

Nº de identificación:

\_\_\_\_ : \_\_\_\_

Nº folio

## Satisfacción familiar con el cuidado del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos<sup>©®</sup> SF-UCI (24)

*¿Cómo lo estamos haciendo?*

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

Su familiar fue un paciente en esta UCI. Usted está registrado como el ***cuidador principal***<sup>\*</sup>. Las siguientes preguntas dirigidas a **USTED** tratan sobre el **más reciente ingreso de su familiar en la unidad de cuidados intensivos (UCI)**<sup>\*\*</sup>.

Creemos que fueron varios los médicos, enfermeras y otros miembros del equipo de la UCI quienes participaron en el cuidado de su familiar. Sabemos que pueden existir excepciones, pero a nosotros nos interesa **su valoración en general** de la atención del cuidado ofrecido.

Entendemos que fue probablemente un momento muy difícil para usted y los miembros de su familia. Agradecemos el tiempo que tome para ofrecernos su opinión.

Por favor dedique un momento para evaluarnos y sugerirnos que podemos modificar para que nuestra UCI mejore. Por favor; esté seguro de que todas las respuestas son confidenciales.

El personal médico y de enfermería que cuidó de su familiar no tiene acceso a sus respuestas.

<sup>\*</sup> **Cuidador principal**: es la Persona; **familiar o no familiar**, que pasó la mayor parte del tiempo al tanto de su paciente y que estaba autorizado por los demás familiares para tomar decisiones.

<sup>\*\*</sup> abreviamos **(UCI)**: unidad de cuidados intensivos.

### **Ficha de Identificación (Datos Demográficos):**

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

1. Soy:                     Hombre                     Mujer

2. Edad:                    tengo \_\_\_\_\_ años

3. Soy del paciente su:

Esposa                     Esposo                     Pareja

Madre                     Padre                     Hermana

Hija                     Hijo                     Hermano

Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

4. Antes de este reciente ingreso; ha vivido con anterioridad el ingreso de un familiar en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos)?     Si     No

5. ¿Vive usted con el paciente?     Si     No

Si la respuesta es **No**, ¿Con que frecuencia ve usted al paciente?

Más de una vez por semana     Una vez a la semana

Una vez al mes     Una vez al año     Menos de una vez al año

6. ¿Dónde vive usted?     En la ciudad donde está el hospital     Fuera de la ciudad

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

**PARTE 1: SATISFACCIÓN CON EL CUIDADO**

Por favor marque la opción que refleje mejor su punto de vista.  
Si la pregunta no se ajusta a la estancia de su familiar marque la opción “no aplica” (N/A).

**¿COMO TRATAMOS A SU FAMILIAR (EL PACIENTE)?**

**1. Preocupación y cuidado del personal de UCI:**

¿Cómo piensa que fue la cortesía, el respeto y apoyo recibido por su familiar?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**Manejo de los síntomas:**

¿Cómo se valoraron y trataron los síntomas de su familiar por parte del personal de UCI?

**2. Dolor**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**3. Disnea (Falta de aliento)**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**4. Agitación**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**¿CÓMO FUE EL TRATO CON USTED?**

**5. Consideración de sus necesidades:**

¿Cómo fue el interés mostrado por el personal de UCI ante sus necesidades en relación al paciente?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**6. Apoyo emocional:**

¿Cómo fue el apoyo emocional para usted, provisto por el personal de UCI?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**7. Coordinación del cuidado:**

¿Cómo considera usted que fue el trabajo en equipo del personal que cuidó a su familiar?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**8. Preocupación y cuidado del personal de UCI:**

¿Hubo Cortesía, comprensión y respeto recibida por usted?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplica

**¿Cómo lo estamos haciendo?**

**Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) son muy importantes.**

**PERSONAL DE ENFERMERÍA.**

**9. Habilidad y Competencia de las enfermeras de la UCI**

¿Cómo cuidaron las enfermeras de su familiar?

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

**10. Frecuencia en la comunicación:**

Las veces que habló con la enfermera sobre el estado de su familiar, ¿le parecen suficientes?

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

**PERSONAL MÉDICO.**

**11. Habilidad y Competencia de los médicos de UCI:**

¿Cómo atendieron a su familiar?

