



ORIGINAL

Factores desencadenantes de insatisfacción e ira en padres de niños atendidos en servicios de urgencias pediátricos



A. Fernández-Castillo^{a,*} y M.J. Vílchez-Lara^b

^a Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada, España

^b Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

Recibido el 3 de diciembre de 2013; aceptado el 1 de abril de 2014

Disponible en Internet el 23 de mayo de 2014

PALABRAS CLAVE

Ira;
Satisfacción del
paciente;
Urgencias

Resumen

Objetivos: La ira en pacientes y familiares durante su estancia en servicios de urgencias ha merecido la atención de investigadores desde hace tiempo. El objetivo del presente estudio es explorar la ira de los padres durante la atención a sus hijos en servicios de urgencias pediátricas, sondeando dimensiones específicas de insatisfacción que pueden predecir la aparición de ira.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal mediante autoinforme en 711 progenitores de niños atendidos en servicios de urgencias de pediatría. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo -2 (STAXI-2) y la Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios. Los análisis estadísticos incluyeron análisis descriptivos, correlacionales, de varianza y de regresión lineal múltiple.

Resultados: Un total de 53 progenitores (7,5%) mostraron niveles de ira altos o medios. La puntuación media en satisfacción fue 37.12 (SD=7.33). Se encontró que mayores niveles de satisfacción global se asociaron significativamente a menores niveles de ira ($r = -.29$, $p = .00$). Entre las variables estudiadas, una menor satisfacción con el acceso al servicio ($\beta = -.172$, $p = .00$) y con el personal sanitario ($\beta = -.121$, $p = .01$) y una mayor gravedad percibida del estado de salud del menor ($\beta = .157$, $p = .00$), predijeron mayores niveles de ira.

Conclusiones: Es importante continuar trabajando para mejorar el acceso de los pacientes y sus familiares a los servicios de urgencias, los procesos de información y la comunicación con el personal sanitario, entre otras iniciativas.

© 2013 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: afcastil@ugr.es (A. Fernández-Castillo).

KEYWORDS

Anger;
Patient satisfaction;
Emergencies

Factors related to dissatisfaction and anger in parents of children treated at paediatric emergency services**Abstract**

Aim: Anger in patients and relatives is very frequent in health emergency services and is often associated with aggressiveness and emotional alterations. The aim of the present study is to explore anger in parents while their children are receiving care in paediatric emergency services, seeking the specific dimensions of dissatisfaction that may predict the onset of anger in parents.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study using a self-report questionnaire in 711 parents of children seen in paediatric emergency departments. The self-report questionnaires used were the State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) and the Satisfaction with Healthcare Services Scale. The statistical analysis included descriptive, correlational, variance and multiple linear regression models.

Results: A total of 53 parents (7,5%) showed a moderate or high anger level. The mean score for satisfaction was 37.12 (SD=7.33). It was found that higher levels of overall satisfaction were significantly associated with lower levels of anger ($r = -.29$, $p = .00$). Among the variables studied, dissatisfaction with access to the service ($\beta = -.172$, $p = .00$), with the healthcare staff ($\beta = -.121$, $p = .01$), and perceived severity of the child's health status ($\beta = .157$, $p = .00$) predicted higher levels of anger.

Conclusions: On the basis of our results, it is important to continue working to substantially improve access for patients and their families to the emergency department, as well as the information and communication process with the healthcare staff should be included in intervention initiatives.

© 2013 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La satisfacción con la atención sanitaria recibida lleva muchos años siendo objeto de estudio y análisis, considerándose que la percepción de dicha atención entre los usuarios guarda una estrecha relación con la calidad, efectividad, y eficiencia de los servicios¹⁻³. Sin embargo, la complejidad de una variable como la satisfacción y la multitud de aspectos potencialmente asociados a ella, hacen difícil su evaluación⁴⁻⁸.

