

TRABAJO SOCIAL EN URGENCIAS

S. Serrano, J. Martínez, P. Abaurrea, C. Hijos, J. Chasco, W. Soler, L. Sanz,
V. de Vera

Sección de Urgencias, UCI, Pediatría y Trabajo Social. Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra

Resumen

Hemos valorado el grado de satisfacción del paciente introduciendo a un Trabajador Social, cuyas funciones fueron información, apoyo y asesoramiento, tratamiento del duelo y la aflicción, atención a clases marginales, etc.

Se incluyeron en el estudio 600 pacientes, 300 fueron atendidos por el T.S. (grupo A) y 300 no (Grupo NO-A).

Se remitió un cuestionario para su relleno y su posterior evaluación. Se recogieron 200 encuestas (33,3%). Los aspectos más relevantes fueron: un 89% calificaron como buena o muy buena la atención (55%, Grupo A; 37%, Grupo NO-A); un adecuado tiempo de espera y calificación global muy satisfecha (58,6% Grupo A frente a 38,2% Grupo NO-A).

Palabras clave: Trabajador Social. Urgencias. Información.

Introducción

Abarcar los tres aspectos (definición de salud O.M.S.), aun siendo el objetivo de los profesionales sanitarios, es una tarea complicada y más aún si hacemos referencia a las Areas de Urgencia.

Los Servicios de Urgencia se caracterizan por haber visto incrementada su demanda, consecuencia principal de la cultura de la prisa y de la buena imagen pública de los Servicios Hospitalarios. Asimismo se les caracteriza por hacerse cargo de pacientes que presentan una teóri-

ca situación crítica (en el orden físico) que condiciona una uniformidad emocional, basada en la angustia, el miedo y el desconcierto. Por tanto el desarrollo de una atención integral donde se cubra también esta situación psicológica especial puede incidir de forma directa en el grado de satisfacción recibida. Esta labor puede ser realizada por el propio médico-sanitario o bien por una persona específica dedicada a ello (Trabajadora Social).

Material y métodos

El ámbito del estudio lo constituyen las personas atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Reina Sofía en los meses de febrero, marzo y abril de 1992, siendo elegida al azar una muestra aleatoria de 600 pacientes; 300 de ellos atendidos por el Trabajador Social (grupo A) y los otros no (grupo NO-A).

La atención recibida por el grupo A consistió en: información, apoyo y asesoramiento, tratamiento del duelo y la aflicción, atención a clases marginales, coordinación y colaboración con otros Servicios (Figs. 1 y 2).

Se establecieron los documentos previos a la recogida de datos (Figs. 3 y 4). La recogida de los mismos se efectuó mediante cuestionario anónimo remitido por correo (Figs. 5, 6, 7 y 8).

Resultados

Fueron contestadas 200 encuestas (33,3%) (índice normal en este tipo de estudios), correspondiendo el 55,6% al grupo A y el 44,5% al resto, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad y sexo.

Se analizaron tres factores:

1. Nivel Sanitario.
2. Tiempo de espera.
3. Trato Humano.

El 89% de los encuestados opinaron que la asistencia sanitaria había sido muy buena o buena, resultan-

Correspondencia: Dr. Santiago Serrano. Sección de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Ctra. Tarazona, s/n. 31500 Tudela (Navarra).

PROTOCOLO DE INFORMACION

A. JUSTIFICACION

Consideramos la información como uno de los pilares básicos en todo servicio que desarrolle su trabajo en contacto con las personas.

Dentro del trabajo social, la información es una de las funciones claves a desarrollar cualquiera que sean las áreas en las que se lleve a cabo dicho trabajo.

La práctica profesional nos ha demostrado que el poder disponer de buena información ayuda a las personas a situarse, a conocer su situación y sus posibilidades y como consecuencia a poder pensar y actuar de forma mucho más calmada y consecuente con la realidad.

Dadas las características intrínsecas que confluyen en la atención en Urgencias se hace necesaria la elaboración de un protocolo que regule mínimamente esta actividad primordial.

B. DESARROLLO DEL PROTOCOLO

1. INFORMACION A FAMILIARES DE LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA ATENCION DEL PACIENTE

1.a. Tipo de información

| | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| Competencia T. Social | <ul style="list-style-type: none">- Estado general- Evolución de últimas horas- Pruebas diagnósticas habituales- Necesidades básicas del paciente | Competencia E. Médico | <ul style="list-style-type: none">- Diagnóstico- Alta- Hospitalización- Pruebas diagnósticas que requieran autorización- Resultado muerte |
|--------------------------|--|--------------------------|---|

1.b. Periodicidad

Cada treinta minutos aproximadamente.

1.c. Características de la información

- Comprensible.
- Coordinada.
- Personalizada.

2. INFORMACION DE CARACTER GENERAL

A realizar especialmente por el trabajador social.

2.a. Tipo de información

- Relacionada con el funcionamiento del Hospital, canales de acceso y trámites burocráticos para acceder a cualquier otra prestación y atención médica dentro del Hospital.
- Sobre el servicio de atención al usuario para canalizar aquellos problemas de tipo asistencial que hayan surgido en la práctica.
- Sobre otros recursos socio-sanitarios, acceso y prestaciones de los mismos.

