

ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y PROFESIONALES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Aurora Fontova Almató

Dipòsit legal: Gi. 1383-2015

<http://hdl.handle.net/10803/302799>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



TESIS DOCTORAL

ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES
Y PROFESIONALES EN UN SERVICIO DE
URGENCIAS HOSPITALARIO

Aurora Fontova Almató

2015



TESIS DOCTORAL

ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES
Y PROFESIONALES EN UN SERVICIO DE
URGENCIAS HOSPITALARIO

Aurora Fontova Almató

2015

Programa de doctorado
Salud, Educación y Ciencias Sociales

Directoras
Dra. Dolors Juvinyà Canal y Dra. Rosa Suñer Soler

Memoria presentada para optar al título de Doctora por la Universidad de Girona



Universitat de Girona

La Dra. Dolors Juvinyà i Canal i la Dra. Rosa Suñer Soler, professores del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona,

DECLAREN QUE

L'estudi titulat "Estudio de la satisfacción de pacientes y profesionales en un servicio de urgencias hospitalario", que presenta Aurora Fontova Almató per a l'obtenció del títol de doctora, ha estat realitzat sota la nostra direcció.

I perquè així consti als efectes oportuns signem el present certificat

Girona, 23 de gener de 2015

A Raúl Sierra Aguilar

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que han colaborado en la realización de este proyecto, en especial a todos los pacientes, acompañantes y profesionales que respondieron a la encuesta.

Agradecer a la Dra. Dolors Juvinyà Canal y a la Dra. Rosa Suñer Soler su dedicación, su apoyo y optimismo en todo el proceso.

A la comisión de investigación del Hospital de Figueres en especial a Marc Cuixart y Marina Garí.

Al Dr. Armand Grau y al Dr. Xavier Basurto.

Al supervisor de enfermería y al jefe médico de urgencias Joan Manel Ruiz y Manel Vicente.

A mis compañeros de urgencias por contestar a la encuesta en una época con muchas cargas de trabajo y por ayudarme en tareas administrativas, en especial a Marta Ferrer, Conchi Galan, Anna Poch, Dolors Dalmau, Rosa Colom, Xavi Sampol, Isidre Pelfort.

A Ramón Puig, Nuria y Dolors de contabilidad y al servicio de compras.

A Montse Soy y M^a Àngels Molas por facilitarme información necesaria sobre el hospital, a Gloria Rey por facilitarme los datos de reclamaciones y a Lourdes Reixach por realizar los carteles informativos del servicio de urgencias.

A Laura Congost, Cristina Serrabassa, Mercè Belart, Ana García, Laura Robles, Laia Salleras y Anna Turu.

A toda mi familia.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE ABREVIATURAS	I
ÍNDICE DE FIGURAS.....	II
ÍNDICE DE TABLAS	III
RESUMEN.....	7
RESUM.....	9
ABSTRACT	11
1 INTRODUCCIÓN GENERAL.....	13
1.1 SALUD, BIENESTAR Y SATISFACCIÓN	14
1.1.1 La salud.....	14
1.1.2 El bienestar	16
1.1.3 Bienestar, optimismo y satisfacción con la vida	22
1.2 LA SATISFACCIÓN Y EL BIENESTAR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.....	26
1.2.1 La satisfacción de los pacientes y acompañantes de los servicios de urgencias.....	27
1.2.2 Factores relacionados con la satisfacción de los pacientes y acompañantes de los servicios de urgencias.....	29
1.2.3 La expresión de la insatisfacción de los pacientes y acompañantes de los servicios de urgencias.....	36
1.2.4 La satisfacción de los profesionales de los servicios de urgencias	38
1.3 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES.....	46
1.3.1 La promoción de la salud.....	46
1.3.2 La promoción de la salud en los hospitales	49
1.3.3 Características de los servicios de urgencias en los hospitales	55
2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	61
2.1 Hipótesis.....	61
2.2 Objetivo general.....	61
2.3 Objetivos específicos	61
3 MATERIAL Y MÉTODOS.....	63
3.1 Diseño.....	63
3.2 Ámbito de estudio	63
3.3 Participantes.....	63
3.4 Variables e instrumentos.....	64
3.5 Recogida de datos y procedimientos.....	70
3.6 Consideraciones éticas	71
3.7 Análisis estadístico.....	71
4 RESULTADOS	73
4.1 Pacientes y acompañantes.....	74
4.2 Profesionales.....	114
5 DISCUSIÓN.....	157
5.1 Pacientes y acompañantes.....	157
5.2 Profesionales.....	167
5.3 Limitaciones.....	179
5.4 Implicaciones en la práctica clínica	180

6 CONCLUSIONES	181
6.1 Pacientes y acompañantes.....	181
6.2 Profesionales.....	182
7 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	185
8 ANEXOS	209
I Carta de información al paciente.....	209
II Hoja de consentimiento informado para los pacientes	210
III Cuaderno de recogida de datos de los pacientes.....	211
IV Carta de información al profesional	219
V Hoja de consentimiento informado para los profesionales.....	220
VI Cuaderno de recogida de datos de los profesionales	221

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

BPC: Buenas prácticas clínicas

CEIC: Comité de Ética e Investigación Clínica Hospital Josep Trueta de Girona

EE: Agotamiento emocional (*Emotional Exhaustion*)

EFQM: European Foundation for Quality Management

D: Despersonalización (*Despersonalization*)

DE: Desviación estándar

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%

Idescat: Instituto de Estadística de Cataluña

INE: Instituto Nacional de Estadística

LOPD: Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal

MAT-SET: Modelo Andorrano de Triage – Sistema Español de Triage

MBI: Maslach Burnout Inventory

OMS: Organización Mundial de la Salud

PA: Realización personal (*Personal Accomplishment*)

RIC: Rango intercuartílico

TCAE: Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería

ÍNDICE DE FIGURAS

1.1 Determinantes sociales de la salud	15
4.1 Ocupación de pacientes y acompañantes en función del nivel de estudios	78
4.2 Nivel de satisfacción global subjetiva de pacientes y acompañantes	79
4.3 Recomendación del servicio de urgencias en función de la satisfacción global subjetiva.....	86
4.4 Relación entre la presencia de dolor y el nivel de triaje de los pacientes	89
4.5 Satisfacción global subjetiva con la visita en función del control del dolor de los pacientes	91
4.6 Diagnóstico final de los pacientes participantes según la CIE 10 (%)	93
4.7 Destino final de los pacientes según el nivel de triaje	94
4.8 Nivel de optimismo percibido de pacientes y acompañantes	95
4.9 Tiempo de espera percibido hasta el triaje, según el nivel de clasificación (%) ..	100
4.10 Tiempo de espera percibido hasta la visita médica, según el nivel de clasificación (%)	100
4.11 Satisfacción global subjetiva de pacientes y acompañantes en función de la información del tiempo de espera	103
4.12 Distribución de la satisfacción de los profesionales en función del sexo	119
4.13 Satisfacción de los profesionales (%)	128
4.14 Puntuación de las dimensiones del MBI de los profesionales (%)	138

ÍNDICE DE TABLAS

1.1 Sistema de triaje MAT-SET	58
4.1 Características sociodemográficas de pacientes y acompañantes	75
4.2 Características de los pacientes y acompañantes en función del sexo	76
4.3 Características sociodemográficas de los pacientes y acompañantes según la edad y la valoración de la situación económica subjetiva	77
4.4 Resultados escala de satisfacción de pacientes y acompañantes	80
4.5 Satisfacción de pacientes y acompañantes en relación al sexo	81
4.6 Satisfacción de pacientes y acompañantes en relación al estado civil	82
4.7 Satisfacción de los pacientes y acompañantes en relación a la ocupación	83
4.8 Satisfacción de los pacientes y acompañantes en relación al nivel de estudios	84
4.9 Recomendación del servicio de urgencias en función de la escala de satisfacción	87
4.10 Satisfacción de pacientes y acompañantes en relación al nivel de triaje.....	88
4.11 Control del dolor según el nivel de triaje de los pacientes	90
4.12 Satisfacción en relación al control del dolor de los pacientes	92
4.13 Nivel de optimismo de pacientes y acompañantes en relación al estado civil, ocupación y nivel de estudios	96
4.14 Tiempo de espera real y percibido hasta ser atendido por la enfermera en función del nivel de clasificación	98
4.15 Tiempo de espera real y percibido hasta ser atendido por el médico en función del nivel de clasificación	99
4.16 Tiempo de espera percibido hasta la atención de la enfermera en función de la satisfacción global subjetiva	101
4.17 Relación entre el tiempo de espera percibido hasta la atención médica en función de la satisfacción global subjetiva	102
4.18 Relación entre la satisfacción de pacientes y acompañantes y el tiempo de espera percibido hasta el triaje	104
4.19 Relación entre la satisfacción de pacientes y acompañantes y la diferencia de tiempo de espera percibido hasta el triaje	105
4.20 Relación entre la satisfacción de pacientes y acompañantes y el tiempo de espera percibido hasta la visita médica	106

4.21 Relación entre la satisfacción de pacientes y acompañantes y la diferencia de tiempo de espera percibido hasta la visita médica	107
4.22 Satisfacción de pacientes y acompañantes en función de la existencia de información sobre el tiempo de espera	108
4.23 Resultados de la regresión logística binaria para estudiar los factores asociados de satisfacción de pacientes y acompañantes	109
4.24 Características de pacientes y acompañantes en función del nivel de satisfacción	110
4.25 Variables sociodemográficas y laborales de los profesionales del servicio de urgencias	115
4.26 Características sociodemográficas y laborales en función de la categoría profesional	116
4.27 Características sociodemográficas y laborales en función del turno de trabajo de los profesionales	118
4.28 Características sociodemográficas y laborales en función del tipo de contrato de los profesionales	118
4.29 Puntuaciones y distribución de los incentivos laborales de los profesionales participantes	121
4.30 Relación entre la puntuación de los incentivos de Herzberg con la edad y el número de hijos de los profesionales	122
4.31 Relación entre la puntuación de los incentivos de Herzberg con el sexo y el estado civil de los profesionales	123
4.32 Puntuación de los incentivos según la categoría de los profesionales	124
4.33 Puntuación de los incentivos según el turno de trabajo de los profesionales	125
4.34 Puntuación de los incentivos según el tipo de contrato de los profesionales	126
4.35 Relación entre la puntuación de los incentivos con la antigüedad de los profesionales	127
4.36 Satisfacción de los profesionales en función la categoría profesional	130
4.37 Satisfacción de los profesionales en función del turno de trabajo	131
4.38 Relación entre los incentivos laborales de Herzberg y el nivel de optimismo de los profesionales	134
4.39 Puntuaciones de las dimensiones del MBI según el sexo y el estado civil de los profesionales	135

4.40 Puntuaciones de las dimensiones del MBI según la categoría profesional de los profesionales	136
4.41 Puntuaciones de las dimensiones del MBI según turno de trabajo de los profesionales	136
4.42 Puntuaciones de las dimensiones del MBI según tipo de contrato de los profesionales	137
4.43 Edad de los profesionales según las dimensiones del MBI en niveles	138
4.44 Distribución de los profesionales en las dimensiones del MBI en niveles según el sexo	139
4.45 Distribución de los profesionales en las dimensiones del MBI en niveles según el estado civil	140
4.46 Distribución de los profesionales en las dimensiones del MBI en niveles según la categoría profesional	141
4.47 Distribución de los profesionales en las dimensiones del MBI en niveles según el turno de trabajo	143
4.48 Distribución de los profesionales en las dimensiones del MBI en niveles según tipo de contrato	144
4.49 Antigüedad de los profesionales en el servicio según las dimensiones del MBI en niveles	145
4.50 Puntuación del optimismo de los profesionales según las dimensiones del MBI en niveles	145
4.51 Puntuaciones de la satisfacción laboral de los profesionales según las dimensiones del MBI en niveles	146
4.52 Resultados de la correlación de los incentivos con la puntuación de las dimensiones del MBI	147
4.53 Puntuación de los incentivos laborales según las dimensiones del MBI	148
4.54 Resultados de las correlaciones entre las dimensiones del MBI y la Escala General de Satisfacción	149
4.55 Puntuación de la Escala General de Satisfacción según las dimensiones del MBI	151
4.56 Resultados de la regresión logística para estudiar los factores asociados a la satisfacción laboral	152
4.57 Características de los profesionales en función del nivel de satisfacción	153

RESUMEN

Estudio de la satisfacción de pacientes y profesionales en un servicio de urgencias hospitalario

Relevancia del estudio. El conocimiento de la percepción y satisfacción de pacientes, acompañantes y profesionales del servicio de urgencias permite mejorar la calidad de la atención a los usuarios y la salud de pacientes y profesionales.

Objetivos. Analizar el nivel de satisfacción de pacientes, acompañantes y profesionales de un servicio de urgencias hospitalario.

Metodología. Estudio descriptivo transversal. Ámbito de estudio: Servicio de Urgencias del Hospital de Figueres (Girona). Variables estudiadas de los pacientes y acompañantes: Características sociodemográficas, nivel de satisfacción, tiempos de espera reales y percibidos hasta el triaje y la visita médica, información del tiempo de espera, control del dolor. Variables de los profesionales: Características sociodemográficas y laborales, nivel de satisfacción laboral, Cuestionario de Incentivos Laborales de Herzberg, Escala General de Satisfacción, Maslach Burnout Inventory. El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética e investigación clínica. Como nivel de significación estadística se consideró un valor de $p < 0,05$.

Resultados. Respondieron 285 pacientes y acompañantes. La edad media de los pacientes y acompañantes fue de 54,6 años (DE=18,3), el 53,6% fueron mujeres. La media de puntuación de la satisfacción global subjetiva con la visita fue de 7,6 (DE=2,2). El 88,8% de los usuarios recomendarían el servicio de urgencias a un familiar o amigo.

En el modelo logístico final, la edad, el sexo y el optimismo fueron factores asociados a la satisfacción. También el control del dolor y el tiempo de espera percibido fueron factores asociados a la satisfacción, observándose mayor satisfacción a mayor control del dolor [OR=0,418; IC 95% (0,19-0,93); $p=0,033$] y a menor tiempo de espera percibido hasta la visita médica [OR=5,456; IC 95% (2,14-13,94); $p < 0,001$].

Respondieron 81 profesionales del servicio de urgencias. La edad media fue de 35,9 años (DE=9,4), el 76,5% eran mujeres y el 87% tenían un contrato fijo. La puntuación media del nivel de satisfacción laboral fue de 6,7 (DE=1,5). Los incentivos mejor valorados fueron: Una jornada laboral cómoda; un buen salario; un trabajo seguro; un trabajo interesante; unos compañeros de trabajo agradables; e iniciativa, autonomía y responsabilidad.

En el modelo de regresión lineal múltiple, el agotamiento emocional [$B=-0,055$; IC 95% (-0,09 a -0,02); $p=0,005$] y la realización personal [$B=0,053$; IC 95% (0,005-0,10); $p=0,031$] resultaron ser factores asociados a la satisfacción de los profesionales del servicio de urgencias.

Conclusiones. La satisfacción de los pacientes y acompañantes del servicio de urgencias es elevada. Los factores asociados a la satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias han sido la edad, el sexo, el optimismo, el tiempo de espera percibido hasta la visita médica y el control del dolor. Sin embargo, la satisfacción laboral de los profesionales del servicio de urgencias es baja, siendo el agotamiento emocional y la realización personal los factores asociados a la satisfacción.

Palabras clave. Promoción de la salud; Satisfacción de los pacientes; Servicio de urgencias; Enfermería; Satisfacción en el trabajo; Síndrome de *burnout*.

RESUM

Estudi de la satisfacció de pacients i professionals a un servei d'urgències hospitalari

Rellevància de l'estudi. El coneixement de la percepció i la satisfacció dels pacients, acompanyants i professionals del servei d'urgències permeten millorar la qualitat de l'atenció als usuaris i la salut de pacients i professionals.

Objectius. Estudiar el nivell de satisfacció de pacients, acompanyants i professionals d'un servei d'urgències hospitalari.

Metodologia. Estudi descriptiu transversal. Àmbit d'estudi: Servei d'Urgències de l'Hospital de Figueres (Girona). Variables estudiades dels pacients i acompanyants: Característiques sociodemogràfiques, nivell de satisfacció, temps d'espera real i percebut fins al triatge i fins a la visita mèdica, informació del temps d'espera, control del dolor. Variables estudiades dels professionals: Característiques sociodemogràfiques i laborals, nivell de satisfacció laboral, Qüestionari d'Incentius Laborals de Herzberg, Escala General de Satisfacció i Maslach Burnout Inventory. El projecte d'investigació es va aprovar pel comitè d'ètica i investigació clínica. Com a nivell de significació estadística es va considerar un valor de $p < 0,05$.

Resultats. Van respondre 285 pacients i acompanyants. L'edat mitjana dels pacients i acompanyants va ser de 54,6 anys (DE=18,3), el 53,6% eren dones. La mitjana de puntuació de la satisfacció global subjectiva amb la visita va ser de 7,6 (DE=2,2). El 88,8% dels usuaris recomanaria el servei d'urgències a un familiar o amic.

En el model logístic final, l'edat, el sexe i l'optimisme varen ser factors associats a la satisfacció. També el control del dolor i el temps d'espera percebut varen ser factors associats a la satisfacció, observant una major satisfacció a millor control del dolor [OR=0,418; IC 95% (0,19-0,93); $p=0,033$] i a menor temps d'espera percebut fins a la visita mèdica [OR=5,456; IC 95% (2,14-13,94); $p < 0,001$].

Varen respondre 81 professionals del servei d'urgències. L'edat mitjanava ser de 35,9 anys (DE=9,4), el 76,5% eren dones i el 87% tenien un contracte fix. La puntuació mitjana del nivell de satisfacció laboral va ser de 6,7 (DE=1,5). Els incentius millor valorats varen ser: Una jornada laboral còmoda; un bon salari; una feina segura; una feina interessant; uns companys de feina agradables; i iniciativa, autonomia i responsabilitat.

En el model de regressió lineal múltiple, l'esgotament emocional [B=-0,055; IC 95% (-0,09 a -0,02); $p=0,005$] i la realització personal [B=0,053; IC 95% (0,005-0,10);

$p=0,031$] varen ser factors associats a la satisfacció dels professionals del servei d'urgències.

Conclusions. La satisfacció dels pacients i acompanyants del servei d'urgències és elevada. Els factors associats a la satisfacció dels usuaris del servei d'urgències han sigut l'edat, el sexe, l'optimisme, el temps d'espera percebut fins a la visita mèdica i el control del dolor. No obstant, la satisfacció laboral dels professionals del servei d'urgències es baixa, essent l'esgotament emocional i la realització personal els factors associats a la satisfacció.

Paraules clau. Promoció de la salut; Satisfacció del pacient; Servei d'urgències; Infermeria; Satisfacció laboral; Síndrome de *burnout*.

ABSTRACT

Study of patients and professionals in a hospital emergency department

Importance of the study. Knowing the perception and satisfaction level of patients, companions and professionals of the emergency department, it can improve users quality of attention and health of both, patients and professionals.

Objectives. Study the satisfaction level of patients, companions and professionals of a hospital emergency department.

Methodology. Cross-sectional study. Place of Study: Hospital de Figueres Emergency Department (Girona). Patients and companions studied variables: Sociodemographic characteristics, satisfaction level, real and perceived waiting times for triage and physicians visit, information about waiting times, pain management. Professionals studied variables: Sociodemographic and working characteristics, job satisfaction level, Herzberg's Job Incentives Questionnaire, Overall Job Satisfaction Scale, Maslach Burnout Inventory. The study was accepted by the ethics and clinical research committee. As a statistical signification level "p" value under 0,05 was accepted.