Las variables más frecuentemente estudiadas por su posible vinculación con la satisfacción pueden agruparse en cuatro ámbitos principales. El primero hace referencia a la atención prestada por el personal sanitario. El segundo grupo tiene que ver con el trato recibido por parte del resto del personal (no clínico). El tercer grupo de variables estudiadas es el que se refiere a las instalaciones y las condiciones en que se dispensan los servicios. El cuarto y último grupo de variables tiene que ver con el acceso a los servicios de salud⁹. Además de estos cuatro aspectos, la gravedad y los síntomas que presenta el paciente han sido también objeto frecuente de estudio cuando se habla de satisfacción.

No cabe duda de que el grupo de variables al que se ha dedicado más atención corresponde a la primera categoría. Entre estas variables, por ejemplo, la relación médico-paciente se considera esencial para la satisfacción del usuario^{10,11}. En ese sentido, cuando surgen problemas en las comunicaciones con el personal sanitario, la información recibida durante el proceso de atención es deficitaria o no comprendida o hay dificultades en la participación

de la familia en la asistencia al paciente o en la toma de decisiones, los niveles de satisfacción de los usuarios son claramente menores¹¹⁻¹⁵.

En lo concerniente al segundo y tercer grupo de variables, se han llevado a cabo muchos estudios sobre aspectos tales como las relaciones con el personal, el estado de los servicios y el ambiente físico y otros temas relacionados con la organización de unidades hospitalarias específicas. Estos estudios encontraron niveles bajos de satisfacción asociados a evaluaciones negativas de estas variables^{2,16,17}.

En cuanto al cuarto grupo de variables, en aquellos casos en que el acceso a los servicios resulta deficiente, los tiempos de espera son largos, los horarios de consulta limitados, el tiempo de obtención de los resultados de pruebas diagnósticas o intervenciones específicas es excesivamente largo o hay una gran distancia entre el centro y el domicilio del usuario, por ejemplo, los niveles de satisfacción se reducen significativamente^{14,18}.

Por último, en lo que respecta a la gravedad de la afección, varios investigadores han observado que a niveles más altos de gravedad corresponderá una mayor satisfacción con la atención recibida¹⁴.

En el caso concreto de los servicios pediátricos, los padres suelen presentar niveles altos de alteración emocional, como miedo, ansiedad, o estrés^{21,22}, que pueden ir asociados a irritación, enfado e ira. Aunque algunos autores relacionan la satisfacción con diversas alteraciones emocionales en el medio sanitario—por ejemplo, el estrés y la ansiedad se asocian a niveles menores de satisfacción¹⁹—pocos han estudiado el vínculo entre satisfacción y alteración emocional en los servicios de urgencias pediátricas.

Los objetivos de esta investigación son en primer lugar determinar la asociación entre satisfacción con la atención sanitaria e ira en una muestra de progenitores de hijos atendidos en urgencias sanitarias por un lado, y la asociación entre la gravedad percibida por los progenitores en el estado de salud de sus hijos e ira por otra. Según la bibliografía consultada, esperamos encontrar que a menor satisfacción y a mayor gravedad en la situación del hijo, mayores serán los niveles de enfado e ira en los progenitores.

En segundo lugar nos planteamos conocer más específicamente si diferentes niveles de gravedad en los hijos, podrían explicar diferentes niveles de ira en los progenitores. Nuestra hipótesis es que a mayor gravedad percibida por los progenitores en sus hijos, los niveles de ira podrían ser también mayores.

Por último, el tercero de nuestros objetivos se dirige a determinar cuales de las dimensiones de satisfacción estudiadas pueden predecir en mayor grado la presencia de ira en los padres, teniendo también en cuenta el estado de gravedad del menor en esa relación. Nuestra hipótesis de trabajo nos hace suponer que la baja satisfacción con el personal sanitario podría ser una de las variables que más predicen ira en los padres.

Métodos

Estudio transversal descriptivo basado en autoinforme en una muestra de progenitores seleccionados aleatoriamente cuyos hijos/hijas habían sido atendidos en servicios de urgencias pediátricas.

Participantes

El estudio se llevó a cabo en los servicios de urgencias pediátricas de 6 hospitales de la Comunidad Autónoma de Andalucía, en España. La [Tabla 1](#) muestra los hospitales que participaron y el número de participantes correspondiente a cada uno de ellos.

