

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
ESCUELA DE POSGRADO
SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD



**Calidad de atención percibida por los familiares de los pacientes
ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital
III Chimbote Essalud 2025**

Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias de la Salud con
mención en Gestión de los Servicios de Salud

Autor:

Contreras Castillo, Dherly Dreyshy

Código ORCID. 0009-0009-8268-498X

Asesor

Mg. Luis Vigo Bardales

Código ORCID. 0000-0002-4328-853X

Chimbote – Perú

2025

Índice general

Índice general.....	ii
Índice de tablas	iii
Índice de figuras.....	iv
Palabras clave	v
Constancia de originalidad.....	vi
Título.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción	1
Metodología	22
Resultados.....	25
Análisis y discusión	34
Conclusiones.....	41
Recomendaciones	42
Referencias bibliográficas.....	44
Anexos	49
Anexo 01. Matriz de operacionalización de las variables	49
Anexo 02. Matriz de consistencia.....	52
Anexo 03. Instrumento de Recolección de Datos.....	54
Anexo 04. Evaluación de Juicio de expertos	59
Anexo 05. Consentimiento Informado.....	68

Índice de tablas

Tabla 1 Datos sociodemográficos de los familiares de los pacientes en UCI	25
Tabla 2 Niveles de percepción en las dimensiones de calidad de servicios por los familiares de los pacientes en UCI	26
Tabla 3 Tabla cruzada del nivel de percepción de la calidad de servicio con los datos sociodemográficos en los familiares de los pacientes en UCI.	27
Tabla 4 Tabla cruzada del nivel de percepción de la comunicación con el personal médico y los datos sociodemográficos en los familiares de los pacientes en UCI.	28
Tabla 5 Tabla cruzada del nivel de percepción de accesibilidad a la información sobre el estado del paciente y los datos sociodemográficos en los familiares de los pacientes en UCI.....	30
Tabla 6 Tabla cruzada del nivel de percepción del trato recibido por los familiares y los datos sociodemográficos en los familiares de los pacientes en UCI.....	31
Tabla 7 Evaluación del nivel de calidad de atención percibida según características sociodemográficas de los familiares de los pacientes en UCI	32

Índice de figuras

Figura 1. Requisitos básicos para las iniciativas relacionadas con la calidad 14

Palabras clave

Tema	Calidad de atención percibida por los familiares
Especialidad	Gestión de los servicios de salud

Keywords

Issue	Quality of care perceived by family members
Specialty	Health services management

Línea de investigación

Línea de investigación	Salud Pública y Salud Ambiental
Área	Ciencias Médicas y de Salud
Sub área	Ciencias de la Salud
Disciplina	Salud Pública ,Salud Ambiental

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado "**Calidad de atención percibida por los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del hospital III Chimbote Essalud 2025**" del (a) estudiante: **CONTRERAS CASTILLO DHERLY DREYSHY**, identificado(a) con Código N° **2008075637**, se ha verificado un porcentaje de similitud del **18%**, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 04 de agosto de 2025

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN



Dr. JAVIER MARTÍNEZ CARRIÓN
VICERRECTOR



NOTA: Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

Título

**Calidad de atención percibida por los familiares de los pacientes
ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del hospital III
Chimbote Essalud 2025**

**Quality of care perceived by the families of patients admitted to the
intensive care unit (ICU) of Hospital III Chimbote Essalud 2025**

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la calidad de atención percibida por los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital III Chimbote Essalud en el año 2025, según sus características sociodemográficas. Se empleó un enfoque cuantitativo, tipo básico y diseño no experimental de corte transversal de alcance descriptivo, con una población censal de 30 familiares. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario con un alfa de Cronbach de 0.923. Los principales resultados indicaron que el 63.3% de los encuestados percibió un trato recibido en nivel alto, el 46.7% consideró alta la accesibilidad a la información, mientras que la comunicación con el personal médico se ubicó en nivel medio con 50%. Se concluyó que la calidad de atención fue valorada de forma media a alta por los familiares, siendo más favorable en aquellos con parentesco de padre/madre, con mayor nivel educativo y edad entre 40 y 60 años. Los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer la comunicación y mantener estándares humanizados en la atención, particularmente en contextos críticos como la UCI.

Palabras clave: Calidad, atención, paciente y familiares.

Abstract

The present study aimed to evaluate the quality of care perceived by the families of patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU) of Essalud Hospital III Chimbote in 2025, according to their sociodemographic characteristics. A quantitative approach was used, a basic type and a non-experimental cross-sectional design with a descriptive scope, with a census population of 30 family members. The technique used was a survey and the instrument a questionnaire with a Cronbach's alpha of 0.923. The main results indicated that 63.3% of respondents perceived their treatment as high, 46.7% considered accessibility to information to be high, while communication with medical staff was ranked medium at 50%. It was concluded that the quality of care was rated as medium to high by family members, being more favorable in those with a paternal relationship, with a higher educational level, and those between 40 and 60 years of age. The findings highlight the need to strengthen communication and maintain humanized standards of care, particularly in critical settings such as the ICU.

Keywords: Quality, care, patient and family.

Introducción

Con base en los datos recopilados a nivel mundial y nacional, disponemos de los siguientes estudios de investigación:

De acuerdo a los antecedentes, a nivel internacional, Jiménez et al. (2024) en su estudio analizó la percepción de los cuidados en familiares de pacientes hospitalizados en Ciudad Salud, Atapane, Michoacán. Se utilizó un diseño cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal con una muestra de 138 familiares. El instrumento MISSCARE, de 28 ítems, evaluó la percepción del cuidado de enfermería. Los resultados mostraron que el 69.6% de los familiares eran mujeres, con una edad promedio de 38.21 años (DE = 13.55). El 54.1% de los pacientes eran mujeres, con una media de hospitalización de 19.18 días (DE = 41.90). El 53.6% de los familiares consideraron que la atención de enfermería nunca fue omitida, mientras que un 33.3% reportó omisión moderada y un 13% alta; también, se observa que el mayor parentesco con el paciente es del hijo con un valor de 29.7%, mientras que los días cuidando al paciente tuvieron mayor incidencia de 1 a 40 días con un valor del 92.8%. Se concluye que, aunque la mayoría percibe una atención adecuada, es necesario fortalecer la capacitación del personal y la concienciación de los familiares para mejorar la calidad asistencial.

Echeverría y Bravo (2024), en su investigación analizaron la incidencia de la calidad de atención en la satisfacción del usuario externo en un centro de especialidades en Galápagos. Se realizó un diseño cuantitativo, no experimental y correlacional, aplicando la encuesta SERVQHOS a 126 usuarios. Los resultados mostraron que el 96% fueron mujeres y el 4% hombres. El promedio de edad fue de 41,7 años, concentrándose principalmente en los grupos etarios de 18 a 39 años (45,2%) y de 40 a 59 años (44,4%). El 45,2% de los participantes eran casados, y el 42,9% contaban con nivel educativo universitario. El 94,4% respondió la encuesta personalmente. En cuanto a la satisfacción global, el 88,07% de los usuarios se declaró “muy satisfecho”, el 8,97% “satisfecho” y solo un 0,9% estuvo “insatisfecho”. Las dimensiones con mayor puntuación media fueron “seguridad dentro de las instalaciones” (media = 4,94), “trato con respeto” (media = 4,9) y

“preparación técnica del personal” (media = 4,93). El ítem con menor satisfacción fue “tiempo de espera para ser atendido”, con un 4,6 de media y un 4,8% de usuarios insatisfechos. Se concluye que mejorar la eficiencia en tiempos de espera y fortalecer la comunicación contribuirá a una mayor satisfacción del usuario.

Vargas et al. (2024), en su estudio evaluó el impacto de la humanización en los cuidados del paciente, su satisfacción y la percepción de su familia en un hospital de Guayaquil. Se empleó una metodología cuantitativa, descriptiva y transversal con 92 pacientes, utilizando dos cuestionarios con escalas Likert. Los resultados mostraron que el 61.2% de los pacientes y familiares reportaron alta satisfacción y el 78.3% percibió un cuidado humanizado. Sin embargo, solo el 6.5% expresó alta satisfacción en responsabilidad y un 21.7% reportó baja satisfacción en cortesía. En cuanto a la dimensión trato al usuario, el 74% refirió estar “satisfecho” y el 24% “muy satisfecho”. Para la dimensión acceso a los servicios, el 61,2% manifestó estar “satisfecho”, mientras que el 33,2% se mostró “muy satisfecho”. En relación con la infraestructura, el 58,8% estuvo “satisfecho” y el 34% “muy satisfecho”. Respecto al tiempo de espera, un 45,6% se sintió “satisfecho” y un 38% “muy satisfecho”, siendo esta la dimensión con mayor variabilidad en las respuestas. Finalmente, en cuanto a la dimensión información brindada por el personal, el 68% se mostró “satisfecho” y el 28% “muy satisfecho”. En general, los resultados descriptivos muestran que la mayoría de usuarios valoraron positivamente la calidad del servicio recibido, con altos porcentajes de satisfacción en todas las dimensiones evaluadas. En conclusión, aunque la humanización mejora la experiencia del paciente, es necesario fortalecer la comunicación y mejorar las condiciones laborales del personal para optimizar la calidad del servicio.

Farinango (2024) en su investigación evaluó la satisfacción de familiares de pacientes en dos UCI con regímenes de visitas distintos: abierto y restringido. Se utilizó un diseño analítico, descriptivo y transversal con una muestra de familiares en el HUCA y el HCUV, aplicando el cuestionario FS-ICU 24. Los resultados mostraron mayor satisfacción en la UCI con visitas abiertas, donde el 85% de los familiares reportó una experiencia positiva, frente al 70% en la UCI con horario

restringido. Se hallaron diferencias significativas ($p < 0.05$) en la percepción del cuidado, comunicación y toma de decisiones. La mayor insatisfacción se relacionó con la restricción de visitas y la falta de información. En conclusión, se recomienda flexibilizar los horarios, mejorar la comunicación y fortalecer la humanización en las UCI para optimizar la calidad del servicio.

Torres et al. (2024), en su estudio evaluaron la percepción de la calidad de atención en el área materno-infantil de un hospital en El Oro, Ecuador, mediante un diseño cuantitativo, no experimental y correlacional. Se aplicó una encuesta a 148 participantes (81 usuarios y 67 acompañantes) basada en el modelo de Avedis Donabedian. Los resultados mostraron que, en la dimensión trato del personal de salud, el 56% manifestó una percepción “buena” y el 26,5% “muy buena”, siendo más favorable en el grupo etario de 30 a 59 años. En cuanto a la infraestructura y ambiente físico, el 48,3% lo calificó como “regular” y solo el 17,5% como “bueno”; esta percepción fue más crítica en mayores de 60 años. En la dimensión comunicación del servicio, un 45% la percibió como “buena” y el 31,5% como “regular”, predominando esta última entre los jóvenes de 18 a 29 años. Respecto a la percepción global de calidad, el 50,3% la consideró “buena” y el 24,2% “muy buena”, siendo los usuarios de 30 a 59 años quienes reportaron mayor satisfacción general. Estos resultados reflejan que la edad influye en la percepción del servicio, destacando mayor exigencia en adultos mayores y jóvenes respecto a la organización y condiciones físicas del entorno. Se concluye que la calidad percibida es positiva, recomendando mejorar insumos y capacitación del personal.

Quille y Chipantiza (2023) evaluó la percepción de los familiares sobre la atención recibida en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), además, tuvo una muestra de participantes mayores de 18 años con familiares internados. Los resultados mostraron que el 50% de los participantes percibió una atención adecuada, mientras que el otro 50% reportó falta de comunicación y trato poco empático del personal. Algunos familiares destacaron una orientación clara, pero otros señalaron desinformación sobre la evolución del paciente. En conclusión, la percepción varió según la experiencia individual, evidenciando la necesidad de mejorar la comunicación y el enfoque humanizado en la atención hospitalaria.

Viana et al. (2023), en su estudio evaluó la satisfacción de los familiares de pacientes en UCI y su relación con síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático y calidad de vida. Se realizó un estudio longitudinal en un hospital de Brasil con 73 familiares, aplicando los instrumentos FS-ICU 24, HADS, IES-6 y EQ-5D-3L. Obteniendo como resultados que la satisfacción con la calidad de atención fue del 77.42% positiva. Asimismo, el 79,5% fueron mujeres y la media de edad fue de 48,65 años (DE=13,80). El 61,64% eran casados y el 57,75% convivían con el paciente. La mayoría (83,1%) eran responsables de las decisiones sobre la atención en salud del paciente. En cuanto a la satisfacción global con los cuidados recibidos, se obtuvo una media de 76,47 (DE=16,55), siendo la satisfacción con la atención 75,60 (DE=19,47) y la satisfacción en la toma de decisiones 77,67 (DE=12,23). El ítem con menor puntuación fue el ambiente de la UCI (media=53,52; DE=28,37). Tres meses después del alta, se halló que los familiares de pacientes no supervivientes presentaron puntuaciones significativamente más altas en síntomas de depresión (mediana=10,5 vs. 3,0; $p=0,001$), estrés postraumático (media=11,19 vs. 6,13; $p<0,001$), limitaciones en cuidado personal ($p=0,007$) y mayores niveles de ansiedad y depresión ($p=0,009$), comparados con familiares de pacientes que sobrevivieron. La ansiedad por sí sola no mostró diferencia significativa ($p=0,095$). Se recomienda fortalecer el apoyo psicológico y mejorar la comunicación para mitigar el impacto emocional.

Cerrudo et al. (2022), en su estudio evaluó la satisfacción de los familiares de pacientes en la UCI del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias tras un nuevo protocolo de visitas e información. Se utilizó un diseño cuantitativo descriptivo-retrospectivo, aplicando encuestas a familiares de pacientes dados de alta entre 2019 y mayo de 2021. Los resultados mostraron que en el grupo total, el 63,11% de los familiares vieron al paciente todos los días en 2019, aumentando al 76,47% en 2020 y al 85,39% en mayo de 2021, con una diferencia significativa ($p=0,001$). En pacientes COVID-19, el 85,71% de los familiares ingresaron a la UCI en 2020 y el 93,3% en 2021, y quienes no ingresaron recibieron información médica diaria en el 100% de los casos. Respecto a la satisfacción con las visitas o llamadas telefónicas (escala de 1 a 10), la satisfacción alta (valores 8, 9 y 10) pasó

de 12% en 2019 a 83% en 2020 y a 95,45% en 2021 ($p < 0,001$). La satisfacción con la Unidad de Información del Servicio de Atención al Usuario también aumentó de 8,89% (2019) a 88,48% (2020) y 90,91% (2021). En pacientes con COVID-19, la satisfacción elevada fue del 66% (2020) y 84,44% (2021), aunque sin diferencia estadística significativa ($p = 0,11$). Estos resultados reflejan una mejora notable en la percepción de los familiares sobre el acompañamiento e información médica tras la implementación del nuevo protocolo. En conclusión, el nuevo protocolo optimizó la comunicación y el acceso de los familiares, recomendando su continuidad y mejora.

Sanabria et al. (2022), en su estudio evaluó la calidad percibida en UCI de Manizales durante el segundo semestre de 2022 mediante un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. Se utilizó el instrumento SERVQUAL en una muestra de 100 usuarios (50% en UCI pediátrica y 50% en UCI de adultos). Los resultados mostraron índices de calidad negativos, con una satisfacción del -68% en la UCI de adultos y -115% en la pediátrica, reflejando insatisfacción en dimensiones como confiabilidad, seguridad y empatía. Aunque las brechas entre expectativas y percepciones fueron estrechas, el 100% de los encuestados identificó áreas de mejora. En conclusión, las UCI requieren optimizar la comunicación, fortalecer la capacitación del personal y mejorar la infraestructura para elevar en al menos un 50% la percepción de calidad en la atención.

