorado hace referencia a la calidad humana, y la atención personalizada, considerando que la empatía es la provisión de cuidado y la capacidad de mostrar compasión hacia los usuarios.

Relacionadas con el objetivo 5:

Se puede concluir que las correlaciones son positivas y estadísticamente significativas, confirmando así la hipótesis de que el personal de enfermería es un factor predictor de la satisfacción global del usuario con atención en general.

## **Aspectos generales**

Se pretendió dotar de suficiente validez a esta investigación, con el objetivo de que sirva de aplicación para futuras intervenciones e investigaciones. Este trabajo se encuentra en la línea de las actuales investigaciones sobre la mejora de cuidados, orientado a la búsqueda de la excelencia de los mismos. Dada la escasez de estudios similares en el ámbito de ciencias de la salud, consideramos que todos estos factores otorgan relevancia y utilidad al presente estudio.

Una de las características más destacadas de este estudio es la recogida de información de un grupo de 267 personas con una edad media de 84,5 años. Hasta ahora no se ha realizado un estudio así, ni a nivel nacional, ni a nivel internacional, por las dificultades de la recogida de datos en un grupo etareo similar.

Los resultados de esta tesis doctoral han servido para trasladar algunas recomendaciones y propuestas del grupo investigador a la dirección de enfermería del hospital donde se desarrolló la misma. Se propusieron acciones de mejora de acuerdo con los resultados obtenidos, diseñándose medidas de mejora en las áreas detectadas por los usuarios como deficitarias. Se espera que en breve se pueda proceder a su implementación, que requeriría reevaluaciones futuras.

Se considera que el cuestionario SERVQUAL es adecuado para evaluar la calidad del servicio de geriatría. La escala SERVQUAL, utilizada para medir la satisfacción con la atención de enfermería, es fiable y aceptablemente válida. Aunque consideramos que este estudio proporciona conclusiones relevantes en relación al objetivo perseguido, su aplicación se ha probado para un caso concreto, lo que supone una limitación de la investigación que justifica la conveniencia de replicar el análisis en otros establecimientos hospitalarios.

Con el fin de proporcionar un servicio de alta calidad, las diferencias entre las expectativas y percepciones han de ser reducidas. Para ello, el personal de enfermería debe identificar exactamente las expectativas de los usuarios. Esto les permitirá ofrecer una atención de enfermería de calidad para pacientes y sus cuidadores en el medio hospitalario. A pesar de que los usuarios reportan una alta satisfacción y valoran muy bien la atención de la enfermería, sería muy importante mejorar y optimizar los factores de atención que se identifican como influyentes en la calidad del cuidado, y lograr así unos cuidados que respondan a la demanda de los usuarios.

El conocimiento de las deficiencias detectadas sobre la atención proporciona a las enfermeras información valiosa sobre las áreas específicas donde se debe intervenir para conseguir cambios favorables para aumentar la percepción de la calidad.

## **CAPÍTULO 9. RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES**



## **CAPÍTULO 9. RECOMENDACIONES PARA FUTURAS INVESTIGACIONES**

La satisfacción del paciente se ha convertido en un indicador de calidad para los entornos de atención de salud. Por ellos, la investigación de enfermería en el área de satisfacción con la atención continuará siendo importante en el desarrollo de actuaciones que aumenten la satisfacción de los pacientes y, en su caso, también de sus cuidadores.

Del mismo modo que el proceso de enfermería determina la evaluación continua de sus acciones y las subsiguientes alteraciones en las intervenciones para mejorar los resultados de los pacientes, las investigaciones deben buscar constantemente describir y definir las actuaciones más efectivas de los profesionales de enfermería.

También, sería interesante implementar mejoras basadas en las necesidades detectadas en este estudio y realizar una reevaluación del mismo para determinar si los usuarios han detectado una mejora de atención como consecuencia de dicha implementación.

Seguir realizando proyectos para evaluar la satisfacción de los usuarios sería un valor añadido a los estudios de calidad, especialmente para grupos como, por ejemplo, los reingresados. Estudios en este ámbito podrían añadir unos resultados especialmente interesantes, ya que se sabe que en los pacientes geriátricos los reingresos son muy frecuentes, y las expectativas pueden verse modificadas.

Es importante incidir en la continuidad del análisis de las expectativas sobre el cuidado, pues ello llevaría a una mejora de las relaciones de confianza

entre los usuarios y profesionales de enfermería. Los datos obtenidos serían útiles para ampliar el conocimiento en este ámbito.

Asimismo, incorporar investigaciones cualitativas con la ayuda de grupos focales o entrevistas individuales puede ayudar a los pacientes a verbalizar las experiencias favorables o desfavorables y aclarar sus expectativas.

La realización de este tipo de estudios es de gran utilidad, dado que permite valorar de forma relativamente rápida y económica patrones de problemas existentes en el grupo objeto de estudio, valorar la importancia que estos tienen para el grupo estudiado, y establecer prioridades. Incluso podría servir de punto de partida para la creación de instrumentos de evaluación universales.

Por otra parte, se dispone de evidencia para justificar cambios en el funcionamiento de las Unidades. Cambios que deben servir para diseñar estrategias de intervención dirigidas a mejorar la calidad de la asistencia prestada por enfermería, así como para futuras investigaciones que evalúen el impacto de estas medidas.

Se pretendió dotar al estudio de suficiente validez con el propósito de que resulte de utilidad para futuras investigaciones e intervenciones sobre el tema.