Se trata de centros de referencia situados en las capitales de provincia, que atienden poblaciones entre los 150 000 y los 500 000 habitantes. Los servicios de urgencias pediátricas de todos estos hospitales (salvo el del «Hospital de Poniente») cuentan con entre 2 y 4 médicos especialistas pediátricos y alrededor de 4 médicos residentes de presencia continuada. Todos estos servicios son unidades independientes de los servicios de urgencias generales y cuentan con salas de espera separadas.

Un total de 711 progenitores seleccionados aleatoriamente tomaron parte en el estudio. La muestra final se compuso de 275 padres (38,7%) y 436 madres (61,3%) con edades comprendidas entre los 18 y los 66 años (media = 35,29, DE = 8,30) y una moda de edad de 40 años. En cuanto a los pacientes, la edad media fue de 5,49 años (DE = 4,11), el rango de 0–17 años, y la moda de 1 año. De estos pacientes, 432 (60,8%) eran niños, y 279 (39,2%) niñas.

Medidas

Información demográfica. A cada participante se le preguntó su edad y sexo.

Tabla 1 Hospitales participantes y número de participantes

	Frecuencias
Hospital Materno-Infantil del Hospital Universitario "Virgen de las Nieves". Granada	139
Hospital Materno-Infantil del Complejo Hospitalario de Jaén.	134
Hospital Clínico Universitario "San Cecilio". Granada	132
Hospital de Poniente (El Ejido). Almería	105
Hospital Materno-Infantil del Hospital Universitario "Carlos Haya". Málaga	103
Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería	98
Total	711

Para valorar el estado de ira, utilizamos la subescala "Estado-Ira" del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo-2 (STAXI-2)²⁰. Este inventario es la versión del «State-Trait Anger Expression Inventory-2» adaptada a la población española²³. El inventario evalúa la ira como estado y como rasgo, además de otros indicadores más complejos. Como indica la [Tabla 2](#), la escala empleada en este estudio contiene 15 ítems que permiten llegar a una medida global de la ira motivada por una situación extrínseca.

Cada ítem se evalúa empleando una escala tipo Likert de 4 puntos, con las siguientes respuestas posibles: 1 (no, en absoluto), 2 (algo), 3 (moderadamente) o 4 (mucho).

Las puntuaciones que se pueden obtener varían entre los 15 y los 60 puntos. En los resultados para mujeres, las puntuaciones entre los 43 y 60 puntos se interpretan como un nivel alto de ira, y las puntuaciones entre 28 y 42 como un nivel moderado. El intervalo de 16 a 27 puntos corresponde a un nivel bajo de ira, y una puntuación de 15 corresponde a la ausencia absoluta de ira. Las categorías de interpretación varían ligeramente en el caso de los hombres. Las puntuaciones entre 41 y 60 puntos implican un nivel alto de ira, entre 33 y 40 un nivel moderado, y entre 16 y 32 un nivel bajo, y

Tabla 2 Composición de la subescala "Estado-Ira" del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo-2

1	Estoy furioso
2	Me siento irritado
3	Me siento enfadado
4	Le pegaría a alguien
5	Estoy quemado
6	Me gustaría decir tacos
7	Estoy cabreado
8	Daría puñetazos a la pared
9	Me dan ganas de maldecir a gritos
10	Me dan ganas de gritarle a alguien
11	Quiero romper algo
12	Me dan ganas de gritar
13	Le tiraría algo a alguien
14	Tengo ganas de abofetear a alguien
15	Me gustaría echarle la bronca a alguien