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

**LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

**12. El ambiente de las instalaciones en la UCI era:**

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

**LA SALA DE ESPERA.**

**13. El ambiente de las instalaciones en la sala de espera era:**

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

**14. POR FAVOR, LEA DETENIDAMENTE LAS OPCIONES DE RESPUESTA.**

**Algunas personas requieren que todo les sea hecho para sus problemas de salud mientras que otras no quieren tanta asistencia.**

**¿Qué tan satisfecho se siente de acuerdo al nivel o la cantidad de cuidados recibidos por su familiar en la UCI?**

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

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

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

**INSTRUCCIONES PARA EL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE EN LA UCI**

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

**POR FAVOR ELIJA LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBA SUS SENTIMIENTOS**

**NECESIDAD DE INFORMACIÓN**

**1. Frecuencia en la comunicación con los Médicos de UCI:**

Las veces que hablé con el médico sobre el estado de su familiar, ¿le parecen suficientes?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

**2. Facilidad para conseguir información**

¿Cómo considera la voluntad del personal de UCI que prestó para contestar sus preguntas?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

**3. Comprensión de la Información:**

¿Fueron comprensibles las explicaciones por parte del personal de ICU en relación a su familiar?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

**4. Información Honesta:**

¿Cómo considera la Honestidad de la información recibida sobre el estado de su familiar?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

**5. Profundidad de la Información:**

¿Cómo fue la información del personal de UCI sobre lo que estaba ocurriendo a su familiar y qué acciones se estaban tomando en tratamiento de su paciente?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

**6. Consistencia de la Información recibida sobre el estado de su familiar**

¿Era similar la información que le proporcionaban los médicos y las enfermeras?

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Excelente	Muy Bien	Bien	Suficiente	Mal	No aplicable

***¿Cómo lo estamos haciendo?***

***Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es muy importante.***

**PROCESO DE TOMA DE DECISIONES.**

Durante la estancia de su familiar en la UCI, decisiones importantes fueron tomadas respecto a los cuidados que su paciente recibió.

Por favor, en las siguientes preguntas, elija la respuesta que mejor refleje su punto de vista.

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

- 1 Me sentí muy excluido(a).
- 2 Me sentí un poco excluido(a).
- 3 No me sentí excluido(a) pero tampoco incluido(a) en el proceso de toma de decisiones.
- 4 Me sentí un poco incluido(a).
- 5 Me sentí muy incluido(a).

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

- 1 Me sentí totalmente desatendido(a).
- 2 Me sentí un poco desatendido(a)
- 3 No me sentí desatendido(a) pero tampoco apoyado(a) en el proceso de toma de decisiones
- 4 Me sentí apoyado.
- 5 Me sentí muy apoyado.

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

- 1 Me sentí apartado(a) del control y el equipo de la UCI tomo el control y dictó el cuidado de mi familiar.
- 2 Me sentí un poco apartado(a) del control y el equipo de la UCI tomó el control y dictó el cuidado de mi familiar.
- 3 No me sentí apartado(a) pero tampoco sentí tener el control.
- 4 Sentí que tenía un poco de control sobre el cuidado que mi familiar recibió.
- 5 Sentí que tenía buen control sobre el cuidado que mi familiar recibió

**10. Cuando se tomaban decisiones, ¿le permitieron tiempo adecuado para plantear sus preocupaciones y que sus preguntas fueran contestadas?**

- 1 No me permitieron tiempo
- 2 Me dieron poco tiempo
- 3 Podrían haberme dedicado más tiempo.
- 4 Me dedicaron el tiempo suficiente.
- 5 Me dedicaron tiempo excelente.

**¿Cómo lo estamos haciendo?**

**Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) son muy importantes**

Si su familiar falleció durante su estancia en la UCI, por favor complete las preguntas de 11 a 13. Si su familiar no falleció, por favor pase a la pregunta 14.

**11. De las siguientes opciones, cual manifiesta mejor su punto de vista:**

- 1 Siento que la vida de mi familiar fue prolongada innecesariamente.
- 2 Siento que la vida de mi familiar fue ligeramente prolongada innecesariamente.
- 3 Siento que la vida de mi familiar no fue ni alargada ni acortada innecesariamente.
- 4 Siento que la vida de mi familiar fue ligeramente acortada innecesariamente.
- 5 Siento que la vida de mi familiar fue acortada innecesariamente.

**12. Durante las últimas horas de vida de su familiar, cuál de las siguientes opciones representa mejor su punto de vista:**

- 1 Sentí que mi familiar estaba sufriendo mucho.
- 2 Sentí que mi familiar estaba sufriendo un poco.
- 3 Sentí que mi familiar estaba principalmente tranquilo/confortable.
- 4 Sentí que mi familiar estaba muy tranquilo/confortable.
- 5 Sentí que mi familiar estaba totalmente tranquilo/confortable.

**13. Durante las horas previas a la muerte de su familiar, cuál de las siguientes opciones describe mejor su punto de vista:**

- 1 Me sentí muy abandonado(a) por el equipo sanitario.
- 2 Me sentí abandonado(a) por el equipo sanitario.
- 3 No me sentí ni abandonado(a) pero tampoco apoyada por el equipo sanitario.
- 4 Me sentí apoyad(a) por el equipo sanitario.
- 5 Me sentí muy apoyado(a) por el equipo sanitario.

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

---

---

---

---

---

---

---

**15. ¿Le gustaría comentar lo que le pareció que hicimos bien?**

---

---

---

---

---

---

---

***¿Cómo lo estamos haciendo?***

***Sus opiniones acerca de la estancia de su familiar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) son muy importantes.***

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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