2.b. Periodicidad

Cuando las circunstancias personales de cada usuario así lo requieran.

2.c. Características de la información

- Comprensible.
- Coordinada.
- Personalizada.

Figura 1.

PROTOCOLO DE ATENCION EN EL DUELO

A. JUSTIFICACION

En los Servicios de Urgencias médicas, las situaciones de duelo como consecuencia o posibilidad de la pérdida de un ser querido suelen darse con bastante frecuencia.

Las reacciones de los familiares ante la muerte o peligro de muerte de un ser querido suelen ser muy variadas debido al impacto que tal noticia ejerce a nivel emocional. Este duelo inmediato se caracterizaría por la estupefacción e incredulidad ante lo ocurrido. Cuando la realidad se hace más consciente, la persona tiene impulsos de gritar, llorar, etc. Muchas veces estas formas de expresión son derivadas hacia otras como morderse los labios, retorcerse las manos, suspirar... y en otras ocasiones aparecen conductas de conversión como lipotimias, agitación psicomotriz, etc.

Son situaciones que, en definitiva, por su propia naturaleza, son de difícil manejo, tanto para los familiares del paciente, como para los profesionales del servicio.

Por todo ello creemos necesario contemplar estas situaciones de sufrimiento de forma especial, para lo cual apuntaremos algunas consideraciones a tener en cuenta con el propósito de poder dotar al personal y en especial al Trabajador Social de elementos que le ayuden a poder atender dichos momentos, contemplando y empatizando con el sufrimiento, pero ejerciendo al mismo tiempo un control sobre tales situaciones, ordenando la atención a las mismas de manera adecuada.

B. OBJETIVOS DE LA ATENCION EN EL DUELO

- Aliviar en el sufrimiento.
- Ayudar en la asunción de la realidad de forma progresiva, dando tiempos para que poco a poco puedan ir elaborando el proceso de duelo.
- No dar a los familiares un papel de enfermos si no lo son. Es conveniente no mediatizar el proceso de duelo, sino favorecer la expresión de los sentimientos.
- Tratar posibles problemas superpuestos como desmayos, agitaciones psicomotrices, crisis psicóticas, hipoglucemias...

C. ALGUNAS ACTIVIDADES A REALIZAR

1.a. Cuando el paciente está en peligro de muerte

- Procurarles una sala privada y agradablemente condicionada.
- Avisar a otros familiares y amigos para que se ayuden y apoyen mutuamente.
- Mantenerles informados de forma precisa y continuada. Primeramente debe hacerlo el médico.
- Prestarles apoyo para que expresen sus sentimientos.
- Respetar su intimidad, pero realizar visitas periódicas.
- Hacerles partícipes de los esfuerzos que se están realizando para ayudar a su familiar.
- Ofrecerles servicio religioso si así lo desean.

2.b. Cuando el allegado fallece

- Insistir en la necesidad de una sala acogedora y que se respete su intimidad, proporcionarles bebidas calientes...
- El médico debe informarles detalladamente sobre todo el proceso ocurrido.
- Interesarse en cómo se sienten.
- Permitir expresiones de desahogo.
- Facilitar la contemplación del cuerpo, habiéndolo preparado con anterioridad, con el rostro y las manos descubiertas y los ojos cerrados. Permitirles que lo toquen si así lo desean. Acompañarles durante todo ese tiempo.
- Informar y aconsejar sobre las gestiones a realizar en cuanto a traslados, funerarias, juzgado.

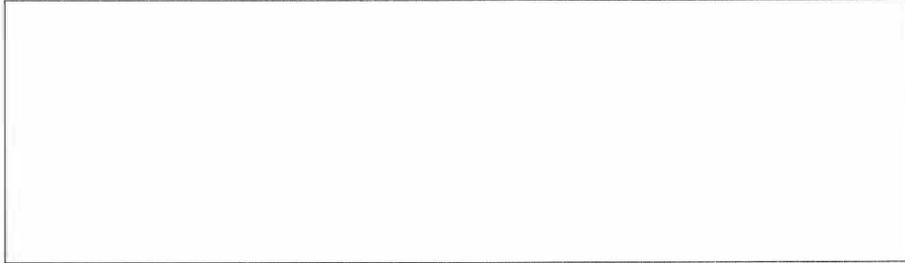
Figura 2.

HOJA N.º 1 - INFORMACION GENERAL

1. DATOS DE IDENTIFICACION PERSONAL

N.º CASO:

(mediante etiqueta de identificación)



2. TIPO DE INFORMACION

- Estado general del paciente
- Recursos Sociales.....
- Relacionada con el funcionamiento del Hospital.....
- Seguros especiales y seguridad social
- Relacionada con otros centros y servicios

3. CANALIZACION A OTROS CENTROS Y RECURSOS UTILIZADOS

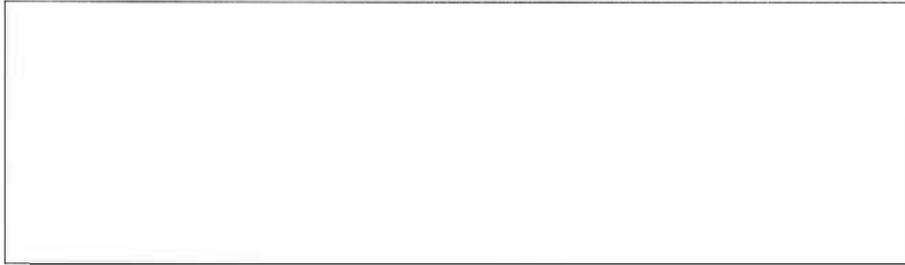
4. TECNICAS EMPLEADAS

5. TIEMPO TOTAL DE ATENCION

Figura 3.