Tabla 3 Composición de la escala de satisfacción con los servicios sanitarios

Por favor, indique cómo de satisfecho/a está con cada uno de estos aspectos	Nada satisfecho	Poco Satisfecho	Algo Satisfecho	Bastante Satisfecho	Muy satisfecho
1 Tiempo que le dedica su médico (el pediatra que trata a su hijo/a)	1	2	3	4	5
2 Solución que el médico/enfermera le da	1	2	3	4	5
3 Interés del médico en explicarle la dolencia (enfermedad o problema)	1	2	3	4	5
4 Información proporcionada sobre el tratamiento	1	2	3	4	5
5 Trato recibido por el resto del personal	1	2	3	4	5
6 Disposición del personal para ayudarle	1	2	3	4	5
7 Comodidad y amplitud de la sala de espera	1	2	3	4	5
8 Instalaciones y equipamiento del centro	1	2	3	4	5
9 Señalización interna del centro	1	2	3	4	5
10 Horario de atención a los pacientes	1	2	3	4	5
11 Tiempo de espera para entrar a la consulta	1	2	3	4	5

una puntuación de 15 indica un nivel nulo de ira. En la población estándar o de control, los resultados indican que en el caso de los hombres la media es de 18,15 (DE = 5,08), mientras que en las mujeres la media es ligeramente inferior, 17,51 (DE = 5,00), sin diferencias significativas entre ambos sexos ($t = 1,97$, $p = 0,06$)²⁰.

El valor del alfa de Cronbach para la escala de Estado-Ira en el estudio original de validación de la versión en español fue 0,89, mientras que en nuestro estudio el valor de esta medida de consistencia interna fue 0,82.

Para valorar la satisfacción, utilizamos la Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios²⁴. Como se detalla en la [Tabla 3](#), la escala incluye 11 ítems que se miden en una escala de 5 puntos con valores del 1 (*Nada satisfecho*) al 5 (*Muy satisfecho*).

La escala incluye cuatro subescalas que determinan el nivel de satisfacción del paciente con el personal sanitario, el personal de apoyo, las instalaciones del centro de salud y el acceso al servicio y su funcionamiento.

Las puntuaciones de satisfacción global pueden ir de los 11 a los 55 puntos, y el punto medio de puntuaciones posibles es 22. Las puntuaciones por encima de 22 indican niveles medios y altos de satisfacción.

Las características psicométricas de la escala original son aceptables, con coeficientes alfa de Cronbach entre 0,80 y 0,82 para la medida global y entre 0,59 y 0,89 para dimensiones específicas²⁴. En nuestro estudio, el coeficiente alfa fue 0,91.

Preguntamos a todos los progenitores cuál era su percepción de la gravedad del estado de su hijo o hija, que podía ser baja, media o alta. El número de sujetos en cada categoría se muestra en la [Tabla 5](#), en la sección de Resultados.

Procedimiento

En primer lugar, nos pusimos en contacto con las autoridades del Servicio Andaluz de Salud solicitando su para obtener

información en los centros hospitalarios referidos de las provincias de Andalucía Oriental. Para desarrollar nuestra labor de investigación contamos asimismo con la autorización de los comités de ética e investigación de cada centro.

La administración de los cuestionarios quedó a cargo de entrevistadores experimentados contratados por el equipo de investigación. Los evaluadores visitaron los centros y solicitaron la cooperación de las familias una vez los menores habían sido atendidos en los servicios de urgencias pediátricas. La investigación se desarrolló en el primer semestre del año 2012, evitando el verano por los cambios de población que tienen lugar en esa estación.

Todas las familias fueron debidamente informadas de los objetivos de la investigación y de que su participación era anónima y sus respuestas confidenciales. También se les informó de que contaban con la posibilidad interrumpir en cualquier momento la cumplimentación del cuestionario y se solicitó la firma del formulario de consentimiento informado. Para estandarizar el proceso de recogida de datos, se evaluó a todos los padres por separado en la sala de espera del servicio de urgencias o en una habitación provista por el hospital una vez que el menor había recibido atención médica, mientras esperaban el alta o inmediatamente después de los servicios. Los cuestionarios se administraron de manera individual.

Los criterios de inclusión fueron que el menor hubiera sido atendido en los servicios de emergencia al menos 5 horas antes, la participación voluntaria en el estudio (con firma de consentimiento informado) y que todavía no se hubiera dado el alta al menor. Los criterios de exclusión contemplaban circunstancias específicas que desaconsejaban, dificultaban o impedían la cumplimentación de los instrumentos de evaluación, tales como la presencia de dificultades en el menor que hacían aconsejable que los padres se abstuvieran de participar, la discapacidad mental o un nivel educativo insuficiente para entender los cuestionarios, una comprensión muy deficiente del español o la negativa a firmar el consentimiento informado.