En su investigación, Lemus et al. (2020) evaluó la calidad de atención en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Ángeles Pedregal mediante un diseño de cohorte retrospectivo con 288 pacientes. Se analizaron características demográficas, mortalidad e indicadores de calidad. La mortalidad observada fue del 12.5%, menor a la predicha por SAPS III (28.6%), con una razón de mortalidad estandarizada de 0.43. El 41% de los pacientes requirió ventilación mecánica, y las principales causas de ingreso fueron cuidados postquirúrgicos (38.5%) e insuficiencia respiratoria (33.3%). Los protocolos de calidad tuvieron un cumplimiento del 100%, con incidencias de extubación no programada (1.2%) e hipernatremia (1.7%). Se concluye que la UTI-HAP brinda una atención de alta calidad, recomendando continuar la evaluación para mejoras continuas.

A nivel nacional, Soto et al. (2022), en su estudio analizó la relación entre el clima organizacional y la calidad de atención en un centro de salud de Huánuco, Perú. Se realizó un estudio correlacional y transversal con 53 profesionales de salud, utilizando cuestionarios con escala Likert. Los resultados mostraron que el clima organizacional obtuvo un promedio del 68.6% (3.43/5), destacando orgullo con 74.2% y respeto con 65%. La calidad de atención alcanzó un 68.8% (3.44/5), siendo la confiabilidad del servicio la más alta (76%) y la seguridad la más baja (54.6%). Asimismo, la media de edad fue de 45,2 años (DE=14,5). El 66,7% eran mujeres, el 50,9% eran hijos del paciente y el 71,3% eran convivientes. En cuanto al estado civil, el 50% eran casados y el 38,9% solteros. Respecto al nivel educativo, el 35,2% tenía educación básica secundaria y el 31,5% superior. La media del tiempo de estancia del paciente en UCI fue de 5,6 días (DE=5,2). El 38,9% de los cuidadores reportaron sobrecarga (medida por la Escala de Zarit), y el 61,1% no presentaron sobrecarga. En calidad de vida (según el WHOQOL-BREF), las dimensiones con menores puntuaciones fueron el estado psicológico (media=60,1; DE=15,4) y el ambiente (media=61,2; DE=14,3), mientras que la dimensión social fue la mejor puntuada (media=66,7; DE=18,2). La percepción de salud general tuvo una media de 60,9 (DE=15,3), lo que refleja una percepción moderada.. En conclusión, un clima organizacional positivo mejora la calidad de atención, recomendándose fortalecer el respeto y la seguridad con estrategias organizativas y capacitación.

Muñoz et al. (2022), en su estudio analizó la relación entre calidad de atención y satisfacción del usuario en la consulta externa del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno en Huamanga, Ayacucho. Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional y transversal con 264 usuarios de una población de 840, aplicando encuestas y análisis con Chi-cuadrado en SPSS 22.0. Los resultados mostraron que el 61% de los usuarios estaban insatisfechos. Se halló relación significativa entre satisfacción y fiabilidad ($p < 0.05$), capacidad de respuesta ($p < 0.05$) y empatía ($p < 0.05$), pero no con seguridad en la atención ($p > 0.05$) ni con elementos tangibles ($p > 0.05$). El 32.6% no consideró confiable la atención y el 40.2% percibió falta de

empatía. Se concluye que mejorar seguridad y empatía en la atención puede aumentar la satisfacción del usuario.

Amado et al. (2021), comparó la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado según el lugar de atención: hospital o domicilio. Se realizó un estudio observacional en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins con el 54.6% (83) de los pacientes hospitalizados y el 45.4% (69) en cuidados paliativos domiciliarios. Se aplicó el cuestionario EORTC QLQ-C15-PAL, utilizando SPSS 24.0 para el análisis. La mediana de edad fue de 66 años en hospitalizados y 76 en domiciliarios ($p < 0.01$), con un 60% de mujeres en ambos grupos ($p = 0.60$). El 25% de los pacientes hospitalizados y el 58% de los domiciliarios presentaron deterioro cognitivo moderado o severo ($p < 0.01$). La calidad de vida global fue similar en ambos grupos (49.5 vs. 48, $p = 0.60$), aunque el aspecto físico fue 15% menor en hospitalizados ($p < 0.01$). Se concluye que la calidad de vida es aceptable en ambos casos, recomendando fortalecer los cuidados paliativos domiciliarios.

Larios et al. (2020), en su estudio analizó la relación entre calidad de atención y satisfacción del usuario en el Centro de Salud de Cañaris, Lambayeque (2019). Se utilizó un diseño cuantitativo, descriptivo y correlacional con 148 usuarios seleccionados. Se aplicaron dos cuestionarios validados, con confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.989 para calidad y 0.996 para satisfacción. Los resultados incluyeron a 280 familiares directos, de los cuales el 62,5% fueron mujeres y el 37,5% hombres, predominando el rango de edad entre 30 y 49 años (60,7%). En cuanto al grado de instrucción, el 52,5% tenían nivel superior y el 40% secundaria. El 60% de los familiares eran hijos o cónyuges del paciente. En relación con el nivel de satisfacción, se observó que el 70,7% de los encuestados presentaron una satisfacción media, el 16,8% alta y el 12,5% baja. En la dimensión comunicación en la atención médica, el 49,3% refirió satisfacción media; en la dimensión atención de enfermería, el 58,2% también mostró satisfacción media; mientras que en la dimensión información brindada, el 51,8% presentó un nivel medio de satisfacción. Se concluye que la calidad de atención influye en la satisfacción, recomendando fortalecer la empatía, seguridad y optimizar la infraestructura.

Carhuamaca y Quispe (2022), tuvieron como objetivo determinar el nivel de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados al Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia de COVID-19 en 2021. Se empleó un enfoque cuantitativo, con un diseño observacional, descriptivo y de corte transversal. La muestra incluyó 384 familiares, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple, y se utilizó un cuestionario de 25 ítems basado en SERVQUAL, validado por expertos y aplicado a través de encuestas telefónicas. Los datos fueron analizados con SPSS v26. Los resultados indican que de los 111 familiares, predominó el sexo femenino con el 62,2%. La mayoría tenía entre 36 a 59 años (61,3%), con un nivel educativo superior (55%) y ocupación como ama de casa (25,2%). Respecto al grado de parentesco, el 32,4% fueron hijos y el 27% cónyuges. El 56,8% de los participantes refirieron un nivel de satisfacción alto, mientras que el 42,3% mostraron satisfacción media y solo el 0,9% baja satisfacción. Por dimensiones: en la comunicación de la atención médica, el 62,2% reportó satisfacción alta; en atención de enfermería, el 61,3%; y en la dimensión información recibida, el 56,8%. En general, los resultados reflejan una percepción favorable por parte de los familiares respecto a la atención brindada, especialmente en la atención directa de salud, aunque con margen de mejora en la dimensión informativa.. Se concluye que, aunque el nivel de satisfacción fue mayoritario, es necesario mejorar la capacidad de respuesta del hospital para optimizar la experiencia de los familiares.

En relación a la fundamentación científica, la calidad de la atención en salud se refiere al nivel en que los servicios médicos proporcionados a individuos y comunidades contribuyen a mejorar las probabilidades de obtener resultados positivos en su bienestar. Este concepto se fundamenta en la aplicación de conocimientos científicos basados en evidencia, garantizando intervenciones eficaces y seguras. Además, desempeña un papel clave en la consecución de la cobertura sanitaria universal, ya que su implementación adecuada no solo optimiza la eficiencia del sistema de salud, sino que también promueve la equidad en el acceso a servicios de calidad. En este contexto, a medida que los países avanzan en el compromiso de garantizar salud para todos, se vuelve esencial adoptar estrategias que fortalezcan la calidad de la atención, asegurando que los servicios médicos

respondan a las necesidades de la población con estándares óptimos de efectividad, seguridad y satisfacción del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2021)

La calidad en la prestación de servicios de salud se concibe como un enfoque integral que coloca en el centro de la atención a las personas, sus familias y comunidades, garantizando un acceso equitativo y oportuno a servicios eficientes, seguros y efectivos. Este concepto abarca múltiples dimensiones, incluyendo la accesibilidad, la continuidad de la atención y la satisfacción del usuario, elementos clave para garantizar resultados óptimos en salud. La consecución de estos estándares de calidad depende de la adecuada disponibilidad de los recursos, así como de una planificación y gestión eficientes dentro de los sistemas de salud. Para elevar la calidad de la atención, es fundamental impulsar reformas estructurales que fortalezcan la organización de los servicios, optimicen los procesos asistenciales y fomenten una cultura de mejora continua basada en la evidencia científica y en las necesidades de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

La teoría de Swanson resulta aplicable al cuidado de enfermería mediante cinco procesos esenciales; en donde primero, implica conocer al paciente con respeto y sin prejuicios, valorando su historia; segundo, estar con él significa acompañarlo como ser único, escuchando sus emociones; tercero, hacer por es brindar apoyo emocional y realizar acciones que beneficien su bienestar; cuarto, mantener creencias supone reconocer y guiar los valores personales del paciente; y quinto, posibilitar implica educarlo y coordinar acciones con otros profesionales según sus necesidades; por lo tanto, esta teoría ofrece una guía clara, adaptable a distintos contextos clínicos y roles de enfermería (Beristain, et al, 2022).

La teoría de Watson introduce pilares fundamentales del cuidado centrado en el paciente, donde este enfoque destaca la importancia de la conexión humana, la empatía, el respeto y el compromiso con el bienestar del otro, además, su lenguaje accesible facilita la comprensión de experiencias vitales desde una perspectiva integral. A lo largo del tiempo, estos principios han guiado la práctica profesional del personal de salud, promoviendo una atención más humanizada y significativa; en esencia, propone una visión del cuidado como un acto consciente, compasivo y transformador (Valencia y Melita, 2022).

La calidad en la atención sanitaria no solo se sustenta en las competencias y el nivel de especialización del personal de salud, sino que también está determinada por la adecuada infraestructura hospitalaria, la disponibilidad de insumos y equipamiento médico, así como por la optimización de los procedimientos de diagnóstico, tratamiento y prevención. Un sistema de salud eficiente requiere de instalaciones modernas, tecnología actualizada y procesos bien estructurados que garanticen una atención ágil, segura y efectiva para los pacientes. En este contexto, resulta fundamental evaluar la calidad del servicio desde la perspectiva de los usuarios, ya que son ellos quienes experimentan directamente la atención brindada y pueden identificar áreas de mejora. Los establecimientos de salud existen con el propósito de responder a las necesidades de la población, por lo que su funcionamiento debe alinearse con las expectativas de los pacientes, asegurando no solo la eficacia clínica, sino también un trato humanizado y accesible para todos (Naranjo & Suarez, 2022)

Asimismo, la calidad asistencial va más allá de la competencia técnica y se extiende a dimensiones profundamente humanas; además, es fundamental asegurar el trato digno al paciente, incluso cuando no puede expresarse o se encuentra en condiciones extremas; por otro parte, la comunicación clara y empática con los familiares se vuelve esencial, ya que muchas veces son ellos quienes toman decisiones en representación del paciente, también, es necesario preservar la autonomía individual, respetando las decisiones previamente manifestadas por el paciente, como ocurre con las directrices anticipadas, en este sentido, ante escenarios de urgencia, donde las intervenciones deben ser rápidas, es vital que el equipo de salud actúe con eficiencia sin dejar de lado los principios éticos; por ello, se requiere un enfoque integral que combine la precisión médica con la sensibilidad humana, promoviendo una atención intensiva centrada tanto en la recuperación física como en el respeto a los valores personales y familiares del paciente (Soto et al., 2023).

La calidad de atención en salud es un concepto clave en los sistemas sanitarios modernos, definido como la provisión de servicios que satisfacen las necesidades tanto profesionales como de los pacientes, utilizando los recursos de manera eficiente y minimizando los riesgos. Según la Organización Mundial de la

Salud, la calidad en salud implica alcanzar los mejores resultados posibles con el menor riesgo para el bienestar del paciente (Naranjo & Suarez, 2022)

Los principales criterios para evaluar la calidad incluyen la disponibilidad de los servicios, la seguridad, la continuidad en la atención, la efectividad y las relaciones interpersonales entre el personal de salud y los pacientes. La medición de la calidad busca identificar áreas de mejora y garantizar una atención centrada en el paciente, aunque se reconoce que la satisfacción del usuario no es un indicador absoluto de calidad, ya que los pacientes pueden no estar completamente informados sobre sus necesidades reales y podrían demandar tratamientos inadecuados. El aseguramiento de la calidad en salud requiere un monitoreo y evaluación constantes, incluyendo el cumplimiento de estándares éticos, legales y contractuales. Factores clave como la comunicación efectiva con los pacientes, tiempos de espera reducidos, acceso equitativo y educación sanitaria son esenciales para optimizar la experiencia del usuario y mejorar los resultados en salud (Milosavljević et al., 2024).

La satisfacción de los familiares en el ámbito hospitalario, particularmente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), hace referencia a la experiencia subjetiva y el nivel de conformidad que experimentan los familiares respecto a la calidad del servicio médico recibido por su ser querido. Esta percepción no solo abarca la atención clínica proporcionada al paciente, sino también la efectividad de la comunicación con el personal de salud, el grado de involucramiento de la familia en el proceso de atención y el respaldo emocional que reciben por parte del equipo médico (Castelo et al., 2023)

El nivel de satisfacción de los familiares de pacientes internados, especialmente en unidades de cuidados intensivos (UCI), es un concepto amplio que involucra dimensiones emocionales, comunicativas y de interacción social. Este se relaciona con el grado en que sus expectativas y requerimientos son satisfechos durante la estancia hospitalaria del paciente, lo que influye en su percepción sobre la calidad del servicio de salud. Dicho concepto está estrechamente vinculado con la humanización del cuidado, que considera la atención integral del paciente y su entorno, abordando aspectos biológicos,

psicológicos y sociales. Entre los elementos clave que inciden en la satisfacción de los familiares se destacan: la calidad y disponibilidad de la información, la posibilidad de acompañamiento y visitas, la actitud y atención brindada por el personal sanitario, así como el soporte emocional y psicológico proporcionado (Cerrudo et al., 2022).

Por otro lado, la satisfacción de los familiares en la UCI es un indicador clave de la calidad del cuidado y puede estar influenciada por diversos factores, incluyendo la comunicación efectiva con el personal de salud, la oportunidad de participar en la toma de decisiones y el apoyo emocional proporcionado. Además, la satisfacción familiar se relaciona estrechamente con el bienestar emocional de los familiares, ya que altos niveles de ansiedad, depresión y estrés postraumático pueden disminuir la percepción positiva del cuidado recibido. Por ello, mejorar la comunicación, garantizar la empatía en la interacción y ofrecer apoyo psicológico son estrategias clave para optimizar la experiencia de los familiares en la UCI y mejorar la calidad asistencial (Viana et al., 2023).