Results. The number of patients and companions that answered the questionnaire was 285. Average age of patients and companions was 54,6 years old (SD=18,3), 53,6% were women. The mean punctuation of subjective global satisfaction with the visit was 7,6 (SD=2,2). 88,8% of users would recommend emergency services to family or friends.

In the final logistic model, age, sex and optimism were associated factors in satisfaction, being seen that more satisfaction when more pain control [OR=0,418; CI 95% (0,19-0,93); $p=0,033$] and waiting time perceived, being the ones who perceived less waiting time until the physician visit, the most satisfied [OR=5,456; CI 95% (2,14-13,94); $p<0,001$].

81 professionals answered the questionnaire. Professionals average age was 35,9 years (SD=9,4), 76,5% of workers were women and 87% had a permanent contract. Mean punctuation of working satisfaction was 6,7 (SD=1,5). Most valued incentives were: A comfortable working day; a good salary; a secure job with stability; an interesting job; nice and trustfully colleagues; and initiative, autonomy and responsibility.

In the model of multiple linear regression, emotional exhaustion [B=-0,055; IC 95% (-0,09 a -0,02); $p=0,005$] and personal accomplishment [B=0,053; IC 95% (0,005-

0,10); $p=0,031$] turned out to be associated factors of professionals satisfaction in the emergency department.

Conclusions. Patients and companions satisfaction in the Emergency Department is high. The associated factors of satisfaction of patients and companions of the Emergency Department have been age, sex, optimism, subjective waiting time until the physician visit and pain control. In contrast, professionals job satisfaction is low, being emotional exhaustion and personal accomplishment associated factors to job satisfaction.

Key words. Health Promotion; Patient Satisfaction; Emergency Service, Hospital; Nursing; Job Satisfaction; Burnout, Professional.

1 INTRODUCCIÓN GENERAL

El servicio de urgencias es el primer punto de contacto de muchas personas que necesitan los servicios de salud de forma aguda. Este servicio suele tener cada vez mayores niveles de congestión, ya que el número de pacientes a menudo excede las capacidades del servicio, tendiendo a incrementar los tiempos de espera y disminuyendo la satisfacción del paciente, así como la calidad asistencial (1-3). El encuentro inicial entre los profesionales, los pacientes, la familia o cuidadores que los acompañan en el servicio de urgencias, influenciará la manera en la que los pacientes y sus acompañantes percibirán la experiencia hospitalaria, además de la calidad de los cuidados que reciben y de la satisfacción con el servicio sanitario (4). La satisfacción mejora la adherencia a las instrucciones dadas en el servicio de urgencias, mejorando así los resultados de los pacientes después de la visita. En cambio, los pacientes con una percepción desfavorable de la calidad de los cuidados en el servicio de urgencias suelen tener más reingresos en el mismo (5-9). Tener datos sobre los niveles de satisfacción de los pacientes y de sus acompañantes, así como conocer el tipo de reclamaciones que éstos hacen llegar al servicio, es un elemento clave para conocer la percepción de los usuarios e implantar medidas de mejora continua de la atención. Además, la satisfacción también puede afectar en la viabilidad financiera de las organizaciones ya que los pacientes insatisfechos pueden elegir otro servicio en la siguiente consulta (7).

La satisfacción de los pacientes también se relaciona con la satisfacción de los profesionales, lo que parece ser bueno para los profesionales, también lo es para los pacientes (6,10-13). Además las expectativas de los usuarios afectan al comportamiento del profesional (14). La satisfacción del personal sanitario se puede contemplar desde dos vertientes diferentes, por una parte estudiando la motivación y la satisfacción laboral y por otra, analizando el desgaste profesional o síndrome del *burnout*.

La satisfacción del paciente, de los acompañantes y de los profesionales de urgencias es un tema muy estudiado en los países desarrollados, sin embargo, el sistema sanitario español tiene características diferenciadas a las del resto de países desarrollados; su accesibilidad y universalidad pueden hacer que las expectativas y experiencias de los pacientes, acompañantes y profesionales sean diferentes a las del resto de países.

El hecho de agrupar estos tres grupos de usuarios (externos e internos) implicados

en el servicio de urgencias, aspecto novedoso, puede ayudar a encontrar los puntos fuertes y débiles que pueden ser de utilidad al elaborar estrategias de mejora de la calidad del servicio.

1.1 SALUD, BIENESTAR Y SATISFACCIÓN

1.1.1 La salud

La salud se ha definido como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (15) siendo muchos los factores que la determinan. La salud es un derecho fundamental de las personas necesario para su desarrollo social, económico y personal, es un recurso para la vida diaria y no un objetivo (16). Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva (15).

A partir del informe propuesto por Lalonde en 1974 hay un avance importante en el estudio de la salud, señalando que en la mejora de la salud de la población es fundamental mirar más allá de las causas que provocan enfermedad y centrarse en los aspectos que contribuyen a que las personas estén más sanas. En su informe destacan cuatro grupos de determinantes de la salud: la biología y la genética, el medio ambiente y los entornos, los estilos de vida y el sistema de salud. En el mismo informe se resalta el impacto de las decisiones sociales, políticas y económicas en la salud y el bienestar de las poblaciones y propone el desarrollo de la colaboración para reducir las inequidades en salud y para promover el bienestar. Los conceptos propuestos por Lalonde han sido posteriormente desarrollados y elaborados a través de las conferencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que han influenciado el conocimiento tanto de la salud pública como de la promoción de la salud (17).

En el año 1986, la OMS organizó la primera conferencia internacional de promoción de la salud dónde se redactó la carta de Ottawa (16). En esta carta se establecen los prerrequisitos para la salud, que son condiciones fundamentales para mejorar la salud (la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, los ingresos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad) (16). La mejora de la salud requiere de la existencia de estos requisitos previos que son básicos para la salud (18), poniendo de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones

sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud (15).

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias están modeladas por la distribución del dinero, del poder y de los recursos tanto a nivel global como nacional y local (19) y son la causa de la mayor parte de las desigualdades en salud entre los países y dentro de cada país (20). Los determinantes en salud nos explican y ayudan a comprender las condiciones de vida y laborales que facilitan o empeoran los estados de salud de una población (21). Tal y como se puede ver en la figura 1.1, se ha señalado que los factores que determinan la salud son muchos, empezando por los factores propios de las personas como la edad, el sexo y los factores constitucionales, siguiendo con el estilo de vida, el entorno y las condiciones de vida y laborales (22).



Figura 1.1 Determinantes sociales de la salud

(Adaptado de Dalghren y Whitehead,1991 en ISAGS 2013) (22)

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias que son injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente (23). Las desigualdades en salud nos muestran que quienes están mejor socio-económicamente y viven en áreas privilegiadas tienen mejor salud que la población desfavorecida, además, a medida que se desciende en la clase social, la riqueza o la educación, la salud de estas personas también empeora progresivamente. También estas desigualdades tienden a crecer a lo largo del tiempo y son adaptativas, es decir que los grupos sociales más privilegiados se

benefician antes y en mayor proporción de las acciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud (24).

Según la OMS, estas desigualdades y esta inequidad pueden evitarse ya que las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas (20). En el contexto actual, la crisis económica contribuye a aumentar aún más estas desigualdades en salud (25).

La salutogénesis, es un concepto de salud positiva que se centra en aquello que genera salud más que en lo que genera enfermedad (17,26). La aproximación salutogénica se centra en los recursos para la salud (27) y describe la salud como un continuo, con el bienestar o salud en un polo y el malestar o enfermedad en el otro. La salutogénesis se centra en torno a dos conceptos que provocan el movimiento hacia un lado u otro del continuo salud-enfermedad: el sentido de coherencia y los recursos generales de resistencia (26,28-31). El sentido de coherencia refleja la visión de la vida de la persona y la capacidad para responder a situaciones estresantes. Es una orientación global que permite ver la vida como algo coherente, comprensible, manejable y significativo (30). Los recursos generales de resistencia son características del individuo que son efectivos para evitar o combatir una amplia variedad de estresores. Los recursos generales de resistencia proporcionan prerrequisitos para el desarrollo del sentido de coherencia (27).

Eriksson y Lindström en una revisión sistemática de la literatura describieron que hay una fuerte relación entre el sentido de coherencia y los factores que miden la salud mental como el optimismo, la autoestima y las habilidades sociales, entre otros, y una relación negativa con la ansiedad, el *burnout*, la hostilidad y la depresión, entre otros. El modelo salutogénico es un recurso para la promoción de la salud que mejora la resiliencia y desarrolla un estado positivo subjetivo de salud física y mental, calidad de vida y bienestar (32).

1.1.2 El bienestar

A medida que avanza el conocimiento sobre la salud, crecen las expectativas hacia ella y la tendencia a medir dicha salud a partir del bienestar y de la calidad de vida (33). El bienestar es un estado de satisfacción o felicidad que deriva del funcionamiento óptimo, pero que no implica un funcionamiento perfecto de la persona sino que es un término subjetivo y relativo (33,34), puede ser considerado una medida de la calidad de vida de los individuos y de las sociedades (35), y puede

ser evaluado en cada dominio de la salud: físico, emocional, social y espiritual (33,36).

A lo largo de la historia, los investigadores han diferenciado el bienestar en dos grandes grupos: el bienestar subjetivo y el bienestar psicológico. El bienestar subjetivo se entiende como un componente emocional de la búsqueda del placer y la evitación del dolor, y el bienestar psicológico se define como el compromiso con los objetivos vitales y la autorrealización. Estos dos tipos de bienestar se han asociado a la filosofía hedonista (bienestar subjetivo) y a la eudemonía (bienestar psicológico) (33,34,36,37). El bienestar subjetivo sería un bienestar a corto plazo como el derivado de los sentidos y el bienestar psicológico sería un bienestar a largo plazo y se referiría al sentimiento de gratificación o de consecución de las fortalezas de un mismo y al sentido de significado (36). Según McMahan y DeHart (38), las dimensiones eudemónicas del bienestar parecen estar más robustamente asociadas a la autopercepción del bienestar.

Ambas perspectivas, hedonista y eudemónica, se cuestionan las visiones de la naturaleza humana y del concepto de buena sociedad y de cómo los procesos sociales y de desarrollo afectan al bienestar y consecuentemente al hecho de vivir. Las dos interceden en varios puntos pero difieren en otros, por lo que podemos considerar el bienestar como un fenómeno multidimensional que incluye aspectos de la concepción hedónica y eudemónica (34). Meyer y Maltin, consideran la eudemonía como una condición suficiente pero no necesaria para el bienestar hedónico, mientras que el bienestar hedónico no es suficiente ni necesario para experimentar bienestar eudemónico (39).

Por otro lado, Raibley, conceptualiza que bienestar y felicidad son dos entidades distintas, aunque están conectadas, siendo la felicidad una condición necesaria pero no suficiente para tener niveles elevados de bienestar (40). Según este autor, el hecho de que ciertos estados emocionales constituyan un episodio de felicidad hace que se valore una determinada actividad y que uno tenga la energía y perseverancia para actuar hacia tales valores, lo cual une las teorías hedonistas y eudemónicas del bienestar (40).

El bienestar subjetivo

El bienestar subjetivo se centra en una percepción de felicidad subjetiva que enfrenta la experiencia del placer a la del no placer cuando se hacen juicios sobre los elementos buenos y malos de la vida. Dicha felicidad no solo resulta del hedonismo físico, sino que también puede resultar de la consecución de metas u objetivos valiosos (34). El bienestar subjetivo se refiere a las evaluaciones que

hacen las personas sobre sus vidas tanto en un momento puntual como en periodos largos de la vida y se experimenta bienestar subjetivo cuando se sienten abundantes emociones placenteras (35). Diener, en sus investigaciones, observa que el sentir emociones placenteras la mayoría del tiempo e infrecuentemente sentir emociones no placenteras es suficiente para tener altos niveles de felicidad (41).

Los componentes básicos del bienestar subjetivo que hallamos en la literatura son la felicidad, la satisfacción con la vida y con los dominios importantes, las emociones positivas (como el entusiasmo o la esperanza) y los niveles bajos de emociones negativas (miedo, ira o desesperación) (34,41,42). Algunos de los más poderosos predictores de bienestar subjetivo son los factores genéticos y de personalidad como el optimismo, la autoestima y el significado de la vida (43-45).

Se ha observado que las personas que puntúan más alto en el bienestar subjetivo tienen cualidades más deseables, por ejemplo, participan más en la comunidad, son más aceptados por los demás, son menos propensas al divorcio, tienden a vivir más, tienen un trabajo mejor y ganan mejores salarios. Además, la mayoría parecen ser más sociables y productivas por lo que los niveles elevados de bienestar subjetivo comportan beneficios para la sociedad (41). Además, las personas que tienen mayor autoestima y optimismo tienen más tendencia a participar en actividades sociales, lo cual contribuye a un mayor bienestar subjetivo (43). También se ha relacionado el bienestar subjetivo con un mejor mantenimiento de la salud física, aunque la dirección de la correlación entre la salud física y el bienestar está aún en controversia (36,44).

El temperamento y la personalidad parecen ser factores que influyen de forma importante en el bienestar, en parte porque los individuos suelen adaptarse de alguna manera a las condiciones buenas o malas de la vida. Las metas y los valores de las personas parecen estar unidos a la forma en que se perciben los eventos como buenos o malos y al cambio de objetivos, que es un componente inherente de la adaptación (41).

La personalidad se puede entender como un sentido de continuidad, estabilidad y consistencia sobre lo que la persona hace, piensa o experimenta. Las diferencias individuales juegan un papel importante a la hora de modelar la respuesta de las personas a las circunstancias de la vida (46). McDowell, considera que el bienestar subjetivo se percibe a través de filtros de personalidad y de juicio cognitivo y emocional (33).

Los sucesos en la vida afectan de forma diferente al bienestar dependiendo de la personalidad. Diener, considera que los factores demográficos como el estado civil, la salud, los ingresos y el entorno, sólo contribuyen en una pequeña parte en la

varianza del bienestar (35). El bienestar subjetivo se observa como un rasgo bastante estable durante el paso del tiempo, que se recupera después de eventos mayores vitales y que suele estar muy relacionado con características de personalidad estables (35).

En relación al bienestar subjetivo y la personalidad, Wrosch y Scheier, han analizado la definición de personalidad que han hecho los investigadores a lo largo de la historia a partir de cinco rasgos, "*Big Five Theory*" que son la extraversión, se refiere a la adaptación social; el ser agradable, término opuesto a la hostilidad o irritabilidad; el ser concienzudo, refleja la voluntad de conseguir las cosas y de responsabilidad; el factor emocional, que se maneja entre el neuroticismo, el control emocional y la inestabilidad emocional y finalmente la inteligencia que tiene que ver con la cultura y el ser una persona culta (46). Wrosch y Scheier consideran que esta definición no incluye otros rasgos que también influyen en la personalidad como el optimismo y la modificación de objetivos, que podrían estar relacionados con el bienestar (46). También Helliwell y Putnam señalan que la autoestima y el carácter optimista están relacionados con el bienestar subjetivo (44). En la misma línea, Marrero y Carballeira han investigado cómo estos cinco grandes rasgos de personalidad junto con el optimismo y la autoestima se relacionan con indicadores del bienestar subjetivo (felicidad, satisfacción con la vida, sentimientos positivos y sentimientos negativos). Sus resultados indican que el optimismo y la autoestima explican mejor la relación entre la personalidad y el bienestar subjetivo que la *Big Five Theory*. También se ha observado que el hecho de tener objetivos significantes y trabajar para conseguirlos promueve la satisfacción con la vida (42).

Los resultados de la relación entre el bienestar subjetivo y la cultura, se asemejan a los hallados en la personalidad (35). Considerando que la personalidad y la cultura están influenciados por el aprendizaje social, la genética y sus interacciones; y que además la cultura puede influenciar la personalidad y viceversa (41); parece que los factores culturales también influyen el bienestar subjetivo, en este ámbito, no ha quedado demostrado que unos ingresos económicos más elevados generen bienestar por sí mismos (41), pero sí que las sociedades más ricas tienden a tener unos niveles de bienestar subjetivo más elevados. Esta relación puede atribuirse a que estas sociedades obtienen una mayor puntuación en los niveles de derechos humanos, igualdad, longevidad y democracia (35,41). También, las naciones que tienen más en cuenta las necesidades básicas de las personas evidencian mayores niveles de bienestar subjetivo; la cultura influye las metas y valores de las

personas; y las variaciones en las influencias culturales pueden modificar el optimismo, la positividad, el soporte social y los deseos individuales (35,41).

Según Helliwell y Putnam (44), los factores sociales más asociados al bienestar subjetivo son el desarrollo económico, el estado civil, la educación, la familia, la comunidad, el empleo y la edad. Es a partir de éstos factores que los autores introducen el concepto de capital social, el centro de la definición del capital social está en el valor de las redes sociales. Los autores afirman que las personas que tienen buenos amigos, vecinos amigables y compañeros de trabajo que le apoyan, son menos propensos a experimentar tristeza, soledad, baja autoestima y problemas con la alimentación y el sueño (44).

El bienestar psicológico

Desde otra perspectiva, cuando hablamos de bienestar psicológico o eudemonía, lo diferenciamos de lo que sería la felicidad en sí misma. Según este punto de vista, no todos los deseos producen bienestar cuando se consiguen y por lo tanto, la felicidad subjetiva no se puede igualar al bienestar. La forma eudemónica de la vida se representa por el bienestar psicológico, y puede influir en sistemas fisiológicos relacionados con el funcionamiento inmunológico y la promoción de la salud (34).

McMahan y DeHart apuntan que la perspectiva eudemónica es una cultivación de las fortalezas personales y que está más robustamente asociada al bienestar (38).

Los autores que han explorado el bienestar psicológico constatan que éste no es solamente relativo al placer, sino que son los sentimientos que acompañan el comportamiento en la dirección a la realización del verdadero potencial de cada uno (34,47) lo que implica un sentido de plenitud y de significado en la vida (48).

Algunos autores que estudian el bienestar psicológico, proponen que contiene seis dimensiones: la auto aceptación, evaluación positiva de uno mismo y de su pasado; los motivos en la vida, creencia de que la vida de uno tiene un motivo y un significado; el crecimiento personal, un sentido de crecimiento continuo y de desarrollo como persona; el entorno controlado, la capacidad de manejarse de manera efectiva en el entorno; las relaciones positivas con los demás, el hecho de tener relaciones de calidad con los demás y finalmente la autonomía y el sentido de autodeterminación (34,36,37,40,47,49).

Los estudios realizados a lo largo de los años han concluido que hay variaciones en el sexo y la edad en varios de estos aspectos del bienestar y que las mujeres puntúan más alto que los hombres en las relaciones positivas con los demás. También, la depresión ha demostrado tener asociaciones negativas con todas las

dimensiones del bienestar, especialmente con la auto aceptación y el entorno controlado (49).

En el contexto del bienestar psicológico, Ryan y Deci proponen una teoría que engloba el concepto de eudemonía o autorrealización como aspecto central de la definición de bienestar (34). Esta teoría a la que los autores llaman teoría de la autodeterminación puede relacionarse con la definición del bienestar de Raibley, ya que ambas consideran que el bienestar es un resultado promovido por la satisfacción de las necesidades de competencia, autonomía y parentesco. Es una aproximación a la motivación y a la personalidad humana que resalta la importancia de la evolución de los recursos internos en el desarrollo de la personalidad y la autorregulación del comportamiento (50). Dicha teoría identifica tres necesidades psicológicas (autonomía, competencia y pertenencia a un grupo o familia) y afirma que la realización de estas necesidades es esencial para el crecimiento psicológico, la integridad, el desarrollo social y para el bienestar personal así como las experiencias de vitalidad y auto congruencia (34,50).