HOJA N.º 2 - TRATAMIENTO SOCIAL

1. ETIQUETA DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACION



2. PROBLEMATICA QUE PRESENTA

3. PLAN DE ACTUACION

4. TECNICAS Y RECURSOS UTILIZADOS

5. DERIVACION

6. TIEMPO EMPLEADO EN LA ACTUACION

Figura 4.

ENCUESTA

Desde principios de noviembre del año 1991 se está efectuando en la Unidad de Urgencias del Hospital Reina Sofía de Tudela un estudio de investigación subvencionado por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra y centrado, entre otros aspectos, en la comprobación del grado de satisfacción que los usuarios tienen del mismo a través de la atención e información recibida y proporcionada por un profesional de trabajo social (*Asistente Social*), incorporado a la sección de Urgencias.

Uno de los caminos que disponemos para ello es conocer la opinión que este servicio merece para aquellas personas que se han beneficiado del mismo.

Nos permitimos remitirle el presente cuestionario, rogándole haga el favor de cumplimentarlo. Como podrá ver no es necesario que usted se identifique. El cuestionario es totalmente anónimo porque creemos que es el mejor medio de no coartar su libertad de expresión.

Debe rodear con un círculo la respuesta numerada que a su criterio es la más adecuada.

Una vez cumplimentado el cuestionario, introdúzcalo en el sobre que se le adjunta y eche el sobre al correo.

Agradecemos su colaboración. Un saludo afectuoso

Fdo. El equipo investigador

Figura 5.

do determinantes la calidad de la urgencia, ser mayor de 25 años y pertenecer al grupo A.

En cuanto al tiempo de espera se encontró adecuado en el 45% frente al 24,5% que lo calificaron prolongado, influyendo de forma decisiva: ser joven (70,6%), patología grave (adecuado en el 57%) y mujeres menores de 65 años pertenecientes al grupo A. Los datos relativos al trato humano se recogen en la figura 9.

En cuanto a la Trabajadora Social (Figs. 10, 11, 12 y 13) se objetivaron problemas en la identificación de este trabajador por parte del cliente.

La valoración del Servicio de Urgencias queda reflejada en la figura 14, mostrando un comportamiento según los parámetros previamente descritos.

La figura 14 compendia la calificación del Servicio de Urgencias entre ambos grupos.

Discusión

La satisfacción del paciente que acude a Urgencias y la de sus familiares es un proceso complejo entre sus pretensiones (lo que espera de esa visita) y lo que obtiene a cambio, es decir, se compone de términos funcionales, interactivos e interpersonales. Un Servicio de Urgencias es tanto más valorado cuando los items antes referidos se acercan al deseo del paciente.

Estudios diversos^{1,2} demuestran que uno de los Servicios más valorado de las Comunidades Vasca y Navarra es el nuestro, y esto lo es por varias razones:

la satisfacción de los pacientes^{3,4} es mayor en pequeños centros que en los grandes Hospitales, aun a sabiendas que los recursos tecnológicos son menores en los primeros. Uno de los factores que más contribuyen al grado de aproximación-optimización es el tiempo de espera, otro y no menos importante es la información recibida durante la estancia.

No es sorprendente que la satisfacción del cliente esté inversamente relacionada con el tiempo de espera en su atención^{4,5}; así tiempos inferiores a treinta minutos incrementan su sensación de atención precoz.

Es cierto que las pedologías banales que son siempre condicionadas por el criterio médico pero no por la intensidad con que lo siente el paciente y/o sus familiares, y los procesos condicionados por agentes externos (listas de espera, etc.), generan el mayor número de reclamaciones.

Sin embargo, la comunicación y sobre todo la información puntual contribuyen de manera significativa a la disminución de dichas reclamaciones, que justificadas o no, intervienen de forma manifiesta en el correcto funcionamiento del Servicio.

Permítasenos decir que los Servicios de Urgencias son «el caos organizado por definición» y que el concepto de diversidad hacen que las clásicas figuras de administrativos, celadores, enfermeras y médicos dejen sin cubrir un hueco a nuestro entender crucial para la optimización del recurso.