## **BIBLIOGRAFÍA**





## BIBLIOGRAFIA

1. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE nº 102; 15207-15224 (25 de abril de 1986). [Internet]. [Actualizado el 28 de marzo de 2014. Consultado el 19 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499&p=20140328&tn=2>.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La calidad asistencial en la Unión Europea. Informe anual del sistema nacional de salud 2005. [Internet]. [Consultado 19 May 2017]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/docs/2005/Cap3CalidadAsistencialEuropa.pdf>
3. RAE: Real Academia Española. [Internet]. Madrid: RAE; 2017 [Consultado 23 Ene 2017]. Diccionario de la Real Academia Española. Voz "Calidad". Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P|6nXVL1Z>. Íbidem. Voz "Cuidar". Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=Bbp9xql>.
4. Román Y, de Dios J. Calidad de la atención de enfermería en los servicios quirúrgicos del Hospital Clínico quirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany". MEDISAN [Internet]. 2014 [Consultado 3 Jun 2016];18(11):1593-1602. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014001100015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100015).
5. Massip C, Ortiz M, Llantá AC, Peña FM, Infante OI. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Cubana Salud Pública. [Internet]. 2008 [Consultado 23 Ene 2017];34(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013).
6. Sayed HY, Mohamed HA, Mohamed EE. Patients' Perceptions As Indicators of Quality of Nursing Service Provided At Al Noor Specialist Hospital at Makkah Al Moukarramah, KSA. J Am Sci. 2013;9(5):71-78.

7. González MA, Padín S, De Ramón E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enfer. Clín.* 2005;5(3):147-55.
8. Lynn M, McMillen BJ. Do nurses know what patients think is important in nursing care? *J. Nurs. Care Qual.* 1999;13(5):65-74.
9. Alberich T. Envejecimiento físico, psicológico y social. En Alberich T. *Intervención social y sanitaria con mayores: manual para el trabajo con la 3ª y 4ª edad.* Madrid: Dykinson; 2008. p. 17-48.
10. Alvarado GA, Salazar MA. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos.* 2014;25(2):57-62.
11. Massone MF, Valdebenito GX, Vogel N. Observaciones de la vejez en familia. Una aproximación desde la coresidencia intergeneracional. *Gazeta de Antropología [Internet].* 2010 [Consultado 23 Feb 2017];26(1):Artículo 17. Disponible en: [http://www.ugr.es/~pwlac/G26\\_17Francisca\\_Massone-Ximena\\_Valdebenito.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G26_17Francisca_Massone-Ximena_Valdebenito.html).
12. SENAMA / Servicio Nacional del Adulto Mayor. Glosario Gerontológico [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile; c2011[Consultado 7 May 2017]. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO GERONTOLOGICO.pdf>.
13. IMSERSO. Informe 2014. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [Consultado 23 Feb 2017]. Disponible en: [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029\\_info2014pm.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22029_info2014pm.pdf).
14. Abellán GA, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: Informes Envejecimiento en red; 2015. p. 1-16 [Consultado 12 Feb 2017]. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>.

15. Segovia DM, Torres HE. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos [Internet]. 2011 [Consultado 15 Feb 2017]; 22(4):162-166. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2011000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003)

16. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. Health Soc Care Community. 2009;17(5):447-458.

17. Ruland C. Decision Support for Patient Preference-based Care Planning: Effects on Nursing Care and Patient Outcomes. J Am Med Inform Assoc. 1999;6(4):304-312.

18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La esperanza de vida libre de incapacidad: un indicador estructural [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2008. [Consultado 8 May 2017]. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/informeEVLI.pdf>.

19. Zank S, Schacke C. Evaluation of Geriatric Day Care Units Effects on Patients and Caregivers. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2002;57(4):348-357.

20. FCA: Family Caregiver Alliance. Family Caregiver Alliance Fact sheet: Selected caregiver statistics [Internet]. San Francisco: CA; 2016 [Consultado 23 Marz 2017]. Disponible en: <https://www.caregiver.org/caregiver-statistics-demographics>.

21. Turnbull GJ. A review of post-traumatic stress disorder. Part II. Treat Inj. 1998; 29:169-175.

22. Silberstein D. La familia, un paciente olvidado. *Rev Rol Enf.* 1997;223:25-30.
23. Isola A, Backman K, Voutilainen P, Rautsiala T. Family members' experiences of the quality of geriatric care. *Scand. J. Caring Sci.* 2003;17(4):399-407.
24. Voutilainen P, Backman K, Isola A, Laukkala H. Family members perceptions of the quality of long-term care. *Clin. Nurs. Res.* 2006;15(2):135-49.
25. Hancock K, Chang E, Chenoweth L, Clarke M, Carroll A, Jeon Yh. Nursing needs of acutely ill older people. *J. Adv. Nurs.* 2003;44(5):507-16.
26. Ubeda I. Atención a la familia ¿Utopía o realidad? *Rev Rol Enf.* 1995;203-204:75-78.
27. Kjerulf M, Regehr C, Popova SM, Baker AJ. Family perceptions of end-of-life care in an urban ICU. *Dynamics.* 2005;16(3):22-5.
28. Baker R et al. Family Satisfaction with End-of-Life Care in Seriously Ill Hospitalized Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2000;48(S1):61-69.
29. Castledine G. Is nursing care losing its holistic focus? *British J Nurs.* 2001;10: 109.
30. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre El Envejecimiento Y La Salud. Estados Unidos de América: Ediciones de la OMS; 2015.
31. Confederación Española de Organizaciones Empresariales. El Envejecimiento De La Población Y Sus Efectos En El Mercado Laboral Español. Madrid: CEOE; 2016.
32. Índice Global De Envejecimiento, Age Watch 2014. Informe en Profundidad. [Internet]. Londres: HelpAge International; 2014 [Consultado 23 Ene 2017].

Disponible en: <http://www.helpagela.org/silo/files/ndice-global-de-envejecimiento--informe-en-profundidad.pdf>.

33. Pérez DJ. El envejecimiento de la población española. Investigación Y Ciencia. [Internet] 2010 [Consultado 23 Ene 2017];410:34-42. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/29071/1/2010Inv%2BCiencia.pdf>.