Tabla 4 Correlaciones entre la ira y las diversas expresiones de satisfacción y gravedad percibida

	Ira
Satisfacción global	-0,29**
Satisfacción – Personal sanitario	-0,27**
Satisfacción – Personal de apoyo	-0,24**
Satisfacción – Instalaciones	-0,16**
Satisfacción – Acceso	-0,25**
Gravedad percibida	0,21**

** $p < 0,01$.

Análisis de datos

Para evaluar los datos, además de realizar los pertinentes análisis descriptivos y de frecuencias, se efectuó un análisis correlacional de Pearson, un análisis de varianza y un análisis de regresión múltiple.

Resultados

Análisis descriptivo

Para averiguar el porcentaje de sujetos que manifestaron un nivel alto de ira se emplearon criterios específicos por sexo. De este modo, 21 padres expresaron un nivel de ira moderado o alto, alcanzando una puntuación igual o superior a 33. En cuanto a las madres, 32 de ellas alcanzaron una puntuación igual o mayor que 28, expresando por tanto un nivel moderado o alto de ira. En total, 53 progenitores (7,5%) llegaron a un nivel moderado o alto de ira, mientras que el resto, 658 (92,5%), expresaron un nivel de ira bajo o nulo.

En cuanto a la satisfacción global, la media de la muestra fue de 37,12 (DE=7,33). La media y la desviación estándar para las distintas subescalas fueron: satisfacción con el personal sanitario = 14,40 (DE = 3,18), satisfacción con el personal de apoyo = 7 (DE = 1,73), satisfacción con las condiciones físicas = 9,9 (DE = 2,58) y satisfacción con el acceso al servicio = 5,81 (DE = 1,9). Las puntuaciones medias tanto de la escala global de satisfacción como de las subescalas específicas de satisfacción expresaron una satisfacción alta o media-alta.

Asociación de variables

En primer lugar, se practicó un análisis de correlación bivariada para determinar la posible asociación entre la expresión global de ira, por un lado, y las distintas dimensiones de la satisfacción consideradas por otro. También se calculó la correlación entre la ira y la percepción que los padres tenían del nivel de gravedad del estado de salud del menor. Los resultados se exponen en la [Tabla 4](#).

Los resultados muestran una correlación negativa significativa entre la satisfacción y la ira durante la atención de urgencias pediátricas. Así, se detectó una asociación positiva significativa entre un nivel de ira mayor y (a) un nivel de satisfacción global menor, (b) niveles más bajos en las distintas dimensiones de la satisfacción: con el personal sanitario, con el personal de apoyo, con las instalaciones hospitalarias y con el acceso a los servicios y su funcionamiento y, por último, (c) la percepción por parte de los padres de un estado de salud más grave del menor.

Análisis de varianza

De acuerdo con nuestro segundo objetivo y con el fin de determinar las diferencias en la ira de los padres en función de su percepción subjetiva de la gravedad del estado de salud de sus hijos, se llevó a cabo un ANOVA.

El ANOVA reveló diferencias significativas en la ira en función de la percepción de la gravedad del menor, $F(2, 708) = 19,67$, $p < 0,00$, con una tendencia general a un incremento en la ira cuando la gravedad percibida era mayor.

La prueba de comparación múltiple mostró diferencias significativas entre los tres grupos de sujetos (gravedad percibida del menor baja, media, y alta), tal se ve en la [Tabla 5](#).

Análisis de regresión

En relación al tercer objetivo del estudio, se efectuó un análisis de regresión lineal en el que el criterio fue el nivel general de ira y las variables predictoras los distintos indicadores específicos de la satisfacción y los niveles de gravedad de la enfermedad percibidos por los padres. Los resultados se recogen en la [Tabla 6](#).