Además, los factores que generan satisfacción incluyen una comunicación efectiva con los profesionales de salud, la calidad del cuidado brindado y un ambiente hospitalario limpio y adecuado. Por otro lado, la insatisfacción suele estar relacionada con la infraestructura inadecuada de las salas de espera, la falta de implicación de los familiares en la toma de decisiones y una comunicación deficiente por parte del personal médico. Asimismo, para mejorar la satisfacción, se recomienda el entrenamiento de los profesionales en habilidades de comunicación, la inclusión de la familia en el proceso asistencial y la optimización del entorno físico, como la remodelación de las salas de espera. Además, se enfatiza la importancia de proporcionar información clara y consistente a los familiares, ya que su percepción influye directamente en la valoración del servicio recibido (Guerra & González, 2021)

Según Donabedian en 1966, indica, la calidad en salud se refiere a una interpretación de los valores y objetivos de la atención, y su evaluación tiene como misión determinar el éxito de un sistema de atención, vigilando el progreso e identificando fortalezas y deficiencias que puedan ser corregidas. Donabedian

define la calidad en términos de tres dimensiones principales: estructura, proceso y resultado (Villa et al., 2023).

- Estructura: Corresponde a las condiciones en las que se proporciona la atención, incluyendo recursos materiales, instalaciones, recursos humanos y características organizativas.
- Proceso: Son las actividades que constituyen la atención de la salud, como diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, prevención y educación.
- Resultado: Son los cambios deseables o indeseables atribuidos a la atención de salud, como cambios en el estado de salud y satisfacción del paciente.

La calidad de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) no se limita únicamente a la aplicación de protocolos clínicos estandarizados, sino que también implica una intervención médica personalizada orientada a minimizar riesgos potenciales, tales como la hipofosfatemia o complicaciones derivadas de procedimientos como la reanimación, además, para lograr este objetivo, es fundamental el uso de un monitoreo constante y activo del estado del paciente, lo cual permite ajustar de manera oportuna las estrategias terapéuticas según las características individuales; además, dichas características incluyen variables clínicas y biológicas como la edad, el nivel de fragilidad, el estado nutricional o el riesgo de deterioro funcional, permitiendo una atención centrada en la persona que optimiza los resultados y reduce la incidencia de eventos adversos (Villa et al., 2023).

Servicios de Salud de Calidad, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (2020), en la Guía de Planificación, la calidad de los servicios de salud es esencial para alcanzar la cobertura universal de salud. En los países de ingresos bajos y medianos, entre 5,7 y 8,4 millones de muertes anuales se deben a la mala calidad de la atención, lo que representa hasta un 15% del total de muertes en estas regiones. Los eventos adversos causados por una atención insegura son una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial. Por lo tanto, mejorar el acceso a los servicios de salud debe acompañarse de un aumento en la calidad y seguridad de estos servicios. La mala calidad de la atención, especialmente la

inseguridad, puede erosionar la confianza en el sistema de salud. Es crucial priorizar la calidad en todos los niveles para avanzar hacia la cobertura universal de salud.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2020), en la Guía de Planificación, se han establecido cinco requisitos fundamentales para garantizar servicios de salud de calidad, aplicables a nivel nacional, distrital y de establecimiento (véase la siguiente figura). En primer lugar, es esencial contar con apoyo laboral que brinde a los trabajadores de salud la capacitación, tutoría y respaldo necesario para desarrollar las habilidades clínicas que mejoren la calidad. En segundo lugar, se deben implementar mecanismos de medición para monitorear la prestación de servicios de salud de calidad y fomentar la rendición de cuentas. En tercer lugar, es crucial el intercambio y aprendizaje entre niveles para compartir experiencias y mejorar la calidad en todo el sistema de salud. En cuarto lugar, se debe fomentar la participación activa de las partes interesadas y la comunidad para asegurar su involucramiento regular y significativo en las tareas de mejora de la calidad. Finalmente, se requiere una gestión efectiva para garantizar que las actividades de mejora de la calidad se realicen dentro de una estructura de apoyo funcional. Estos niveles, están estrechamente vinculadas al cumplimiento de estos requisitos.

Figura 1.

Requisitos básicos para las iniciativas relacionadas con la calidad



Nota. Requisitos básicos y principios rectores basados en el documento *Improving the quality of care for maternal, newborn and child health: Implementation guide for national, district and facility levels.*

Se resalta que la calidad de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) no se limita únicamente a la aplicación de protocolos clínicos estandarizados, sino que también implica una intervención médica personalizada orientada a minimizar riesgos potenciales, tales como la hipofosfatemia o complicaciones derivadas de procedimientos como la reanimación; por otro lado, para lograr este objetivo, es fundamental el uso de un monitoreo constante y activo del estado del paciente, lo cual permite ajustar de manera oportuna las estrategias terapéuticas según las características individuales, además, dichas características incluyen variables clínicas y biológicas como la edad, el nivel de fragilidad, el estado nutricional o el riesgo de deterioro funcional, permitiendo una atención centrada en la persona que optimiza los resultados y reduce la incidencia de eventos adversos (Colmenero et al., 2024).

Por otra parte, de acuerdo a la primera dimensión comunicación con el personal médico, se define como una interacción comunicativa eficaz entre el personal médico y los pacientes, que contemple la identificación conjunta de los problemas de salud, las alternativas terapéuticas, así como la consideración de la visión del paciente y la demostración de empatía, constituye un elemento fundamental para alcanzar resultados clínicos favorables. En este sentido, se resalta la importancia de una formación constante en los estudiantes del área de la salud, ya que dicha competencia comunicativa debe ser desarrollada de manera progresiva durante su formación profesional (Castillo et al., 2024).

Además, la deficiente comunicación con el personal médico, en especial durante la toma de decisiones clínicas independientes, representa un elemento crítico asociado a la ocurrencia de errores médicos según la percepción de los internos en proceso de formación; por lo tanto, este aspecto se suma a otros factores relevantes como la calidad del trato recibido y las condiciones de seguridad, los cuales influyen en la experiencia y desempeño de los futuros profesionales de la salud (Mendoza et al., 2024).

Por otra parte, de acuerdo a la segunda dimensión, accesibilidad a la información sobre el estado del paciente, se define como brindar a los pacientes un acceso ágil y permanente a sus datos clínicos ya sea a través de portales en línea, aplicaciones móviles u otras herramientas tecnológicas no solo facilita el seguimiento de su evolución médica, sino que también favorece una comprensión

más clara de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico; además, esta accesibilidad a la información fortalece la toma de decisiones compartida entre paciente y profesional, incrementa la autonomía del usuario en el manejo de su salud y contribuye significativamente a elevar su nivel de satisfacción con los servicios recibidos; por lo tanto, fomenta una relación más transparente y colaborativa entre el equipo médico y el paciente (García et al., 2021).

Además, numerosos pacientes manifiestan sentirse desinformados respecto a su condición médica y al tratamiento propuesto, lo cual genera incertidumbre y desconfianza en el proceso de atención; por lo tanto, esta falta de acceso a información clara y comprensible sobre su estado de salud limita su capacidad para tomar decisiones informadas, afectando su autonomía y reduciendo su implicación activa en el cuidado personal; por otro lado, la ausencia de una comunicación efectiva y de mecanismos accesibles para obtener esta información también puede generar una percepción negativa del servicio recibido; por ello, garantizar la accesibilidad a datos clínicos relevantes no solo mejora la calidad del vínculo médico-paciente, sino que también fortalece el enfoque de atención centrado en el usuario, promoviendo un entorno de mayor transparencia, responsabilidad compartida y satisfacción en el cuidado de la salud (Ruiz et al., 2021)

De otra forma, la tercera dimensión trato recibido por los familiares, el trato recibido por los familiares se entiende como el conjunto de acciones que permiten una atención rápida, cálida y eficiente en el área de emergencia, destacando especialmente la comunicación asertiva del personal de salud, la empatía en la información brindada sobre el estado del paciente y el tiempo dedicado a resolver dudas y explicar procedimientos. Los familiares valoraron positivamente la atención al sentirse escuchados, informados y tratados con respeto, aunque señalaron como área de mejora la necesidad de una mayor participación durante el proceso asistencial de sus seres queridos (Sañaicela & González, 2024).

Por otra parte, según Valqui (2021), presenta las justificaciones teórica, social, metodológica y científica, en la cual la justificación teórica se basa en la necesidad de profundizar en el conocimiento existente sobre la atención en UCI y su impacto en los familiares de los pacientes. Este estudio puede contribuir a la

discusión académica sobre la humanización de la atención y el papel fundamental que juega la familia en el proceso de recuperación del paciente. Se apoya en teorías como la de Jean Watson, que enfatiza la importancia de las relaciones interpersonales y el cuidado humanizado. Además, se considera que la participación activa de la familia puede mejorar tanto el bienestar del paciente como la percepción de calidad del cuidado recibido.

Además, se justifica de manera social, debido a que esta investigación aborda las necesidades emocionales y psicológicas de los familiares que enfrentan situaciones críticas. La UCI es un entorno estresante donde los familiares experimentan ansiedad y temor por la salud de sus seres queridos. Al investigar cómo perciben la calidad de atención, se puede identificar áreas para mejorar el apoyo emocional y comunicativo, lo que puede resultar en una mejor experiencia para las familias y, por ende, para los pacientes. Esto tiene implicaciones directas en la satisfacción familiar y en la calidad del entorno hospitalario.

Asimismo, se justifica de manera metodológica, debido a que el diseño del estudio permitirá recolectar datos relevantes sobre las percepciones familiares. Utilizando métodos cuantitativos y cualitativos, se podrá obtener una visión integral sobre cómo los familiares valoran diferentes aspectos del cuidado en UCI. Mediante encuestas que pueden ser implementadas para captar tanto datos estadísticos como narrativas personales que reflejen experiencias vividas. Este enfoque metodológico asegura que se aborden todos los aspectos relevantes de la calidad de atención.

Además, se justifica de manera científica, debido a que contribuye al cuerpo de conocimiento sobre cuidados intensivos al proporcionar evidencia sobre cómo las características del cuidado afectan a los familiares. Los hallazgos pueden ser utilizados para desarrollar protocolos más efectivos que integren a las familias en el proceso de atención, mejorando así no solo la experiencia familiar sino también potencialmente los resultados clínicos para los pacientes. La evidencia científica generada puede influir en políticas hospitalarias y prácticas clínicas, promoviendo un enfoque más centrado en el paciente y su familia.

Finalmente, se justifica de manera práctica, según Paria (2017), donde los hallazgos tendrán aplicaciones directas en la práctica clínica, permitiendo al personal sanitario identificar fortalezas y áreas de mejora en su desempeño profesional. Esto facilitará el diseño e implementación de estrategias orientadas a optimizar el cuidado humanizado y satisfacer las expectativas tanto del paciente como de sus familias. Asimismo, se busca fortalecer las competencias del personal médico y de enfermería en entornos complejos como la UCI.

Por otro lado, de acuerdo a la problemática, en relación con la situación de la calidad de atención percibida por los familiares de los pacientes, se puede inferir que la atención especializada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presenta diversos desafíos, tal como se muestra a continuación.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (2023), menciona que la atención en salud puede entenderse desde distintos enfoques, pero cada vez hay mayor acuerdo en que debe ser segura, efectiva y centrada en las necesidades de las personas; no obstante, brindar una atención de calidad sigue siendo un reto en muchos entornos, lo que se traduce en muertes que podrían evitarse, sufrimiento innecesario y altos costos económicos; a esta problemática se suma el hecho de que, en los países con ingresos bajos y medianos, alrededor del 40% de los centros de salud no cuentan con servicios esenciales, y cerca del 20% aún carecen de instalaciones adecuadas de saneamiento. Por otro lado, contar con elementos básicos en los servicios de salud es fundamental para aspirar a una atención de calidad; sin embargo, tener una buena infraestructura por sí sola no asegura que se brinde un servicio óptimo, de este modo, es clave establecer criterios mínimos que se cumplan de manera constante y, al mismo tiempo, promover una cultura de mejora continua (OMS, 2019).

En América Latina, aunque se han implementado diversas políticas y regulaciones para mejorar la calidad de la atención en salud, aún existen desafíos significativos que afectan la seguridad y la experiencia de los pacientes. A pesar de algunos avances, las tasas de mortalidad relacionadas con una atención inadecuada continúan siendo altas. Un estudio realizado en siete países de la región, que representan la mayor parte de la población, reveló que un 30% de las personas no

tienen acceso a servicios de salud preventivos ni curativos. De los que sí reciben atención, solo el 39% considera que la calidad es buena, mientras que el 61% destaca la falta de coordinación en la atención, calificándola negativamente. Además, casi el 50% de los pacientes utiliza los servicios de emergencia para problemas que podrían tratarse en el primer nivel de atención, lo que refleja las deficiencias en este nivel básico. Esta situación se complica aún más durante los fines de semana, cuando el 75% de la población enfrenta dificultades para acceder a los servicios de salud, lo que genera frustración, desconfianza y una creciente insatisfacción con el sistema sanitario (Organización Panamericana de la Salud, 2022).

A nivel nacional, a pesar de los esfuerzos del gobierno peruano por garantizar una atención de calidad a través del seguro de salud y el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, en los últimos años se ha incrementado la molestia de los usuarios respecto a la calidad de los servicios de salud, tanto en el sector público como privado. Asimismo, solo el 56% de los pacientes expresaron satisfacción con la atención recibida, lo que pone de manifiesto una preocupante deficiencia en la calidad de atención; por lo tanto, este bajo nivel de satisfacción está estrechamente vinculado con factores como las largas demoras en los servicios, la falta de recursos adecuados y la infraestructura insuficiente, que afectan directamente la experiencia del paciente; por otro lado, la demora en la atención aumenta la frustración de los usuarios y afecta la eficacia de los tratamientos y la seguridad del paciente, evidenciando una brecha crítica en la calidad del servicio que requiere intervención urgente (Ministerio de la Salud, 2024).

Además, casi el 97,1% de los centros del PNAS en el Perú presentan una capacidad instalada insuficiente, lo que se traduce en equipos obsoletos y una infraestructura deficiente, afectando gravemente la calidad de atención; por lo tanto, esta situación limita la capacidad de los centros para ofrecer servicios adecuados, genera demoras, aumenta el riesgo de errores médicos y pone en peligro la seguridad de los pacientes; con una brecha de 1,791 centros, equivalente al 44% de los 4,041 necesarios, regiones como Lima (60%), Lambayeque (52%) y el Callao (51%) enfrentan una grave carencia de establecimientos que afectaría aún más la calidad y la eficiencia del servicio de salud (Comex Perú, 2021).

Por otro lado, la realidad problemática local en el Hospital III Chimbote Essalud enfrenta serios desafíos en la calidad de atención percibida por los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); por lo tanto, la limitada comunicación entre el personal médico y los familiares genera incertidumbre y frustración, mientras que la sobrecarga de la UCI y la falta de recursos adecuados, tanto humanos como materiales, afectan la atención individualizada; del mismo modo, la infraestructura hospitalaria no siempre cumple con los estándares óptimos de confort y privacidad, y la ausencia de un apoyo psicológico adecuado para los familiares incrementa su estrés emocional; estos factores contribuyen a una baja percepción de la calidad del servicio brindado, lo que requiere acciones inmediatas para mejorar la atención y el apoyo tanto a pacientes como a sus seres queridos.

Ante esta realidad es de interés del investigador formular el problema siguiente:

¿Cuál es la calidad de atención percibida por los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) según sus características sociodemográficas, en el Hospital III Chimbote Essalud 2025?