Además, la teoría de la autodeterminación, describe las condiciones que facilitan y fundamentan el bienestar en diferentes periodos de desarrollo y contextos sociales específicos como en las escuelas, puestos de trabajo y en los contextos donde se desarrollan las relaciones de amistad. Dicha teoría no sugiere que estas necesidades sean valoradas de la misma manera en todas las familias, grupos o culturas, pero sí que oponerse a ellas tiene consecuencias negativas psicológicas en todos los contextos sociales y culturales (34).

Asimismo, esta teoría asume como un hecho que, la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, promueve el desarrollo del bienestar subjetivo tanto como el psicológico. Aunque también mantiene que hay diferentes tipos de experiencias positivas y algunas condiciones que promueven el desarrollo del bienestar subjetivo que no promueven el psicológico (34). Según Ryan y Deci (50), una necesidad básica puede ser física o psicológica, siendo estas necesidades estados de energía que si se satisfacen conducen hacia la salud y al bienestar, pero que si no se satisfacen contribuyen a la patología y la enfermedad. Los autores proponen que las necesidades básicas de competencia, autonomía y pertenencia deben ser satisfechas durante toda la vida para experimentar un sentido de integridad y bienestar o eudemonía. También añaden que la relación entre la satisfacción de las necesidades y el bienestar es invariable culturalmente, en cambio, el significado de las metas está influenciado culturalmente, por lo que si éstas atañen al bienestar pueden variar en las diferentes culturas (50).

La teoría de la autodeterminación también se centra en la motivación, en cómo las personas actúan en función de los factores que les impulsan a la acción, por lo que definen dos tipos de motivación, la intrínseca y la extrínseca (50). La motivación intrínseca es la tendencia inherente a buscar novedades y retos, de aumentar y ejercitar las capacidades de uno mismo así como de explorar y aprender, pero se requieren condiciones que la apoyen. Tanto las recompensas como las amenazas parecen tener un efecto en la motivación intrínseca, aumentándola o disminuyéndola respectivamente. También, el sentido de pertenencia, sobre todo en los niños respecto a su familia, parece ser importante en la motivación intrínseca. En cambio, la motivación extrínseca se refiere a la realización de una actividad para conseguir un resultado. Aunque hay perspectivas que ven el comportamiento motivado extrínsecamente como invariable y no autónomo, la teoría de la autodeterminación propone que la motivación extrínseca puede variar en gran medida por su relativa autonomía. Por el contrario, la desmotivación resulta de no valorar una actividad, de no sentirse competente para realizarla o de no esperar de ella un resultado deseado (50).

1.1.3 Bienestar, optimismo y satisfacción con la vida

El optimismo es un rasgo psicológico que influencia como los individuos se perciben a ellos mismos y a su entorno, como procesan la información, y como deciden actuar basándose en dicha información (51). El carácter optimista tiende a anticipar un futuro positivo y a generar expectativas positivas incluso cuando las personas se enfrentan a la adversidad o a la dificultad en sus vidas (43,45). El optimismo es la expectativa generalizada de lo positivo en frente a lo negativo en los dominios de la vida importantes (52,53), es una expectativa relativamente estable y generalizada de que los buenos resultados sucederán a través de los campos importantes de la vida (46).

Los optimistas son personas que esperan que les sucedan cosas buenas y los pesimistas son personas que esperan que les sucedan cosas malas (51,54,55), por lo que el optimismo y el pesimismo actuarían como filtros que alteran las percepciones individuales del mundo y afectarían en como las personas reaccionan y se adaptan a las nuevas situaciones vitales (51).

En la historia de la investigación del optimismo, se han separado dos aspectos: 1) el estilo explicativo que estudia por qué algunas personas abandonan el esfuerzo delante de situaciones estresantes y piensan que las situaciones negativas continuarán, y en cambio otras, no abandonan y piensan que los sucesos adversos son inestables por lo que se enfrentan a ellos de manera constructiva; 2) el carácter

optimista basado en un modelo de valores y expectativas, en el que se propone que las personas persiguen las metas importantes para ellas. Los dos tipos de optimismo han demostrado que ser optimista está asociado con multitud de efectos beneficiosos (51).

Si bien es un hecho conocido que el optimismo tiene un rol importante en el bienestar, se sabe poco sobre el origen de las diferencias individuales en el optimismo. Mosing et al., han estudiado las relaciones entre el optimismo, la salud mental y la salud auto percibida a partir de una muestra de gemelos. Según estos autores, las influencias genéticas parecen explicar una gran proporción de la varianza en el optimismo, la salud mental y la salud auto percibida. Estos resultados indican que la asociación entre el optimismo y la salud pueden ser debidas a la predisposición genética al optimismo, que a su vez, también predispone a una buena salud mental y autopercebida (56). También parece que el optimismo puede estar parcialmente determinado por las influencias del entorno como los padres, los profesores, los medios de comunicación y el estatus socioeconómico (51).

En la misma línea, Rojas Marcos, ha afirmado que los genes influyen en nuestra manera de ser y de ver la vida, basándose en estudios de gemelos en donde se observa que aquellos que son genéticamente iguales se parecen estadísticamente en su predisposición optimista o pesimista, y en cambio los gemelos genéticamente desiguales, aunque sean del mismo sexo y hayan crecido en el mismo hogar, son tan diferentes entre ellos como las personas sin ningún tipo de parentesco o elegidas al azar (55). No obstante, este autor, añade que no es prudente minimizar la influencia del entorno en la conformación del carácter ya que cuanto más se analiza el genoma humano, más vulnerables parecen los genes a la influencia del ambiente y del aprendizaje (55).

Las personas mantienen su nivel de optimismo y pesimismo en el tiempo y en diferentes situaciones, por lo que el carácter optimista es una tendencia general, una aptitud que refleja las expectativas de una gran variedad de dominios en la vida (46). Aunque el optimismo y el pesimismo son rasgos de personalidad estables, algunas intervenciones han sido exitosas ayudando a personas pesimistas a ser más optimistas como la terapia cognitiva (51).

El optimismo está relacionado con la autoestima, la satisfacción en la vida (45,46,53,57), la felicidad y la salud física (54,58) de manera positiva, y negativamente con la depresión, la ansiedad y los sentimientos negativos (45,46,53,57,58). El optimismo tiene efectos beneficiosos en el bienestar tanto físico

como psicológico y en la salud de las personas (46,51,54,59). Carver et al. han afirmado que el optimismo provee de recursos que promueven una mejor salud mental (54), y según Karademas (57), el optimismo está relacionado con el bienestar y la salud. También se ha investigado si el optimismo es diferente de otros rasgos de personalidad. El optimismo es claramente distinguible de los rasgos de la *Big Five Theory*, comentada anteriormente, que refleja sentimientos positivos y negativos, la extraversión, el conocimiento, el ser agradable, el ser abierto y el neuroticismo, y distinguible de los rasgos del pesimismo. Por ello se ha señalado que el optimismo está asociado con diversos resultados beneficiosos y que este constructo es distinguible de la mayoría de los rasgos de personalidad establecidos (58).

Una posible explicación de por qué las personas optimistas resuelven más favorablemente las situaciones difíciles que las pesimistas, podría ser que los optimistas utilizan estrategias diferentes para adaptarse a las situaciones críticas de la vida respecto a los pesimistas. Las personas seguras de sí mismas continúan ejerciendo un esfuerzo incluso cuando se enfrentan a la adversidad, en cambio, las personas que tienen más dudas sobre su futuro, tienden a intentar alejar la adversidad, pensando que pueden escapar de ella. Los optimistas también parecen estar más comprometidos con la consecución de objetivos y en reevaluar las situaciones de manera positiva cuando una meta se bloquea. También parece ser que los optimistas tienden a usar estrategias más centradas en los problemas que los pesimistas, y cuando ello no es posible, cambian a un enfoque emocional como la aceptación, el humor y la positividad (46,54).

En una revisión de Carver et al. sobre el carácter optimista y los resultados en salud, se señala que, las personas optimistas se enfrentan en todos los casos mejor a los resultados negativos y presentan menores niveles de ansiedad y depresión, por ejemplo en determinadas situaciones como en el cáncer de mama, en la depresión post parto, en el fallo en la fecundación in vitro o después de una enfermedad cardíaca (54). También se ha encontrado que las personas optimistas tienen más conocimientos sobre factores de riesgo y su conducta es más próxima a minimizar los riesgos para la salud, seguramente porque son conocedores de que el esfuerzo tendrá éxito. En cambio, las personas pesimistas tienden a tener conductas más peligrosas como por ejemplo el abuso de alcohol para enfrentarse a los problemas (54).

No hay un criterio empírico para categorizar una persona como optimista o pesimista (46). Algunas medidas como la LOT-R pueden crear una distribución de puntuación

donde los optimistas y pesimistas pueden definirse como relativos a uno o a otro (46,54). El optimismo es un continuo donde la persona se sitúa en un rango de muy pesimista a muy optimista (54), es un constructo unidimensional y bipolar, un rasgo único con dos extremos (52).

Además del optimismo, otros autores consideran que el sentido de la vida también es un predictor de bienestar (45,54). Para Ju et al. el optimismo influencia el sentido de la vida y el bienestar subjetivo -aunque añade como limitación que la causalidad podría ir en una dirección contraria- (45). El sentido de la vida también es un rasgo de la personalidad, arraigado en el conocimiento humano y que difiere entre las personas. Se refiere a un sentido de coherencia o de comprensión de la existencia, de propósito en la vida, a la consecución de metas importantes y a una sensación de plenitud (53). El sentido de la vida está asociado con algunos aspectos de la salud psicológica, como la felicidad y la satisfacción en la vida (38). Ho et al. han encontrado evidencia empírica de que el sentido de la vida contribuye al bienestar, está ligado a la satisfacción, a la consecución de objetivos y a la autoestima positivamente, y negativamente con síntomas de depresión y ansiedad (53). En general, aquellas personas que creen que sus vidas tienen sentido, tienden a tener una mejor salud psicológica que las que creen lo contrario (38).

Las personas que tienen metas y se involucran en actividades significativas, tienen mayores expectativas y optimismo, además, la mayor consecución de dichas metas contribuye al bienestar (53). Tal y como se ha apuntado anteriormente, la modificación de los objetivos promueve la satisfacción con la vida y es otra forma de enfrentarse a los eventos críticos en la vida. Es la forma en que se manejan los objetivos vitales, el tener la capacidad de modificar las metas, de dejar las metas inalcanzables y empezar a buscar nuevas metas que tengan significado (46). Para Wrosch y Scheier, las personas que se desentienden antes de las metas inalcanzables tienen más facilidad en comprometerse con nuevas actividades significativas para ellas. Estar comprometido con metas significativas es un factor básico en el desarrollo humano y genera motivos en la vida, además reduce los sentimientos de fracaso (46). En el trabajo de Wrosch y Scheier, se confirma la hipótesis de que el desprenderse de las metas inalcanzables y comprometerse con nuevas metas constituyen indicadores independientes del bienestar subjetivo. Estos autores también añaden que todas estas relaciones demostraron ser independientes del modelo *Big Five Theory* que analiza la personalidad a partir de cinco rasgos (46).

1.2 LA SATISFACCIÓN Y EL BIENESTAR EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

La satisfacción es la sensación de cumplir satisfactoriamente una necesidad o deseo (60,61) y comporta un sentimiento positivo percibido por la persona (62). El concepto se basa en la adecuación entre las expectativas depositadas inicialmente y la percepción final (63,64).

El servicio de urgencias es el primer punto de contacto de muchas personas que necesitan los servicios de salud de forma aguda. La calidad del encuentro inicial entre el personal, los pacientes, la familia o cuidadores que los acompañan en el servicio de urgencias, influenciará la manera en que percibirán su experiencia hospitalaria. Cuando una persona visita un servicio de urgencias, la persona que le acompaña juega un rol vital en la provisión de soporte psicosocial (65). La experiencia en el servicio afectará la percepción de los acompañantes de la calidad de cuidados que reciben los pacientes y su satisfacción con el servicio sanitario (4,66,67).

Los pacientes satisfechos cumplen mejor los tratamientos prescritos (6,7), observándose que la satisfacción puede ser un componente importante a la hora de promover la salud y el bienestar (7). Además, la satisfacción es un aspecto que tiene un impacto directo en la viabilidad de las instituciones, ya que los pacientes no satisfechos pueden elegir otros servicios en las siguientes visitas (7). Medir la satisfacción es esencial para las organizaciones sanitarias y su conocimiento debería ser parte de su programa estratégico (63).

Evaluar la satisfacción mediante encuestas permite mejorar la calidad de cuidados en los servicios de urgencias, detectar las variables que afectan al nivel de satisfacción y conocer las causas de insatisfacción. La satisfacción de los clientes es un componente clave en la elección de un servicio de urgencias para recibir cuidados e incluso para recomendarlo a otros (68).

Para evaluar la satisfacción de los pacientes hay una gran variedad de instrumentos de medida, pero son pocos los que han sido validados en lengua española y menos aun los que han sido validados para el servicio de urgencias. En la literatura española encontramos varias escalas validadas recientemente, aunque algunas de ellas todavía no han sido utilizadas después de su validación (69-73). Estas escalas suelen comprender diferentes aspectos relacionados con la atención recibida y el entorno hospitalario, como por ejemplo, la satisfacción con los profesionales, la información o las instalaciones entre otros. En la actualidad, no hay una escala que

sea considerada de referencia a la hora de medir la satisfacción de los pacientes (74).

En la revisión de la literatura científica sobre la satisfacción se observa un mayor número de estudios que describen la satisfacción a nivel hospitalario (6,7,10), pero son pocos los que analizan la relación entre todos los grupos implicados en el servicio de urgencias (pacientes, acompañantes y profesionales) (13).

En nuestro ámbito de estudio, disponemos de los resultados de la encuesta de salud de la atención hospitalaria urgente del año 2005 hasta la actualidad. Los aspectos que valoraba esta encuesta eran la accesibilidad, la información, la competencia profesional, el trato y la relación personal y la continuidad asistencial (64). El grado de satisfacción en toda Cataluña en el año 2013 fue de un 7,64 (en una escala de 0 a 10) con un 83% de fidelidad (es decir, que la persona volvería a acudir al centro). En el Hospital de Figueres, ámbito del presente estudio, la valoración de la satisfacción global fue de 7,06 (inferior a la del 2011 que fue de 7,49) y la fidelidad de 75,6% (muy inferior a la del 2011 que fue de 82,9%) (75).

1.2.1 La satisfacción de los pacientes y acompañantes de los servicios de urgencias

La satisfacción del paciente se refiere a la experiencia subjetiva del usuario del sistema de salud (9); es un constructo multidimensional que comprende diferentes factores (63,76,77): la percepción del usuario del servicio, del personal sanitario y la evaluación del usuario de los resultados del cuidado otorgado (63), por lo que aislar un solo aspecto del cuidado y extrapolar la relación con la satisfacción presenta dificultades (78). La mayoría de los servicios de urgencias están muy concurridos y saturados, lo que hace difícil pensar que se puedan conseguir mejoras en la satisfacción del paciente sin hacer cambios estructurales (79).

Una definición funcional de la satisfacción del paciente debe incluir la satisfacción global del servicio, la probabilidad de recomendarlo a terceras personas y la voluntad de volver al servicio, así como el grado de concordancia (conformidad o discrepancia) entre las expectativas y la percepción final del servicio recibido (6,77). Un paciente satisfecho mejora el cumplimiento del tratamiento, pone menos denuncias por mala práctica y tiene más voluntad de volver al servicio (9). Por lo que podemos afirmar que conocer la satisfacción del paciente y de sus acompañantes es una medida de calidad de los cuidados en el servicio de urgencias (5,6,68,73,80,81). Una atención de calidad debe lograr la satisfacción del cliente a partir de la experiencia vivida en el servicio (64). Para Alaloola y Albedaiwi, la calidad de los

cuidados es más que los buenos resultados o los procesos coste-efectivos, es el tener satisfechos a los pacientes además de leales a la organización (82), en cambio, para Vinagre y Neves la calidad del servicio sería la diferencia entre la percepción del servicio y las expectativas del usuario, y en cambio la satisfacción sería el reflejo del nivel de placer de los consumidores (83).

Medir la satisfacción en las organizaciones sanitarias puede proporcionar información sobre las preferencias y las expectativas de las personas a quien van destinadas los servicios, además de proporcionar estrategias para mejorar la calidad (84,85). En Cataluña se empezó en el año 2001 un proyecto de encuestas de satisfacción con el objetivo de diseñar e implementar estrategias de mejora de la calidad (85). El mismo Servicio de Salud Catalán recomienda valorar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud para tener una retroalimentación, siendo un activo de las organizaciones a la hora de conseguir mejoras, ya que puede predecir las reacciones y el comportamiento de los usuarios, constituyendo uno de los pilares básicos del modelo europeo de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM) con relación a la mejora de la gestión de los servicios de atención sanitaria (64).

Cuando una persona acude a urgencias, suele ir acompañado de un familiar, de un amigo o de un cuidador, el cual proveerá en muchos casos un soporte emocional y podrá dar información relevante sobre la situación funcional de éste (4,86). Los amigos y familiares tienen un rol importante en el cuidado y el bienestar del paciente en el servicio de urgencias. En el contexto de una situación estresante, un acompañante alivia la ansiedad y la soledad del paciente y hace pasar el tiempo de una forma más agradable (76). La presencia de este acompañante es considerada importante por parte del paciente, además un acompañante puede ser un posible cliente en un futuro y su satisfacción con el servicio puede influenciar los resultados de salud del paciente (4), también el acompañante es el que mayoritariamente hace las reclamaciones en un hospital. Debe considerarse, además, que el servicio de urgencias a veces somete a los acompañantes a situaciones que pueden provocar ansiedad y preocupación, por lo que es necesario integrar a los acompañantes en el proceso asistencial (62). En nuestro ámbito podemos encontrar algunos estudios que analizan la satisfacción tanto de los pacientes como de los acompañantes utilizando las mismas encuestas para ambos (67,87), ya que existen en la bibliografía escalas que todavía no han sido validadas al español para medir la satisfacción específicamente de los acompañantes (88).

1.2.2 Factores relacionados con la satisfacción de los pacientes y acompañantes de los servicios de urgencias

Entre los muchos estudios que han analizado los factores que se relacionan con la satisfacción de los pacientes en los últimos años, destacan las investigaciones relacionadas con las emociones y características de los pacientes, con la empatía del personal sanitario, los tiempos de espera (reales y percibidos), la competencia técnica, el entorno del servicio, la información y la comunicación, los aspectos culturales, el dolor, el grado de urgencia, el abandono del servicio sin ser visitado, el día de la visita y la hospitalización previa o el conocimiento previo del servicio (6,7,78,89-91).

En relación a las emociones de los pacientes, Gordon et al. en una revisión sistemática de la literatura, observaron que los pacientes tenían la percepción de que su enfermedad podía comprometer la vida, que sufrían dolor y que tenían sentimientos de vulnerabilidad, estrés y miedo (76).

Entre los factores personales, se ha observado que la edad está relacionada con la satisfacción. Los pacientes mayores están más satisfechos que los jóvenes con la atención recibida (4,6,80,84,90). En cambio, otros factores sociodemográficos como el estatus socioeconómico, el sexo o la etnia, están relacionados de forma débil con la satisfacción del paciente (80).

En el estudio de Costello et al. se señala que las características de personalidad están asociadas a la satisfacción del paciente observando que los pacientes con depresión o ansiedad eran más propensos a expresar insatisfacción. Asimismo, estos autores estudiaron que los pacientes pesimistas o hostiles fueron menos propensos a puntuar mayores niveles de satisfacción con los cuidados, señalando que había algunos aspectos de la personalidad del paciente que afectaban a la puntuación de la satisfacción con los cuidados (91).