Tabla 5 Comparaciones múltiples. Diferencias en la ira en función de la gravedad percibida

		Variable dependiente: Ira		
(i) Grupos de ira		(J) Grupos de ira	Diferencias medias (i - J)	Sig.
DMS**	Gravedad baja (289 progenitores) (Media de ira: 19,06; DE: 3,26)	Gravedad media (327 progenitores) (Media de ira: 19,90; DE: 4,64)	-0,85*	0,019
	Gravedad baja	Gravedad alta (95 progenitores) (Media de ira: 22,36; DS: 6,49)	-3,30*	0,000
	Gravedad media	Gravedad alta	-5,46*	0,000

* La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.

** DMS: Diferencia mínima significativa.

Tabla 6 Análisis de regresión múltiple: Ira, satisfacción, y gravedad percibida en la atención al menor en urgencias

Criterio	Predictores	Beta	Sig.
Ira	Satisfacción – Acceso	-0,172	0,000
	Gravedad percibida	0,157	0,000
	Satisfacción – Personal sanitario	-0,121	0,011
	Satisfacción – Personal de apoyo	-0,093	0,056
	Satisfacción – Instalaciones	0,066	0,174

$F(5, 705) = 19,50, p < 0,00.$

$R = 0,35, R^2 = 0,12, R^2 \text{ ajustado} = 0,12. EE = 4,30.$

De acuerdo con el R^2 ajustado, el modelo explica el 12% de la varianza de la ira global. Los resultados indican que algunas de las variables introducidas en el modelo no contribuían a predecir la ira de los padres. De todas las variables consideradas, las que alcanzaron un valor beta más elevado fueron la satisfacción con el acceso a los servicios, seguida por la gravedad percibida.

Discusión

Nuestros resultados muestran que los niveles de irritación e ira de los progenitores son mayores cuanto menor es su satisfacción con la atención recibida en los servicios de urgencias. El resultado se repite tanto en el caso de la satisfacción global como con las cuatro dimensiones de satisfacción contempladas. Cuando nos centramos en la gravedad de la afección del menor, observamos también una tendencia paralela a experimentar mayores niveles de ira cuanto más elevados sean los niveles de gravedad percibida en el menor. Estos resultados son coherentes con los de otros estudios que asocian niveles más altos de alteración afectiva (como estrés o ansiedad) con niveles mayores de gravedad percibida por los padres²¹.

Es posible que el hallazgo más relevante de este estudio sea el que se deriva del análisis de regresión. De todos los aspectos que se consideraron, la insatisfacción con el acceso a los servicios de urgencias pediátricas pareció ser el mejor predictor de la presencia de ira. Esta variable se asocia a diversos aspectos como por ejemplo la duración del viaje desde el domicilio familiar hasta el centro sanitario, el tiempo transcurrido desde la llegada al servicio de urgencias hasta que se recibe atención o a aspectos más indirectos, como el fácil acceso con un vehículo privado etcétera. De hecho, los tiempos de espera hasta ser atendido, obtener información u obtener resultados de pruebas médicas, han sido objeto de estudio por su importancia para la satisfacción del paciente o como fuente de estrés y alteración emocional en los padres^{18,25-27}.

La siguiente variable que mejor predice la satisfacción es la gravedad percibida. Este resultado—que está en consonancia con lo apuntado por la correlación y el análisis de varianza—indica que la percepción que los progenitores tienen de la gravedad de la afección de sus hijos es una de las variables que mejor predicen la ira. Este resultado merecerá más atención en investigaciones futuras ya que el efecto de la gravedad probablemente está condicionado por variables contextuales, por la atención recibida o por otros tipos de alteración emocional, como la ansiedad o el estrés^{14,21}.

Además, estudios futuros deberían recurrir a un indicador más contundente de la gravedad del paciente, por ejemplo, uno que haya sido facilitado por especialistas médicos u obtenido empleando un instrumento de evaluación fiable. El indicador utilizado en este estudio, si bien proporciona una calificación personal, directa y subjetiva de los progenitores, tiene la limitación de que podría ser una medida no demasiado fiable.