Además, de acuerdo a la conceptualización de la calidad de atención se refiere al nivel en que los servicios médicos proporcionados a individuos y comunidades contribuyen a mejorar las probabilidades de obtener resultados positivos en su bienestar. Además, la aplicación de conocimientos científicos basados en evidencia, garantizando intervenciones eficaces y seguras; asimismo, desempeña un papel clave en la consecución de la cobertura sanitaria universal, ya que su implementación adecuada no solo optimiza la eficiencia del sistema de salud, sino que también promueve la equidad en el acceso a servicios de calidad (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Asimismo, la definición operacional se enfoca en varios aspectos que deben ser descritos y evaluados para asegurar una atención adecuada a los pacientes críticos en la UCI; en este estudio se ha considerado la dimensión comunicación con el personal médico; accesibilidad a la información sobre el estado del paciente;

y trato recibido por los familiares, donde se calificará en 3 rangos, según el baremos alto (49-65), medio (31-48) y bajo (13-30).

Además, la hipótesis no aplica para esta investigación al ser descriptiva.

Del mismo modo, se planteó el objetivo general: Evaluar la calidad de atención percibida por los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) según sus características sociodemográficas, en el Hospital III Chimbote Essalud 2025.

Además, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

Analizar la comunicación con el personal médico de los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital III Chimbote Essalud 2025.

Describir la accesibilidad a la información sobre el estado del paciente ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital III Chimbote Essalud 2025.

Describir el trato recibido por los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital III Chimbote Essalud 2025.

Identificar el nivel de percepción de los familiares según las características sociodemográficas de la calidad de atención de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el Hospital III Chimbote Essalud 2025.

Identificar el nivel de percepción de los familiares según las características sociodemográficas con las dimensiones de la calidad de atención de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el Hospital III Chimbote Essalud 2025.

Metodología

Tipo y diseño de investigación:

Tipo de investigación

El estudio fue de tipo básico, orientado a generar conocimientos teóricos sobre la calidad del cuidado del paciente en el sector salud; además, su propósito fue enriquecer el marco conceptual existente sin buscar una aplicación inmediata (Baena, 2017). Por otra parte, se empleó un enfoque cuantitativo, basado en la recolección y análisis de datos numéricos; en donde para ello, se utilizaron instrumentos estandarizados que permitieron medir con precisión las variables del estudio (Guevara et al., 2020).

Diseño de la investigación

Con respecto al diseño de investigación fue no experimental, lo que implica que no se manipularon las variables, sino que se observaron en su contexto natural; esto permitió analizar los fenómenos tal como ocurren en el entorno sanitario. Además, se empleó un diseño de corte transversal, recolectando datos en un solo momento; lo cual ofrece una visión puntual de la realidad estudiada (Ramos, 2020).

Población y Muestra

La población se refiere al conjunto de personas, elementos o acontecimientos que poseen características similares y sobre los cuales se pretende obtener conclusiones. En el contexto investigativo, la población constituye el grupo central al que se dirige el estudio, determinado según el enfoque específico de la investigación (Supo, 2023). De esta manera se tuvo una población censal conformada por un grupo de 30 familiares de pacientes ingresados en la UCI.

Criterios de Inclusión

- Pacientes que estén actualmente ingresados en la UCI
- Pacientes que hayan estado ingresados en la UCI
- Familiares directos. Padres, cónyuges, hijos, hermanos u otros familiares cercanos del paciente

- Familiares que acepten participar en el estudio para responder la encuesta

Criterios de Exclusión

- Pacientes que no hayan estado ingresados en la UCI
- Familiares no directos. Tíos, primos, o familiares más lejanos que no tengan un vínculo cercano con el paciente.
- Familiares que no acepten participar en el estudio para responder la encuesta

Técnicas e instrumentos de investigación

Técnicas

En esta investigación se utilizó la encuesta fundamental para recolectar información; en el cual permitió obtener datos relevantes del fenómeno estudiado mediante preguntas estructuradas aplicadas a una muestra representativa, lo que facilita una comprensión clara y sistemática de la realidad investigada (Feria et al, 2020)

Instrumentos

El instrumento de investigación fue el cuestionario, el cual fue de elaboración propia y fue sometido a un proceso de validación por 3 juicio de expertos, quienes evaluaron su idoneidad según criterios predefinidos determinándola como un instrumento aplicable. Además, se realizó una prueba piloto con 15 participantes en donde se determinó un alfa de Cronbach aceptable con un valor de 0.923.

Por lo que para la variable calidad de atención, se aplicó un cuestionario constituido por 4 dimensiones con un total de 17 preguntas que se distribuyen de la siguiente manera:

- Dimensión 1: Datos sociodemográficos (Ítems del 1-4)
- Dimensión 2: Comunicación con el personal médico (Ítems del 5-7)
- Dimensión 3: Accesibilidad a la información sobre el estado del paciente (Ítems del 8-11)

- Dimensión 4: Trato recibido por los familiares (Ítems del 12-17)

Validez y confiabilidad

Respecto a la validez, del cuestionario de la calidad de atención percibida por los familiares fue sometido a un proceso de validación por 3 juicio de expertos, quienes determinaron su utilidad como herramienta apropiada para la recopilación de información. Además, el cuestionario, pasó por una prueba piloto de 15 participantes, donde se obtuvo un alfa de Cronbach con un valor de 0.923.

Procesamiento y análisis de información

Para llevar a cabo el procesamiento y análisis de los datos, se gestionaron previamente todos los permisos necesarios para la recolección de información en la institución seleccionada como objeto de estudio. Tras obtener la autorización correspondiente, se procedió a la aplicación del cuestionario estructurado, cuyo llenado tuvo una duración estimada de 25 minutos por cada participante. Una vez recogidos los datos, estos fueron cuidadosamente digitados en el programa Excel, con el fin de organizar y validar la información. Finalmente, para el análisis estadístico riguroso, se empleó el software SPSS, que permitió realizar un procesamiento detallado de los resultados y facilitar la interpretación de los mismos en función de los objetivos planteados en la investigación.

Resultados

A continuación, se presentan los siguientes resultados, luego de la aplicación del cuestionario a los 30 participantes del Hospital III Chimbote Essalud.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de los familiares de los pacientes en UCI

Características	f	%
Relación con el paciente		
Padre/Madre	20	66.7
Hijo/Hija	3	10.0
Cónyuge	5	16.7
Otro	2	6.7
Total	30	100.0
Tiempo del paciente en UCI		
Menos de una semana	10	33.3
Más de una semana	9	30.0
Más de un mes	7	23.3
Más de tres meses	4	13.3
Total	30	100.0
Edad		
Menos de 40 años	5	16.7
Entre 40 y 60 años	22	73.3
Más de 60 años	3	10.0
Total	30	100.0
Nivel educativo		
Secundaria o menor	10	33.3
Terciaria o Universitaria	19	63.3
Posgrado	1	3.3
Total	30	100.0

Nota. Resultados obtenidos de las encuestas aplicadas; f= frecuencia, %=

porcentaje.

La tabla 1, describe los datos sociodemográficos, indicando que, la mayoría de los familiares de pacientes en UCI son padres o madres (66.7%), seguidos por cónyuges (16.7%), lo que evidencia una fuerte implicancia emocional directa. En cuanto al tiempo de hospitalización, el 63.3% de los pacientes ha permanecido en UCI por menos de un mes, lo que sugiere una mayor presencia de casos recientes. La edad de los familiares se concentra principalmente entre los 40 y 60 años (73.3%), grupo etario típicamente asociado a responsabilidades de cuidado.

Respecto al nivel educativo, el 63.3% cuenta con estudios terciarios o universitarios, lo que podría facilitar la comprensión del estado clínico del paciente y la toma de decisiones. En conjunto, estos resultados reflejan un perfil de familiares adultos, con estrecho vínculo con el paciente y un nivel formativo superior.

Tabla 2

Niveles de percepción en las dimensiones de calidad de servicios por los familiares de los pacientes en UCI

Niveles	f	%
Dimensión comunicación con el personal médico		
Nivel bajo	6	20.0
Nivel medio	15	50.0
Nivel alto	9	30.0
Total	30	100.0
Dimensión Accesibilidad a la información sobre el estado del paciente		
Nivel bajo	4	13.3
Nivel medio	12	40.0
Nivel alto	14	46.7
Total	30	100.0
Dimensión Trato recibido por los familiares		
Nivel bajo	3	10.0
Nivel medio	8	26.7
Nivel alto	19	63.3
Total	30	100.0

Nota. Resultados obtenidos de las encuestas aplicadas; f= frecuencia, %=

porcentaje.

La Tabla 2 muestra los niveles de percepción de los familiares sobre la calidad del servicio en tres dimensiones. En la dimensión comunicación con el personal médico, la mayoría (50%) percibió un nivel medio, seguido por un 30% que reportó un nivel alto y un 20% que lo consideró bajo. En cuanto a la accesibilidad a la información sobre el estado del paciente, predomina una percepción positiva, ya que el 46.7% evaluó esta dimensión como alta y el 40% como media. Finalmente, en la dimensión trato recibido por los familiares, la percepción fue más favorable, con un 63.3% que reportó un nivel alto y solo un 10% que percibió un nivel bajo. En conjunto, los resultados reflejan que la mayoría

de los familiares valoran positivamente el trato y la información brindada, mientras que la comunicación con el personal médico aún presenta oportunidades de mejora.

Tabla 3

Tabla cruzada del nivel de percepción de la calidad de servicio con los datos sociodemográficos en los familiares de los pacientes en UCI.

	Calidad de servicio			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Relación con el paciente				
Padre/Madre	2 (6.7%)	9 (30.0%)	9 (30.0%)	20 (66.7%)
Hijo/Hija	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (10.0%)	3 (10.0%)
Cónyuge	1 (3.3%)	2 (6.7%)	2 (6.7%)	5 (16.7%)
Otro	0 (0.0%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)
Total	3 (10.0%)	12 (40.0%)	15 (50.0%)	30 (100.0%)
Tiempo del paciente en UCI				
Menos de una semana	1 (3.3%)	3 (10.0%)	6 (20.0%)	10 (33.3%)
Más de una semana	1 (3.3%)	3 (10.0%)	5 (16.7%)	9 (30.0%)
Más de un mes	0 (0.0%)	4 (13.3%)	3 (10.0%)	7 (23.3%)
Más de tres meses	1 (3.3%)	2 (6.7%)	1 (3.3%)	4 (13.3%)
Total	3 (10.0%)	12 (40.0%)	15 (50.0%)	30 (100.0%)
Edad				
Menos de 40 años	0 (0.0%)	2 (6.7%)	3 (10.0%)	5 (16.7%)
Entre 40 y 60 años	3 (10.0%)	9 (30.0%)	10 (33.3%)	22 (73.3%)
Más de 60 años	0 (0.0%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)	7 (10.0%)
Total	3 (10.0%)	12 (40.0%)	15 (50.0%)	30 (100.0%)
Nivel educativo				
Secundaria o menor	0 (0.0%)	6 (20.0%)	4 (13.0%)	10 (33.3%)
Terciaria o Universitaria	3 (10.0%)	6 (20.0%)	10 (33.3%)	19 (63.3%)
Posgrado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)
Total	3 (10.0%)	12 (40.0%)	15 (50.0%)	30 (100.0%)

Nota. Resultados obtenidos de las encuestas aplicadas.

La Tabla 3 muestra la percepción de calidad del servicio según las características sociodemográficas de los familiares de pacientes en UCI. Se observa que los padres o madres fueron quienes más percibieron un nivel alto (30.0%), mientras que los hijos también mostraron una percepción favorable, aunque con menor representación (10.0%). En cuanto al tiempo de hospitalización, los familiares de pacientes con estancias cortas (menos de una semana) tendieron a valorar mejor el servicio (20.0%). La edad también influye, ya que quienes tienen entre 40 y 60 años fueron los que más reportaron una percepción alta (30.0%), posiblemente por mayor capacidad de juicio o experiencia. Respecto al nivel

educativo, quienes poseen formación universitaria concentraron la mayoría de las percepciones altas (43.3%), lo que podría estar relacionado con una mayor comprensión de los procesos médicos. En resumen, el nivel de percepción favorable está más asociado a familiares con mayor educación, de mediana edad y con estancias más recientes en UCI.

Tabla 4

Tabla cruzada del nivel de percepción de la comunicación con el personal médico y los datos sociodemográficos en los familiares de los pacientes en UCI.

	D1: Percepción de la comunicación con el personal médico			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Relación con el paciente				
Padre/Madre	3 (10.0%)	11 (36.7%)	6 (20.0%)	20 (66.7%)
Hijo/Hija	0 (0.0%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)	3 (10.0%)
Cónyuge	2 (6.7%)	2 (6.7%)	1 (3.3%)	5 (16.7%)
Otro	1 (3.3%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	2 (6.7%)
Total	6 (20.0%)	15 (50.0%)	9 (30.0%)	30 (100.0%)
Tiempo del paciente en UCI				
Menos de una semana	3 (3.3%)	5 (16.7%)	2 (6.7%)	10 (33.3%)
Más de una semana	2 (3.3%)	3 (10.0%)	4 (13.3%)	9 (30.0%)
Más de un mes	1 (0.0%)	4 (13.3%)	2 (6.7%)	7 (23.3%)
Más de tres meses	0 (3.3%)	3 (10.0%)	1 (3.3%)	4 (13.3%)
Total	6 (20.0%)	15 (50.0%)	9 (30.0%)	30 (100.0%)
Edad				
Menos de 40 años	1 (3.3%)	2 (6.7%)	2 (6.7%)	5 (16.7%)
Entre 40 y 60 años	5 (16.7%)	10 (33.3%)	10 (23.3%)	22 (73.3%)
Más de 60 años	0 (0.0%)	3 (3.3%)	0 (0.0%)	3 (10.0%)
Total	6 (20.0%)	15 (50.0%)	9 (30.0%)	30 (100.0%)
Nivel educativo				
Secundaria o menor	2 (6.7%)	5 (16.7%)	3 (10.0%)	10 (33.3%)
Terciaria o Universitaria	4 (13.3%)	9 (30.0%)	6 (20.0%)	19 (63.3%)
Posgrado	0 (0.0%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	1 (3.3%)
Total	6 (20.0%)	15 (50.0%)	9 (30.0%)	30 (100.0%)

Nota. Resultados obtenidos de las encuestas aplicadas.

La Tabla 4 presenta la percepción del nivel de la comunicación con el personal médico y las variables sociodemográficas de los familiares de pacientes en UCI. En cuanto a la relación con el paciente, los padres/madres representaron el

mayor grupo con percepción media (36.7%) y alta (20.0%), mientras que los cónyuges y otros familiares concentraron principalmente niveles bajos o medios.

Respecto al tiempo de hospitalización, los familiares de pacientes con más de una semana de estancia tuvieron una percepción más alta (13%), en comparación con quienes tienen pacientes hospitalizados por más de un mes o más de tres meses, lo que podría indicar desgaste emocional o deficiencia en la comunicación sostenida. En la variable edad, los adultos entre 40 y 60 años mostraron el mayor porcentaje en niveles alto y medio (23.3% y 33.3%, respectivamente). Finalmente, quienes tienen educación universitaria presentaron mejores niveles de percepción de la comunicación (20.0% alto), lo que sugiere que un mayor nivel educativo podría influir positivamente en la interpretación y comprensión de la información médica. En conjunto, los datos reflejan una percepción predominantemente media, con oportunidades de mejora en grupos con menor formación o mayor carga emocional.