| | | | |
|---|---|----------------------------------|---|
| 1. SEXO | | 2. EDAD _ _ _ _ _ | |
| Hombre | 1 | | |
| Mujer | 2 | | |
| 3. PERSONA QUE CONTESTA EL CUESTIONARIO | | 4. RESIDENCIA HABITUAL | |
| Paciente | 1 | Tudela Ciudad | 1 |
| Familiar | 2 | Pueblos de la Merindad | 2 |
| | | Resto de Navarra | 3 |
| | | C.A. de La Rioja | 4 |
| | | Resto de Comunidades Autónomas | 5 |
| 5. MOTIVO DE LA URGENCIA | | RESULTADO | |
| ----- | | Alta | 1 |
| | | Ingreso | 2 |
| | | Fallecimiento | 3 |
| 6. ¿COMO CALIFICARIA USTED LA ATENCION RECIBIDA EN URGENCIAS? | | | |
| Elija una opción de cada columna. Rodéela con un círculo | | | |
| <i>A nivel Sanitario</i> | | <i>Tiempo de espera</i> | |
| Muy buena | 5 | Mucho | 3 |
| Buena | 4 | El adecuado | 2 |
| Regular | 3 | Poco | 1 |
| Mala | 2 | | |
| Muy mala | 1 | | |
| | | <i>Trato Humano del personal</i> | |
| | | Muy bueno | 5 |
| | | Bueno | 4 |
| | | Regular | 3 |
| | | Malo | 2 |
| | | Muy malo | 1 |
| 7. DIRIA USTED QUE EL TRATO RECIBIDO HA SIDO | | | |
| - Estrictamente Sanitario | | 1 | |
| - Sanitario-humano | | 2 | |
| 8. ¿HABIA UTILIZADO ESTE SERVICIO DE URGENCIAS EN OTRAS OCASIONES? | | | |
| - SI | | 1 | |
| - NO | | 2 | |
| Si elige la segunda opción pase directamente a la pregunta n.º 11. | | | |
| 9. En caso de haber contestado afirmativamente, ¿HA NOTADO ALGUN CAMBIO SIGNIFICATIVO RESPECTO A LA ATENCION RECIBIDA CON ANTERIORIDAD? | | | |
| - Si a mejor | | 4 | |
| - Si a peor | | 3 | |
| - Igual | | 2 | |
| - No. no lo he notado | | 1 | |

Figura 6.

10. Si ha notado algún cambio. ¿EN QUE ASPECTOS? (Puede elegir varias respuestas)

- Atención en general 1
- Información general (proceso de la enfermedad, estado del paciente...) 2
- Información relacionada con otros temas (Servicios sociales, ayudas...) 3

11. EN ALGUN MOMENTO DE SU ESTANCIA. ¿FUE ATENDIDO-A POR EL ASISTENTE SOCIAL DE URGENCIAS?

- SI 1
- NO 2

12. Si ha contestado afirmativamente a la respuesta anterior. ¿QUE ASPECTOS FUERON ATENDIDOS POR LA ASISTENTE SOCIAL RESPECTO A SU PROBLEMATICA PERSONAL? (Puede elegir varias respuestas)

- Información relacionada con su estancia en urgencias 1
- Información relacionada con el Hospital en general 2
- Información y orientación sobre otros recursos Socio-Sanitarios de la zona 3
- Derivación hacia otros servicios Socio-Sanitarios de la zona 4
- Apoyo emocional durante su estancia en el servicio de urgencias 5
- Otros -----

13. LA INFORMACION-ORIENTACION RECIBIDA POR USTED O SUS FAMILIARES Y PROPORCIONADA POR LA ASISTENTE SOCIAL DURANTE EL TIEMPO DE PERMANENCIA EN URGENCIAS FUE:

Respecto a la atención

- Suficiente 2
- No suficiente 1

Respecto a la calidad

- Muy buena 5
- Buena 4
- Regular 3
- Mala 2
- Muy mala 1

Elija una opción de cada columna

14. LA PRESENCIA DE LA ASISTENTE SOCIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. ¿LE HA SERVIDO A USTED?

- SI 1
- NO 2

¿CREE QUE PUEDE SERVIR A OTRAS PERSONAS?

- SI 1
- NO 2

¿POR QUE? -----

Figura 7.

15. En relación con la atención recibida, ¿COMO CALIFICARIA EL SERVICIO DE URGENCIAS, CON UNA PUNTUACION DEL UNO AL DIEZ. TENIENDO EN CUENTA QUE LA MAXIMA INSATISFACCION SERA PUNTUADA CON UN 1 Y LA MAXIMA SATISFACCION CON UN 10?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Rodee con un círculo la puntuación que considere.

16. SUGERENCIAS Y OTROS COMENTARIOS (Indique qué cosas cambiaría o le gustaría que fueran distintas)

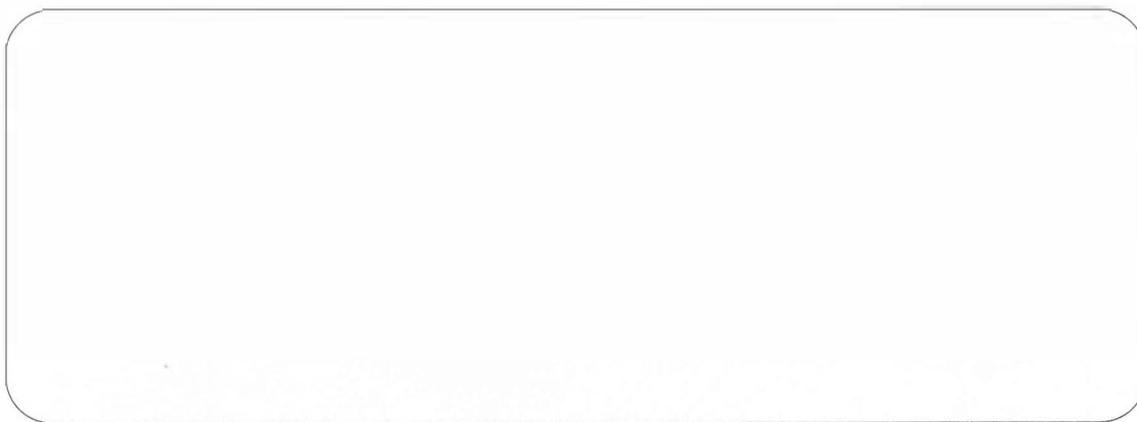


Figura 8.