Respecto a la empatía del personal sanitario, Boudreaux y O'Hea, en una revisión de la literatura, encontraron que el mayor predictor de la satisfacción del paciente y de la posibilidad de recomendar el servicio a terceras personas, fue la satisfacción con las relaciones interpersonales en el servicio de urgencias (7). En la misma línea, Brown et al, identificaron la cortesía de las enfermeras y de los médicos como un predictor de satisfacción (89). También, Crow et al. afirmaron que había una evidencia consistente de que el factor que más afectaba a la satisfacción del

paciente era la relación paciente-profesional y la información que se daba al paciente (84). Gordon et al., hallaron que el aspecto más mencionado en la literatura era el cuidado o la falta de éste en el servicio de urgencias. Los pacientes valoraron la empatía y el respeto, aunque en su revisión los pacientes refirieron situaciones de sentirse abandonados, expuestos, vulnerables o ignorados (76). Además, se ha estudiado que un personal identificado y una explicación de las responsabilidades del profesional que atendía al paciente podía mejorar la experiencia del cuidado y mejorar la satisfacción del paciente. En general, cuando los médicos daban más afecto, información y permitían el diálogo con los pacientes, resultaban en una mayor satisfacción (6). En sentido contrario, Bustamante et al., encontraron que los pacientes que valoraron peor el trato de los médicos o que no fueron tratados con respeto, puntuaron más bajo en las escalas de satisfacción (63).

Se ha observado que el tiempo de espera está relacionado de forma inversa con la satisfacción del paciente (78,91). Bayés estudió la diferencia entre la percepción del paso del tiempo de los pacientes y sus allegados y la de los sanitarios, destacando el tiempo objetivo y el subjetivo. El tiempo objetivo sería el tiempo cronométrico y el subjetivo aquél que cuenta en la vida personal de cada uno y que varía en función de la biografía personal, de las expectativas y de los acontecimientos a los que se está expuesto. Un paciente que espera, se le hace más larga esta espera cuando siente malestar (tanto por motivos ambientales, como psicosociales, somáticos o pensamientos negativos), cuando su estado de ánimo es ansioso o depresivo o cuando espera una visita del médico, un resultado de una prueba o la desaparición de un dolor insoportable. En cambio, para el médico debido a la trascendencia y a los problemas de su jornada laboral, experimenta una percepción disminuida de la duración de tiempo (92). Según Bayés (92), una solución parcial a éste problema sería reducir al máximo los tiempos de espera y también aumentar la consciencia del personal sanitario de que la percepción alargada del tiempo de espera del paciente se materializa en una mayor dosis de sufrimiento. En este sentido, se ha observado que los tiempos de espera son un factor importante en los cuidados del paciente, señalando que una rapidez en la valoración es más importante que el tiempo total de espera y que la percepción de la espera está influenciada por un componente psicológico (78). No es importante sólo el tiempo de espera, sino también conocer los motivos de la espera. La presencia de familiares, amigos o cuidadores puede influenciar en como los pacientes experimentan esta espera (76).

Boudreaux y O'Hea apuntaron que lo que determina la satisfacción en relación al tiempo de espera es la experiencia subjetiva de éste, ya que en todos los estudios

en los que se comparaba el tiempo de espera real y el percibido, el segundo parecía ser mucho más importante a la hora de determinar la satisfacción (7). En la misma línea, Brown et al y Bustamante et al, señalaron que el tiempo de espera percibido era uno de los aspectos que podían mejorar la satisfacción del paciente (63,89).

Taylor y Benguer también reconocieron la importancia del tiempo de espera, prestando especial atención a la percepción de este tiempo (74). Los pacientes que acuden al servicio de urgencias frecuentemente sobreestiman la urgencia de su necesidad de cuidados por lo que a menudo no comprenden el sistema actual de clasificación o triaje, por lo que pueden percibir el tiempo de espera como demasiado largo (6). La percepción del tiempo de espera fue la variable más importante en la satisfacción del paciente y un tiempo percibido como corto o aceptable se relacionó positivamente con la satisfacción (6).

Otros investigadores han observado que la insatisfacción aflora cuando las expectativas del servicio no se cumplen, introduciendo los términos de confirmación y confirmación negativa de las expectativas. La confirmación se produce cuando el servicio es tal y como se esperaba y la confirmación negativa sucede cuando éste es percibido como peor de lo esperado, por lo que la satisfacción es mayor cuando el servicio es percibido como mejor de lo esperado. Lo mismo sucede con los tiempos de espera, observándose que pacientes que esperaban el mismo tiempo estaban satisfechos o no con la visita dependiendo de si este tiempo era mayor o menor de lo que esperaban (1). Otros autores, también consideran la necesidad de centrarse en los tiempos de espera y en la comunicación para mejorar la satisfacción del paciente (66,67,78).

La competencia técnica es otra variable relacionada con la satisfacción de los pacientes. La percepción de la competencia técnica de los proveedores fue un predictor mayor de la satisfacción que las relaciones interpersonales en la revisión de Boudreaux y O'Hea (7). Aunque también las relaciones interpersonales jugaron un papel importante en determinar cómo los pacientes evaluaban la competencia técnica de los proveedores (7). Brown et al, identificaron la competencia de los médicos dentro de los cuatro predictores que mejoraron la satisfacción global del paciente (los otros tres predictores fueron la cortesía de las enfermeras, la cortesía de los médicos y la minuciosidad de los médicos) (89). Un tratamiento o diagnóstico sin fallos también se ha relacionado de forma significativa con la satisfacción del paciente (67). Finalmente, la habilidad técnica se ha asociado con la percepción positiva del personal y con la satisfacción global del paciente (6).

El entorno del servicio de urgencias suele ser criticado por muchas razones, entre ellas diversos autores destacan la incomodidad de las camillas, la sala de espera que suele ser incómoda, claustrofóbica, opresiva y con la necesidad de ser redecorada para los niños, o la presencia de pacientes con problemas de alcoholismo o abuso de drogas (76). Es un lugar con gran volumen de pacientes, falta de camas, tratamientos intensivos, retrasos en los servicios de soporte, espacios y personal reducidos y con barreras idiomáticas o culturales. Todo ello puede hacer sentir a los pacientes que deben ser buenos pacientes y no ser demandantes con el personal (78), además de poder hacer sentir a los pacientes inseguros (6).

En el trabajo de Dehghan y Aghajani, se estudió la relación entre la privacidad y la satisfacción, señalando una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables, además la privacidad observada por el paciente era mayor en los casos de habitaciones cerradas por paredes que en las cerradas por cortinas. Se ha descrito que la percepción del paciente era la de que estaba en riesgo debido a la saturación del servicio de urgencias, evidenciado por largos tiempos de espera y por ser tratado en los pasillos del servicio (93). Se han hallado otros factores ambientales relacionados con la satisfacción del paciente como la privacidad, la limpieza, la seguridad, el ruido ambiental, la accesibilidad en coche al servicio, la facilidad en los asuntos financieros o la comida. Los esfuerzos para minimizar la apariencia de caos (disminuyendo el ruido, creando espacios con más privacidad y presentando un servicio limpio y ordenado) puede cambiar la percepción de inseguridad del paciente (6).

Respecto a la información y la comunicación en el servicio de urgencias, una falta de comunicación puede comportar una baja satisfacción y puede afectar a la seguridad del paciente. En el servicio de urgencias hay muchas barreras de comunicación y unas expectativas diferentes por parte de los pacientes y de los profesionales, aunque la percepción de la importancia de la comunicación es similar entre ambos grupos (94). Boudreaux y O'Hea, estudiaron que la forma y la adecuación de la comunicación fueron determinantes muy importantes en la satisfacción del paciente (7). Además, los pacientes tienen necesidad de una mayor información en todos los aspectos de la visita al servicio de urgencias y necesitan tener contacto frecuente con el personal para saber que está sucediendo (76).

La provisión de información y la comunicación son aspectos muy importantes en la satisfacción del paciente (74,78), tanto a la hora de informar de los tiempos de espera como de los cuidados que se presta al paciente (78). También la relación

entre la información continuada tanto en la espera para ser visitado como durante todo el proceso se asocia a una mayor satisfacción del paciente, lo cual se puede traducir en menos pacientes que abandonan el servicio sin ser visitados y en menos interrupciones y demandas a las enfermeras (6).

Además, los aspectos culturales y las barreras idiomáticas han sido considerados también un factor asociado a la satisfacción de los pacientes. El origen de los pacientes se ha relacionado en algún estudio con la satisfacción, disminuyendo la satisfacción tanto del personal como de los pacientes cuando éstos últimos eran extranjeros sobre todo si su origen era asiático o africano (13). Nairn et al., también señalaron que los pacientes de habla no inglesa estaban menos satisfechos que los de habla inglesa en los servicios de urgencias americanos (78). Boudreaux y O'Hea hallaron que las barreras idiomáticas fueron fuertes determinantes en la satisfacción del paciente. Cuando los pacientes percibieron que las barreras idiomáticas no fueron adecuadamente tratadas, estuvieron menos satisfechos con el servicio y refirieron una menor posibilidad de recomendarlo a terceras personas (7). Disponer de intérpretes o facilitar el aprendizaje de idiomas a los médicos puede ser una herramienta útil para mejorar la satisfacción de los pacientes (6).

Además de factores ambientales y culturales, hay factores relacionados con la situación de los pacientes que se asocian a su satisfacción como la presencia de dolor. El dolor es uno de los síntomas mayores por los cuales los pacientes buscan atención médica, pero aunque haya una correlación entre el alivio del dolor y la satisfacción, otros factores pueden confundirla como la cultura, la intensidad del dolor o las diferentes escalas de medición de éste (6). En el trabajo de Muntlin et al. los pacientes no quedaron satisfechos con el alivio del dolor, por lo que se proponía mejorar su tratamiento en el servicio de urgencias (95). Por el contrario, otros autores, no han hallado relación entre la satisfacción y el alivio de del dolor, aunque este ítem fue considerado un elemento importante en el cuidado y el confort de los pacientes, además de ser una área importante de preocupación (78).

Otros factores que han sido estudiados en relación a la satisfacción del paciente han sido el grado de urgencia del paciente, el sistema de clasificación de pacientes o triaje, o el abandonar el servicio sin ser visitado. Los pacientes emergentes o más graves reflejaban una mayor satisfacción que los menos graves o rutinarios (1). Muntlin et al. reclaman el prestar más atención a éstos pacientes menos urgentes ya que representan la mayoría de los pacientes de un servicio de urgencias (95).

Boudreaux y O'Hea hallaron que los pacientes más graves recibían más atenciones y eran visitados más rápidamente (7). En la misma línea Gordon et al. describían que los pacientes menos urgentes sentían que sus síntomas eran devaluados y que añadían más presión a las enfermeras sobrecargadas de trabajo (76). Taylor y Bengner en una revisión sistemática de la literatura encontraron que la categoría del triaje estuvo fuertemente relacionada con la satisfacción, aunque apuntaron que esta variable podía ser considerada como otro indicador del tiempo de espera (74).

La satisfacción del paciente también se puede estudiar a través del conocimiento de los pacientes que abandonan el servicio de urgencias sin ser visitados (78), éstos pacientes pueden tener problemas más o menos graves, pero marchan prematuramente del servicio de urgencias sin recibir asistencia (96). Arendt et al., investigaron que los motivos principales de abandono del servicio de urgencias eran largos tiempos de espera y que los síntomas mejoraron o no empeoraron mientras esperaban (96). En cuanto a las posibles estrategias de mejora que podrían haber cambiado el hecho de abandonar el servicio antes de ser visitado más valoradas por estos pacientes, serían informar sobre el tiempo de espera frecuentemente y el dar tratamientos temporales hasta ser visitados (como bolsas de hielo o vendajes). Además creyeron que si la enfermera les hubiera preguntado si podría hacer algo por ellos mientras esperaban les habría ayudado a esperar más tiempo (96).

Miró et al., compararon las diferencias entre la calidad y la efectividad en un servicio de urgencias entre los días laborables y los fines de semana y festivos. Estos autores observaron que mejoraba tanto la efectividad como la calidad los fines de semana y los festivos, lo cual sugería que podía ser debido a una disminución de visitas estos días, disponiendo del mismo personal para atenderlos que entre semana, concluyendo que hay una influencia negativa entre las cargas de trabajo y la calidad y efectividad (97).

Finalmente, otra variable relacionada con la satisfacción es la hospitalización previa o el conocimiento previo del servicio, observándose en estos casos niveles de satisfacción más bajos (63,90). Quintana et al, señalaron que los pacientes que ya habían sido hospitalizados anteriormente, refirieron niveles de satisfacción más bajos (90).

Algunas variables relacionadas con la satisfacción de los pacientes en los servicios de urgencias coinciden al estudiar la satisfacción en los acompañantes, como por ejemplo la información y la comunicación, el tiempo de espera percibido, el nivel de

urgencia o la edad, siendo las personas mayores las más satisfechas (4,5,88,62,65,87). Otros aspectos que influyen la satisfacción de los acompañantes son la ansiedad del acompañante, el poder acompañar al paciente, el trato del personal sanitario, el participar en los cuidados del paciente, el ambiente del servicio y la resolución del problema de salud (62,65,86,87,98).

La adecuación de la información proporcionada fue un aspecto relevante en la satisfacción de los acompañantes en un servicio de urgencias pediátrico (5), también lo fue en el estudio de Morales-Guijarro donde se asoció la satisfacción a la información de los resultados de los pacientes, al uso de un lenguaje asequible y a la sensación de sentirse escuchado (87). Pérez-Tirado et al., también observaron que la satisfacción del acompañante se asoció con la información sobre los cuidados en el domicilio y el sentirse escuchados. El poder hablar con los médicos cuando se solicitó fue un factor que también se relacionó con la satisfacción de los acompañantes (62).

La percepción del tiempo de espera y el tiempo de espera real, también influyen en la satisfacción de los acompañantes (5). Se han hallado diferencias entre los acompañantes satisfechos y los no satisfechos según el tiempo de espera percibido, los acompañantes satisfechos percibieron haber esperado menos tiempo que los no satisfechos. También la actualización de la información sobre el tiempo de espera fue mayor en el grupo satisfecho (65). En cambio, en otro estudio, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción de los acompañantes en relación al tiempo de espera, aunque sí se observó que los acompañantes de los pacientes con nivel de triaje 2 y 3 (que serían los pacientes emergentes y urgentes) se situaban más en el grupo de los satisfechos que los de nivel 4 y 5 (no urgentes) (4).

Otro factor relacionado con la satisfacción de los acompañantes fue la disminución de la ansiedad de éstos durante el tiempo que estuvieron en el servicio de urgencias, por lo que los autores del estudio subrayaron la importancia de reducir los niveles de ansiedad de los acompañantes durante su estancia en el servicio para mejorar la satisfacción (65).

Poder acompañar al paciente, fue un factor determinante en la satisfacción de los acompañantes en el estudio de Morales-Guijarro et al (87). También se asoció la satisfacción con la posibilidad de acompañar al paciente en el caso de las urgencias

pediátricas, proponiendo como mejora la posibilidad de estar ambos padres (62). En el caso de los pacientes en la sala de resucitación, los acompañantes también describieron un gran deseo de poder estar presentes durante las maniobras de resucitación para poder tener una conexión física y emocional con su allegado, además de la creencia que el paciente se podía beneficiar de su presencia (98).

El trato del personal sanitario, o la percepción de la calidad de las interacciones entre el médico y el paciente, fue un factor que se relacionó con la satisfacción de los acompañantes en un servicio de urgencias pediátrico (5), también el trato humano, la amabilidad y el respeto fueron valorados positivamente tanto en el caso de un servicio de urgencias de un hospital universitario general como en el de un pediátrico (62,87). El hecho de que la enfermera fuera amigable, diera consejos y no tuviera prisa fue valorado positivamente por los familiares de personas mayores (86).

Participar en los cuidados del paciente también fue un aspecto relevante en la satisfacción de los acompañantes de pacientes mayores, en cambio aquellos que se sintieron invisibles, experimentaron sentimientos negativos, además de no entender la razón por la que no se les hacía más participes en el cuidado de sus familiares (86).

El ambiente del servicio y la ubicación fueron aspectos valorados negativamente por los acompañantes en el estudio de Morales-Guijarro et al. (87). Un entorno pacífico y confortable se añadió al bienestar de los acompañantes, en cambio, un entorno ruidoso y donde se podía escuchar la información de los otros pacientes, convirtió el servicio de urgencias en lugar estresante para los acompañantes y pudo contribuir a la insatisfacción ya que las enfermeras estaban ocupadas y nadie preguntaba cómo se sentía el paciente (86).

Finalmente, la resolución del problema de salud por el cual se había consultado, también fue un factor asociado a la satisfacción (62).

1.2.3 La expresión de la insatisfacción de los pacientes y acompañantes de los servicios de urgencias

Los gestores de los centros sanitarios se plantean mejorar la satisfacción de los pacientes ante los resultados de las encuestas de satisfacción y a las quejas excesivas recibidas en los servicios de urgencias (79). Tanto la satisfacción del paciente como el análisis de las reclamaciones de los pacientes son una medida de

la calidad del servicio (9). Domingo et al. consideran que estudiar las reclamaciones permite conocer las causas de insatisfacción de los usuarios de forma indirecta (99). Además, analizar dichas quejas puede ayudar a rellenar los espacios vacíos y a cambiar las políticas (100). Las quejas pueden surgir tanto de una calidad pobre del servicio como de la insatisfacción de las expectativas de los pacientes (9), y se deben considerar las reclamaciones como una fuente de aprendizaje (101).

El servicio de urgencias es un servicio importante de los hospitales ya que en muchos casos es la puerta principal de entrada, además es un lugar donde se reciben quejas de los pacientes dirigidas al personal médico por motivos diversos cómo los tiempos de espera, la falta de un posible diagnóstico o problemas de comunicación (102). Las quejas pueden ser debidas a una baja calidad del servicio (9) o al incumplimiento de las expectativas del paciente (9,102).

La forma de expresar la cantidad de quejas recibidas es a partir de analizar el número de quejas por cada 1000 visitas (100). Las tasas de quejas encontradas en la literatura varían entre el 0,23/1000 y el 1,9/1000 (9,99,100,102). Normalmente estas quejas se pueden hacer por escrito o por vía telefónica, en el estudio de Domingo et al., la mayoría de reclamaciones fueron por escrito (99).

En Cataluña existe un sistema estandarizado de clasificación de las quejas que permite una valoración global y conjunta del problema en el ámbito territorial (99), en cambio, en estudios realizados en otros países, no existe una estandarización (9,100). La estandarización de los datos puede mejorar la precisión de los ratios de reclamaciones (9).

Las categorías que más quejas recibieron en los diferentes estudios encontrados en la literatura fueron las logísticas (dentro de las cuales estaba el tiempo de espera), seguidas de las de comunicación, de acceso, de tratamiento y de atención asistencial (9,99,100,102). Algunos autores, observaron que el origen de la mayoría de las quejas de comunicación fueron debidas al fallo en la interacción entre el personal y el paciente. Una posible solución sería mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales (9,100).