Tabla 5

Tabla cruzada del nivel de percepción de accesibilidad a la información sobre el estado del paciente y los datos sociodemográficos en los familiares de los pacientes en UCI

	D2: Accesibilidad a la información sobre el estado del paciente			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Relación con el paciente				
Padre/Madre	3 (10.0%)	8 (26.7%)	9 (30.0%)	20 (66.7%)
Hijo/Hija	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (10.0%)	3 (10.0%)
Cónyuge	1 (3.3%)	3 (10.0%)	1 (3.3%)	5 (16.7%)
Otro	0 (3.3%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)
Total	4 (13.3%)	12 (40.0%)	14 (46.7%)	30 (100.0%)
Tiempo del paciente en UCI				
Menos de una semana	1 (3.3%)	4 (13.3%)	5 (16.7%)	10 (33.3%)
Más de una semana	2 (6.7%)	1 (3.3%)	6 (20.0%)	9 (30.0%)
Más de un mes	0 (0.0%)	6 (20.0%)	1 (3.3%)	7 (23.3%)
Más de tres meses	1 (3.3%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)	4 (13.3%)
Total	4 (13.3%)	12 (40.0%)	14 (46.7%)	30 (100.0%)
Edad				
Menos de 40 años	0 (0.0%)	3 (10.0%)	2 (6.7%)	5 (16.7%)
Entre 40 y 60 años	4 (13.3%)	8 (26.7%)	10 (33.3%)	22 (73.3%)
Más de 60 años	0 (0.0%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)	3 (10.0%)
Total	4 (13.3%)	12 (40.0%)	14 (46.7%)	30 (100.0%)
Nivel educativo				
Secundaria o menor	1 (3.3%)	6 (20.0%)	3 (10.0%)	10 (33.3%)
Terciaria o Universitaria	3 (10.0%)	6 (20.0%)	10 (33.3%)	19 (63.3%)
Posgrado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)
Total	4 (13.3%)	12 (40.0%)	14 (46.7%)	30 (100.0%)

Nota. Resultados obtenidos de las encuestas aplicadas.

La Tabla 5 muestra los niveles de percepción sobre la accesibilidad a la información del estado del paciente, cruzados con las variables sociodemográficas de los familiares en UCI. Se observa que los padres/madres presentan la mayor proporción con percepción alta (30.0%), reflejando su implicancia directa y necesidad de información constante. Por tiempo de hospitalización, los pacientes con más de una semana en UCI tienen familiares que reportan mayor accesibilidad (20%), mientras que, a mayor duración, esta percepción tiende a disminuir o estabilizarse. En cuanto a la edad, los familiares de 40 a 60 años concentran el mayor porcentaje de percepción alta (36.7%), lo que coincide con su rol predominante en el cuidado. Finalmente, los familiares con educación terciaria o

universitaria reportan mayor percepción positiva (33.3%), en contraste con aquellos con educación secundaria o menor (10.0%). En general, los datos reflejan una percepción predominantemente favorable (46.7% alta), con influencias visibles de la relación familiar, la edad y el nivel educativo.

Tabla 6

Tabla cruzada del nivel de percepción del trato recibido por los familiares y los datos sociodemográficos en los familiares de los pacientes en UCI.

	D3: Trato recibido por los familiares			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Relación con el paciente				
Padre/Madre	2 (6.7%)	5 (16.7%)	13 (43.3%)	20 (66.7%)
Hijo/Hija	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (10.0%)	3 (10.0%)
Cónyuge	1 (3.3%)	2 (6.7%)	2 (6.7%)	5 (16.7%)
Otro	0 (3.3%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)
Total	3 (10.0%)	8 (26.7%)	19 (63.3%)	30 (100.0%)
Tiempo del paciente en UCI				
Menos de una semana	1 (3.3%)	3 (10.0%)	6 (20.0%)	10 (33.3%)
Más de una semana	1 (3.3%)	3 (10.0%)	5 (16.7%)	9 (30.0%)
Más de un mes	0 (0.0%)	1 (3.3%)	6 (20.0%)	7 (23.3%)
Más de tres meses	1 (3.3%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)	4 (13.3%)
Total	3 (10.0%)	8 (26.7%)	19 (63.3%)	30 (100.0%)
Edad				
Menos de 40 años	0 (0.0%)	2 (6.7%)	3 (10.0%)	5 (16.7%)
Entre 40 y 60 años	3 (10.0%)	6 (20.0%)	13 (43.3%)	22 (73.3%)
Más de 60 años	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (10.0%)	3 (10.0%)
Total	3 (10.0%)	8 (26.7%)	19 (63.3%)	30 (100.0%)
Nivel educativo				
Secundaria o menor	0 (3.3%)	5 (16.7%)	5 (16.7%)	10 (33.3%)
Terciaria o Universitaria	3 (10.0%)	3 (10.0%)	13 (43.3%)	19 (63.3%)
Posgrado	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)
Total	3 (10.0%)	8 (26.7%)	19 (63.3%)	30 (100.0%)

Nota. Resultados obtenidos de las encuestas aplicadas.

La Tabla 6 analiza el nivel de percepción del trato recibido por los familiares de pacientes en UCI según variables sociodemográficas. En la dimensión del trato recibido, predomina una percepción alta (63.3%), especialmente entre los padres/madres (43.3%), quienes constituyen el grupo mayoritario. También destacan los familiares de pacientes hospitalizados por menos de una semana (20%) y más de un mes (20%), con altos niveles de satisfacción en esta dimensión, lo que sugiere una relación positiva en las etapas iniciales del cuidado. En cuanto a la edad, el grupo entre 40 y 60 años mostró la mayor percepción positiva (43.3%). En la

variable nivel educativo, quienes tienen educación universitaria o técnica presentaron mayor percepción alta (43.3%), mientras que quienes solo cuentan con secundaria o menor formación tuvieron una percepción más dividida. En conjunto, los resultados reflejan que el trato recibido fue valorado de manera positiva, sobre todo por familiares adultos con mayor implicancia directa y nivel educativo medio o superior.

Tabla 7

Evaluación del nivel de calidad de atención percibida según características sociodemográficas de los familiares de los pacientes en UCI

Características sociodemográficas	N	Min.	Max.	M	D.E
Relación con el paciente					
Padre/Madre	20	13	65	46.7	12,7
Hijo/Hija	3	53	65	58.0	6.2
Cónyuge	5	26	65	44.2	15.6
Otros	2	32	52	42.0	14.1
Tiempo del paciente en UCI					
Menos de una semana	10	26	65	46.6	11.1
Más de una semana	9	13	65	47.6	18.4
Más de un mes	7	33	65	48.9	9.8
Más de tres meses	4	30	52	44.3	9.7
Edad					
Menos de 40 años	5	32	65	51.0	14.6
Entre 40 y 60 años	22	13	65	45.7	13.4
Más de 60 años	3	48	52	50.7	2.3
Nivel educativo					
Secundaria o menor	10	31	65	46.7	13.0
Terciaria o Universitaria	19	13	65	47.0	13.4
Posgrado	1	52	52	52.0	-

Nota. Resultados obtenidos de las encuestas aplicadas; N= número, Min= puntaje mínimo; Max= puntaje máximo, M= media, D.E= desviación estándar.

En la tabla 7, muestra el análisis de la calidad de atención percibida según características sociodemográficas muestra que los hijos/as (M=58.0), personas menores de 40 años (M=51.0), mayores de 60 años (M=50.7) y aquellos con estudios de posgrado (M=52.0) perciben un nivel alto de atención. En contraste, los cónyuges (M=44.2), otros familiares (M=42.0) y personas entre 40 y 60 años (M=45.7) presentan una percepción de nivel medio. Según el tiempo de hospitalización, todos los grupos perciben un nivel medio, siendo más alta la

valoración en quienes tienen al familiar más de un mes en UCI (M=48.9). En general, la percepción se mantiene en un nivel medio, con variaciones asociadas al vínculo con el paciente, edad y nivel educativo.

Análisis y discusión

Respecto al objetivo general, según el nivel de calidad de atención percibida según la relación con el paciente, se evidencia que existe una mayor media a hijo/hija con un valor de 58.0, por otra parte, hay una media menor en otros familiares, con un valor de 42.0, mientras que, con respecto al tiempo del paciente en UCI, la mayor media se encuentra en la estadía de más de un mes con un valor de 48.9, mientras que la media menor fue en menos de una semana con un valor de 46.6, estos resultados se asemejan al estudio de Jiménez et al. (2024), en donde se observó que el mayor parentesco con el paciente es del hijo con un valor de 29.7%, mientras que los días cuidando al paciente tuvieron mayor incidencia de 1 a 40 días con un valor del 92.8%; por lo tanto estos resultados reflejan una tendencia similar, lo que refuerza la validez de los hallazgos, coincidiendo con el vínculo familiar y el tiempo de hospitalización.

Por otro lado, de acuerdo al primer objetivo específico, la comunicación con el personal médico predomina con un nivel medio teniendo un valor del 50%, seguido del nivel alto con un 30% y muestra un nivel bajo con un valor de 20%. Estos hallazgos coinciden parcialmente con los resultados de Larios et al. (2020), quienes identificaron que el 49,3% de los familiares encuestados mostraban una satisfacción media respecto a la comunicación en la atención médica, lo que sugiere que la percepción intermedia en este aspecto es una constante en contextos similares. Sin embargo, difieren con lo hallado por Carhuamaca y Quispe (2022), quienes reportaron que el 62,2% de los familiares manifestó una satisfacción alta en dicha dimensión, posiblemente debido a protocolos reforzados durante la pandemia.

Estos resultados, se evidencian desde una perspectiva teórica, según la OPS (2021), la calidad de la atención médica exige una comunicación efectiva con los familiares como parte esencial de un servicio seguro y centrado en el paciente. El hecho de que persistan niveles medios y bajos de comunicación sugiere que aún existen deficiencias en la planificación y gestión de la información en unidades críticas, lo que limita el cumplimiento de los estándares propuestos y refleja la

necesidad de reformas estructurales que prioricen la humanización del trato y la interacción médico-familiar en contextos hospitalarios complejos.

Respecto al objetivo específico 2, la percepción de los familiares sobre la accesibilidad a la información sobre el estado del paciente predominó el nivel alto en un 46.7%, seguido del nivel medio en un 40% y en menor proporción en nivel bajo 13.3%. Este predominio del nivel alto confirma que la UCI del Hospital III Chimbote Essalud cuenta con políticas y prácticas comunicativas relativamente consolidadas; sin embargo, la presencia de una proporción considerable de percepciones medias y bajas sugiere áreas susceptibles de mejora, sobre todo al tratarse de un entorno donde la incertidumbre familiar puede ser crítica. Al contrastar con investigaciones previas, se identifica una tendencia coherente, aunque con magnitudes distintas. Vargas et al. (2024) reportaron que 28 % de familiares se mostraron “muy satisfechos” y 68 % “satisfechos” con la información recibida, superando globalmente nuestras cifras de accesibilidad alta, pero coincidiendo en que las categorías favorables concentran la mayoría de respuestas. En cambio, Larios et al. (2020) encontraron predominio del nivel medio (51,8 %) en la dimensión información, dato que guarda similitud con nuestro 40 % en accesibilidad media y evidencia cómo la consistencia de los canales de información aún fluctúa según el contexto asistencial. Estos resultados sugieren que, aunque la accesibilidad ha mejorado, permanece un espacio intermedio donde las estrategias de comunicación pueden robustecerse para elevar percepciones de nivel medio a alto. Por su parte, el estudio de Cerrudo et al. (2022) demostró incrementos drásticos en satisfacción de 8,89 % a más de 88 % tras implementar un protocolo de visitas e información que garantizó comunicación médica diaria en el 100 % de los casos

Estos resultados, son reforzados desde la teoría de Milosavljević et al., (2024) menciona que asegurar la continuidad de la atención y cumplir estándares éticos y contractuales exige un monitoreo constante de los flujos de información; cuando estos mecanismos son estandarizados, por ejemplo, mediante protocolos de visitas familiares con horarios y responsables definidos la percepción familiar mejora de manera sostenida. En conclusión, el Hospital III Chimbote Essalud podría fortalecer sus resultados migrando de esquemas informales o intermitentes a un modelo protocolizado, incorporando recordatorios automáticos, encuestas de

retroalimentación y capacitación continua al personal para reducir la proporción de accesibilidad media y, sobre todo, las percepciones bajas.

Respecto al objetivo específico 3, la percepción de los familiares sobre la el trato recibido predominó el nivel alto en un 63.3%, seguido del nivel medio en un 26.7% y en menor proporción en nivel bajo 10.0%. Este predominio del nivel alto refleja esfuerzos institucionales por promover interacciones humanizadas; sin embargo, casi cuatro de cada diez familiares aún sitúan su experiencia en niveles inferiores, lo que indica márgenes de mejora, sobre todo en entornos de alta carga emocional como la UCI. Al contrastar estos hallazgos con los antecedentes, se observa una consistencia relativa. Echeverría y Bravo (2024) hallaron puntajes promedio elevados en la dimensión “trato con respeto” ($M = 4,9 / 5$), corroborando que el respeto y la cordialidad son ejes críticos de la satisfacción usuaria. Por su parte, Vargas et al. (2024) reportaron que el 74 % de los encuestados se declaró “satisfecho” y el 24 % “muy satisfecho” con el trato recibido, coincidiendo en la hegemonía de percepciones positivas; no obstante, un 21,7 % manifestó insatisfacción en cortesía, dato comparable con nuestro 10 % de nivel bajo

Estos resultados, se fundamenta bajo el sustento teórico de Linares y Guedez (2021) donde menciona que la calidad asistencial se sustenta tanto en la competencia técnico-científica como en el desarrollo de habilidades socioemocionales del profesional sanitario, entre ellas la inteligencia emocional, la autorregulación y la comunicación asertiva. Nuestros resultados confirman esta premisa: la mayoría percibe un trato óptimo, lo que refleja la presencia de dichas competencias en buena parte del personal. En conclusión, En conclusión, aunque el Hospital III Chimbote Essalud muestra un desempeño favorable en el trato a familiares, los antecedentes con mayores proporciones de satisfacción evidencian que es posible alcanzar estándares todavía más altos cuando se articulan políticas de humanización y comunicación efectiva. Abordar las brechas señaladas principalmente las percepciones medias y bajas, con acciones formativas y procesos de evaluación permanente alinearía la experiencia de los familiares con las mejores prácticas descritas en la literatura y reforzaría la calidad centrada en la persona en la UCI.

Respecto al objetivo específico 4, la percepción de la calidad de servicio según los datos sociodemográficos de los familiares, predominó el nivel alto y medio con un 30% en los padres o madres, asimismo, los familiares que tuvieron menos de una semana en UCI a sus familiares predominó el nivel alto con un 20%, los familiares con edades entre 40 y 60 años tuvieron un nivel alto sobre la calidad de servicio, finalmente, predominó el nivel alto en un 33.3% en los familiares con educación terciaria o universitaria en comparación a los otros grupos. Estos hallazgos se alinean con los resultados de Torres et al. (2024) quienes describieron que el 74,5 % de usuarios y acompañantes calificó la atención materno-infantil como “buena” o “muy buena”, con mayor satisfacción precisamente en el grupo etario de 30-59 años, lo que refuerza la relevancia de la edad como modulador de expectativas y juicios sobre el servicio. De forma concordante, Viana et al. (2023) hallaron una satisfacción global positiva del 77,42 % entre familiares de pacientes críticos en Brasil, mientras que Soto et al. (2022) reportaron un nivel de calidad percibida de 68,8 % en un centro peruano, asociada a un clima organizacional favorable; ambas investigaciones subrayan que, aun en contextos distintos, la experiencia familiar tiende a ser satisfactoria cuando las interacciones con el personal son oportunas y respetuosas.