Elegimos la figura del Trabajador Social por varias razones: formación en relación interpersonal, capacidad de solución de problemas de tipo burocrático «in situ», así como la estrecha relación con los Servicios de Asistencia Social y Atención al Paciente.

Asimismo la existencia de una Sanidad aconfesional nos permitía en los casos de duelo un entorno más calmado y sin duda la pregunta de si querían o no asistencia religiosa^{6,7,8,9}.

Creemos que al ser un experimento piloto basado en una Beca los resultados son altamente positivos.

Sabemos del empleo de otras personas (objetores de conciencia, auxiliares entrenadas, etc.).

Probablemente, otro tipo de estudios prospectivos afirmarían nuestras hipótesis o por el contrario las rebatirían, pero tendremos en mente que lo más barato no es lo más eficaz.

Conclusiones

1. Existe un buen concepto general sobre la atención recibida en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital.

2. La información es un factor de gran importancia para el usuario.

3. La atención integral (Trabajador Social en este caso) supone un mayor grado de satisfacción.

Este trabajo ha sido financiado con una Beca de Investigación del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Agradecimientos

A D.^a Purificación del Barrio, Trabajadora Social encargada de la realización del proyecto. A los compañeros del Servicio de Urgencias por su colaboración. A nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Calificación de los Servicios de Urgencias. Eroski. 1993.
2. Encuesta de satisfacción del usuario. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. 1993.
3. Schwartz DB, Overton D. The management of patients complaints and dissatisfaction in Overton Ed.: Quality in Emergency Medicine. Emerg Clin North. 555-572. WB Saunders Philadelphia 1992.
4. Dutton DB, Comby D, Fowles J. Satisfaction with children medical care in six different ambulatory settings. Med Care 1985; 23: 894-912.
5. Emergency Department complaints: A one year of analysis Ann Emerg Med 1987; 16: 857-61.

ATENCION RECIBIDA EN URGENCIAS. TRATO HUMANO

| | Grupo de atendidos | Grupo de no atendidos | Total |
|--------------|--------------------|-----------------------|------------|
| Muy bueno | 61 (55%) | 33 (37,1%) | 94 |
| Bueno | 40 (36%) | 40 (44,9%) | 80 |
| Regular | 7 (6,3%) | 9 (10,1%) | 16 |
| Malo | 0 | 6 (6,7%) | 6 |
| Muy malo | 0 | 1 (1,1%) | 1 |
| N.S N.C | 3 (2,7%) | 0 | 3 |
| TOTAL | 111 | 89 | 200 |