34. Del Barrio TE, Abellán GA. Las Personas Mayores En España. Datos Estadísticos Estatales Y Por Comunidades Autónomas. Informe 2008/Tomo I [Internet]. Madrid: Grafo S.A; 2009 [Consultado 20 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infppm2008.pdf>.

35. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad. [Internet]. Malta: Ediciones de la Organización Mundial de la Salud; 2011 [Consultado 13 May 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230\\_spa.pdf](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf).

36. Carretero S, Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2009 [Consultado 20 Ene 2017];49(1):74-79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2008.05.004>.

37. Ribera Casado JM. Características generales del paciente geriátrico. Rev Clín Urolog. 1993; 2:13-24.

38. Gonzalo E, Pasarín, MI. La salud de las personas mayores. Gac Sanit. 2004;18(4):69-80.

39. Romero L et al. El paciente anciano: demografía, epidemiología y utilización de recursos. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: International Marketing & Communication SA; 2006. p. 33-46.

40. Santana SR, Navarro GR, Navarro NR, Valencia SL, Martín GF. Necesidad de valoración geriátrica integral en traumatología. Canarias Médica y Quirúrgica. [Internet]. 2009 [Consultado 25 Mar 2017];6(18):4-6. Disponible en [http://www.acceda.ulpgc.es/bitstream/10553/5932/1/0514198\\_00018\\_0001.pdf](http://www.acceda.ulpgc.es/bitstream/10553/5932/1/0514198_00018_0001.pdf).
41. Robles RJ, Miralles BR, Llorach GI, Cervera AM. Definición y objetivos de la especialidad de Geriátrica. Tipología de ancianos y población diana. En Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: International Marketing & Communication SA; 2006. p. 25.-33.
42. López RM, Colas TMI, Hernández FE, Ruiz JD, Padin MC, Morell MR. Envejecer: aspectos positivos, capacidad funcional, percepción de salud y síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años. Enf Clín. 2006;16(1):27-34.
43. Ollero BM et alii, coordinadores. Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2007 [Consultado 23 Abr 2017]. Disponible en: [https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/576/5/PAI\\_AtencionPacPluripatologico\\_2ed\\_2007.pdf](https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/576/5/PAI_AtencionPacPluripatologico_2ed_2007.pdf).
44. Pfizer. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010 [Internet]. Madrid: Fundación Pfinzer; 2002 [Consultado 19 May 2017]. Disponible en: [https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/pdf/pfizer\\_dependencia\\_necesidades.pdf](https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/pdf/pfizer_dependencia_necesidades.pdf).
45. Díaz FF, Sanz NM, Gómez BR, Prieto EC, Moreno BP. Cuidando al cuidador del paciente con demencia: Intervención educativa de la enfermera especialista en geriatría y gerontología. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2014 [Consultado 23 Abr 2017];10(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0778.pdf>.

46. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco [Internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2014 [Consultado 23 Ene 2017] Disponible en: [http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/bi  
nario/libroblanco.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/bi<br/>nario/libroblanco.pdf).
47. Baldwin, SM. The Cost of Caring: Families with Disabled Children. Londres: Routledge & K. Paul; 1985.
48. Wicks, M. Community care and elderly people. En Walker A, editor. Community Care: The family, the State and the social policy. Oxford: Blackwell; 1982. p. 97-117.
49. Bayley M. Mental Handicap and Community Care. Londres: Routledge & K. Paul; 1973.
50. Bayley, M. Community Orientated Systems of care. Berkhamsted: Volunteer Centre; 1978.
51. Wilkin D. Caring for the mental handicapped child. Londres: Croon Helm; 1979.
52. Twigg J. Cuidadores de los ancianos: modelos para un análisis. En: Jamieson A, Illsley R, editores. Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas. Barcelona: SG; 1993. p. 35-50.
53. Bazo M, Ancizu I. El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada. REIS. 2004;105(1):43-77.
54. Caja CB, Marcos MM. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. Nure Inv. 2004;1(11):1-7.



55. Cerrato IM, De Trocóniz F, López AL. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anal Psic.* 1998;14(2):229.
56. Bover A, Gastaldo D. La centralidad de la familia como recurso en el cuidado domiciliario: perspectivas de género y generación. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(1):9-16.
57. Silva Chávez PD, Pérez Villegas VE. Identificación del síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo en pacientes de la consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Quito N. 1 de la Policía en el periodo comprendido entre octubre del 2014 y enero del 2015 [Tesis]. [Internet]. Quito: Pontificia. Universidad Católica del Ecuador; 2015 [Consultado 13 Abr 2017]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/8876>.
58. Rivas Herrera JC, Meléndez Ostiguín RM. Cuidador: ¿Concepto operativo o preludeo teórico? *Enfermería universitaria.* 2011;8(1):49-54.
59. Krevers B, Närväanen AL, Öberg B. Patient evaluation of the care and rehabilitation process in geriatric hospital care. *Disability and rehabilitation.* 2002;24(9):482-491.
60. Llanes Betancourt, C. Evaluación funcional y anciano frágil. *Revista Cubana de Enfermería.* [Internet]. 2008 [Consultado 19 May 2017];24(2):0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192008000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000200005).
61. Marín P. Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral. *Reumatología.* 2004;20(2):54-7.
62. Inouye SK, Wagner DR, Acampora D, Horwitz RI, Cooney Jr LM, Tinetti ME. A controlled trial of a nursing-centered intervention in hospitalized elderly medical patients: the Yale Geriatric Care Program. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46:792-4.