Estos resultados, sustentados desde el enfoque teórico de la concordancia empírica con el modelo de Donabedian (1996) indica, que la calidad en salud se refiere a una interpretación de los valores y objetivos de la atención, y su evaluación tiene como misión determinar el éxito de un sistema de atención, vigilando el progreso e identificando fortalezas y deficiencias que puedan ser corregidas, esto respalda la interpretación de nuestros datos, indicando que el predominio de evaluaciones altas en padres, adultos de mediana edad y familiares con mayor escolaridad sugiere que tanto la infraestructura física (estructura) como la comunicación efectiva y la participación informada (proceso) se traducen en un resultado percibido favorable. Por otro lado, Guerra y González (2021) sostienen que la satisfacción aumenta cuando la familia participa activamente, recibe información clara y percibe un entorno acogedor; justamente, los niveles más elevados de percepción en quienes permanecieron menos de una semana podrían reflejar una comunicación inicial constante, mientras que la exigencia de los grupos

con menor escolaridad o estancias prolongadas evidenciaría oportunidades de mejora en la consistencia informativa y en la adecuación de los espacios hospitalarios. En conclusión, los resultados confirman que la experiencia familiar en UCI no depende sólo de variables clínicas, sino de factores sociodemográficos que modulan la manera en que se valoran los esfuerzos asistenciales, brindando argumentos para fortalecer programas de acompañamiento diferenciado, espacios de información continua y estrategias de educación sanitaria adaptadas al perfil de los cuidadores, con el fin de sostener o superar la percepción positiva registrada.

Respecto al objetivo específico 5, en la dimensión comunicación con el personal médico en el grupo de relación con el paciente, predominó el nivel medio con un 36.6% en el grupo de los padres o madres, por otro lado, en la dimensión accesibilidad a la información (30%) y la dimensión trato recibido (43.3%) predominó el nivel alto en el grupo padre/madre. Por otro lado, con respecto al dato sociodemográfico, tiempo del paciente en UCI resalta con mayor nivel medio en un 16.7%, pacientes con menos de una semana, asimismo, este mismo grupo respecto a la dimensión accesibilidad a la información, el mayor nivel se halló en alto con un 20%, por otro lado, en la dimensión trato recibido predominó el nivel alto con un 43.3% pero en pacientes con menos de una semana en UCI. En relación a la edad, los familiares de 40 y 60 años, resalta con mayor nivel medio en un 33.3%, por otro lado, este mismo grupo respecto a la dimensión accesibilidad a la información, el mayor nivel se halló en alto con un 33.3%, asimismo, en la dimensión trato recibido predominó el nivel alto con un 43.3% en familiares entre 40 y 60 años. Finalmente, respecto al nivel educativo de los familiares, en la dimensión comunicación con el personal médico resalta el grupo con educación terciaria o universitaria con un nivel medio en un 30%, asimismo, en la dimensión accesibilidad a la información el grupo con educación universitaria o terciaria predominó el nivel alto con un 33.3% y en la dimensión trato recibido, predominó el nivel alto con 43.3% en el grupo con nivel educativo terciario o universitario.

Estos resultados se asemejan a los del estudio ecuatoriano de Torres et al. (2024), donde la dimensión “trato del personal” concentró evaluaciones “buena” y “muy buena” (82,5%), mientras la comunicación fue percibida como “regular” por un tercio de los encuestados, lo que sugiere que el contacto efectivo suele

satisfacerse mejor que el intercambio informativo. Asimismo, Larios et al. (2020) hallaron un predominio de satisfacción media en comunicación (49,3%) y en información brindada (51,8 %), corroborando la dificultad persistente para transmitir datos claros aun cuando la percepción global sea favorable, sin embargo, los resultados hallados en la investigación, supera esos promedios en las dimensiones “información” y “trato”, acercándose a los porcentajes altos reportados por Carhuamaca y Quispe (2022), quienes alcanzaron 62,2 % de satisfacción alta en comunicación y 56,8 % en información durante la pandemia, ello indica que, tras la crisis sanitaria, la UCI local ha mantenido prácticas positivas en acceso y trato, aunque debe reforzar sus estrategias comunicacionales con los progenitores. Las variaciones sociodemográficas refuerzan esta interpretación. Entre familiares con pacientes de menos de una semana en UCI predominaron las valoraciones medias en comunicación (16,7 %) y altas en información (20 %) y trato (43,3 %), lo que coincide con la evidencia de Farinago (2024) visitas más flexibles y estancias cortas favorecieron un 85 % de satisfacción global en UCI de régimen abierto

Asimismo, la franja etaria de 40-60 años concentró niveles medio-alto de percepción paralelo a lo registrado por Torres et al., donde el grupo de 30-59 años fue el más complacido y quienes poseían educación terciaria o universitaria mantuvieron los puntajes más altos en información (33,3%) y trato (43,3%), superando la satisfacción media descrita por Larios et al. (2020) para poblaciones con escolaridad superior.

Estos resultados fundamentados desde lo teórico, Naranjo y Suárez (2022) subrayan que instalaciones modernas y procesos bien estructurados elevan la percepción de calidad, en este contexto, resulta fundamental evaluar la calidad del servicio desde la perspectiva de los usuarios, ya que son ellos quienes experimentan directamente la atención brindada y pueden identificar áreas de mejora. Por otro lado, Castelo et al. (2023) hace referencia a la experiencia subjetiva y el nivel de conformidad que experimentan los familiares respecto a la calidad del servicio, destacando la importancia de una comunicación efectiva y soporte emocional a la familia; precisamente, nuestro nivel alto en trato respalda la fortaleza humanística del servicio, pero la calificación media en comunicación revela una brecha que

limita la convergencia plena entre proceso y resultado. En conclusión, la evidencia sugiere que la UCI ha avanzado en accesibilidad y humanización, más requiere protocolos de información más sistemáticos especialmente con padres/madres y estancias prolongadas para consolidar una experiencia de calidad integral.

Conclusiones

La evaluación de la calidad de atención percibida, reveló una percepción mayormente media, influida por factores sociodemográficos como la relación con el paciente, la edad y el nivel educativo. Se evidenció una mejor percepción entre los hijos/as, personas menores de 40 y mayores de 60 años, y aquellos con estudios de posgrado, lo que indica que estas características pueden modular la valoración del servicio recibido.

Se halló que el 50% de los familiares percibieron la comunicación con el personal médico en un nivel medio, el 30% en un nivel alto y el 20% en un nivel bajo, lo que indica una percepción aceptable, aunque aún con margen para mejorar la calidad del vínculo en la atención en la UCI.

Se halló que el 46.7% de los familiares percibieron en nivel alto la accesibilidad a la información sobre el estado del paciente, el 40% en nivel medio y el 13.3% en nivel bajo, lo que refleja un avance positivo; no obstante, aún se requiere mejorar la comunicación para garantizar información clara a todos los familiares.

Se halló que el 63.3% de los familiares percibieron en nivel alto el trato recibido, el 26.7% en nivel medio y el 10% en nivel bajo, lo que evidencia un buen desempeño del personal en calidad humana; sin embargo, es importante mantener y reforzar este estándar para asegurar que todos los familiares se sientan valorados y tratados con respeto y empatía.

Se identificó que los padres/madres y familiares con estudios universitarios presentaron mayor satisfacción con la atención recibida. Del mismo modo, quienes tenían experiencia previa por hospitalizaciones recientes y pertenecían a un rango de mediana edad valoraron mejor el servicio, lo que sugiere que tanto el nivel educativo como el contexto del paciente influyen en la percepción de la calidad de atención.

La percepción positiva de la calidad de atención fue mayor en las dimensiones de comunicación, accesibilidad y trato recibido por parte de familiares con educación universitaria, entre 40 y 60 años, y especialmente padres/madres, lo

que sugiere que el nivel educativo, la experiencia previa y el rol activo influyen en una valoración más favorable del servicio.

Recomendaciones

El Ministerio y las Direcciones Regionales de Salud deberían emitir lineamientos nacionales de “atención centrada en la familia”, que incluyan protocolos obligatorios de información diaria, uso de lenguaje claro y reuniones programadas con familiares. Tales lineamientos deben contemplar capacitaciones continuas en habilidades comunicativas y la introducción de indicadores de satisfacción que se monitoreen trimestralmente para retroalimentar la política pública y reducir brechas asociadas a nivel educativo o experiencia previa de hospitalización.

Al personal directivo del hospital, Diseñar e implementar programas de mejora continua en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que incluyan capacitaciones periódicas sobre habilidades comunicativas, manejo emocional y trato al usuario, promoviendo un enfoque centrado en la familia y en la equidad en la atención percibida.

Al jefe del área, supervisar y optimizar los canales de información entre el personal médico y los familiares de pacientes en estado crítico, garantizando que todos reciban información clara, completa y oportuna, teniendo en cuenta que se evidencio un desarrollo en nivel regular en la investigación.

Al personal médico y enfermeros, fortalecer competencias relacionales mediante talleres de comunicación empática ante situaciones críticas y actualización en ética asistencial. Se sugiere instaurar micro sesiones de retroalimentación entre pares al finalizar cada turno, registrar compromisos de mejora en un reporte de incidencias e incentivar la participación en cursos de humanización del cuidado, debido a que se observó niveles regulares y bajos respecto a la comunicación y al trato.

A la comunidad investigadora, promover nuevas investigaciones que profundicen como se asocian e impactan los factores sociodemográficos en la percepción de calidad de atención, explorando además estrategias innovadoras de

intervención en hospitales públicos que puedan replicarse en distintos contextos del país.

Referencias bibliográficas

- Amado, T., Apolaya, M., Vargas, O., & Oscanoa, T. (2021). Quality of life in patients with advanced cancer according to place of care in a referral hospital. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 144–150. <https://doi.org/10.25176/RFMH.V21I1.3603>
- Baena, Guillermina. (2017). *Metodología de la investigación* (3ra edición). Grupo Editorial Patria. <https://www.calameo.com/books/0060714041cef948e6094>
- Beristain, I., Álvarez, A., Huerta, M. I., & Casique, L. (2022). Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: revisión de literatura. *Sanus*, 7, e212. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.212>
- Carhuamaca, A., & Quispe, M. (2022). *NIVEL DE SATISFACCION DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS AL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19*. Universidad San Ignacio de Loyola.
- Castelo, W., Lange, K., & Triviño, A. (2023). Satisfacción de familiares de pacientes ingresados a cuidados intensivos por Covid-19. *Polo Del Conocimiento*. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5442/13392>
- Castillo, N., Mejía, V., Varas, J., & Avello, D. (2024). Therapeutic communication skills in Occupational Therapy students during professional practice: perceptions and opinions from the faculty. *Revista Medica Clinica Las Condes*, 35(5–6), 473–483. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2024.10.003>
- Cerrudo, R., Arroyo, M., Cedrés, E., Barroso, G., Afonso, L., & Mora, M. (2022). NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS NUEVO PROTOCOLO DE VISITAS E INFORMACIÓN. LEVEL OF SATISFACTION OF RELATIVES OF PATIENTS ADMITTED TO THE INTENSIVE CARE UNIT OF THE COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS WITH A NEW PROTOCOL FOR VISITS AND INFORMATION. *Revista de Enfermería*. <http://www.enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1335>

- Colmenero, M., Morón, R., De Dios, I., Fernández, P., Mañas, M., & Manzano, F. (2024). Incidence of hypophosphataemia after ICU admission in mechanically ventilated patients and its relationship with risk factors for refeeding syndrome. *Medicina Intensiva*, 48(6), 317–325. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2023.12.002>
- Comex Perú. (2021). *EL 97% DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CUENTA CON CAPACIDAD INSTALADA INADECUADA*. <https://doi.org/https://www.comexperu.org.pe/articulo/el-97-de-los-establecimientos-de-salud-del-primer-nivel-de-atencion-cuenta-con-capacidad-instalada-inadecuada>
- Echeverría, P., & Bravo, Y. (2024). Calidad de Atención y su Incidencia en la Satisfacción del Usuario Externo en un Centro de Especialidades en Galápagos. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(5). <https://doi.org/10.56712/latam.v5i5.2690>
- Farinango, J. (2024). *Nivel de satisfacción de los familiares en dos Unidades de Cuidados Intensivos con distinto régimen de visitas*. [Universidad de Oviedo]. https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/72524/TFM_Jenny%20MishellFarinangoGramal.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Feria, H., Matilla, M., & Silverio, L. (2020). LA ENTREVISTA Y LA ENCUESTA: ¿MÉTODOS O TÉCNICAS DE INDAGACIÓN EMPÍRICA? *Revista Didasc@lia*, 6(3), 62–79. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7692391>
- García, I., González, M., Sánchez, E., Rodríguez, A., Rubio, M., & Suárez, C. (2021). Usefulness and acceptance of telephone monitoring by a virtual assistant for patients with COVID-19 following discharge. *Revista Clinica Espanola*, 221(8), 464–467. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2021.01.003>
- Guerra, M., & González, P. (2021). Satisfaction of patients and family caregivers in adult intensive care units: Literature Review. In *Enfermería Intensiva* (Vol. 32, Issue 4, pp. 207–219). Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.07.002>
- Guevara, G., Verdesoto, A., & Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-

- acción. *Recimundo*, 163–173.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7591592>
- Jiménez, M. C., Valadez, A. A., Ortiz, G., Guzmán, E., & Vargas, J. (2024). Percepción de Cuidados Perdidos en Familiares de Personas Hospitalizadas en Ciudad Salud, Atapaneo, Michoacán. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(4), 8700–8709.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.13024
- Larios, P., Del Pilar, C., & Larios, C. (2020). CALIDAD DE ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DEL CENTRO DE SALUD DE ZONA RURAL PERUANA. In *RECIEN* (Vol. 9). <https://orcid.org/0000-0003-2398-0913>
- Lemus, A., Hernández, C., Carrillo, S., & Esponda, J. (2020). Calidad de la atención de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Ángeles Pedregal. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 18(3), 257–263. <https://doi.org/10.35366/95402>
- Mendoza, M., Vázquez, F., & Luzanía, M. (2024). Error médico auto percibido durante el proceso formativo docente-asistencial de estudiantes de internado médico en México. *UVserva*, 17, 35–46.
<https://doi.org/10.25009/uvs.vi17.2926>
- Ministerio de la Salud. (2024, June 20). *Reporte de cumplimiento de la Política Nacional Multisectorial de Salud*. <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/09GestionIns/indicadores/2024/Reporte-cumplimiento-PNMS-2023.pdf>
- Muñoz, R., Arevalo, R., Morillo, B., & Molina, J. (2022). Calidad de atención y nivel de satisfacción del usuario de la consulta externa del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 2(3), 88–95. <https://doi.org/10.33326/27905543.2022.3.1640>
- Naranjo, Á., & Suarez, G. (2022). Nivel de satisfacción del usuario en la atención recibida en el área de emergencia del Hospital Abraham Bitar Dager Naranjito. *Más Vita*, 4(3), 212–221. <https://doi.org/10.47606/acven/mv0142>
- OMS. (2019). *Prestación de servicios de salud de calidad: Un imperativo global para la cobertura sanitaria universal*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513906>

- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Calidad de la atención*.
https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud. (2023, November 22). *Calidad de atención*.
 ONU. https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_2
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD, Guía de Planificación*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56398/9789275325957_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 202-2025*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55860>
- Quille, D., & Chipantiza, M. (2023). Percepción de los familiares de pacientes en la unidad de cuidados intensivos sobre la atención recibida. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(1), 13–23.
<https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.220>
- Ramos, C. (2020). Alcances de una investigación. *CienciAmérica*, 9(3), 1–6.
<https://doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>
- Ruiz, R., Ruiz, R., Ruiz, J., Guzmán, B., Barranco, J., & Salcedo, I. (2021). Patient safety: Patients perception at primary care level at an urban healthcare district. *Semergen*, 47(7), 465–471. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2021.05.006>
- Sanabria, A., Medina, A., Hernández, V., & Chacón, L. (2022). *PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE 2 INSTITUCIONES DE SALUD EN LA CIUDAD DE MANIZALES*. Universidad Católica de Manizales.
- Sañaicela, V., & González, D. (2024). Satisfacción de los Familiares y Enfermeras/os con el Cuidado Brindado en el Servicio de Emergencia del Hospital General de Latacunga. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(3), 10752–10767.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.12241
- Soto, J., Ortega, A., Huapalla, B., & Abarca, Y. (2022). Clima organizacional y calidad de atención del profesional de la salud de un Centro de Salud de

- Huánuco, Perú. *Revista Cubana de Enfermería*.
<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v38n2/1561-2961-enf-38-02-e5154.pdf>
- Soto, S., Navarro, S., & Paternina, A. (2023). Evidence on post-ICU syndrome prevention and rehabilitation strategies in adults: An umbrella review. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 23(3), 273–285.
<https://doi.org/10.1016/j.acci.2023.04.001>
- Torres, D., Solano, B., & Landeta, D. (2024). Percepción de la Calidad de Atención en Servicios de Salud del Área de Materno Infantil. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 5678–5696.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9921
- Valencia, M. A., & Melita, A. (2022). Reflexión de la humanización de la atención: teoría de Jean Watson y propuesta de su aplicación. *Benessere. Revista de Enfermería*, 6(1), 1–12. <https://doi.org/10.22370/bre.61.2021.3037>.
- Vargas, C., Morán, R., Ortega, M., & Sánchez, K. (2024). Artículo de investigación Impact of humanization on patient and family satisfaction. *Revista Social Fronteriza*. [https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4\(5\)e490](https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4(5)e490)
- Viana, D., Santana, L., Azzolin, K., Berto, P., Tavares, J., Teixeira, C., & Silveira, C. (2023). QUALITY OF LIFE AND SATISFACTION OF RELATIVES OF PATIENTS ADMITTED TO INTENSIVE CARE UNITS. *Cogitare Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.93169>
- Villa, J., Araya, A., Reynaldos, K., Rivera, F., & Valencia, M. (2023). EVALUATION OF THE DONABEDIAN QUALITY MODEL BASED ON THE CHINN AND KRAMER CRITERIA. *Horizonte de Enfermería*, 34(2), 203–215. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.34.2.203-215

Anexos

Anexo 01. Matriz de operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Calidad de atención percibida por los familiares	La calidad de la atención en salud se refiere al nivel en que los servicios médicos proporcionados a individuos y comunidades contribuyen a mejorar las probabilidades de obtener resultados positivos en su bienestar. Además, la aplicación de conocimientos científicos basados en	se enfoca en varios aspectos que deben ser descritos y evaluados para asegurar una atención adecuada a los pacientes críticos en la UCI; en este estudio se ha considerado la dimensión comunicación con el personal	Datos sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Relación con el paciente • Tiempo en UCI • Edad • Nivel educativo 	1,2,3,4	Ordinal
			Comunicación con el personal médico	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia con la que el personal médico informa sobre el estado del paciente • Claridad de la información proporcionada por el personal médico • Participación del familiar en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente 	,5,6,7	
			Accesibilidad a la información sobre	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta del personal médico ante preguntas 	8,9,10,11	

	evidencia, garantizando intervenciones eficaces y seguras (Organización Mundial de la Salud, 2021).	médico; accesibilidad a la información sobre el estado del paciente; y trato recibido por los familiares, donde se calificará en 3 rangos, según el baremos alto (49-65), medio (31-48) y bajo (13-30).	el estado del paciente	repetidas sobre el estado de salud del paciente <ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad de la atención brindada al paciente • Privacidad percibida en el ambiente de hospitalización del paciente • Nivel de accesibilidad a la información proporcionada sobre el estado del paciente 		
			Trato recibido por los familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de respeto en el trato recibido por parte del personal de UCI • Calificación del apoyo emocional recibido durante la estancia del paciente • Opinión sobre el ambiente físico de la UCI • Nivel de satisfacción general con la atención en la UCI • Grado de recomendación de la UCI a otros familiares o amigos 	12,13,14,15,16,17	

				<ul style="list-style-type: none">• Comparación de la atención recibida con otras experiencias en UCI		
--	--	--	--	---	--	--

Anexo 02. Matriz de consistencia

Problema	Variables	Objetivos	Hipótesis	Metodología
<p>¿Cuál es la calidad de atención percibida por los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) según sus características sociodemográficas, en el Hospital III Chimbote Essalud 2025?</p>	<p>Calidad de atención percibida por los familiares</p>	<p>Objetivo general Evaluar la calidad de atención percibida por los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) según sus características sociodemográficas, en el Hospital III Chimbote Essalud 2025.</p> <p>Objetivos específicos Analizar la comunicación con el personal médico de los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital III Chimbote Essalud 2025.</p> <p>Describir la accesibilidad a la información sobre el estado del paciente ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital III Chimbote Essalud 2025.</p> <p>Describir el trato recibido por los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital III Chimbote Essalud 2025.</p>	<p>No aplica</p>	<p>Tipo y diseño de investigación</p> <p>Es un estudio que tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental, observacional transversal y descriptivo.</p> <p>Población – muestra</p> <p>La población censal estuvo representado por un grupo de 30 familiares de pacientes ingresados en la UCI.</p> <p>Técnica e Instrumento:</p> <p>Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario</p> <p>Validez y confiabilidad: Validado por 3 juicio de expertos y con una confiabilidad de alfa de Cronbach 0.923.</p>

		<p>Identificar el nivel de percepción de los familiares según las características sociodemográficas de la calidad de atención de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el Hospital III Chimbote Essalud 2025.</p> <p>Identificar el nivel de percepción de los familiares según las características sociodemográficas con las dimensiones de la calidad de atención de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el Hospital III Chimbote Essalud 2025</p>		
--	--	--	--	--

Anexo 03. Instrumento de Recolección de Datos

Cuestionario de Calidad de atención

Estamos realizando una investigación científica, referente a **calidad de atención percibida por los familiares de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital III Chimbote Essalud - 2025**. Agradezco a usted su colaboración, al brindarme la información necesaria, contestando de manera clara y sincera, en el presente cuestionario.

Instrucciones

- Este cuestionario es anónimo. Por favor responda con sinceridad.
- Lea detenidamente cada ítem. Cada uno tiene cinco posibles respuestas.
- Conteste a las preguntas marcando con una “X” en un solo recuadro, según su opinión.

Dimensión: Datos sociodemográficos

1. ¿Cuál es su relación con el paciente ingresado en la UCI?

Padre/Madre ()

Hijo/Hija ()

Cónyuge ()

Otro ()

2. ¿Cuánto tiempo ha estado el paciente en la UCI?

a. Menos de una semana ()

b. Más de una semana ()

c. Más de 1 mes ()

d. Más de 3 meses ()

3. ¿Cuál es su edad?

a. Menos de 40 años ()

b. Entre 40 y 60 años ()

c. Más de 60 años ()

4. ¿Cuál es su nivel educativo?

a. Secundaria o menor ()

b. Terciaria o universitaria ()

c. Posgrado ()

Dimensión: Comunicación con el personal médico

5. ¿Con qué frecuencia el personal médico le informó sobre el estado del paciente?

a. Siempre ()

b. Casi siempre ()

c. A veces ()

d. Rara vez ()

e. Nunca ()

6. ¿Es clara la información proporcionada por el personal médico?

a. Muy clara ()

b. Claro ()

c. Regular ()

d. Confusa ()

e. Muy confusa ()

7. ¿Participa en la toma de decisiones sobre el cuidado del paciente?

a. Siempre ()

b. Casi siempre ()

c. A veces ()

d. Rara vez ()

e. Nunca ()

Dimensión: Accesibilidad a la información sobre el estado del paciente

8. ¿El personal médico de la UCI cuando usted le pregunta repetidas veces sobre el estado de salud de su paciente, le responde?

- a. Siempre ()
- b. Casi siempre ()
- c. A veces ()
- d. Rara vez ()
- e. Nunca ()

9. ¿Siente usted que la atención brindada por el personal médico a su paciente es oportuna?

- a. Siempre ()
- b. Casi siempre ()
- c. A veces ()
- d. Rara vez ()
- e. Nunca ()

10. ¿Observa usted, que el ambiente donde está hospitalizado su paciente es adecuado para mantener su privacidad?

- a. Siempre ()
- b. Casi siempre ()
- c. A veces ()
- d. Rara vez ()
- e. Nunca ()

11. ¿Cómo es la accesibilidad a la información sobre el estado del paciente?

- a. Muy accesible ()

- b. Accesible ()
- c. Regular ()
- d. Difícil ()
- e. Muy difícil ()

Dimensión: Trato recibido por los familiares

12. ¿Cómo califica el trato recibido por parte del personal de la UCI?

- a. Muy respetuoso ()
- b. Respetuoso ()
- c. Regular ()
- d. Poco respetuoso ()
- e. Muy poco respetuoso ()

13. ¿Cómo califica el apoyo emocional recibido durante la estancia del paciente en la UCI?

- a. Muy adecuado ()
- b. Adecuado ()
- c. Regular ()
- d. Inadecuado ()
- e. Muy inadecuado ()

14. ¿Qué opinión tiene sobre el ambiente físico de la UCI (limpieza, iluminación, comodidad)?

- a. Muy bueno ()
- b. Bueno ()
- c. Regular ()
- d. Malo ()

e. Muy malo ()

15. ¿Cuál es su nivel de satisfacción general con la atención recibida en la UCI?

a. Muy satisfecho ()

b. Satisfecho ()

c. Regular ()

d. Insatisfecho ()

e. Muy insatisfecho ()

16. ¿Recomendaría la UCI a otros familiares o amigos?

a. Definitivamente sí ()

b. Probablemente sí ()

c. No estoy seguro ()

d. Probablemente no ()

e. Definitivamente no ()

17. ¿Cómo compararía la calidad de atención recibida en comparación con otras experiencias en UCI (si las ha tenido)?

a. Mejor ()

b. Buena ()

c. Regular ()

c. Mala ()

c. No tuve ()

Anexo 04. Evaluación de Juicio de expertos

UNIVERSIDAD SAN PEDRO NOMBRE DE LA FACULTAD VALIDEZ DE INSTRUMENTOS POR JUICIO DE EXPERTOS

I. Información General:

Nombres y apellidos del validador: Dr. Neil Ed Michael Salinas

Angulo

Fecha: 19/03/2025 **Especialidad:** Medico de Personal
Maestro en Gestión Publica

Nombre del instrumento evaluado: Cuestionario

Autor del instrumento: Contreras Castillo, Dherly Dreyshy

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, requerimos

su opinión sobre el instrumento de la investigación titulada:

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

CALIDAD DE ATENCIÓN PERCIBIDA POR LOS FAMILIARES DE
LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL III CHIMBOTE ESSALUD 2025.

El cual debe calificar con una valoración correspondiente a su opinión
respecto a cada criterio formulado

II. Aspectos a evaluar: (Calificación cuantitativa)

Indicadores de evaluación del instrumento	Criterios cualitativos - cuantitativos	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
		(1-9)	(10-13)	(14-16)	(17-18)	(19-20)
Claridad	¿Está formulado con lenguaje apropiado?					X
Objetividad	¿Está expresado con conductas observadas?					X
Actualidad	¿Adecuado al avance de la ciencia y calidad?					X

Organización	¿Existe una organización lógica del instrumento?				X	
Suficiencia	¿Valora los aspectos en cantidad y calidad?				X	
Intencionalidad	¿Adecuado para cumplir con los objetivos?				X	
Consistencia	¿Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios?					X
Coherencia	¿Entre las dimensiones e indicadores?					X
Propósito	¿Las estrategias responden al propósito del estudio?					X
Conveniencia	¿Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías?					X
Sumator					54	133
Sumatoria Total		187 (Siendo el puntaje máximo posible 200)				
Valoración cuantitativa (Sumatoria Total x0.005)		0.93 (Siendo la valoración máxima en 1)				

Aporte y/o sugerencias para mejorar el instrumento

.....
.....
.....

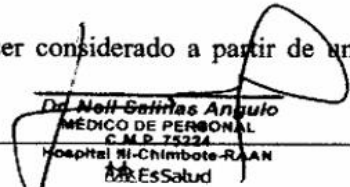
III. Calificación global: Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado

Intervalos	Resultados
0,00 – 0,49	Validez Nula
0,50 – 0,59	Validez muy baja
0,60 – 0,69	Validez baja
0,70 – 0,79	Validez aceptable

Coeficiente de Validez

187 = 0,93

Nota: el instrumento podrá ser considerado a partir de una calificación aceptable.


~~Dr. Nestor Guillén Angulo~~
MÉDICO DE PERSONAL
C.M.P. 75324
Hospital El-Chimbote-RAAN
R.R. EsSalud

Firma del Experto Grado Académico DNI.

DNI. 41198873. Maestro en Gestión Pública

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO NOMBRE DE LA FACULTAD
VALIDEZ DE INSTRUMENTOS POR JUICIO DE EXPERTOS**

I. Información General:

Nombres y apellidos del validador: Dr. Trujillo Ulloa Washington

Alfonso

Fecha: 20/03/2025

Especialidad: Medico Emergencia

Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad

Nombre del instrumento evaluado: Cuestionario

Autor del instrumento: Contreras Castillo, Dherly Dreyshy

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, requerimos su opinión sobre el instrumento de la investigación titulada:

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

CALIDAD DE ATENCIÓN PERCIBIDA POR LOS FAMILIARES DE
LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL III CHIMBOTE ESSALUD 2025

El cual debe calificar con una valoración correspondiente a su opinión respecto a cada criterio formulado

II. Aspectos a evaluar: (Calificación cuantitativa)

Indicadores de evaluación del instrumento	Criterios cualitativos - cuantitativos	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
		(1-9)	(10-13)	(14-16)	(17-18)	(19-20)
Claridad	¿Está formulado con lenguaje apropiado?					X
Objetividad	¿Está expresado con conductas observadas?					X

Actualidad	¿Adecuado al avance de la ciencia y calidad?					X	
Organización	¿Existe una organización lógica?					X	
Suficiencia	¿Valora los aspectos en cantidad y calidad?						X
Intencionalidad	¿Adecuado para cumplir con los propósitos?						X
Consistencia	¿Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios?						X
Coherencia	¿Entre las dimensiones e indicadores?						X
Propósito	¿Las estrategias responden al propósito del estudio?						X
Conveniencia	¿Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías?						X
Suma						34	152
Sumatoria Total		186 (Siendo el puntaje máximo posible 200)					
Valoración cuantitativa (Sumatoria Total x0.005)		0.93 (Siendo la valoración máxima en 1)					

Aporte y/o sugerencias para mejorar el instrumento

.....