Las mayoría de reclamaciones fueron dirigidas a los médicos, seguido de enfermeras, administrativos y otros en el estudio de Domingo et al, el hecho de que la mayoría de reclamaciones vayan dirigidas al estamento médico, se atribuye a que éste es considerado el responsable último del proceso asistencial (99). Sin embargo, en el estudio de Wong et al., las quejas de comunicación se repartieron por igual entre médicos, enfermeras y resto del personal, en cambio en las de organización o logística se dirigieron hacia los médicos (100). En este sentido, otros autores

observan que, parte de la insatisfacción del usuario se debe a la masificación de los centros de urgencias hospitalarios, por lo que la demora asistencial es la causa de reclamación más frecuente, aunque esta demora no suponga un cambio clínico del paciente (99). Es positivo el hecho de que son infrecuentes las reclamaciones de negligencia, incompetencia o error de diagnóstico (9,99), y se conoce que la mayoría de las quejas se resuelven con una explicación o una disculpa (9,100).

1.2.4 La satisfacción de los profesionales de los servicios de urgencias

Los profesionales sanitarios protegen y mejoran la salud de sus comunidades, con su conocimiento y acción sanitaria; representan la personificación de los valores centrales del sistema ya que cuidan de las personas, reducen el sufrimiento y el dolor, y previenen las enfermedades. Por todo ello es necesario que las organizaciones sanitarias tengan profesionales sanitarios capacitados, motivados y apoyados para conseguir las metas de salud nacionales y globales (103), ello es posible con un entorno de trabajo saludable que maximice la salud y el bienestar, la calidad de los resultados de los pacientes, el rendimiento organizacional y los resultados de la sociedad. Este entorno es esencial para asegurar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes (104). Sin embargo, los hospitales son lugares de trabajo más bien estresantes debido al aumento de la complejidad, a las demandas de los puestos de trabajo, a los cambios inesperados en la rutina laboral, a las expectativas irreales de los pacientes y sus familias, y a los encuentros frecuentes con dilemas éticos y situaciones de personas al final de la vida (105). En este sentido, el ambiente físico sanitario puede afectar a la salud y el bienestar de los pacientes además de las personas que trabajan en dicho ambiente como médicos y enfermeras, siendo un determinante de la satisfacción y el bienestar en el trabajo (106).

La satisfacción laboral y el bienestar del empleado se asocian con el rendimiento laboral, la productividad y la calidad de la asistencia sanitaria (106), teniendo un impacto directo en la salud de la población (103). En el sentido contrario, la insatisfacción y el malestar laboral pueden conducir a la rotación y el abandono de los profesionales (103). Para que ello no ocurra, los profesionales sanitarios necesitan sentirse cuidados ya que tener un soporte social les ayuda a afrontar el estrés relacionado con el trabajo. Además, cuando éstos se sienten cuidados tienen una mayor seguridad y empatía con los pacientes lo que genera mejores resultados, incrementa la satisfacción y adherencia al tratamiento reduciendo así la morbimortalidad y disminuyendo las estancias y los reingresos (107). Según la

Organización Mundial de la Salud (108), todos los profesionales deben poder disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental y de condiciones de trabajo favorables, considerando que el lugar de trabajo no debería perjudicar la salud ni el bienestar sino todo lo contrario, debe promover la salud.

La motivación y la satisfacción de los profesionales

La motivación es la necesidad, la fuerza o el deseo que activa la conducta y la orienta hacia el objetivo (109-111) y que no es fácilmente influenciado por factores externos (112). Para alcanzar una meta, las personas deben tener suficiente activación y energía, un objetivo claro, y la capacidad y voluntad de emplear su energía durante un período de tiempo para poder alcanzar esa meta (113). Los términos motivar y motivación pueden ser sinónimo de impulsar la acción o de activar el comportamiento. Una persona está más o menos motivada según el esfuerzo que está dispuesta a poner en un determinado comportamiento (114).

La motivación laboral comprende los procesos internos y psicológicos que explican una intensidad individual, dirección y persistencia del esfuerzo hacia las metas de la organización (14,115). La motivación del profesional de la salud es un proceso complejo y dinámico, que resulta de las interacciones entre los individuos y su entorno de trabajo, y de estas interacciones con la sociedad (14).

A lo largo de los años, numerosas teorías han explicado los factores que afectan a la motivación en el trabajo. Estas teorías reconocen tres grandes clases de influencias internas en la motivación del profesional: las metas, motivos y valores; el auto concepto y otras auto variables; y las expectativas sobre la relación entre varias acciones y consecuencias (14):

1) *Las metas, motivos y valores*, pueden ser diferentes entre los profesionales y además pueden cambiar a lo largo del tiempo. Estos factores internos se pueden organizar en dos grandes categorías, las necesidades de bajo nivel (fisiológicas y de seguridad) y las necesidades de alto nivel (afiliación, estima y autorrealización) (14). Destaca en este apartado, la teoría de Maslow, en 1970, que explicó las necesidades humanas en forma de pirámide, con las necesidades más elementales en la base (que son las básicas para la supervivencia y que deben satisfacerse antes de poder pensar en la satisfacción de cualquier otra como la alimentación, la salud, el descanso y el sexo) y con la autorrealización en la cima que es el desarrollo del potencial de cada uno (113,116). Maslow afirmó que en la medida que nuestras necesidades más potentes y de orden jerárquico más bajo (básicas o fisiológicas) van siendo cubiertas satisfactoriamente, automáticamente se produce una conducta dinámica tendente a concentrar nuestro esfuerzo en satisfacer el escalón superior en

la jerarquía. Una vez cubiertas satisfactoriamente las carencias (conjunto de necesidades básicas, de seguridad y de relación social), desplazamos nuestra motivación a rangos superiores de la motivación y satisfacción a las llamadas motivaciones superiores (autorrealización y autoestima) (117). Las necesidades de orden superior ganan en intensidad y activación cuanto más se satisfacen, en cambio las de orden inferior dejan de actuar una vez satisfechas (114) y no siguen motivando la conducta (117).

Además de las necesidades propuestas por Maslow, se han descubierto otras necesidades que las complementan; la necesidad de afiliación que sería el deseo de establecer o mantener relaciones positivas con los demás; la necesidad de poder que sería el deseo de dirigir, dominar o influir en el comportamiento de los demás; la necesidad de autorrealización que sería la tendencia de las personas a ser lo que pueden ser; la necesidad de logro que sería el deseo de realizar las cosas con excelencia y la necesidad de competencia que sería el deseo tener éxito en las acciones que se llevan a cabo (118).

2) La influencia del auto concepto y otras variables asociadas como la autoestima o la auto eficacia, también juegan un papel importante en determinar el interés y la persistencia a la hora de realizar tareas difíciles. El auto concepto es la evaluación individual de las propias competencias y la auto eficacia la confianza de que se posee de habilidad para realizar unas determinadas tareas. Las personas con mayor auto concepto y auto eficacia son más propensas a aceptar objetivos organizacionales más difíciles y a persistir frente a los obstáculos. Un auto concepto positivo y un sentido de eficacia en el trabajo promueve la motivación del profesional a partir de conseguir un incentivo personal para realizar las tareas y mantener el esfuerzo una vez ha interiorizado las metas organizacionales (14).

3) Las teorías de las expectativas cognitivas con la consideración de que el proceso de la motivación interna implica los juicios sobre como la distribución de los recursos personales conducen a un resultado positivo. Estas teorías consideran que la decisión individual del profesional de adoptar las metas organizacionales depende de las expectativas del mismo sobre si puede realizar la tarea y de si la realización deseada por las organizaciones tiene un valor para él (14). También afirman que la conducta que se dirige hacia la obtención de una meta determinada, dependerá de cómo se evalúen ciertos factores, como el valor que tiene la meta para la persona o la expectativa de si una meta es realista, o de si se tiene capacidad para alcanzarla y cuánto tiempo se va a tardar en realizarla (113).

Todas estas influencias internas en la motivación del profesional median el impacto de las metas organizacionales y a su vez, determinan el tiempo y el esfuerzo que el

profesional dedica a realizarlas. Las organizaciones a su vez, influyen la motivación de los profesionales a partir de varios canales como del esfuerzo de la organización para mejorar la capacidad del profesional; de la provisión de recursos; de la retroalimentación y de aspectos indirectos como la cultura laboral (14). Se ha estudiado que algunos de los factores que motivan a los profesionales son las características del trabajo, la remuneración, los logros y los compañeros de trabajo (115).

Sin embargo, la motivación del profesional no es sinónimo de satisfacción laboral aunque sean dos conceptos relacionados (14). La satisfacción laboral es un estado emocional positivo derivado de la evaluación del trabajo y de las experiencias del ambiente laboral (119), es una orientación afectiva positiva hacia el empleo (120), una respuesta emocional de la persona a su condición de trabajo (112) experimentada por el trabajador como consecuencia de su propio trabajo (114) y es un indicador de calidad de vida laboral (12). Las personas pueden estar satisfechas con su trabajo debido a unos factores concretos y no a otros, los cuales pueden causar satisfacción en unos profesionales e infelicidad en otros (121). La satisfacción laboral, puede ser percibida como una faceta del bienestar y puede ser considerada una medida subjetiva y multidimensional de la calidad en el trabajo, que no sólo depende de la naturaleza de éste, sino también de las expectativas del empleado (122), es un juicio relativo que surge de la comparación entre la situación laboral actual y la ideal (121). La satisfacción en el trabajo contribuye a la realización personal, además se ha observado que disminuye el estrés y el agotamiento relacionado con el trabajo (123).

En base a los fundamentos teóricos, la satisfacción y la insatisfacción en el trabajo han sido estudiadas ampliamente desde que Herzberg en 1959 formuló la teoría bifactorial (117). Herzberg identificó dos tipos de factores que afectan el comportamiento en el trabajo, los factores higiénicos y los factores motivacionales (124). Los factores higiénicos (o insatisfactores) son aquellos que se refieren a las condiciones en las que se realiza el trabajo y que mediante su presencia o ausencia determinan la insatisfacción laboral (cuando están cubiertos no generan satisfacción por sí mismos, pero cuando no están cubiertos generan insatisfacción), éstos serían la capacidad directiva; las relaciones interpersonales; las condiciones de trabajo; el salario y la seguridad laboral (14,124). Los factores motivacionales (o satisfactores) serían aquellos en los que se encuentran fundamentados el contenido del trabajo en sí y que determinan el nivel de motivación y satisfacción laboral, el logro; el trabajo en sí mismo; el reconocimiento; la responsabilidad y la promoción (14,124). Los satisfactores son hechos intrínsecos al propio trabajo, en cambio los insatisfactores

son extrínsecos al propio trabajo (14,114,117,124). La insatisfacción laboral sería el sentimiento que se produce cuando las recompensas recibidas por el trabajo no se corresponden con el esfuerzo realizado o no permiten satisfacer sus necesidades (118).

Para Herzberg, los factores determinantes de la satisfacción en el trabajo son distintos, pero no opuestos de los factores que producen insatisfacción en el mismo; por lo que el contrario de satisfacción laboral no es insatisfacción laboral sino *no satisfacción laboral*, y de manera similar, el contrario de insatisfacción laboral no es satisfacción laboral, sino *no insatisfacción laboral* (124).

Para incrementar la satisfacción en el trabajo, Herzberg propone un sistema que denomina enriquecimiento del trabajo, que se trata de un procedimiento de redefinición del contenido del trabajo para conseguir la mayor satisfacción de quien lo desempeña. Para ello, los puestos de trabajo se deben diseñar para que impliquen el mayor reto para el individuo para que tenga experiencias de logro, autoestima, promoción y autorrealización. El enriquecimiento del trabajo proporciona a las personas la oportunidad de crecer psicológica y profesionalmente (118).

La satisfacción en el trabajo se puede considerar como un indicador del bienestar laboral (122). Se considera que un profesional está satisfecho con su trabajo cuando, experimenta sentimientos de bienestar, placer o felicidad a raíz del mismo (114,122). El bienestar del profesional depende tanto de las características del entorno como de las personales. Los profesionales que tienen un carácter alegre, son sociables y activos, que no tienen tendencia a expresar emociones negativas como el miedo, la depresión o la frustración, generalmente tienen mayores niveles de bienestar. Además, las condiciones laborales como la autonomía, la retroalimentación, la variedad de tareas y el soporte social, se relacionan con mayores niveles de satisfacción y compromiso con el trabajo (122). Mejorar el bienestar en el trabajo es positivo tanto para los profesionales como para las organizaciones (12).

Los factores que pueden determinar la satisfacción laboral son numerosos, desde el tiempo de vacaciones anuales hasta el reconocimiento por parte del superior o la posibilidad de ascenso (121). Otros aspectos que pueden afectar a la satisfacción laboral son los horarios y el turno de trabajo. Un turno de trabajo comprimido, donde se aumenten las horas diarias y se reduzcan el número de días de trabajo en el turno de noche, puede contribuir a una mejora en la conciliación y la satisfacción laboral sin afectar a la organización de las instituciones ni tener efectos adversos para la salud (125). Sin embargo, otros estudios afirman que en los turnos largos de

trabajo la productividad del trabajador disminuye, aumenta el riesgo de accidentes (126,127) y tiene efectos adversos en la seguridad del paciente (104). También se ha observado que los trabajadores más satisfechos son los que tienen más de cinco años de experiencia y los que están en posiciones de liderazgo (12).

Cuando un profesional se encuentra insatisfecho con su trabajo puede conducir a la desmotivación lo que provoca que no se alcancen elevados niveles de ejecución (114). Las consecuencias de la falta de motivación e insatisfacción tienen un impacto negativo en la estructura y los flujos de trabajo de las organizaciones (12) ya que la insatisfacción se asocia a la intención de cambio (128). En el sentido contrario, se ha observado que tener unos profesionales motivados ayuda a las organizaciones a mantener un funcionamiento óptimo (112), siendo el rendimiento del sector sanitario dependiente de la motivación del profesional, por lo que la calidad, la eficiencia y la equidad están mediadas por la voluntad de los profesionales a aplicarse al trabajo (14). Por otra parte, una mayor satisfacción en el trabajo suele estar asociada a altos niveles de compromiso con el trabajo y a la voluntad de dedicar recursos personales para la realización del mismo, pero no es un prerrequisito para la motivación (14). La satisfacción laboral también se relaciona con un mayor rendimiento, productividad y menor rotación, por lo que es un parámetro importante que influencia la productividad y la calidad de las organizaciones (129). En este sentido, se ha señalado que la satisfacción laboral está positivamente asociada con el propósito de permanecer en la profesión (128,130). Una satisfacción elevada disminuye la intención de abandonar el puesto de trabajo (120) y los profesionales que están más satisfechos son más productivos (130). Además, la satisfacción de los profesionales de la salud está asociada positivamente con la satisfacción de los pacientes y contribuye a la continuidad de los cuidados (12).

El estrés laboral y el síndrome de burnout

El estrés es una respuesta adaptativa a las demandas y que contribuye al rendimiento y desempeño adecuado en muchas esferas de la vida. Este concepto tiene dos significados, uno positivo, el "eustrés" en el que la persona puede afrontar eficazmente las situaciones y el negativo, el "distrés" en el que la persona presenta una experiencia excesiva y fuera de control. Sin embargo, el término estrés se suele utilizar para denominar la situación negativa en la que la persona no se siente con recursos para afrontar las demandas (131).

El estrés laboral se puede definir como la percepción del trabajador de que la cantidad de trabajo que debe realizar es elevada y que no tiene la capacidad

necesaria para afrontar la situación (132), siendo un desequilibrio entre las demandas organizacionales y las capacidades del profesional (133). Es una interacción desfavorable entre el trabajador y las condiciones de trabajo (131) que puede conducir a enfermedades físicas y psicológicas, al absentismo, a la rotación excesiva, a la falta de productividad, a un mayor coste para la organización e incluso puede generar una carga económica para el país (132).

Los factores susceptibles de generar estrés laboral pueden ser condicionados por las características personales del individuo o ambientales. Las características personales determinan los recursos físicos y psicológicos que el sujeto puede utilizar para responder a las demandas del medio, pueden dividirse en factores biológicos (edad, sexo, situación familiar) y en factores afectivos cognitivos (que serían los factores de personalidad y conducta). En relación a los factores ambientales, éstos pueden ser inherentes al puesto de trabajo (ergonómicos, turno y horario, adecuación de las demandas, uso de las nuevas tecnologías), de la función en la organización (estrés de rol, ambigüedad), del desarrollo de la carrera profesional (promoción, inestabilidad, pérdida del puesto de trabajo), de las relaciones laborales (supervisores, compañeros, subordinados, con los pacientes) y del clima y estructura organizacional (características estructurales de la organización, falta de autonomía en el trabajo) (131,132).

Cuando un trabajador sufre elevados niveles de estrés de forma crónica, puede desarrollar el síndrome de *burnout* en el trabajo o síndrome de desgaste profesional, que es un síndrome psicológico en respuesta a estresores interpersonales crónicos en el trabajo, aconteciendo a una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización (134-133), observándose que aparece cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales que soportan un estrés sostenido (136). Es un proceso que se desarrolla de manera progresiva debido a la utilización de estrategias de afrontamiento poco funcionales al intentar autoprotegerse del estrés laboral (137).

La descripción inicial del término de *burnout* apareció en los años setenta y se basó en la experiencia de las personas que trabajaban en los servicios humanos y en los servicios de salud (138). En los años ochenta, se desarrollaron diferentes tipos de instrumentos de medida del síndrome de *burnout*, siendo el más usado y de más fuerza psicométrica el Maslach Burnout Inventory (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson en el año 1981 (136). El MBI es una escala que evalúa tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) por medio de tres subescalas (105,135,136) y que se creó para medir el *burnout* en

educadores y personal de los servicios humanos (enfermeras, médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.) (133). La dimensión de cansancio emocional o agotamiento emocional representa la dimensión individual básica de *burnout*. Se refiere a los sentimientos de estar sobrepasado de los recursos emocionales y físicos. La dimensión de despersonalización representa el contexto interpersonal, se refiere a la respuesta negativa, insensible o excesivamente desapegada de varios aspectos del trabajo, y la dimensión de falta de realización, representa la autoevaluación negativa, que se refiere a los sentimientos de incompetencia, falta de incentivos y de productividad en el trabajo (135-137). El MBI es uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación psicométrica y para el diagnóstico del síndrome de *burnout*, aunque este instrumento presenta inconvenientes, siendo difícil concluir el número de personas que desarrollan la patología además de existir discrepancias de cómo se debe proceder para realizar el diagnóstico y valorar la incidencia en una muestra. En este sentido se recomienda que se considere que los individuos con altas puntuaciones en sólo dos dimensiones (altas puntuaciones en agotamiento emocional y/o despersonalización y/o bajas en realización personal) de las tres que componen el MBI pueden ser considerados individuos que han desarrollado el síndrome de *burnout* (137). Es a partir del estudio de Maslach y Jackson y del desarrollo de la escala del MBI, que se acepta la definición de síndrome de *burnout* como un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas que trabajan con personas en cualquier tipo de actividad (137).

Se ha observado que soportar niveles de estrés de forma crónica genera una agresión constante a los profesionales sanitarios, y de forma más marcada, a los trabajadores de urgencias (139). Los servicios de urgencias son ámbitos especialmente generadores de estrés, debido a una gran variedad de factores propios del mismo servicio como la presión asistencial, las exigencias de los pacientes y sus acompañantes o el riesgo de violencia, entre otros. Por lo que dichos servicios, pueden facilitar la presencia de desgaste profesional entre los profesionales (139). Según la literatura revisada, los profesionales del servicio de urgencias y en especial médicos y enfermeras están más expuestos a sufrir síndrome de *burnout* (132,135,140-143).