63. Smyth C, Dubin S, Restrepo A, Nueva-Espana H, Capezuti E. Creating order out of chaos: models of GNP practice with hospitalized older adults. *Clin Excell Nurse Pract.* 2001;5:88-95.
64. Angulo AD, Suaza MP, Romero K, Sampablo FZ, Huila N. Dotación del recurso humano de enfermería según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo Neiva 2014. [Internet]. Neiva: Universidad Surcolombiana; 2014 [Consultado 20 Abr 2017]. Disponible en <https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Enfermeria/232.T.G-Yuly-Andrea-Duran-Angulo-Diana-Marcela-Perdomo-Suaza-Martha-Katherine-Romero-Losada-Luisa-Fernanda-Zuiga-Sampablo-2014.pdf>.
65. Parasuraman A, Berry LI, Zeithaml VA. Understanding Customer Expectations of Service. *Sloane Manag Rev.* 1991;Spring:39-48.
66. Lovelock CH. Classifying services to gain strategic marketing insights. *J Mark.* 1983; 47:9-20.
67. Kotler P, Bloom P. *Marketing professional services.* Englewood Cliffs, New Jersey: USA Prentice Hall Inc; 1984.
68. Grönroos C. A service quality model and its marketing implications. *Eur J Mark.* 1984;18(4):36-44.
69. Cronin Jr JJ, Taylor SA. SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *J Mark.* 1994;58(1):125-131.
70. Grönroos C. From marketing mix to relationship marketing: towards a paradigm shift in marketing. *Manage decis.* 1994;32(2):4-20.
71. Gronroos C. Service quality: The six criteria of good perceived service. *Rev busin.* 1988;9(3):10.

72. Zeithaml VA. How Consumer Evaluation Processes Differ between Goods and Services. *Mark Serv.* 1981;186-189.
73. Malagón G, Morera G, Laverde GP. *Garantía de calidad en salud.* Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2006.
74. Mompert M, Duran M. La calidad en la atención a la salud y los cuidados enfermeros. En: Mompert García MP, Durán Escribano M. *Administración y gestión.* Valencia: Difusión Avances de Enfermería; 2009. p. 411-441.
75. Contreras CCT. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Av Enfer.* 2010;28(2):98-110.
76. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Cal Asisten.* 2002;17(1):22-29.
77. Losada M, Rodríguez A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración [Internet].* 2007 [Consultado 15 Ene 2017];20(34):237-258. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20503411>.
78. Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M, Piñol JL. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Aten. Primaria.* 2003;31(5):307-314.
79. Binnie A, Titchen A. Freedom to Practise. The development of Patient-Centred Nursing. *International Journal of Nursing Studies.* 2001;38(3):369-371.
80. Williams G. Calidad de los Servicios de Salud. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. [Internet]. 2009; 1-13. [Acceso 13-04-2017] Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28\\_calidad.pdf](http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf).
81. Peiró S, Libroero J. Evaluación de la calidad a partir del conjunto mínimo de datos básicos al alta hospitalaria. *Rev. Neurol.* 1999;29(7):651-61.

82. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. *Medicina clínica*. 2000;114(12):460-463.
83. Lillo-Beneyto A, Doménech Y, Giménez-Bartomeu V, Lorenzo-García J. La calidad en los servicios sociales de atención primaria desde la perspectiva de las personas usuarias. *Portularia*. 2012;12(Extra):61-71.
84. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva* [Internet]. 1998 [Consultado 20 Ene 2017];4:12-18. Disponible en: [http://calite-revista.umh.es/indep/web/art\\_servqhos.pdf](http://calite-revista.umh.es/indep/web/art_servqhos.pdf).
85. Mira JJ, Galdón M, García EI, Velasco MV, Lorenzo S, et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica DELPHI. *Rev. Calid Asist* [Internet]. 1999 [Consultado 21 Ene 2017];14:165-177. Disponible en: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/49.pdf>.
86. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2002;17(5):273-283.
87. Miró Ó, Sánchez M, Mestre G, Coll-Vinent B, Bragulat E, Espinosa G et al. Evaluación del impacto en la calidad asistencial y análisis coste-efectividad de la reforma de un servicio de urgencias de medicina. *Med Clín*. 2001;117(1):7-11.
88. Zeithaml VA, Bitner MJ, de Lara Choy MIP, Hirschfeld AL, Becerril SP. *Marketing de servicios: un enfoque de integración del cliente a la empresa*. México: McGraw-Hill; 2002.
89. Kurtz DL, Clow KL, Ozment J. A longitudinal study on the stability of consumer expectations of services. *J Bus Res*. 1998;42(1):63-73.

90. Edvardsson B, Olsson J. Key Concepts for New Service Development. *The Serv Indust J.* 1996;16(2):140-164.
91. Parasuraman A, Berry LI, Zeithaml VA. Understanding Customer Expectations of Service. *Sloane Manag Rev J.* 2002;16(4):363-379.
92. Schiffman LG, Kanuk LL. *Consumer Behaviour.* Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall;1997. p. 199.
93. Sureshchandar G, Rajendran C, Anantharaman R. The relationship between service quality and customer satisfaction – a factor specific approach. *J Serv Market.* 2002;16(4):363-379.
94. Ministerio de la Presidencia. Evaluar la calidad de un servicio público – Aeval. Guía para la evaluación de la calidad de los Servicios Públicos [Internet]. Madrid: Ministerio de la Presidencia. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios; 2009 [Consultado 13 Abr 2017]. Disponible en: [http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/calidad/quias/Guia\\_evaluacion\\_calidad.pdf](http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/calidad/quias/Guia_evaluacion_calidad.pdf).
95. Parasuraman A, Berry LL, Zeithaml VA. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing.* 1988;64(1):12-40.
96. Chakraborty R, Majumdar A. Measuring consumer satisfaction in health care sector: the applicability of Servqual. *Res World.* 2011;2(4):149.
97. Kilbourne W, Duffy J, Duffy M, Giarchi G. The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality. *J Serv Mark.* 2004;18(7):524-533.
98. Cabello E, Chirinos J. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Rev Med Herediana.* 2012;23(2):88.

99. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retail*. 1998;64(2):12-37.
100. Taylor SA, Cronin JJ. Modelling patient satisfaction and service quality. *J Health Care Mark*. 1994;14(1):34-44.
101. Youssef FN, Nel D, Bovaird T. Health-care quality in NHS hospitals. *Int J Health Care Qual Assur*. 1996;9(1):15-28.
102. Curry A, Sinclair E. Assessing the quality of physiotherapy services using SERVQUAL. *Int J Health Care Qual Assur*. 2002;15(4/5):197-204.
103. Luke GJ. An assessment of the service quality expectations and perceptions of the Awali Hospital in the Kingdom of Bahrain [Tesis online]. Grahamstown: Rhodes Investec Business School; 2008 [Consultado 23 Ene 2017]. Disponible en: <http://contentpro.seals.ac.za/iii/cpro/app?id=8690959652924958&itemId=1003850&lang=eng&service=blob&suite=def>.
104. Literas L, Navarro A, Fontanals MD. Diseño y validación de una escala de satisfacción y calidad de vida para usuarios de centros residenciales y sociosanitarios. *Rev Esp Ger Gerontol*. 2010;45(6):320-325.
105. Muhammad M, Mubashir I, Muhammad K. Service Quality of News Channels: A Modified SERVQUAL Analysis. *OBS [Internet]*. 2014 [Consultado 23 Abr 2017];8(1):171-188. Disponible en: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/obs/v8n1/v8n1a08.pdf>.
106. Churchill G. A Paradigm for developing better measures of marketing constructs. *J Mark Res*. 1979;16:64-73.
107. Nunnally J. *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill; 1978.

108. Peterson R, Albaum G, Beltramini R. A Meta-analysis of Effect Sizes in Consumer Behavior Experiments. *J. Cons. Res.* 1984;12(June):97-103.
109. Peterson R. A meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha. *J Cons Res.* 1994;21(2):381-391.
110. López MR, López TJ, Castrodeza SF, Tamames GS, León CT. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Rev Esp Geriatr. Gerontol.* 2009;44(1):5-11.
111. Mendoza SR, Hernández GE, Medina PM, Company SM, Gómez PM, Estrada SPL et al. Perfil del cuidador principal en el área de salud de Gran Canaria. *Ene [Internet].* 2014 [Consultado 1 Abr 2017];8(2):0-0. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/435>.
112. Muíño JM, Vidal FM, Rodríguez RE, Hermida RA, Herves RE. Perfil sociocultural de los cuidadores de pacientes inmovilizados en Atención Primaria. *Cuad At Prim.* 2009;16(4):280-283.
113. López CP, Rodríguez PM, Herrero DM. Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche. *Gerokomos.* 2009;20(4):167-171.
114. Bermejo HJ, Villaceros DM, Carabias MR, Lozano GB. Niveles y motivos de satisfacción o insatisfacción en los familiares de los fallecidos en una unidad de cuidados paliativos. *Gerokomos.* 2014;25(3):111-114.
115. Instituto Nacional de Estadística. Censos 2001: Estudios y actividad laboral. [Internet]. p. 1 [Acceso 27-04-2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3Dpags28-35.pdf&blobkey=urldata&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=720%2F305%2Fpags28-35.pdf&ssbinary=true>.

116. Forgan Morle KM. Patient satisfaction: care of the elderly. *J Adv Nurs*. 1984;9(1):71-76.
117. Bader M. Nursing care behaviors that predict patient satisfaction. *J Nurs Care Qual*. 1988;2(3):11-17.
118. Findik U, Unsar S, Sut N. Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nurs Health Sci*. 2010;12(2):162-169.
119. Carr, K, Kazanowski M. Factors affecting job satisfaction of nurses who work in long-term care. *J Advan Nurs*. 1994;19:878-883.
120. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 2002.
121. Gourджи I, McVey L, Loiselle C. Patients' satisfaction and importance ratings of quality in an outpatient Oncology Center. *J Nurs Care Qual*. 2003;18:43-55.
122. Johansson P, Olèni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing in context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci*. 2002;16:337-44.
123. Lanza S. *Essentials for the activity professional in long-term care*. New York: Cengage Learning; 1997.
124. Tardón L. Sobrecargar las enfermeras aumenta la mortalidad. *El Mundo* [versión digital]. España: 26 de febrero de 2014. Sección Salud [Consultado 23 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2014/02/26/530ce18de2704ea84f8b4581.html>.
125. Cedrés de Bello S. Humanización y Calidad de los Ambientes hospitalarios. *Rev Fac Med*. 2000;23:93-97.
126. Bonill C. La importancia de las habilidades comunicativas en la humanización de los cuidados. *Index Enf* [Internet]. 2008 [Consultado 19 May 2017];17(1). Disponible en:



[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000100017](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100017)

127. Hospital Universitario del Valle. Calidad de atención en salud: Percepción de los usuarios [Internet]. Cali: Hospital Universitario del Valle (HUV), "Evaristo García", ESE; 2010 [Consultado 23 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/imagenes/imagenes/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf>

128. Finnema E, Lange J, Dröes R, Ribbe M, Tilburg W. The quality of nursing home care: Do the opinions of family members change after implementation of emotion-oriented care? *J Adv Nurs*. 2001;35(5):728-740.

129. Aiello A, Garman A, Morris S. Patient Satisfaction With Nursing Care. *Qual Manag Health Care*. 2003;12(3):187-190.

130. Özge U. Patient satisfaction with nursing care at university hospital in Turkey. *J Nurs Care Qual*. 2001;16:24-33.

131. Chou S, Chen T, Woodard B, Yen M. Using SERVQUAL to Evaluate Quality Disconfirmation of Nursing Service in Taiwan. *J Nurs Res*. 2005;13(2):75-84.