.....

.....

III. **Calificación global:** Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado

Intervalos	Resultados
0,00 – 0,49	Validez Nula
0,50 – 0,59	Validez muy baja
0,60 – 0,69	Validez baja
0,70 – 0,79	Validez aceptable
0,80- 0,89	Validez buena
0,90-1,00	Validez muy buena

Coeficiente de Validez

186 = 0,93

Nota: el instrumento podrá ser considerado a partir de una calificación aceptable.


 Dr. Washington Trujillo Ulloa
 Jefe del Departamento de Emergencia - UCI
 C.M.P. 47041 RNE 22158
 HOSPITAL III CHIMBOTE RAAN

Firma del Experto Grado Académico DNI.

DNI. 41483225. Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO NOMBRE DE LA FACULTAD
VALIDEZ DE INSTRUMENTOS POR JUICIO DE EXPERTOS**

I. Información General:

Nombres y apellidos del validador: José Miguel Flores Carcia

Fecha: 17/03/2025 **Especialidad:** Medicina Intensiva
Maestro en Gestión de los Servicios de la
Salud

Nombre del instrumento evaluado: Cuestionario

Autor del instrumento: Contreras Castillo, Dherly Dreyshy

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, requerimos su opinión sobre el instrumento de la investigación titulada:

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

CALIDAD DE ATENCIÓN PERCIBIDA POR LOS FAMILIARES DE
LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL III CHIMBOTE ESSALUD 2025

El cual debe calificar con una valoración correspondiente a su opinión respecto a cada criterio formulado

II. Aspectos a evaluar: (Calificación cuantitativa)

Indicadores de evaluación del instrumento	Criterios cualitativos - cuantitativos	Deficiente	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
		(1-9)	(10-13)	(14-16)	(17-18)	(19-20)
Claridad	¿Está formulado con lenguaje apropiado?					X
Objetividad	¿Está expresado con conductas observadas?				X	
Actualidad	¿Adecuado al avance de la ciencia y calidad?					X

Organización	¿Existe una organización lógica del instrumento?				X	
Suficiencia	¿Valora los aspectos en cantidad y calidad?				X	
Intencionalidad	¿Adecuado para cumplir con los objetivos?					X
Consistencia	¿Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios?					X
Coherencia	¿Entre las dimensiones e indicadores?					X
Propósito	¿Las estrategias responden al propósito del estudio?				X	
Conveniencia	¿Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías?					X
Sumator					68	114
Sumatoria Total		182 (Siendo el puntaje máximo posible 200)				
Valoración cuantitativa (Sumatoria Total x0.005)		0.91 (Siendo la valoración máxima en 1)				

Aporte y/o sugerencias para mejorar el instrumento

.....

.....

.....

III.- Calificación global: Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado

Intervalos	Resultados
0,00 – 0,49	Validez Nula
0,50 – 0,59	Validez muy baja
0,60 – 0,69	Validez baja
0,70 – 0,79	Validez aceptable
0,80- 0,89	Validez buena
0,90-1,00	Validez muy buena

Coeficiente de Validez

182 = 0,91

Nota: el instrumento podrá ser considerado a partir de una calificación aceptable.

Dr. J. Miguel Flores Garcia
MEDICINA INTENSIVA
C.M.P. 43575 R.N.E. 33982
HOSPITAL III CHIMBOTE RAAN
EsSalud

Firma del Experto Grado Académico DNI.

DNI. 32964875. Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

Anexo 05. Confiabilidad del instrumento

Escala: CONFIABILIDAD VARIABLE CALIDAD DE ATENCION

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	30	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,923	,907	17

Anexo 05. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON MENCION EN
GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD
Calidad de atención percibida por los familiares de los
pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI)
del Hospital III Chimbote Essalud 2025

La Universidad San Pedro a través del programa de Maestría de la Facultad de Ciencias de la Salud, en colaboración con los Hospitales de Essalud está realizando un estudio de investigación, cuyo principal objetivo es determinar cuáles son las características de la calidad de atención percibida por los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital III Chimbote Essalud 2025.

Para recolectar los datos se empleará como instrumento un cuestionario. La duración del presente trabajo será de cinco meses, incluye elaboración, recolección, conclusiones y recomendaciones.

Toda la información recogida será tratada de manera confidencial, y analizada en conjunto para publicaciones científicas y difusión en congresos especializados. En ningún caso se publicarán sus resultados individuales ni ningún tipo de información que pudiera identificarle.

Al finalizar el estudio, el equipo se compromete a explicar los resultados a todos los participantes que estén interesados en conocerlos, y así lo indiquen.

Este proyecto, está dirigido por el Médico Intencivista **Contreras Castillo, Dherly Dreyshy**. Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas ahora o en cualquier momento de su participación al número 973921967 si estima oportuno también puede contactar con la Escuela de Postgrado de la Salud de la Universidad San Pedro.

Anexo 06. Base de datos

1	Parentesco	Tiempo en UCI	Edad	Nivel educativo	V1_P5	V1_P6	V1_P7	V1_P8	V1_P9	V1_P10	V1_P11	V1_P12	V1_P13	V1_P14	V1_P15	V1_P16	V1_P17
2	2	1	1	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3	1	1	3	3	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4
4	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	2	2
5	1	1	1	1	3	4	4	4	3	4	4	4	4	5	5	4	4
6	2	2	2	2	4	4	4	4	4	5	3	4	4	5	5	5	5
7	1	2	2	1	3	3	2	4	1	2	1	2	2	2	4	2	3
8	3	3	2	2	4	5	3	3	4	3	4	4	4	4	4	5	5
9	1	3	3	2	4	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3
10	4	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2
11	4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
12	1	4	2	2	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4
13	1	4	2	2	1	4	3	3	3	1	2	2	1	4	1	3	2
14	1	3	2	2	3	2	2	1	2	4	5	2	2	1	3	4	2
15	1	4	2	2	5	4	5	5	4	3	4	2	3	3	3	3	3
16	1	3	2	2	5	5	4	5	3	3	3	4	5	4	5	4	4
17	1	2	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
18	1	1	2	2	3	1	3	5	5	4	3	3	4	4	5	4	5
19	2	1	2	2	4	5	4	5	4	3	4	3	4	4	4	5	4
20	1	1	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
21	3	1	2	1	4	4	4	3	4	3	4	4	3	3	3	4	3
22	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
23	1	3	2	1	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3
24	3	2	2	1	2	1	1	3	2	3	3	1	3	2	4	3	4
25	1	3	2	2	5	5	1	3	3	4	1	1	5	5	5	5	1
26	1	2	2	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
27	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
28	3	3	2	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
29	1	2	2	1	4	4	5	5	4	5	5	4	3	3	5	5	5
30	1	2	2	2	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5
31	1	2	2	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor			
DHERLY DREYSHY CONTRERAS CASTILLO		46617063	dherly.contreras.castillo@usanpedro.edu.pe
Apellidos y Nombres		DNI	Correo Electrónico
2. Tipo de Documento de Investigación			
<input checked="" type="checkbox"/> Tesis	<input type="checkbox"/> Trabajo de Suficiencia Profesional	<input type="checkbox"/> Trabajo Académico	<input type="checkbox"/> Trabajo de Investigación
3. Grado Académico o Título Profesional ¹			
<input type="checkbox"/> Bachiller	<input type="checkbox"/> Título Profesional	<input type="checkbox"/> Título Segunda Especialidad	<input checked="" type="checkbox"/> Maestría
<input type="checkbox"/> Doctorado			
4. Título del Documento de Investigación			
Calidad de atención percibida por los familiares de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital III Chimbote Essalud 2025			
5. Programa Académico			
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD CON MENCIÓN EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD			
6. Tipo de Acceso al Documento			
<input checked="" type="checkbox"/> Abierto o Público ³ (info:eu-repo/semantics/openAccess)	<input type="checkbox"/> Acceso restringido ⁴ (info:eu-repo/semantics/restrictedAccess) (*)		
(*) En caso de restringido sustentar motivo			

A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS ⁵

I autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento. ⁶




Firma

Lugar	Día	Mes	Año
Chimbote	21	08	2025

Importante

- Según Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU-CD, Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. 8, inciso 8.2.
- Ley N° 30035, Ley que regula el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S 006-2015-PCM.
- Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.
- En caso de que el autor elija la segunda opción, únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra, de acuerdo a la directiva N° 004-2016-CONCYTEC-DEGC (Numerales 5.2 y 6.7) que norma el funcionamiento del Repositorio Nacional Digital
- Las licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que pone a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de herramientas tecnológicas que facilitan la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otros. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra.
- Según el inciso 1.2.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales-RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

Nota. - En caso de falsedad en los datos, se procederá de acuerdo a ley (Ley 27444, art. 32, núm. 32.3) .

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	iris.paho.org Fuente de Internet	1%
2	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
3	docplayer.es Fuente de Internet	1%
4	repositorio.umariana.edu.co Fuente de Internet	1%
5	Submitted to UPAEP: Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla Trabajo del estudiante	1%
6	www.nl.gob.mx Fuente de Internet	1%
7	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
8	scielo.isciii.es Fuente de Internet	1%
9	www.infoaqui.com Fuente de Internet	<1%
10	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1%
11	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	<1%

12	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
13	revistas.ufpr.br Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.usil.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
17	latam.redilat.org Fuente de Internet	<1 %
18	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	C. Padilla-Fortunatti, N. Rojas-Silva, M. Amthauer-Rojas, Y. Molina-Muñoz. "Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile", Enfermería Intensiva, 2018 Publicación	<1 %
20	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
21	repositorio.upagu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
22	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1 %
23	Submitted to Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC Trabajo del estudiante	<1 %

24	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
25	www.oalib.com Fuente de Internet	<1 %
26	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
27	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	<1 %
28	rsdjournal.org Fuente de Internet	<1 %
29	Submitted to UNIV DE LAS AMERICAS Trabajo del estudiante	<1 %
30	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	<1 %
31	desastres.cies.edu.ni Fuente de Internet	<1 %
32	ru.dgb.unam.mx Fuente de Internet	<1 %
33	eprints.ucm.es Fuente de Internet	<1 %
34	slidehtml5.com Fuente de Internet	<1 %
35	www.grafiati.com Fuente de Internet	<1 %
36	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

repositorio.uma.edu.pe

37

Fuente de Internet

<1 %

38

search.bvsalud.org

Fuente de Internet

<1 %

39

María Elizabeth Morales Mijahuanca, Américo Jesús Gonzales Dongo, Diego Conrado Ludeña Manco, Gerardo Francisco Ludeña González et al. "First level of health care and its implications for public policy: a systematic review", *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 2025

Publicación

<1 %

40

Submitted to Ponce Health Sciences University

Trabajo del estudiante

<1 %

41

www.minsalud.gov.co

Fuente de Internet

<1 %

42

M.S. Holanda Peña, N. Marina Talledo, E. Ots Ruiz, J.M. Lanza Gómez et al. "Satisfaction in the Intensive Care Unit (ICU). Patient opinion as a cornerstone", *Medicina Intensiva (English Edition)*, 2017

Publicación

<1 %

43

lareferencia.info

Fuente de Internet

<1 %

44

www.scielo.br

Fuente de Internet

<1 %

45

ddf.v.ufv.es

Fuente de Internet

<1 %

46

renati.sunedu.gob.pe

Fuente de Internet

<1 %

47	Submitted to Universidad Tecnologica de los Andes Trabajo del estudiante	<1 %
48	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
49	Submitted to Universidad Andina del Cusco Trabajo del estudiante	<1 %
50	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
51	www.esan.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
52	docslide.us Fuente de Internet	<1 %
53	newsglobaldaily24hours.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
54	shalomplus.com.pe Fuente de Internet	<1 %
55	www.arqueologiamedieval.com Fuente de Internet	<1 %
56	Submitted to UNAPEC Trabajo del estudiante	<1 %
57	diariolavoz.net Fuente de Internet	<1 %
58	seer.uscs.edu.br Fuente de Internet	<1 %
59	Submitted to undac Trabajo del estudiante	<1 %
60	www.somefi.org Fuente de Internet	<1 %

61	www.ugr.es Fuente de Internet	<1 %
62	blog.conducetuempresa.com Fuente de Internet	<1 %
63	observatorio.campus-virtual.org Fuente de Internet	<1 %
64	pdfcookie.com Fuente de Internet	<1 %
65	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
66	www.atencionprimaria.8m.com Fuente de Internet	<1 %
67	www.businessmarketinsights.com Fuente de Internet	<1 %
68	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1 %
69	www.scielo.org.mx Fuente de Internet	<1 %
70	www2.ib.unicamp.br Fuente de Internet	<1 %
71	M.D. Guerra-Martín, P. González-Fernández. "Satisfaction of patients and family caregivers in adult intensive care units: Literature Review", Enfermería Intensiva (English ed.), 2021 Publicación	<1 %
72	digibuo.uniovi.es Fuente de Internet	<1 %
73	issuu.com	

Fuente de Internet

<1 %

74

microdatos.dane.gov.co

Fuente de Internet

<1 %

75

prezi.com

Fuente de Internet

<1 %

76

repository.lasallista.edu.co

Fuente de Internet

<1 %

77

varnish.labroots.com

Fuente de Internet

<1 %

78

www.sinembargo.mx

Fuente de Internet

<1 %

79

www.wma.net

Fuente de Internet

<1 %

80

Submitted to Account Universidad Mariana

Trabajo del estudiante

<1 %

81

de.slideshare.net

Fuente de Internet

<1 %

82

journaldatabase.info

Fuente de Internet

<1 %

83

pesquisa.teste.bvsalud.org

Fuente de Internet

<1 %

84

post-polio.org

Fuente de Internet

<1 %

85

repositorio-digital.cide.edu

Fuente de Internet

<1 %

86

repositorio.uladech.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

87	wordpress.uprm.edu Fuente de Internet	<1 %
88	www.observatoriorh.org Fuente de Internet	<1 %
89	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	<1 %
90	Bergman, R. "A study of the relationship between responses to attitude questions and personal variables of nursing students in Israel", <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 196806 Publicación	<1 %
91	Rodolfo Morrison. "An early occupational science? A pragmatic interpretation of the ideas of Eleanor Clarke Slagle / ¿Una temprana Ciencia Ocupacional? Una interpretación pragmatista de las ideas de Eleanor Clarke Slagle", <i>Journal of Occupational Science</i> , 2021 Publicación	<1 %
92	publicacionesdelsur.net Fuente de Internet	<1 %
93	repositorio.uam.es Fuente de Internet	<1 %
94	repositorio.ujcm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
95	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
96	repositorio.upse.edu.ec Fuente de Internet	<1 %

97	repositorio.utea.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
98	scielosp.org Fuente de Internet	<1 %
99	tr-ex.me Fuente de Internet	<1 %
100	www.apalweb.org Fuente de Internet	<1 %
101	www.aregional.com Fuente de Internet	<1 %
102	www.gerenciasalud.com Fuente de Internet	<1 %
103	www.who.int Fuente de Internet	<1 %
104	Gbènkpon M. Houvèssou, Pedro C.G. Vargas, Nadège Jacques, Daniel G.P. Leventhal. "Risk factors for intensive care unit admission and death from COVID-19 in fully vaccinated patients hospitalized for severe COVID-19, Brazil, 2021–2022", Revista Panamericana de Salud Pública, 2022 Publicación	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 6 words

Excluir bibliografía

Activo