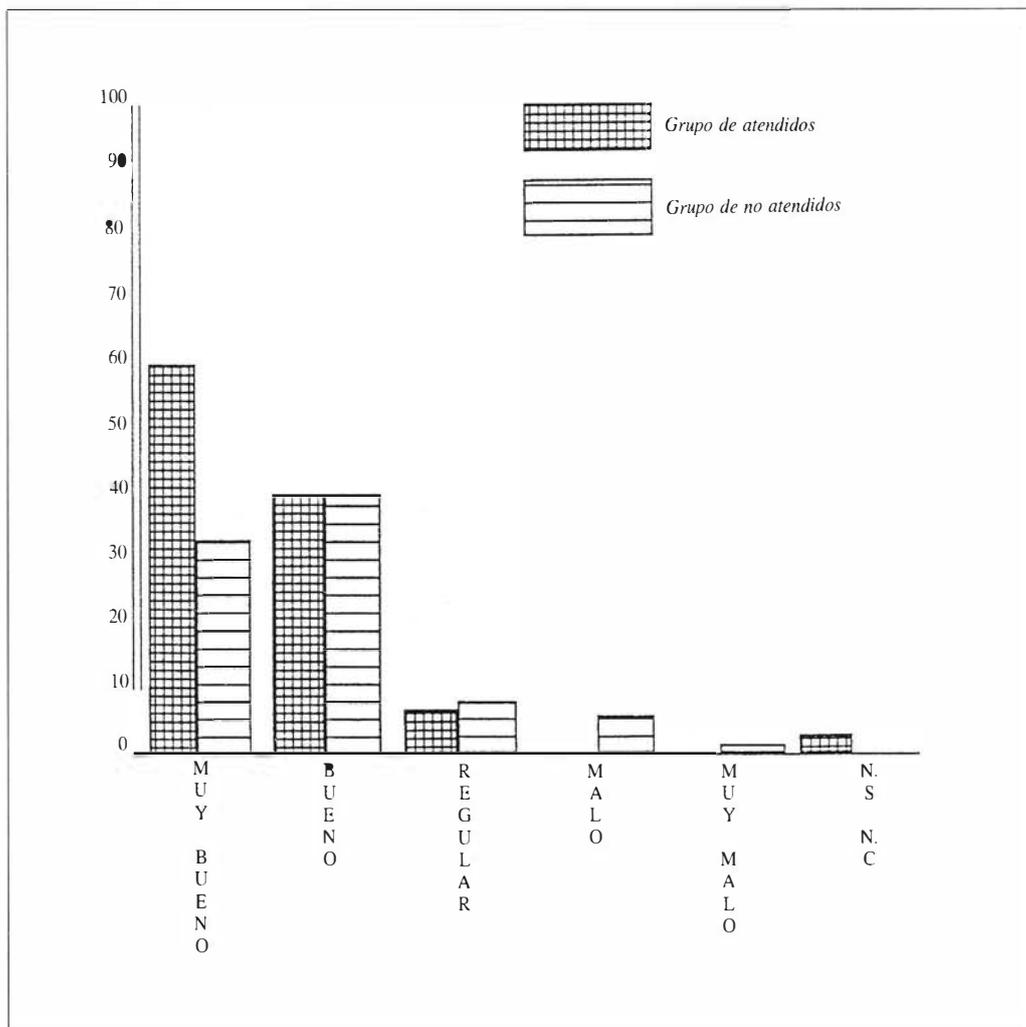


Figura 9.

¿POR QUE? (UN ASISTENTE SOCIAL EN URGENCIAS)

| | Grupo de atendidos | Grupo de no atendidos | Total |
|--------------------|--------------------|-----------------------|------------|
| Trato humano | 12 (10,8%) | 9 (10,1%) | 21 |
| Apoyo-ayuda | 15 (13,5%) | 4 (4,5%) | 19 |
| Inform. orient. | 14 (12,6%) | 4 (4,5%) | 18 |
| Inform. apoyo | 10 (9%) | 13 (14,6%) | 23 |
| No hace falta T.S. | 1 (0,9%) | 1 (1,1%) | 2 |
| N.S N.C | 59 (53,2%) | 58 (65,2%) | 117 |
| TOTAL | 111 | 89 | 200 |

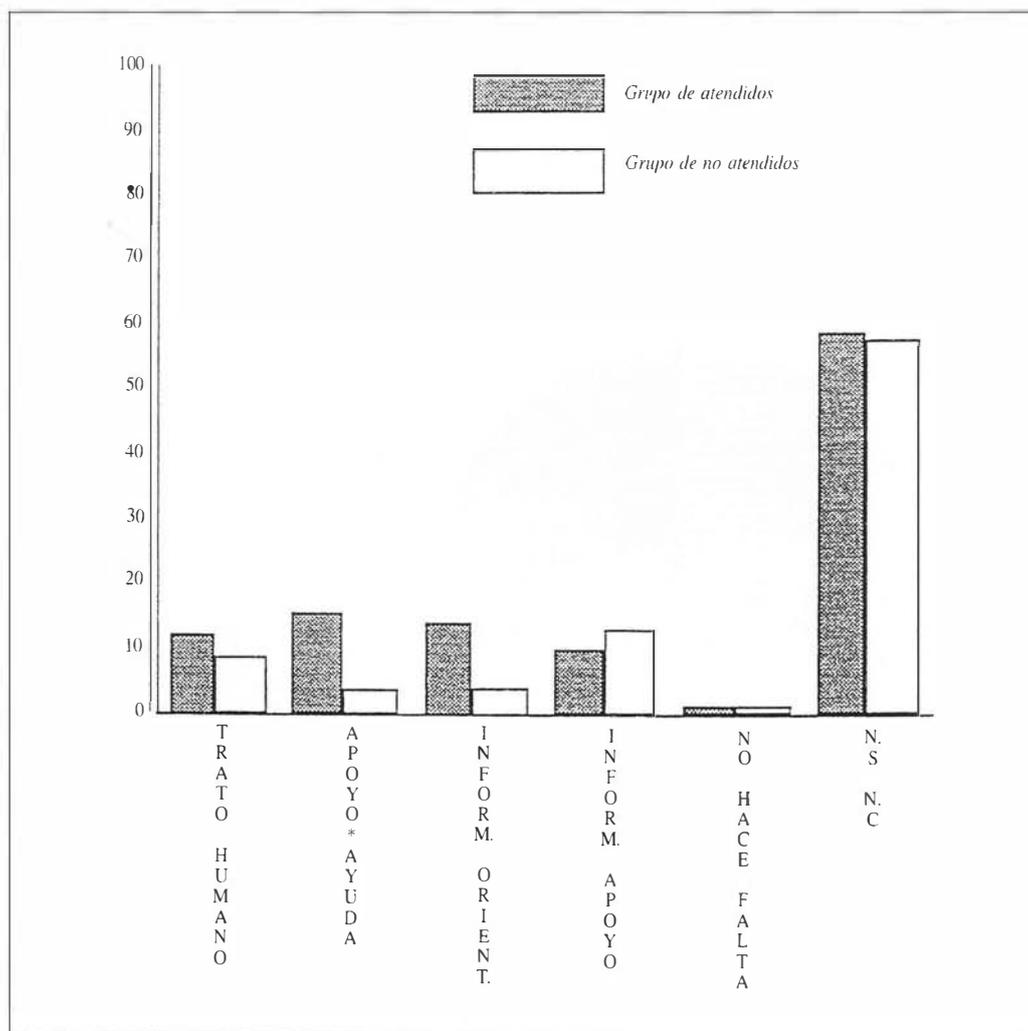


Figura 10.