132. Laschinger H, Hall L, Pedersen C, Almost J. A Psychometric Analysis of the Patient Satisfaction With Nursing Care Quality Questionnaire. *J Nurs Care Qual*. 2005;20(3):220-230.

133. Kilbourne W, Duffy J, Duffy M, Giarchi G. The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality. *J Serv Mark*. 2004;18(7):524-533.

134. Lin HC, Sudha Xirasagar, Laditka JN. Perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. *Int J Qual Health Care*. 2004;16:437-445.

135. Hebert K, Harold Moore H, Rooney J. The nurse advocate in end-of-life care. *Ochsner J*. 2011;11(4):325-329.

136. Hewitt J. A critical review of the arguments debating the role of the nurse advocate. *J. Adv. Nurs.* [Internet]. 2002 [Consultado 23 Abr 2017];37(5):439-445. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02110.x>.

137. Archer L. The nurse as advocate for vulnerable persons. *J Adv Nurs.* 1986; 11(3):255-263.

138. Duffy J, Duffy M, Kilbourne W. Cross national study of perceived service quality in long-term care facilities. *J Aging Stud.* 1997;11(4):327-336.



## **ANEXOS**



## **ANEXO 1. Carta informativa**



<b>CÓDIGO</b>	
---------------	--

Apreciado participante:

La opinión del paciente y del cuidador/familiar es un componente esencial en la valoración del servicio prestado. Su satisfacción es una medida de calidad de los servicios sanitarios. Si los pacientes están insatisfechos, el cuidado está lejos de ser el ideal, al margen de cuan alta pueda ser la calidad según el criterio clínico u otro ajeno al consumidor. Para lograr unos cuidados de calidad debemos de saber lo que los enfermos esperan de nosotros.

El equipo investigador de este estudio está comprometido con la mejora sostenida de la calidad del cuidado al que usted aspira. Por ese motivo, le solicitamos su participación activa pero también, con carácter voluntario, su compromiso personal mediante la cumplimentación de esta encuesta. Las opiniones expresadas serán confidenciales y los datos de los participantes serán tratados con el rigor que exige la normativa vigente.

Si tiene decidido participar, lea las instrucciones cuidadosamente. Le rogamos que conteste a las preguntas con la mayor sinceridad posible. El resultado de sus respuestas nos proporcionará una información valiosa que se tendrá en consideración para plantear posibles vías de mejora, con el fin último de ofrecer una calidad de servicio óptima.

**Muchas gracias por su colaboración.**

**POR FAVOR, LEA DETALLADAMENTE ESTAS INSTRUCCIONES**

#### CUESTIONARIO 1. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

En el cuestionario número 1 se le solicita una serie de datos personales. Ponga una X en el espacio que se corresponda con su respuesta.



## CUESTIONARIO 2. PERCEPCIÓN DE CALIDAD

En el cuestionario número 2 se incluyen una serie de preguntas que deberá responder según la escala de afirmaciones que contiene cada una. Rodee con un círculo el número que se corresponda con su respuesta.

También aparece un listado de dimensiones de la calidad percibida. Nos gustaría conocer el orden de importancia (de 1 a 5 donde 1 es el más importante y el 5 el menos importante) que le atribuye usted a cada una de ellas.

Finalmente se incluye, una pregunta valorada con escala de intervalo de 0 a 10 (muy satisfecho 9-10, medianamente satisfecho 7-8, poco satisfecho 5-6, y nada satisfecho 0-4) sobre la satisfacción general con la atención recibida.

Si desea aportar alguna opinión o sugerencia personal, puede escribirla en el espacio asignado para este fin.

Muchas gracias por su participación

## **ANEXO 2. Datos sociodemográficos (pacientes)**



**CUESTIONARIO 1. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS (PACIENTES)**

1.SEXO		MASCULINO	<input type="checkbox"/>	1	FEMENINO	<input type="checkbox"/>	2
2.ESTADO CIVIL		CASADO	<input type="checkbox"/>	1	SOLTERO	<input type="checkbox"/>	2
		DIVORCIADO	<input type="checkbox"/>	3	VIUDO	<input type="checkbox"/>	4
3.EDAD/FECHA DE NACIMIENTO							
4.NIVEL DE ESTUDIOS		NO SABE NI LEER NI ESCRIBIR	<input type="checkbox"/>	1	NO HA CURSADO ESTUDIO PERO SÍ SABE LEER Y ESCRIBIR	<input type="checkbox"/>	2
		PRIMARIOS	<input type="checkbox"/>	3	SECUNDARIOS	<input type="checkbox"/>	4
		UNIVERSITARIOS	<input type="checkbox"/>	5	OTROS ESPECIFICAR	<input type="checkbox"/>	6
5.EDAD DEL CUIDADOR							
6.COMPARTE DOMICILIO CON EL CUIDADOR		SÍ	<input type="checkbox"/>	1	NO	<input type="checkbox"/>	2
		INSTITUCIONALIZADO	<input type="checkbox"/>	3			
7.ES SU CUIDADOR HABITUAL FUERA DEL HOSPITAL		SÍ	<input type="checkbox"/>	1	NO	<input type="checkbox"/>	2
8.TIPO DE RELACIÓN CON EL CUIDADOR		CÓNYUGE	<input type="checkbox"/>	1	HIJO/A	<input type="checkbox"/>	2
		NUERA/YERNO	<input type="checkbox"/>	3	SOBRINO/A	<input type="checkbox"/>	4
		CUIDADOR CONTRATADO	<input type="checkbox"/>	5	OTRO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>	6
9.HA ESTADO INGRESADO ANTERIORMENTE		SÍ	<input type="checkbox"/>	1	NO	<input type="checkbox"/>	2
10.MOTIVO DEL INGRESO ACTUAL		ENFERMEDAD AGUDA	<input type="checkbox"/>	1	ENFERMEDAD CRÓNICA	<input type="checkbox"/>	2
11 DÍAS DE ESTANCIA EN EL HOSPITAL							
<b>DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE (PARA EL ENCUESTADOR)</b>							
1.MOTIVO DE INGRESO:							
2.NIVEL DE CONCIENCIA:							
3.NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO:							
<b>4.NIVEL DE DEPENDENCIA: (BARTHEL+ KATZ)</b>							
5. DEPENDENCIA DE CUIDADOS FAMILIARES PREVIO AL INGRESO:		SÍ	<input type="checkbox"/>	1	NO	<input type="checkbox"/>	2
Si su respuesta es sí, señale con una x lo que corresponda con su respuesta							
<b>TIPO DE CUIDADOS</b>	<b>NUNCA (1)</b>	<b>ALGUNAS VECES(2)</b>	<b>MUCHAS VECES(3)</b>	<b>SIEMPRE(4)</b>			
A. Lavarlo							
B. Movilizarlo en cama							
C. Darle de comer							
D. Sacarlo a pasear							
E. Ayudarle ir al baño							
F. Hacerle una cura							
G. Administrar medicación (pastillas, pomadas, ETC)							