En cuanto a otros indicadores de la satisfacción, se ha constatado la importancia de la satisfacción con el trabajo del personal médico y sanitario. Una satisfacción baja con estos aspectos anticipa, invariablemente, ira en los padres. Como otros estudios han descrito, tratándose de atención pediátrica^{21,26}, aspectos como la atención recibida, la comunicación con los pediatras y otro personal sanitario y el acceso a la información presentan una asociación clara con la alteración emocional y, en el caso de nuestro estudio, cuando todos esos aspectos fueron deficientes, con niveles altos de ira.

Por último, entre las variables estudiadas la satisfacción con el personal no sanitario y la satisfacción con las instalaciones, el equipamiento, la sala de espera y otros aspectos físicos del medio sanitario fueron los peores predictores del desarrollo de ira en los padres. En otros estudios de servicios sanitarios diversos se observó que aspectos tales como la comodidad o las instalaciones iban asociados a elevados niveles generales de satisfacción en los usuarios^{5,12,28}. No obstante, según nuestros datos, estas variables no predijeron la ira en la población estudiada. Es posible que el impacto de estos aspectos sea menor en nuestro caso particular, en el que la interacción con estos profesionales tiende a ser escasa y breve.

Entre las limitaciones de este estudio se incluyen algunos aspectos de la muestra con la que trabajamos y sus implicaciones. Nuestra muestra tiene un porcentaje bajo de progenitores con puntuaciones bajas y altas de ira, lo que podría restar relevancia clínica a nuestro estudio y apunta a la conveniencia de estudios futuros centrados específicamente en progenitores con niveles altos de ira en este contexto. Habría sido asimismo interesante considerar variables como la gravedad clínica del paciente o los tiempos de espera por la influencia que dichos factores pudiesen tener. El hecho de que estos aspectos no se hayan tenido en cuenta aconseja interpretar nuestros resultados con cautela y presenta implicaciones de interés para investigaciones futuras.

En conclusión, nuestros resultados parecen dejar claro que para reducir el nivel de ira de los progenitores en los servicios de urgencias pediátricas habremos de plantearnos la accesibilidad de los servicios, las interacciones interpersonales y ciertos aspectos del trabajo del personal²⁹. Como sucede con los servicios pediátricos hospitalarios y la atención primaria, el acceso a la atención sanitaria o la comunicación con el personal serían algunos de los aspectos de mayor relevancia. En lo que respecta al trabajo del personal sanitario y sus aspectos prácticos, sería conveniente promover esfuerzos dirigidos a mejorar la comunicación, incluyendo iniciativas tales como que una sola persona se encargue de facilitar la información durante todo el proceso de atención sanitaria, que los padres tengan acceso a información médica de fácil comprensión, que la familia sea partícipe del proceso de atención y de toma de decisiones o

que se atiende a los síntomas y el malestar del paciente de manera rápida y eficiente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Código de proyecto (número de subvención): 0142/08. (El patrocinador no ha participado en ningún aspecto del diseño, análisis, interpretación de los datos, redacción del artículo, o la decisión de presentar el trabajo para su publicación. Los autores trabajan de manera totalmente independiente del Patrocinador.)