ASPECTOS QUE FUERON ATENDIDOS POR EL TRABAJADOR SOCIAL

| | Grupo de atendidos |
|----------------------------|--------------------|
| Inform. estancia Urgencias | 26 (38,8%) |
| Información Hospital | 13 (19,4%) |
| Inf. Serv. Socio-Sanitario | 5 (7,5%) |
| Otros recursos sociales | 0 |
| Apoyo emocional | 24 (35,8%) |
| N.S N.C | 15 (22,4%) |
| TOTAL | 83 |

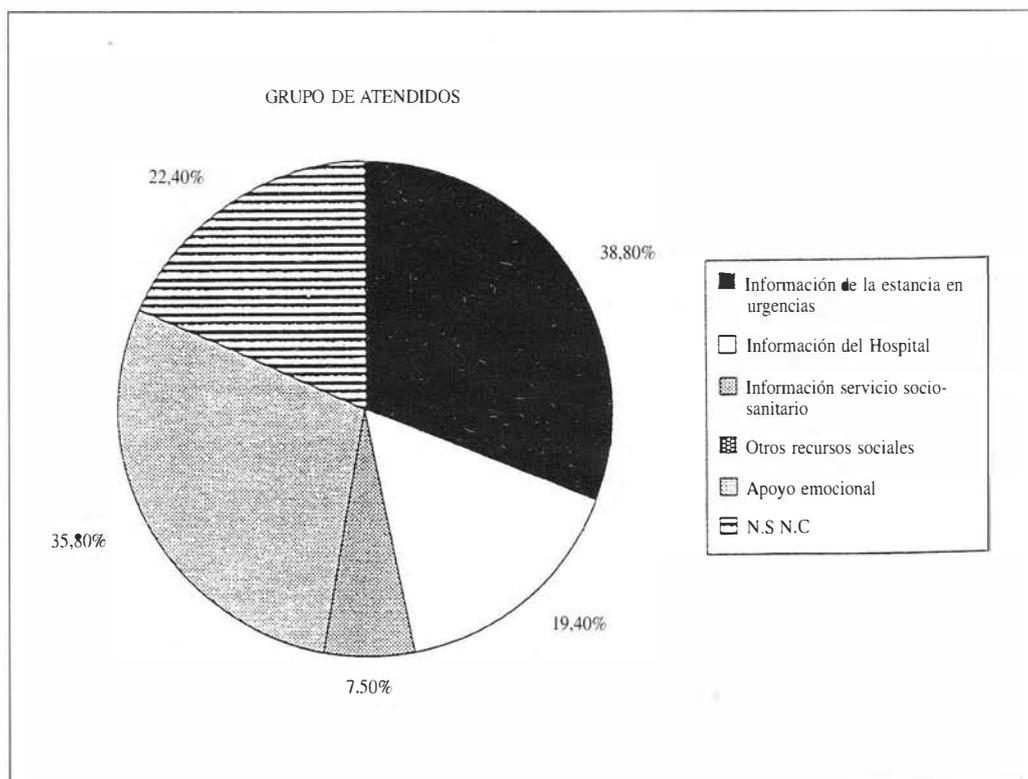


Figura 11.

| ¿HA NOTADO CAMBIOS? | | | |
|---------------------|--------------------|-----------------------|------------|
| | Grupo de atendidos | Grupo de no atendidos | Total |
| Sí, a mejor | 23 (31,5%) | 8 (12,7%) | 31 |
| Sí, a peor | 2 (2,7%) | 1 (1,6%) | 3 |
| Igual | 38 (52,1%) | 34 (34%) | 72 |
| No, no he notado | 9 (12,3%) | 20 (31,7%) | 29 |
| N.S.N.C | 1 (1,4%) | 0 | 1 |
| TOTAL | 73 | 63 | 136 |

Figura 12.

| SUGERENCIAS-COMENTARIOS | | | |
|--|--------------------|-----------------------|------------|
| | Grupo de atendidos | Grupo de no atendidos | Total |
| Agradecimiento | 4 (3,6%) | 1 (1,1%) | 5 |
| Conformidad | 9 (8,1%) | 3 (3,4%) | 12 |
| Quejas respecto instalaciones | 4 (3,6%) | 0 | 4 |
| Más trato humano | 5 (4,5%) | 8 (9%) | 13 |
| Información más clara | 2 (1,8%) | 0 | 2 |
| Más información y apoyo familiar | 2 (1,8%) | 9 (10,1%) | 11 |
| Más rapidez y coordin. | 12 (10,8%) | 16 (18%) | 28 |
| T.S. dentro del equipo | 2 (1,8%) | 1 (1,1%) | 3 |
| Atención, otras CC.AA. | 1 (0,9%) | 1 (1,1%) | 2 |
| Guardias físicas | 1 (0,9%) | 5 (5,6%) | 6 |
| Quejas listas de espera | 6 (5,4%) | 2 (2,6%) | 8 |
| Total desacuerdo | 0 | 2 (2,2%) | 2 |
| Más medios y personal | 0 | 2 (2,2%) | 2 |
| Presencia familiar, atención a los niños | 0 | 1 (1,1%) | 1 |
| N.S.N.C | 63 (56,8%) | 38 (42,7%) | 101 |
| TOTAL | 111 | 89 | 200 |

Figura 13.