### **ANEXO 3. Datos sociodemográficos (cuidadores)**

.



**CUESTIONARIO 1. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS (CUIDADORES)**

1. SEXO		MASCULINO	<input type="checkbox"/>	1	FEMENINO	<input type="checkbox"/>	2
2. ESTADO CIVIL		CASADO	<input type="checkbox"/>	1	SOLTERO	<input type="checkbox"/>	2
		DIVORCIADO	<input type="checkbox"/>	3	VIUDO	<input type="checkbox"/>	4
3. EDAD/FECHA DE NACIMIENTO							
4. NIVEL DE ESTUDIOS		NO SABE NI LEER NI ESCRIBIR	<input type="checkbox"/>	1	NO HA CURSADO ESTUDIO PERO SÍ SABE LEER Y ESCRIBIR	<input type="checkbox"/>	2
		PRIMARIOS	<input type="checkbox"/>	3	SECUNDARIOS	<input type="checkbox"/>	4
		UNIVERSITARIOS	<input type="checkbox"/>	5	OTROS ESPECIFICAR	<input type="checkbox"/>	6
5. SITUACIÓN LABORAL		ACTIVO	<input type="checkbox"/>	1	DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/>	2
		JUBILADO	<input type="checkbox"/>	3	INCAPACITADO O INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	4
		ESTUDIANTE	<input type="checkbox"/>	5	AMO/A DE CASA	<input type="checkbox"/>	6
		OTROS (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>	7			
6. ¿HA HABIDO CAMBIOS EN SU SITUACIÓN LABORAL PROVOCADOS POR EL INGRESO/ POR LA ENFERMEDAD?		NO	<input type="checkbox"/>	1	ABANDONO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	2
		SOLICITUD DE BAJA LABORAL	<input type="checkbox"/>	3	OTROS (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>	4
7. EDAD DEL PACIENTE A QUIÉN CUIDA:		<input type="text"/>					
8. COMPARTE DOMICILIO CON EL PACIENTE		SÍ	<input type="checkbox"/>	1	NO	<input type="checkbox"/>	2
		INSTITUCIONALIZADO	<input type="checkbox"/>	3			
9. ES SU CUIDADOR HABITUAL FUERA DEL HOSPITAL		SÍ	<input type="checkbox"/>	1	NO	<input type="checkbox"/>	2
10. TIPO DE RELACIÓN CON EL ENFERMO		CÓNYUGE	<input type="checkbox"/>	1	HIJO/A	<input type="checkbox"/>	2
		NUERA/YERNO	<input type="checkbox"/>	3	SOBRINO/A	<input type="checkbox"/>	4
		CUIDADOR CONTRATADO	<input type="checkbox"/>	5	OTRO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>	6
11. HA ESTADO INGRESADO ANTERIORMENTE LA PERSONA A QUIÉN CUIDA		SÍ	<input type="checkbox"/>	1	NO	<input type="checkbox"/>	2
12. MOTIVO DE INGRESO DEL PACIENTE		ENFERMEDAD AGUDA	<input type="checkbox"/>	1	ENFERMEDAD CRÓNICA	<input type="checkbox"/>	2
13. DÍAS DE ESTANCIA EN EL HOSPITAL COMO CUIDADOR		<input type="text"/>					
14. DÍAS DE ESTANCIA EN EL HOSPITAL DEL ENFERMO A QUIÉN CUIDA		<input type="text"/>					



PROYECTO CALIDAD PERCIBIDA

**DATOS CLÍNICOS DEL PACIENTE (PARA EL ENCUESTADOR)**

15.MOTIVO DE INGRESO:				
13.NIVEL DE CONCIENCIA:				
			1	alerta
			2	somnolencia
			3	estupor
			4	coma
17.NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO:				
			1	no det. cognitivo
			2	leve
			3	moderado
			4	severo
18.NIVEL DE DEPENDENCIA: (BARTHEL)				
19.DEPENDENCIA DE CUIDADOS FAMILIARES				
			SÍ	1
			NO	2
Si su respuesta es sí, señale con una x lo que corresponda con su respuesta				
<b>TIPO DE CUIDADOS</b>	<b>NUNCA(1)</b>	<b>ALGUNAS VECES(2)</b>	<b>MUCHAS VECES(3)</b>	<b>SIEMPRE(4)</b>
A. Lavarlo				
B. Movilizarlo en cama				
C. Darle de comer				
D. Sacarlo a pasear				
E. Ayudarlo ir al baño				
F. Hacerle una cura				
G. Administrar medicación,(pastillas, pomadas, supositorios)				