Las variables que influyen en el síndrome del *burnout*, son individuales, sociales y organizacionales. Las variables individuales serían el sexo, la edad, el estado civil, las características de personalidad o la orientación profesional. Las variables sociales dependerían de la ayuda que recibe la persona de las relaciones

interpersonales, del apoyo social. Finalmente, las variables organizacionales son los estresores laborales como la sobrecarga laboral, el trabajo a turnos, el trato con pacientes difíciles o el contacto con situaciones de enfermedad, dolor y muerte (133). Siendo las variables de personalidad y la falta de apoyo social las variables que facilitan la aparición del síndrome de *burnout* y las variables organizacionales las que lo desencadenan (133). Según Gil-Monte (137), el origen del síndrome de *burnout* se encuentra en las relaciones interpersonales de carácter profesional que se establecen en el entorno laboral, preferentemente con los clientes de la organización, en especial cuando estas relaciones conllevan una exigencia y tensión emocional, creando un entorno que facilita que otras fuentes de estrés den lugar a los síntomas del síndrome de *burnout*. Estos síntomas interactúan entre sí cronificando el proceso, viéndose reforzado por la persistencia de condiciones laborales negativas y por la falta de estrategias de afrontamiento adecuadas. El progreso del síndrome está en función de la interacción entre las condiciones del entorno laboral y las variables personales (137).

En el ámbito laboral, las consecuencias del síndrome de *burnout* pueden ser muy negativas tanto para el profesional como para la organización (131,133) ya que afecta a la salud física y mental y la calidad de vida de los trabajadores, genera cansancio físico y emocional, tensión y ansiedad, alteraciones en las relaciones laborales, disminución en la eficacia y eficiencia en el trabajo, incremento del absentismo laboral y deterioro general de la calidad asistencial (139,144,145). Por todo ello, se deben llevar a cabo intervenciones para promover la salud en el trabajo, ya que podrían reducir los niveles de estrés y de síndrome de *burnout* (146).

1.3 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LOS HOSPITALES

1.3.1 La promoción de la salud

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (16). Constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas (15). También comprende las oportunidades de aprendizaje destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación a la salud y al desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y comunitaria (147).

Se considera que la promoción de la salud nace de la conferencia de la Organización Mundial de la Salud en Ottawa, donde se hace un llamamiento a reorientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud, y a un cambio de actitud de dichos servicios para centrarse en todas las necesidades de la persona (148). Es en esta conferencia dónde se definen las estrategias de promoción de la salud y se discute sobre la necesidad de crear un movimiento de salud en el mundo, para promover una acción intersectorial de salud (16).

En la carta de Ottawa se define la promoción de la salud como el proceso de hacer que las personas aumenten el control que tienen sobre su salud y la mejoren. Para que una persona o un grupo alcancen un estado de bienestar físico, mental y social completo deben poder identificar cuáles son sus aspiraciones y llevarlas a cabo, cubrir sus necesidades y cambiar o adaptarse al entorno. En este sentido, la promoción de la salud va más allá de los estilos de vida que son saludables para el bienestar (16). La carta de Ottawa pone de manifiesto que la promoción de la salud va más allá del sector de la asistencia sanitaria, subrayando que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y a todos los niveles del gobierno (15). Además, crea un reto dirigido hacia la salud pública a partir de reafirmar la justicia social y la equidad como prerequisites para la salud (16). Dicha carta propone un marco de cinco estrategias de acción prioritaria para la promoción de la salud, que son el crear políticas públicas saludables; crear entornos de apoyo; reforzar la acción comunitaria; desarrollar aptitudes personales y reorientar los servicios sanitarios (15,16,18,149). A continuación se describen cada una de estas acciones:

Construir políticas públicas saludables: caracterizado por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud, creando un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable (15).

Crear entornos de apoyo: para ofrecer a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Estos entornos comprenden los lugares donde viven las personas, sus comunidades, sus lugares de trabajo y recreo, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento (15).

Reforzar la acción comunitaria: se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de salud y en consecuencia para mejorar la salud. El empoderamiento para la salud guarda una estrecha relación con la acción comunitaria para la salud, y se refiere al proceso

mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud (15).

Desarrollar aptitudes personales: son capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana. Son habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que éste cambie (15).

Reorientar los servicios sanitarios: se caracteriza por una preocupación más explícita en lograr resultados de salud para la población, reflejados en las formas de organización y financiación del sistema sanitario. Esto debe llevar a un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios. La responsabilidad para lograrlo está compartida por los profesionales de la salud, las instituciones sanitarias, y de los gobiernos, a los cuales se suman los individuos y las comunidades (15).

En los años posteriores a la carta de Ottawa, la OMS ha ido celebrando periódicamente conferencias de promoción de la salud dónde se han reforzado las acciones empezadas por la declaración de Alma-Ata y por la carta de Ottawa. En el año 1988, en Adelaide (Australia) se añadió impulso a las acciones de formular y aplicar políticas públicas saludables, reafirmando el compromiso para una alianza en salud pública tal y como reclamaba la carta de Ottawa. En 1991, en Sundsvall (Suecia), la tercera conferencia sobre la promoción de la salud, se hizo un llamamiento para que personas de todo el mundo se comprometieran activamente a crear entornos que apoyen la salud. En esta conferencia se examinaron conjuntamente cuestiones medioambientales y de salud. En 1997, en la cuarta conferencia de promoción de la salud en Yakarta (Indonesia), se implicó al sector privado en ayudar a promover la salud y se presentó una declaración de acción para promover la salud en el próximo siglo con un seguido de prioridades: promover la responsabilidad social para la salud, aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud, consolidar y ampliar las asociaciones para la salud, aumentar la capacidad de las comunidades y la capacidad del individuo y asegurar una infraestructura para la promoción de la salud. También los participantes de la conferencia de Yakarta animan a la OMS a crear una alianza global para la promoción de la salud con el objetivo de presentar las prioridades de acción para la promoción de la salud (18).

En Ciudad de México (México), en el año 2000, tuvo lugar la quinta conferencia sobre promoción de la salud, los ministros de sanidad de diferentes países, entre los cuales figuraba España, firman una declaración con afirmaciones encaminadas a reconocer la importancia de la promoción de la salud y de la necesidad de avanzar

en la equidad en salud. Por todo ello subscriben acciones para llevar a cabo estas afirmaciones, entre las cuales figuran el posicionar la promoción de la salud como una prioridad en todas las políticas; asegurarse de que todos los sectores de la sociedad participen activamente en la implementación de acciones de promoción de la salud; apoyar la preparación de los planes nacionales de acción para promover la salud; establecer o reforzar las redes internacionales que promuevan la salud; defender que las agencias de las Naciones Unidas sean responsables del impacto que tiene la salud en sus agendas de desarrollo e informar al director general de la OMS del progreso de las acciones (18).

En el año 2005 se celebró otra conferencia en Bangkok (Tailandia), dónde se identificaron acciones, compromisos y garantías necesarias para hacer frente a los factores que determinan la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud (18).

En el 2009, en Nairobi (Kenia), en la séptima conferencia en promoción de la salud, se analizaron las amenazas en la viabilidad de los sistemas de salud actuales por la crisis financiera, la amenaza del calentamiento global del planeta y la repercusión en las economías más pobres y las amenazas en la seguridad en el mundo, conjuntamente con los problemas que todavía quedan por resolver. En esta conferencia se pretendió implementar las lecciones de las dos décadas pasadas y ver la promoción de la salud como una aproximación esencial y efectiva en la renovación de la atención primaria de salud (150).

Finalmente, en 2013, en Helsinki (Finlandia) se celebró la octava conferencia en promoción de la salud, que se centró en la implementación, considerando que la salud en todas las políticas es la respuesta a los nuevos retos, promoviendo un marco para la regulación y las herramientas prácticas que combinen la salud, y las metas sociales y de equidad con el desarrollo económico, y que manejen los conflictos de intereses de forma transparente. Los participantes de la conferencia se comprometieron a priorizar la salud y la equidad como centro de responsabilidad de los gobiernos hacia sus ciudadanos, afirmando que hay una necesidad urgente de una política eficiente y coherente para la salud y el bienestar y reconocieron que esto requiere de voluntad política, coraje y visión estratégica (151).

1.3.2 La promoción de la salud en los hospitales

Los hospitales son una parte importante del sistema sanitario, jugando un papel destacado a la hora de modelar la percepción pública de los sistemas sanitarios y de su visibilidad política. Según el consenso de la conferencia de la OMS, hay una

necesidad de reorientar el papel de los hospitales cambiando, de un sistema de especialidades médicas, a un sistema centrado en procedimientos o problemas (152).

La función de los hospitales se dirige principalmente al diagnóstico y tratamiento de enfermedades para recuperar la salud, en cambio, los centros que se definen como centros promotores de la salud, incorporan la promoción de la salud en su actividad diaria con la participación de los profesionales, de los pacientes y de sus familias y de la comunidad (153).

El movimiento de los hospitales promotores de salud empieza en el año 1988, a partir de la Carta de Ottawa de 1986. El año siguiente, se implantó en un hospital de Viena el proyecto *"Health and Hospital"* propuesto por la OMS. En el 1990 se creó la Red Internacional de Hospitales y Servicios Promotores de la Salud y en 1991 se publicó el primer documento sobre los hospitales promotores de la salud (153). En el año 1993, se celebró la primera conferencia internacional de la red de Hospitales y Servicios Promotores de la Salud y se publicó el primer boletín internacional. Además, se inició en Austria el proyecto piloto del hospital europeo de la oficina regional de la OMS en Europa. Desde 1993 hasta 1997, 20 hospitales asociados de 11 países europeos diferentes participaron en el seguimiento intensivo del desarrollo de varios proyectos. Posteriormente a la fase piloto, se desarrollaron redes nacionales y regionales con el fin de llegar a la fase de consolidación. Desde 1995, las redes nacionales y regionales, se están implementando y desarrollando para hacer difusión del movimiento de los Hospitales y Servicios Promotores de la Salud en hospitales e instituciones de salud. En 1997 se publicaron las recomendaciones de Viena dónde se describieron las características que debe tener un hospital para ser promotor de salud y contribuir a mejorar la salud y calidad de vida de las personas (153).

La Red Europea de Hospitales y Servicios Promotores de la Salud se fue expandiendo más allá de Europa convirtiéndose en un movimiento global, que en 2009 pasó a denominarse Red Internacional de Hospitales y Servicios Promotores de la Salud. Esta red vincula todas las asociaciones nacionales y regionales, promueve el intercambio de ideas y estrategias implementadas de acuerdo con las diferentes culturas y sistemas de salud, el desarrollo del conocimiento en temas estratégicos y la ampliación de la visión de la promoción de la salud en el hospital. Actualmente hay redes de hospitales y servicios promotores de la salud en más de 40 países (153).

Los hospitales que forman parte de la Red Internacional de Hospitales Promotores de la Salud tienen como objetivo no solo prestar servicios médicos y de enfermería

de gran calidad, sino que también desarrollan una identidad corporativa que abarca los objetivos de promoción de la salud, desarrollan una estructura y una cultura organizativas de promoción de la salud, incluyendo la participación activa de los pacientes y de todos los miembros de la plantilla, convirtiéndose a sí mismo en un entorno físico que promueve la salud y coopera activamente en su comunidad (15). Lo cual fuerza a un cambio en la relación entre profesionales, gestores y pacientes (153).

Estos hospitales, para tener un mayor impacto en la salud, se centran en las necesidades de las personas y no solo en sus órganos o parámetros fisiológicos, además de tener una filosofía de incorporar la promoción de la salud como el centro de sus organizaciones. Las acciones de estos hospitales se centran en cuatro áreas: promover la salud de los pacientes, promover la salud del personal, integrar la promoción de la salud en la organización y promover la salud de la comunidad de la área de influencia del hospital (154).

La implementación de la promoción de la salud en los hospitales: La red catalana de hospitales promotores de la salud

Con el objetivo de orientar el proceso de incorporar la promoción de la salud en las instituciones, desde la red internacional definieron cuatro estrategias de implementación: fomentar la participación y crear compromiso, mejorar la comunicación, la información y educación; usar metodologías y técnicas de desarrollo organizacional y gestión de proyectos; y aprender de la experiencia (153). Además, para evaluar la incorporación de la promoción de la salud en los hospitales, se validaron desde la red unos estándares de promoción de la salud. Se desarrollaron cinco estándares que describían los principios y acciones que deberían formar parte del plan de acción de cualquier hospital: política de gestión con el objetivo de describir el marco de actividades de promoción de la salud; evaluación de los pacientes para fomentar la salud y el bienestar; intervenciones para garantizar la información a los pacientes, buscar su colaboración activa y facilitar la integración de las actividades de promoción de la salud en todas las trayectorias de los pacientes; promoción de un lugar de trabajo saludable y fomentar las actividades de promoción de la salud del personal; y la continuidad y la cooperación para optimizar las actividades de promoción de la salud en los pacientes. Además, para facilitar la evaluación se definieron unos subestándares y se definieron indicadores de medida (153).

En Cataluña, el movimiento se inició en el año 2003 y en el 2007 se constituyó la red catalana de hospitales y servicios promotores de la salud, cuya misión era liderar la difusión y la implantación de la promoción de la salud en los hospitales y servicios sanitarios en Cataluña, impulsando la incorporación de conceptos, valores, estrategias, estándares e indicadores en su estructura y cultura organizacional. Uno de los objetivos de la red es difundir su tarea por el Estado Español y América Latina, así como motivar a nuevos centros a unirse a la red internacional (153).

En el año 2011 se reorganizó la red catalana, dándole una estructura similar a la de la red internacional, con tres grupos de trabajo en activo:

1) El grupo de trabajo de Estándares en promoción de la salud, que hizo difusión durante el año 2006 de la guía para la implementación de la promoción de la salud en los hospitales (153). La guía es una herramienta para mejorar la calidad en la atención sanitaria, diseñada para ayudar a los hospitales a evaluar y mejorar las actividades de promoción de la calidad, abordando además de aspectos relacionados con la atención al paciente, la salud del personal, la relación del hospital con la comunidad y el progreso de la institución (147).

2) El grupo de trabajo de Alfabetización para la salud pretende identificar en los servicios sanitarios aspectos que mejoren la comunicación escrita y oral con los pacientes, para facilitar un ambiente más comprensible. Considerando que la alfabetización sanitaria es la capacidad para obtener, procesar y comprender la información de salud y utilizarla para tomar decisiones adecuadas; la falta de alfabetización en salud se ha relacionado con un bajo nivel de autocuidado y con aumento de la demanda sanitaria, por lo que se considera fundamental mejorar la comunicación con los pacientes y usuarios. Este grupo de trabajo también editó un instrumento con las recomendaciones básicas para diseñar un documento fácil de leer y otro para favorecer la comunicación oral con los pacientes (153) y se acaba de publicar una guía con recomendaciones para los profesionales de la salud (155).

3) El grupo de Salud laboral, se creó en 2011, con la finalidad de que los centros de la red incorporen las directrices de la *“Guide to Promoting Healthy Workplaces in Health Care Institutions”*, editada por la red internacional. Este grupo tiene tres objetivos, que son conseguir que en los centros haya una política de promoción de la salud dirigida a los trabajadores; fomentar el desarrollo de puestos de trabajo saludables y seguros; y colaborar con las iniciativas de promoción de la salud promovidas desde la Agencia de Salud Pública de Cataluña (153).

La promoción de la salud en el servicio de urgencias

El movimiento de los hospitales promotores de la salud ha hecho un serio intento de incorporar los aspectos de promoción de la salud en la cultura y estructura de los hospitales, pero los servicios de urgencias no parecen haberse unido a este movimiento (156), aunque cada vez más, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se ven como una extensión de los cuidados del servicio de urgencias (157).

El servicio de urgencias está diseñado para dar tratamiento y cuidado a las personas enfermas de manera aguda, rápidamente y a cualquier hora del día, por lo cual, parece ser un buen espacio para favorecer la promoción de la salud (156). Además, el servicio de urgencias es en parte cuidado agudo, salud pública, mental, servicio de emergencias, servicio a la comunidad, servicio social, y tiene la posibilidad de ver al paciente en su ambiente habitual (trabajo, coche, domicilio,...) por lo que puede tener una visión más global de la salud que otros servicios (149). También pueden ofrecer soluciones a las desigualdades en salud ya que hay un elevado número de personas que están desempleadas o sin techo que visitan el servicio de urgencias que no utilizan los servicios primarios de salud (156).

Los servicios de urgencias no sólo sirven para dar atención médica a los pacientes, sino que también son parte del sistema sanitario y de la infraestructura de la salud pública. Los profesionales de los servicios de urgencias ven de primera mano las interacciones entre las personas y su salud, sus circunstancias sociales y económicas, las estructuras comunitarias, los recursos y los factores medioambientales. Incorporar la promoción de la salud en un servicio de urgencias puede contribuir a la mejora de la atención del paciente (149). Algunos de los beneficios de colaborar entre los servicios de urgencias y la salud pública pueden ser una reducción en los costes, una mejora el entendimiento de la salud comunitaria, la educación, seguridad y estabilidad, facilitar el acceso o mejorar la salud de la comunidad entre otros (149).

No obstante, al iniciar este tipo de iniciativas en el servicio de urgencias se ponen de manifiesto una serie de barreras, tanto por parte de los profesionales que están preocupados por las responsabilidades del cuidado agudo ya que tienen recursos y tiempo limitados e inexperiencia en salud pública; como también por parte de los gestores que podrían pensar que con este tipo de acciones se pueden incrementar los tiempos de espera, las estancias y distraer a los profesionales del cuidado agudo (149,157). Algunos autores proponen diferentes acciones para promover la salud en el servicio de urgencias, por ejemplo, Brown et al., consideran que los problemas de salud son multifactoriales y que raramente una sola intervención puede solucionar el

problema, por ello proponen evaluaciones económicas para demostrar los beneficios de mejorar la salud o utilizar las herramientas existentes probadas en otras disciplinas, entre otras acciones; además de considerar que se deben reorientar los servicios de urgencias pasando de la intervención terapéutica a la visión holística de la salud (149). Rega et al. añaden la figura de un especialista en promoción de la salud en el servicio de urgencias, afirmando que la intervención de este especialista, aumenta la puntuación en la satisfacción de los pacientes en los ítems de confort y seguridad, privacidad y escucha, además de reconocer que recomendarían el servicio de urgencias a otras personas. Añadir un especialista en promoción de la salud puede ser una solución a las preocupaciones del personal y de los gestores, ya que el profesional sanitario puede seguir haciendo su trabajo, mientras que el promotor de salud interactúa con el paciente durante su espera a ser visitado. Asimismo este especialista, puede mejorar la salud y los comportamientos saludables en los pacientes, puede favorecer los procesos en el servicio de urgencias y puede ser coste efectivo, además de mejorar la satisfacción del paciente y la posibilidad de recomendar el servicio de urgencias a otras personas (157). Cummings et al, observó que la intervención de una enfermera adicional en el marco de un programa de promoción de la salud tuvo una buena acogida por parte del personal de urgencias y por parte de los pacientes, los cuales demostraron la voluntad de participar en actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, además de no afectar al tiempo de espera del paciente (158). También, en el mismo sentido, Bensberg y Kennedy, propusieron una serie de estrategias para la promoción de la salud en los servicios de urgencias hospitalarios para centrarse en las necesidades globales de la persona como el detectar y asesorar del riesgo individual y la inmunización, proveer de información de salud, educación para la salud, realizar acción comunitaria y marketing social, entre otras acciones (156).

La situación actual en los hospitales y servicios de urgencias

En los últimos años, diferentes estados de la Unión Europea han experimentado una reducción en la actividad económica, lo que ha implicado cambios en las finanzas nacionales y la caída de los gastos en empleo, crecimiento y salud (159).