6. Arenal JM. Razón de la ética en el trabajo por la salud. Revista de Trabajo Social y Salud 1989; 6: 60-74.
7. Ituarte. Trabajo Social, historia, situación actual, perspectivas. Revista de Trabajo Social y Salud 1989; 6: 21-58.
8. Kisnerman N. Salud Pública y Trabajo Social, Humanitas Buenos Aires. Argentina, 1987.
9. Madoz V. Tratamiento del duelo y la aflicción. Presentado en IV jornadas de Medicina de Urgencia. Hospital Reina Sofía. Tudela, 1990 (sin publicar).
10. Rossell T. L'entrevista en el treball social. Escola Universitària de Treball Social. Barcelona, 1983.

CALIFICACION DEL SERVICIO DE URGENCIAS

| Calificación \ G. comparativos | Grupo de atendidos | Grupo de no atendidos | Total |
|--------------------------------|--------------------|-----------------------|------------|
| Muy insatisfecho | 1 (0,9%) | 7 (7,9%) | 8 (4%) |
| Insatisfecho | 2 (1,8%) | 2 (2,2%) | 4 (2%) |
| Regular | 14 (12,6%) | 19 (21,3%) | 33 (16,5%) |
| Satisfecho | 20 (18%) | 22 (24,7%) | 42 (21%) |
| Muy satisfecho | 65 (58,6%) | 34 (38,2%) | 99 (49,5%) |
| N.S N.C | 9 (8,1%) | 5 (5,6%) | 14 (7%) |
| TOTAL | 111 | 89 | 200 |

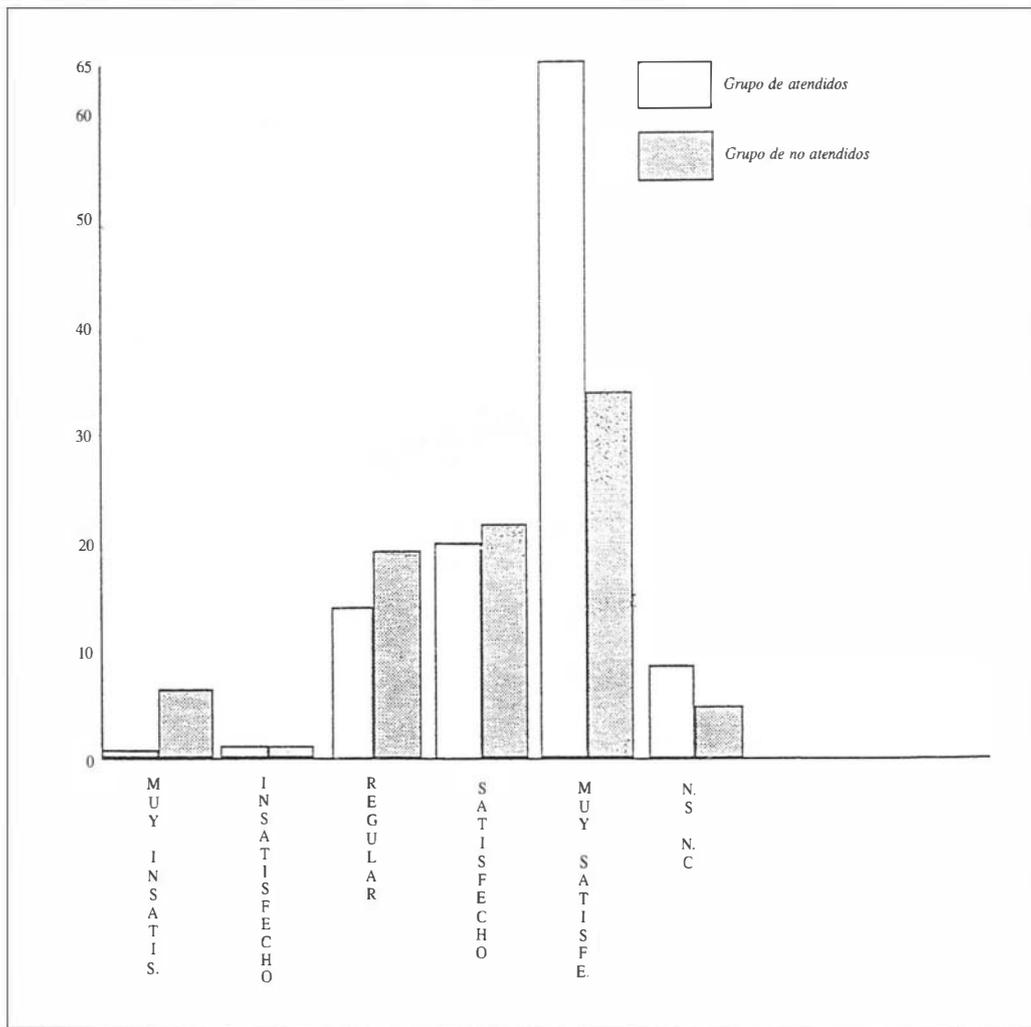


Figura 14.