## **ANEXO 4. Cuestionario SERVQUAL**



## 2. ESCALA DE PERCEPCIONES

### A. TANGIBILIDAD

#### 1. Los equipos y el aspecto del hospital tiene la apariencia de ser moderno.

##### EXPECTATIVAS

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

##### PERCIBIDO

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

#### 2. Las instalaciones del hospital son acogedoras

##### EXPECTATIVAS

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

##### PERCIBIDO

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

#### 3. El personal de enfermería tiene buena presencia física

##### EXPECTATIVAS

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

##### PERCIBIDO

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

#### 4. Los materiales relacionados con la atención (folletos) son visualmente atractivos e informativos

##### EXPECTATIVAS

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

##### PERCIBIDO

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

### B. FIABILIDAD

#### 5. El personal de enfermería cumple lo prometido a tiempo

##### EXPECTATIVAS

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

##### PERCIBIDO

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

6. El personal de enfermería si tiene un problema el paciente muestra un sincero interés en resolverlo

**EXPECTATIVAS**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**PERCIBIDO**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

7. El personal de enfermería realiza el trabajo bien a la primera

**EXPECTATIVAS**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**PERCIBIDO**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

8. El personal de enfermería cumple sus promesas en el tiempo prometido

**EXPECTATIVAS**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**PERCIBIDO**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

9. El personal de enfermería y el hospital mantienen los registros exentos de errores

**EXPECTATIVAS**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**PERCIBIDO**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**C. CAPACIDAD DE RESPUESTA**

10. El personal de enfermería explica exactamente los tratamientos o procedimientos que lleva a cabo

**EXPECTATIVAS**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**PERCIBIDO**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**11. El personal de enfermería da cuidados con prontitud/rápido**

**EXPECTATIVAS**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**PERCIBIDO**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**12. El personal de enfermería está dispuesta a ayudar**

**EXPECTATIVAS**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**PERCIBIDO**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**13. El personal de enfermería no está demasiado ocupada para ayudar**

**EXPECTATIVAS**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**PERCIBIDO**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**D. SEGURIDAD**

**14. El personal de enfermería inspira/trasmite confianza /credibilidad**

**EXPECTATIVAS**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**PERCIBIDO**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**15. Cree que los pacientes/familiares se sienten seguros con los procedimientos/trabajo que realiza la enfermera**

**EXPECTATIVAS**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**PERCIBIDO**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**16. El personal de enfermería siempre es amable y cortés con los pacientes**

**EXPECTATIVAS**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**PERCIBIDO**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**17. El personal de enfermería tiene conocimientos para responder las preguntas y dudas de los pacientes y sus familiares.**

**EXPECTATIVAS**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**PERCIBIDO**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**E. EMPATIA**

**18. El personal de enfermería proporciona atención individualizada**

**EXPECTATIVAS**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**PERCIBIDO**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**19. Horario de visita es adecuado para pacientes y familiares**

**EXPECTATIVAS**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**PERCIBIDO**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**20. El personal de enfermería atiende de forma personalizada**

**EXPECTATIVAS**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

**PERCIBIDO**

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

## 21. Las enfermeras velan por los intereses de los pacientes

### EXPECTATIVAS

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

### PERCIBIDO

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

## 22. Las enfermeras entienden las necesidades específicas de los pacientes

### EXPECTATIVAS

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

### PERCIBIDO

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni de desacuerdo	Un poco de acuerdo	No en todo De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7



## BLOQUE 2.

De los siguientes aspectos ¿cuál es el más importante para usted en los cuidados?  
(ponerlos en orden de importancia de 1-5)

<b>TANGIBILIDAD</b>	El material sanitario y los equipos que tienen los profesionales	
<b>FIABILIDAD</b>	La capacidad para atender al enfermo de forma adecuada y constante	
<b>SEGURIDAD</b>	La confianza que inspiran los profesionales, respeto a la intimidad, sentimiento de seguridad sobre el tratamiento recibido	
<b>CAPACIDAD DE RESPUESTA</b>	El saber que si ocurre algo responderán de la forma más adecuada, rápida y flexible para el paciente	
<b>EMPATÍA</b>	El trato humano y la información que le dan al paciente y familia, comprensión de la información transmitida, capacidad de escucha, hacer participe al usuario.	

¿En general, ¿cómo se siente de satisfecho con los cuidados de enfermería en este hospital?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

muy satisfecho 9 -10, medianamente satisfecho 7-8, poco satisfecho 5-6, y nada satisfecho 0-4

¿Cómo valoraría en esta escala la atención ofrecida en esta unidad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

muy satisfecho 9-10, medianamente satisfecho 7-8, poco satisfecho 5-6, y nada satisfecho 0-4

**Si desea aportar alguna opinión o sugerencia personal, puede escribirla en este espacio.**

--

Muchas gracias por su colaboración. Su opinión es muy importante para nosotros.

## **ANEXO 5. Dictamen del Comité Ético de Investigación Clínica**




### DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Doña Enriqueta Muñoz Platón, Secretaria del Comité Ético de Investigación clínica del "Complejo Hospitalario de Toledo".

Que este comité, ha evaluado el proyecto de investigación "EVALUACION DE LA CALIDAD PERCIBIDA DE LOS CUIDADOS POR LOS PACIENTES GERIATRICOS Y LOS CUIDADORES PRINCIPALES". Inv. principal: D<sup>a</sup>. Alica Hanzelikóva Pogranyivá. S<sup>o</sup>. Geriátría y considera que:

Este CEIC no encuentra impedimentos éticos para su realizando, aprobando el estudio.

Lo que firmo en Toledo, a 19 de junio de 2011

  
COMPLEJO HOSPITALARIO  
DE TOLEDO  
COMITE ETICO DE  
INVESTIGACION CLINICA  
Firmado:  
Don/doña Enriqueta Muñoz Platón