En España, los recortes en sanidad se han ido produciendo en los últimos tres años, llegando a presupuestarse un 17% menos de recursos económicos en 2013 respecto al año 2010 cuando se registró la máxima inversión en sanidad (160), ello se ha traducido en la disminución del número de camas disponibles para la hospitalización, en la disminución de áreas de atención primaria, en el aumento en

los tiempos de espera para intervenciones programadas y en la reducción de los salarios de los trabajadores entre otras medidas (161).

Los recortes en sanidad en Cataluña empezaron en el año 2011, y fueron aplicados en reducción de personal temporal, reducción del gasto en salud, reducción de horas de trabajo de los médicos o aumento del horario sin retribución económica, cierre de servicios y camas de hospital, cierre de los servicios primarios de urgencias de las áreas rurales, cambios en los criterios de priorización en las listas de espera, reducción de un 5% del precio de los servicios contratados por el sector público y la cancelación de todas las nuevas decisiones de inversión (161).

En relación al impacto de la crisis en el personal sanitario, Palese et al. estudiaron el impacto de la crisis económica en Italia. Este personal valoró como moderado el efecto de la crisis económica, aunque se señalan medidas adoptadas por las políticas públicas o por los hospitales y servicios locales como la falta de cobertura de personal, los recortes en el desarrollo profesional o el cierre de servicios. Los autores consideran que todas estas medidas tendrán un impacto negativo en el futuro tanto en el personal como en los pacientes (162).

Sermeus et al. plantean como la crisis financiera y la crisis de personal sanitario son los dos retos de futuro a los que se enfrenta la salud en Europa, afirmando que el personal de enfermería está sufriendo los efectos de la crisis financiera, ya que presenta más estrés, atiende a pacientes con mayores problemas sociales y tiene una mayor carga de trabajo. También se ha estudiado a nivel europeo, que los hospitales con mejores entornos laborales y con menos cargas de trabajo, refieren una mayor calidad asistencial y satisfacción, tanto por parte de los profesionales como por parte de los pacientes, observando que los trabajadores de los países inmersos en la crisis económica presentaban unos niveles más elevados de *burnout*, insatisfacción e intención de abandonar el trabajo que en el resto de países (163).

1.3.3 Características de los servicios de urgencias en los hospitales

El servicio de urgencias hospitalario es donde convergen tanto los pacientes atendidos en el resto de los niveles de la red asistencial como aquéllos que lo hacen por iniciativa propia. El objetivo de estos servicios de urgencias es responder a la demanda sanitaria de la población y ofertar una asistencia que sea eficaz, eficiente y equitativa y que además tenga como uno de sus componentes principales la calidad (164).

El motivo principal para acudir a urgencias por parte del paciente es para recibir una visita médica. El paciente espera que se le dé un tratamiento rápido para sus

síntomas y piensa que habrá un médico en disposición de visitarlo en el momento que entre por la puerta. Cuando estas expectativas no se cumplen, la satisfacción del paciente disminuye significativamente (165). Los pacientes que acuden al servicio de urgencias, frecuentemente sobreestiman la urgencia de su necesidad de cuidados por lo que a menudo pueden percibir el tiempo de espera como demasiado largo (6). El paciente confía que se le informe de un tiempo de espera preciso en el triaje, que se le preste un servicio de elevada calidad y un diagnóstico definitivo; pero lo que muchas veces percibe son las conversaciones personales de los trabajadores y que se les deja solos en las salas de espera o de tratamiento sin información (8).

En España, la demanda en los servicios de urgencias ha ido aumentando a lo largo de los años, pasando de unos 18 millones de urgencias en 1977 a 26,2 millones en 2008 (166), aunque en los últimos tres años se ha observado un ligero descenso del número de urgencias hospitalarias en Cataluña (167). Las causas que originan el aumento de la demanda son múltiples: como el incremento demográfico, el desarrollo de la sanidad pública, el nivel educacional de la población, la ansiedad del paciente y la falta de educación sanitaria en el uso de los servicios de urgencias hospitalarios (168). En este sentido, existe una importante proporción de visitas inadecuadas (entre el 27 y 38%), con consecuencias negativas que afectan tanto a la calidad como al coste de la asistencia (169). Pasarín et al, describen estas consecuencias negativas que serían por un lado el hecho de atender visitas propias de atención primaria y de otros niveles no urgentes de atención lo cual no facilita la continuidad asistencial ni la recepción de prácticas preventivas además de dificultar la atención de las enfermedades graves, y por otro lado el coste estimado de una misma enfermedad no urgente atendida en el servicio de urgencias hospitalario es entre 2,5 y 3 veces superior que si se atiende en una consulta no urgente (170).

Algunas de las singularidades de los servicios de urgencias hospitalarios son el aumento de la frecuentación, la poca adecuación de la utilización del servicio, el hecho de que éste sea en muchas ocasiones el primer punto de contacto entre el usuario y el sistema, y el ser una importante fuente de reclamaciones (67,171). El servicio de urgencias es sin lugar a duda, el servicio más complejo de un hospital, ya que debe estar preparado para dar respuesta a problemas de salud muy diversos, a los periodos de alta afluencia, a los incrementos de demanda estacionales o a las emergencias colectivas y a las catástrofes. Además debe estar coordinado con diferentes servicios hospitalarios como el área quirúrgica, laboratorio, radiología, etc. (172).

Los servicios de urgencias son servicios que difieren del resto de áreas del hospital en varios aspectos, uno de ellos es que mantienen una carga de trabajo constantes, por lo que normalmente mantienen la misma cantidad de recursos tanto humanos como técnicos a lo largo del tiempo (97). Son servicios con altos niveles de tensión, con ritmos de trabajo exigentes y con alta afluencia de pacientes (77). Además son de estructura reducida en frente a la demanda, habitualmente con menos personal del necesario y centrado en procedimientos de décadas anteriores (2), y finalmente son servicios con dificultades en la organización ya que hay una heterogeneidad de colectivos que trabajan en ellos que se deben coordinar, además presentan la dificultad añadida de que es el paciente quien decide cuándo y en qué servicio consultar. También el hecho de que tengan una accesibilidad las 24 horas del día hacen que la demanda a veces pueda ser excesiva y sean una de las causas de saturación del servicio (172).

En relación a las características específicas, cuando una persona entra en el servicio de urgencias, el primer proceso que encuentra es el triaje (2,166,173), sistema de clasificación de pacientes que tiene como finalidad mejorar la seguridad del paciente durante su espera eventual para ser atendido (166). El triaje está aceptado como un ámbito de gestión enfermera y es definido en el DOGC 6412 del 8/7/2013 (174) como la estrategia que agiliza, de forma ordenada, la atención de las personas que acuden a un servicio de urgencias, de forma que sean atendidas con la máxima celeridad y garantía, teniendo especial atención a aquellas en las que la gravedad de la situación compromete la salud (174). Este sistema de clasificación está realizado en España por profesionales de enfermería en el 77,6% de los hospitales y en Cataluña por más del 80% (166,175), por lo que la impresión que da la enfermera influenciará la experiencia del paciente en el servicio (173). Los sistemas de triaje son una herramienta de gestión para los responsables del servicio de urgencias, tanto día a día, como en la planificación de necesidades futuras estructurales (172). El sistema de triaje más utilizado en España es el MAT-SET (Modelo Andorrano de Triage - Sistema Español de Triage) que clasifica a los pacientes en cinco categorías según el tiempo aproximado de espera (tabla 1.1) (166). En Cataluña este modelo de triaje ha sido adoptado por parte del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña como el sistema recomendado en todos los hospitales de la red pública catalana a recomendación de la *Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències* (175,176). Este sistema lo utilizan el 63,9% de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña y requiere una formación específica del personal que lo utiliza (175). Es un sistema con una asignación objetiva y reproducible que

permite una mayor equidad y una mejor asignación de los recursos estructurales y humanos, así como un mayor índice de resolución (176), pero el nivel de triaje no es sinónimo de grado de complejidad (175).

Tabla 1.1 Sistema de triaje MAT-SET*

Prioridad	Tiempo de actuación
Crítico-Nivel I	Inmediato
Emergencia-Nivel II	Inmediato para enfermería / 7 minutos médico
Urgencia-Nivel III	15 minutos
Estándar-Nivel IV	30 minutos
No urgente-Nivel V	40 minutos

*Adaptada de Sánchez Bermejo et al. (166)

La investigación en el triaje históricamente se ha centrado más en la seguridad y las escalas de categorización que en la perspectiva del paciente respecto a la enfermera de triaje. En un estudio se observó que sólo una tercera parte de los encuestados fueron informados del tiempo de espera desde el triaje, lo cual es un factor importante en la satisfacción del paciente (173). En el año 2008, se estudió en Cataluña la percepción de los usuarios de los servicios de urgencias que tenían un sistema de triaje implantado comparándolos con los que no lo tenían. Aunque los sistemas de triaje suponen una atención más adecuada, segura y eficiente, el estudio no demostró diferencias significativas entre los centros que lo habían implantado y los que no, los que podría hacer pensar que la implantación de procedimientos de triaje no modifica la percepción de la calidad del servicio (64).

La implantación de este sistema de triaje puede permitir el cambio de modelo de atención en urgencias, pasando de un modelo de multiespecialista (instaurado mayoritariamente en los países que no tienen la especialidad de medicina de urgencias) a un modelo “*emergency room*” donde los médicos de urgencias asisten y estabilizan inicialmente a todos los pacientes independientemente del motivo de consulta (modelo establecido en países con esta especialidad). El segundo sistema ha demostrado ser más eficiente que el primero (176).

Una vez los pacientes han sido clasificados (estudio realizado al 96,3% de los hospitales con urgencias 24 horas de Cataluña), se les atiende preferentemente en un modelo mixto de asistencia según la categoría de triaje y la especialidad de la consulta. En cambio, en los países donde existe la especialidad de medicina de urgencias, los circuitos se basan exclusivamente en la priorización del triaje (175).

La estancia de los usuarios en el servicio de urgencias puede llegar hasta las seis horas o más, mientras que el tiempo efectivo de asistencia no suele superar las dos

horas. El tiempo de estancia incluye la espera hasta la primera consulta, las pruebas diagnósticas y la segunda consulta de diagnóstico o tratamiento en la que se puede informar del destino del paciente (177). Un 84,8% de los servicios de urgencias de Cataluña permiten el acompañamiento permanente de los pacientes en la primera asistencia y el 59,5% en el área de observación, tratamiento u observación (178).

Otras características específicas de los servicios de urgencias a considerar, son el claro ascenso de pacientes complejos con reagudizaciones de enfermedades crónicas que permanecen más tiempo en los servicios de urgencias hospitalarios (178). También es frecuente encontrar pacientes que permanecen en urgencias aunque tengan una petición de ingreso escrita, hasta que tienen una cama disponible. Estos pacientes se consideran ingresados, pero son atendidos por el personal de urgencias, que también debe cuidar los pacientes propios del servicio. Esto afecta a la capacidad del mismo porque reduce el número de camas disponibles en urgencias. Estos pacientes tienen una mayor morbimortalidad, mayores estancias hospitalarias, un inadecuado control del dolor y un menor cuidado en general. La seguridad del paciente es menor en el servicio de urgencias, ya que el ratio enfermera-paciente suele ser superior al de una planta de hospitalización (179).

Además, debe considerarse que la saturación de los servicios de urgencias afecta negativamente a la seguridad del paciente, a la calidad de los cuidados y a la satisfacción del paciente (180). La saturación de los servicios de urgencias puede ser debida a una obstrucción de los flujos de pacientes, es decir, a la inhabilidad de mover los pacientes ingresados en el tiempo adecuado (179). La falta de camas para el ingreso de los pacientes del servicio de urgencias es una de las causas de la saturación, la existencia de dispositivos asistenciales como las unidades de corta estancia pueden ser una de las medidas a tener en cuenta al abordar sus posibles soluciones, pero en España solo el 11,3% de los hospitales disponen de este tipo de unidad (181). Se han propuesto algunas soluciones para los casos de saturación de los servicios de urgencias, con medidas utilizadas para mejorar la capacidad de asistencia, como el doblar los boxes de consulta, ubicar a los pacientes que ya han recibido la primera asistencia o a los que tienen el alta hospitalaria fuera de los boxes, no permitir descargar ambulancias o derivar pacientes a otros centros (178).

Considerar, finalmente, entre las características de los servicios de urgencias, el número de personal que trabaja en el servicio de urgencias que varía en función de

la actividad del servicio, siendo los servicios con más afluencia de visitas los que tienen más personal. Se debe tener en cuenta que el ritmo de visitas al servicio de urgencias presenta grandes fluctuaciones a lo largo del día, habitualmente con dos picos entre las 11 y 13 horas y entre las 17 y 20 horas, pero la dotación de médicos y enfermeras se mantiene constante con escasas fluctuaciones. El 63,3% de los responsables de los servicios de urgencias consideran que la cantidad de personal médico es suficiente y el 46,8% que lo es el de enfermería. En el 35,4% de los servicios de urgencias de Cataluña acoge y gestiona una base del Sistema de Emergencias Médicas, y el 37,7% de los médicos y el 42,9% de los enfermeros que trabajan en ellos dan soporte asistencial al servicio de urgencias hospitalario (175).

2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 Hipótesis

La satisfacción de los pacientes y acompañantes del servicio de urgencias es una medida de la calidad de los servicios prestados y un factor que influye tanto en la elección del servicio por parte de los usuarios como en el cumplimiento de los tratamientos prescritos. Además, la satisfacción de los usuarios se relaciona con la satisfacción de los profesionales y ello conlleva a un mayor rendimiento, productividad y calidad de la asistencia sanitaria. Sin embargo, cuando un profesional no está satisfecho y presenta niveles de estrés elevado de forma crónica puede desarrollar el síndrome de *burnout* en el trabajo o síndrome de desgaste profesional que puede repercutir negativamente tanto en el profesional como en la organización. Es a partir de estas afirmaciones que el presente estudio plantea dos hipótesis:

1. La satisfacción de pacientes, acompañantes y profesionales en el servicio de urgencias es elevada
2. Los profesionales con mayor satisfacción laboral presentan un menor nivel de desgaste profesional o *burnout*.

2.2 Objetivo general

El Objetivo general de la presente investigación es analizar el nivel de satisfacción de pacientes, acompañantes y profesionales del servicio de urgencias

2.3 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes y acompañantes del servicio de urgencias y conocer su relación con el nivel de satisfacción
2. Describir el nivel de clasificación de los pacientes en función del sistema de clasificación o triaje MAT-SET, la presencia de dolor y su relación con la satisfacción
3. Estudiar el nivel de satisfacción de pacientes y acompañantes en función del nivel de optimismo percibido
4. Conocer la relación entre el tiempo de espera y la satisfacción de pacientes y acompañantes

5. Estudiar los factores asociados a la satisfacción de los pacientes y acompañantes del servicio de urgencias
6. Analizar los comentarios de los pacientes y acompañantes reflejados en la encuesta de satisfacción y analizar las reclamaciones de los usuarios del servicio de urgencias en el año en que se ha realizado la encuesta de satisfacción
7. Describir las características sociodemográficas y laborales de los profesionales del servicio de urgencias y conocer su relación con el nivel de satisfacción laboral
8. Conocer el nivel de optimismo de los profesionales y su relación con la satisfacción laboral
9. Analizar el nivel de *burnout* de los profesionales del servicio de urgencias y relacionarlo con las variables sociodemográficas, laborales y con la satisfacción laboral
10. Estudiar los factores asociados a la satisfacción de los profesionales del servicio de urgencias
11. Analizar los comentarios de los profesionales reflejados en la encuesta de satisfacción

3 MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño

Se realizó un estudio descriptivo transversal sobre la satisfacción de los pacientes, acompañantes y profesionales del servicio de urgencias del Hospital de Figueres mediante encuestas, durante los meses de octubre a diciembre de 2012 que aceptaron voluntariamente participar en el estudio. También se realizó un análisis retrospectivo de las reclamaciones recibidas durante el año 2012.

3.2 Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el hospital de Figueres que forma parte de la Fundació Salut Empordà. Comprende un área básica de salud, un centro socio-sanitario y el hospital. El área de influencia de la Fundació Salut Empordà es la comarca de l'Alt Empordà (Girona, España). El hospital, es un hospital general comarcal de nivel B, con 159 camas para la hospitalización de pacientes y está adherido a la Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública (XHUP).

Durante el año 2012 se atendieron 65.071 urgencias en el hospital de Figueres, con una media de 178 visitas diarias, que supusieron 5.894 ingresos hospitalarios y 619 traslados a otros centros. 19.205 pacientes (29,5%) se catalogaron en el triaje de enfermería como nivel 1,2 y 3 según el sistema MAT-SET (166), 41.925 pacientes se catalogaron como nivel 4 y 5 (64,4%) y a 3.941 no se les asignó ningún nivel de triaje (6,1%). El 76% de los pacientes tuvieron una estancia en el servicio de urgencias de menos de 4 horas, el 18% estuvieron entre 4 y 12 horas, el 3% más de 12 horas y el 2% más de 24 horas (182).

Durante el periodo de estudio, trabajaron en el hospital 686 profesionales, 578 (84,3%) de los cuales tenían un contrato indefinido. Por categorías profesionales, de los 686 profesionales, 252 (36,7%) eran diplomados asistenciales, 124 (18,1%) técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, 160 (23,3%) licenciados, 60 (8,7%) auxiliares administrativos, 43 (6,3%) técnicos asistenciales, 18 (2,6%) técnicos no asistenciales, 18 (2,6%) celadores y 11 (1,6%) técnicos de oficio.

3.3 Participantes

La población de estudio está compuesta por los pacientes y sus acompañantes que fueron visitados en el servicio de urgencias durante los meses de octubre a

diciembre de 2012 y por los profesionales que trabajaron en el servicio durante el mismo periodo. También se analizaron las reclamaciones de los usuarios en el servicio durante el año en el que se realizó el estudio.

Se incluyeron todos los pacientes que se visitaron en el servicio de urgencias mayores de 18 años. Se excluyó a los pacientes residentes fuera del territorio español, a aquellos que abandonaron el servicio sin ser visitados, a aquellos que sólo precisaron un cuidado enfermero, a las pacientes que se visitaron en sala de partos sin pasar por el servicio de urgencias y a los trabajadores del hospital que se visitaron en el servicio. En el caso de que el paciente seleccionado hubiese fallecido durante el episodio, se envió una carta dirigida a los familiares expresando las condolencias y explicando la finalidad del estudio.

El cálculo del tamaño muestral se realizó considerando una diferencia de 10 puntos respecto a los resultados obtenidos en el estudio de González et al. (72), de modo que para obtener una potencia de 80% con un nivel de significación de 0,05 se requerían 194 pacientes o acompañantes, calculando unas pérdidas de respuesta del 40%.

El muestreo fue probabilístico mediante una selección de los pacientes de forma aleatoria a partir de cuatro tablas de números aleatorios del censo diario de urgencias durante tres meses naturales.

Para realizar la selección de los pacientes y utilizar los datos personales de la historia clínica, se necesitó una clave de acceso al programa informático del hospital, garantizando la confidencialidad de los datos utilizados.

Respecto a los profesionales del servicio de urgencias, en el servicio trabajaron 114 profesionales durante los meses de estudio, de los cuales 50 (43,9%) eran enfermeros/as, 31 (27,2%) médicos, 16 (14,0%) auxiliares administrativos, 9 (7,9%) técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y 8 (7,0%) celadores. Se incluyeron todos los profesionales que trabajaron en el servicio durante los meses de estudio. Se excluyeron a todos los que estuvieron de baja laboral durante los tres meses que duró la recogida de datos.