Bibliografía

- Ábalo J, Varela J, Rial A. El análisis de importancia-valoración aplicado a la gestión de servicios. *Psicothema*. 2006;18:730-7.
- Blanco S, Sánchez F, Chinchilla MA, Cobrero EM, Mediavilla M. Satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros. *Enferm Clin*. 2010;20:23-31.
- Pujiula-Masó J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart M, Graumartind A, Bertran-Noguere C, Hortal-Gasulla G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin*. 2006;16:19-26.
- Dodek PM, Heyland DK, Rocker GM, Cook DJ. Translating family satisfaction data into quality improvement. *Crit Care Med*. 2004;32:1922-7.
- Fernández-Castillo A, Vélchez-Lara MJ, Sada-Lázaro E. Psychometric properties and factor analysis of the Satisfaction with Hospital Healthcare Services Scale. *Behav Psychol*. 2012;20:383-400.
- Sahin B, Yilmaz F, Lee KH. Factors affecting inpatient satisfaction: structural equation modelling. *J Med Syst*. 2007;31:9-16.
- Wood DL, McCaskill QE, Winterbauer N, Jobli E, Hou T, Wludyka PS, et al. A multi-method assessment of satisfaction with services in the medical home by parents of children and youth with special healthcare needs (CYSHCN). *Matern Child Health J*. 2009;13:5-17.
- García-Arqué RM. Actitudes de la población ante el sector sanitario. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1997.
- Soleimanpour H, Gholipouri C, Salarilak S, Raoufi P, Vahidi RG, Rouhi AJ, et al. Emergency department patient satisfaction survey in Imam Reza Hospital, Tabriz, Iran. *Int J Emerg Med*. 2011;4:1-7.
- Clever SL, Jin L, Levinson W, Meltzer DO. Does doctor-patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health Serv Res*. 2008;43:1505-19.
- Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella J, Rausch S, Ward KR, Ivatury R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *Am J Crit Care*. 2005;14:202-10.
- Simón P, Barrio IM, Sánchez CM, Tamayo MI, Molina A, Suess A, et al. Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30:191-8.
- Sophie D, Le Quen V, Bureau V, Ancel PY, Bréart G, Rozé JC. Maternal psychological impact of medical information in the neonatal period after premature birth. *Early Hum Dev*. 2009;85:791-3.
- Stricker KH, Kimberger O, Schmidlin K, Zwahlen M, Mohr U, Rothen HU. Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference. *Intens Care Med*. 2009;35:2051-9.
- Wall RJ, Engelberg RA, Downey L, Heyland DK, Curtis JR. Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) Survey. *Crit Care Med*. 2007;35:271-9.
- López-Naranjo I, Fernández-Castillo A. Aspectos psicosociales y evolutivos en la hospitalización infantil. *Rev Psicol Soc Apl*. 2004;14:5-27.
- Pérez MD, Rodríguez M, Fernández AI, Catalán M, Montejo JC. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2004;28:237-49.
- Committee on Pediatric Emergency Medicine. Access to optimal emergency care for children. *Pediatrics*. 2007;119:161-4.
- Downey LVA, Zun LS. The correlation between patient comprehension of their reason for hospital admission and overall patient satisfaction in the emergency department. *J Natl Med Assoc*. 2010;102:637-43.
- Miguel-Tobal JJ, Casado MI, Cano-Vindel A, Spielberger CD. Manual del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2). Madrid: Tea Ediciones; 2001.
- Fernández-Castillo A, López-Naranjo I. Transmisión de emociones, miedo, y estrés infantil por hospitalización. *Int J Clin Health Psychol*. 2006;6:631-45.
- Fernández-Castillo A, Vélchez-Lara MJ, Sada-Lázaro E. Differences between immigrant and non immigrant origin families in paternal stress during the hospitalization of a child. *Int J Psychol*. 2008;43, 492-492.
- Spielberger CD. Manual for the state-trait anger expression inventory. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1996.
- Varela J, Rial A, García E. Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria. *Psicothema*. 2003;15:656-61.
- Fernández-Castillo A, Vélchez-Lara MJ. Opinión profesional sobre la hospitalización infantil de inmigrantes de origen latinoamericano en Andalucía, España. *Rev Salud Públ*. 2009;11:336-46.
- Fernández-Castillo A, Vélchez-Lara MJ. Family adaptability, cohesion and anxiety during pediatric hospitalization: differences between populations of immigrant and non-immigrant origin. *J Comp Fam Stud*. 2011;42:891-901.
- Xie B, Youash S. The effects of publishing emergency department wait time on patient utilization patterns in a community with two emergency department sites: a retrospective, quasi-experiment design. *Int J Emerg Med*. 2011;4:1-7.
- Kim MK, Blendon RJ, Benson JM. What is driving people's dissatisfaction with their own health care in 17 Latin American countries. *Health Expect*. 2013;16:155-63.
- Locke R, Stefano M, Koster A, Taylor B, Greenspan J. Optimizing patient/caregiver satisfaction through quality of communication in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2011;27:1016-21.