3.4 Variables e instrumentos

Pacientes y acompañantes

Las variables estudiadas en primer lugar fueron las sociodemográficas: la edad (en años), la nacionalidad (campo libre), el sexo (hombre o mujer), el estado civil (casado o en pareja, soltero/a, viudo/a, divorciado/a), el nivel de estudios (sin estudios, graduado escolar o ESO, formación profesional o bachillerato, formación

universitaria), la ocupación (estudiante, tareas del hogar, empleado, autónomo, desempleado, jubilado) y la valoración subjetiva de la situación económica actual (en una escala de 0 a 10 dónde 0 era la peor puntuación posible y 10 la mejor posible).

Se estudiaron otras variables: el nivel de optimismo percibido (en una escala de 0 a 10 dónde 0 era la peor puntuación posible y 10 la mejor posible), el dolor (tenía dolor cuando acudió a urgencias? con dos respuestas posibles: sí o no) y si este dolor fue controlado adecuadamente durante la estancia en el servicio mediante una escala de tipo Likert (no nada, un poco pero no del todo, bastante pero no del todo, sí completamente), la satisfacción global subjetiva de la visita a urgencias (en una escala de 0 a 10 dónde 0 era la peor puntuación posible y 10 la mejor posible), el tiempo de espera hasta que le atendió por primera vez la enfermera (en minutos), la percepción de este tiempo de espera mediante una escala de tipo Likert (muy poco, poco, adecuado, elevado, extremadamente elevado), el tiempo de espera hasta que le atendió el médico (en minutos), la percepción del tiempo de espera médico mediante una escala de tipo Likert (muy poco, poco, adecuado, elevado, extremadamente elevado), la información del tiempo aproximado de espera (sí o no recibieron información) y si recomendarían el servicio de urgencias a un familiar o amigo (sí o no).

Se administró la encuesta de satisfacción validada por González et al. (71) que constaba de 34 preguntas divididas en 6 dominios: información y comunicación con el médico, trato o cuidados enfermeros, bienestar y confort, visitas, intimidad y limpieza.

El dominio de información y comunicación con el médico incluía 12 ítems: información por parte de los médicos, explicación de la enfermedad y pruebas, uso de palabras técnicas por parte de los médicos, interés del médico por las preguntas del paciente, trato por parte de los médicos, competencia de los médicos, atención y escucha por parte de los médicos, necesidad de preguntar por la condición de salud por parte del paciente, explicaciones sobre el tratamiento, explicaciones al alta, informe de alta, valoración general de la información.

El dominio de trato o cuidados enfermeros incluía 8 ítems: explicaciones sobre la enfermedad, interés en responder las preguntas de los pacientes, cuidados por parte de las enfermeras, empatía de las enfermeras, trato de las enfermeras, competencia de las enfermeras, órdenes contradictorias, trato respetuoso del personal.

El dominio de bienestar y confort con 6 ítems: problemas para dormir por motivos ambientales, hora en que le despertaban por la mañana, condiciones de la consulta/box, comodidad de la consulta/box para la familia, calidad de la comida, condiciones físicas generales de urgencias.

El dominio de visitas con 4 ítems: horarios de visita, tiempo de estancia de las vistas, cantidad de visitas, molestias de las visitas.

El dominio de intimidad con 2 ítems: privacidad durante exploraciones o pruebas, privacidad en el camino a las pruebas. Y finalmente el dominio de limpieza con 2 ítems: limpieza del cuarto de baño, limpieza de la consulta/box.

Se adaptó la encuesta al servicio de urgencias, cambiando la palabra habitación por consulta/box.

Para analizar las respuestas a la encuesta, la puntuación de cada dominio se transformó de forma lineal de 0 a 100 puntos, donde 0 indicaba el mínimo grado de satisfacción y 100 el máximo (71,72,90).

En los dominios bienestar y confort e intimidad se excluyeron las respuestas que no eran valorables de la encuesta (intimidad: no me tuve que desnudar y no me sacaron de la consulta para ninguna prueba; bienestar y confort: no me dieron comida).

Al final de la encuesta se incluyó un espacio para que se pudieran realizar comentarios o propuestas de mejora, que se describieron de forma cualitativa.

Paralelamente, se recogieron datos de la historia clínica para poder realizar el análisis con las respuestas de pacientes y acompañantes. Las variables que se recogieron fueron: la fecha de nacimiento, fecha de la visita, hora de entrada a urgencias, hora registrada informáticamente del triaje de enfermería, nivel de triaje (en una escala de 1 a 5 según la clasificación MAT-SET) (166), hora en que el médico se asignó informáticamente al paciente, fecha y hora de alta del servicio, diagnóstico médico final del paciente según la clasificación internacional de enfermedades CIE 10 (183), tiempo total de estancia en urgencias y el destino del paciente (alta, ingreso, traslado a otro hospital, exitus, quirófano). En el caso de los acompañantes, se utilizaron los datos de la visita del paciente. El tiempo total de estancia en urgencias se calculó a partir de la fecha y hora de entrada y la fecha y hora de alta del servicio.

Finalmente, para estudiar los factores asociados a la satisfacción, se recodificó la variable de satisfacción global numérica en dos categorías, menos satisfechos que incluía a aquellos usuarios que puntuaron la satisfacción entre 0 y 7 puntos; y más satisfechos que incluía a los que puntuaron la satisfacción global del servicio entre 8 y 10 puntos. También se recodificó la variable control del dolor en dos categorías, control de dolor (que incluía sí completamente y bastante pero no del todo) y no control del dolor (que incluía no nada y un poco pero no del todo).

En cuanto a las quejas o reclamaciones, se recogieron de la intranet del hospital las recibidas en el servicio de urgencias durante el año 2012, clasificadas en 6 ítems establecidos por el Servei Català de Salut: asistenciales, trato, información, organización y trámites, hostelería y documentación. Las reclamaciones asistenciales contenían: confusión o error, confusión o error de diagnóstico, desacuerdo con el alta, insatisfacción con la asistencia y otros. Las reclamaciones de trato contenían el trato personal inadecuado. Las reclamaciones de información contenían: desacuerdo con el contenido de la información, de la información de diagnóstico, de la información del trámite, de la información de la prueba complementaria y la falta de confidencialidad y otros. Las reclamaciones de organización y trámites contenían: agendas de programación cerradas, deficiencias en el traslado, demora excesiva en la espera en la atención a urgencias, por la lista de espera, por la lista de espera consultas, por la lista de espera de ingreso, por la lista de espera por exploración complementaria, por la lista de espera por intervención quirúrgica, por el tratamiento no quirúrgico, y desacuerdo con el cambio de asignación de médico, error o cambio de programación o administrativa, incumplimiento de normas, incumplimiento de horario o retraso en la consulta, falta de control en las visitas de los acompañantes, falta de coordinación, falta de personal, pérdida de objeto personal, problemas de comunicación telefónica, suspensión de la consulta o intervención quirúrgica y otros. Las reclamaciones de hostelería contenían los problemas con la cafetería o máquinas expendedoras, y finalmente, las reclamaciones de documentación contenían la denegación de certificados (182).

Profesionales

Las variables sociodemográficas estudiadas de los profesionales fueron: la edad, el sexo, el estado civil (casado o en pareja, soltero/a, viudo/a, divorciado/a) y el número de hijos (campo libre). El estado civil se agrupó en dos categorías para su análisis posterior (casado o en pareja y otros). Se preguntó el nivel de optimismo percibido (en una escala de 0 a 10 donde 0 era la peor puntuación posible y 10 la mejor posible).

Las variables laborales estudiadas fueron: la categoría profesional (médico, enfermera, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, administrativo, celador) la situación laboral (contrato fijo o eventual), el turno de trabajo (mañanas, tardes, noches, corretornos, días y noches alternos), la antigüedad en el servicio de urgencias (en años) y la satisfacción laboral (en una escala de 0 a 10, siendo 10 la mayor puntuación posible). El turno de trabajo se agrupó para los análisis

posteriores en cuatro categorías: mañanas, tardes, noches y turnos alternos (que incluía los correturnos y los días y noches alternos).

Se administró el Cuestionario de Incentivos Laborales de Herzberg, que contenía un total de 12 incentivos que se debían clasificar del 1 al 12 en función del interés personal del profesional. El 1 corresponde al incentivo preferido en primer lugar y así sucesivamente hasta el número 12 que sería el incentivo preferido en último lugar, por lo que una puntuación menor del incentivo, representa que es más valorado por el profesional (134). Es un instrumento que hasta el momento no tenemos constancia de su validación, previo contacto con el autor del artículo. Los incentivos del cuestionario son: buenas condiciones físicas de trabajo; jornada laboral cómoda; buen salario; jefe directo competente y justo; posibilidad de promoción en la empresa; formación a cargo de la empresa; beneficios y obras sociales proporcionados por la empresa; vacaciones y días libres; trabajo seguro; trabajo interesante; compañeros de trabajo agradables; iniciativa, autonomía y responsabilidad (134).

El siguiente cuestionario administrado fue la Escala General de Satisfacción (134,184), validado en Español (184), que consta de 15 ítems, cada uno de ellos permite 7 respuestas diferentes (muy insatisfactorio, insatisfactorio, moderadamente insatisfactorio, ni satisfactorio ni insatisfactorio, moderadamente satisfactorio, satisfactorio y muy satisfactorio). Asignando un valor de 1 a muy insatisfactorio y consecutivamente hasta asignar un valor de 7 a muy satisfactorio. En la descripción de las respuestas cualitativas de los profesionales, se han agrupado las respuestas en tres categorías (insatisfactorio, ni satisfactorio ni insatisfactorio, satisfactorio).

Los ítems de la escala son: condiciones físicas de trabajo; libertad para elegir tu propio método de trabajo; tus compañeros de trabajo; reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho; tu superior inmediato; responsabilidad que se te ha asignado; tu salario; la posibilidad de utilizar tus capacidades; relaciones entre dirección y trabajadores de la empresa; tus posibilidades de promocionar; el modo en que tu servicio está gestionado; la atención que se presta a las sugerencias que haces; tu horario de trabajo; la variedad de tareas que realizas en tu trabajo; tu estabilidad en el empleo.

Había que elegir una sola respuesta para cada uno de los ítems. De la suma de estas respuestas se obtienen tres puntuaciones correspondientes a la satisfacción general, satisfacción intrínseca y satisfacción extrínseca.

La satisfacción general puede oscilar entre una puntuación de 15 a 105 puntos, de manera que a mayor puntuación refleja una mayor satisfacción general, y se comprende de la suma de todos los ítems.

La satisfacción intrínseca está compuesta por siete ítems (libertad para elegir tu propio método de trabajo; reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho; responsabilidad que se te ha asignado; la posibilidad de utilizar tus capacidades; tus posibilidades de promocionar; la atención que se presta a las sugerencias que haces; y la variedad de tareas que realizas en tu trabajo), las puntuaciones oscilan de 7 a 49.

La satisfacción extrínseca está constituida por ocho ítems (condiciones físicas de trabajo; tus compañeros de trabajo; tu superior inmediato; tu salario; relaciones entre dirección y trabajadores de la empresa; el modo en que tu servicio está gestionado; tu horario de trabajo; y tu estabilidad en el empleo) la puntuación oscila entre 8 y 56 (134,184).

Finalmente, se administró el Maslach Burnout Inventory (MBI), para poder conocer el nivel de *burnout* de los trabajadores. Consta de 22 ítems divididos en tres dimensiones que se valoran con una escala tipo Likert, se trata de un instrumento validado para su uso en profesionales de la salud (185).

La dimensión de Agotamiento Emocional (*Emotional Exhaustion, EE*) está formada por 9 ítems que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo; la dimensión de Despersonalización (*Despersonalization, D*) está formada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención; y la dimensión de Realización Personal en el trabajo (*Personal Accomplishment, PA*) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo. En esta última dimensión los valores bajos son indicativos de *burnout* (185).

La clasificación en nivel bajo, medio y alto para cada dimensión del *burnout* se ha realizado utilizando puntos de corte según los resultados obtenidos de la presente muestra (141,186). Para obtener los puntos de corte para cada dimensión se han dividido los resultados en tertiles. En el agotamiento emocional los puntos de corte se han situado entre 13,1 y 20,9 (es bajo si la puntuación es inferior o igual a 13 y alto si es superior o igual a 21), en la despersonalización se han situado entre 5,1 y 8,9 (las puntuaciones inferiores o iguales a 5 son bajas y las superiores o iguales a 9 son altas) y en la realización personal se han situado entre 31,1 y 38,9 (puntuaciones inferiores o iguales a 31 son bajas, y las superiores o iguales a 39 son altas). Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada dimensión y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen (187).

Cuando un profesional no respondió a una pregunta del cuestionario, la dimensión de la encuesta que contenía esa pregunta no se valoró en el análisis de los datos. Para comparar los profesionales más satisfechos con los menos satisfechos se recodificó la variable satisfacción laboral en dos categorías, los menos satisfechos con puntuaciones de 0 a 6 y los más satisfechos con puntuaciones de 7 a 10. Al final de la encuesta se incluyó un espacio para que se pudieran realizar comentarios o propuestas de mejora, que se describió de forma cualitativa.

3.5 Recogida de datos y procedimientos

Los datos se recogieron durante los meses de octubre a diciembre de 2012 a través de encuestas a pacientes, acompañantes visitados en el servicio de urgencias y a los profesionales que trabajaron en el servicio los meses de estudio.

A los pacientes se les informó a través de carteles informativos y folletos durante su estancia en urgencias de la realización del estudio y de la posible recepción en su domicilio de una encuesta de satisfacción.

Se envió una encuesta de satisfacción a los pacientes seleccionados en formato de correo ordinario. Al principio de la encuesta, había un ítem para seleccionar si el que respondía era el paciente o el acompañante. Si éste era el acompañante se le preguntó sobre el nivel de parentesco con el paciente. Aquellos en los que respondían conjuntamente paciente y acompañantes se trató el caso como si la respuesta fuera del paciente.

Para conocer los datos postales del paciente se recopiló la información del programa informático del hospital (nombre y apellidos, dirección postal y número de teléfono), número de historia clínica y episodio de urgencias (para poder recuperar la información de la visita en caso de ser necesario).

A todos los pacientes seleccionados se les envió dentro de los 10 días siguientes a la visita, una carta al domicilio que contenía una hoja de información al paciente (anexo I), un consentimiento informado (anexo II), una encuesta sociodemográfica, una encuesta de satisfacción (anexo III) y un sobre prepago para devolverlo al hospital.

Al mes del primer envío, se envió una carta recordatoria a todos aquellos que no contestaron a la encuesta. Debido a la baja tasa de respuestas, se contactó por vía telefónica con los pacientes seleccionados que no respondieron para constatar si tenían algún tipo de problema al contestar la encuesta y para averiguar si era necesario un tercer envío. A todos los que accedieron a contestar, se les envió otra vez el cuestionario con un nuevo sobre prepago.

Las reclamaciones recibidas durante el año en curso a la recogida de datos se recopilaron de la intranet del hospital en el apartado de listado de actividad.

Se realizó una encuesta anónima a todos los trabajadores del servicio de urgencias (médicos, enfermeras, celadores, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos). Para la recogida de datos de los trabajadores se envió un correo electrónico a todos los trabajadores del servicio de urgencias, explicando el objetivo del estudio, como contestar a las encuestas y dónde dejarlas una vez respondidas.

Se colocaron tres puntos de encuestas y buzones de recogida en admisión de urgencias, en el despacho de médicos y en el control de enfermería durante los meses de octubre a diciembre de 2012. Se dejó en la zona de encuestas la carta de información al profesional (anexo IV), el consentimiento informado (anexo V) y el cuaderno de recogida de datos (anexo VI).

Se envió por correo electrónico un recordatorio a los 15 días de inicio y otro la semana anterior a la finalización de la recogida de datos.

3.6 Consideraciones éticas

Este proyecto respeta la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de ética de referencia (Comité de Ética e Investigación Clínica Hospital Josep Trueta de Girona-CEIC) y por la comisión de investigación del Hospital de Figueres antes de iniciar el estudio.

Se han respetado los principios éticos de investigación vigentes según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y el documento de consenso de las buenas prácticas clínicas (BPC) y se ha mantenido la confidencialidad de los datos de los pacientes y profesionales en todo momento.

3.7 Análisis estadístico

Los datos se recogieron en una hoja de cálculo de microsoft Excel® y se analizaron a través del paquete estadístico IBM SPSS Statistics ® V19.

Las variables numéricas se describen con la media y desviación estándar o la mediana y rango intercuartílico, en los casos que el rango intercuartílico no fuera valorable por tener pocos casos se obvió. Las variables categóricas se describieron

en frecuencias y/o porcentajes. Para describir la posición más frecuente de los incentivos laborales se utilizó la moda.

Para estudiar la relación entre las variables que cumplieran criterios de normalidad, se utilizaron la T-Student y Anova para comparar las variables cuantitativas con cualitativas, la correlación de Pearson en las cuantitativas y el test de Chi-Cuadrado para las variables categóricas. En las variables que no cumplieran los criterios de normalidad se utilizaron las pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y test de Kruskal-Wallis para comparar las variables cuantitativas con cualitativas, la Rho de Spearman en las cuantitativas, la prueba de Wilcoxon para comparar medias apareadas y el test exacto de Fisher para estudiar la asociación entre dos variables dicotómicas.

Se realizó un modelo de regresión binaria para estudiar los factores asociados a la satisfacción de los pacientes y acompañantes del servicio de urgencias ajustado por edad, sexo y nivel de optimismo; y un modelo de regresión lineal múltiple para estudiar los factores asociados a la satisfacción de los trabajadores, ajustado por las dimensiones del MBI y por el nivel de optimismo. Como nivel de significación estadística se consideró un valor de $p < 0,05$.

4 RESULTADOS

Durante los tres meses de recogida de datos se visitaron a un total de 15.273 pacientes, de los cuales 5.116 se visitaron en el mes de octubre con una media diaria de 165 visitas, en noviembre se realizaron 4.886 visitas con una media diaria de 163 y en diciembre 5.271 con una media de 170 visitas al día. De todos ellos, se seleccionaron de forma aleatoria a 1.526 pacientes. Al aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se incluyeron 864 pacientes y se excluyeron 662, recibiendo un total de 285 respuestas (tasa de respuesta del 33,0%), de las cuales 221 (77,5%) correspondían a pacientes, 62 (21,8%) a acompañantes y 2 (0,7%) no se identificaron como paciente o acompañante. El 47,3% respondieron al primer envío, el 15,6% respondieron al enviarles el recordatorio, el 37,1% respondieron al tercer envío. Los análisis de los resultados en función del momento de respuesta no demostraron ser estadísticamente diferentes.

De los pacientes excluidos, 612 (92,4%) no cumplían los criterios de inclusión [360 pacientes eran menores de 18 años, 116 abandonaron el servicio sin ser visitados, 55 fueron atendidos sólo por enfermería, 47 fueron directamente a sala de partos sin pasar por urgencias y 34 residían en el extranjero], y 50 (7,6%) pacientes no se incluyeron por otros motivos [40 resultaron tener direcciones postales erróneas lo que impidió el contacto con ellos, 3 pacientes fueron atendidos en el domicilio por lo que no visitaron el servicio, 3 pacientes se visitaron dos veces el mismo día, 3 no tenían dirección disponible y 1 paciente estaba detenido por la policía y siguió un circuito de atención diferente].

En relación a los 114 profesionales que trabajaron en el servicio de urgencias durante los meses de estudio, respondieron 81 (71,0%) de las siguientes categorías profesionales: 36 (44,5%) enfermeros/as, 23 (28,4%) médicos, 10 (12,3%) auxiliares administrativos, 7 (8,6%) técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y 5 (6,2%) celadores.

A continuación se exponen los resultados en función de los objetivos planteados en dos grandes grupos, usuarios (pacientes y acompañantes) y profesionales.

4.1 Pacientes y acompañantes

Características sociodemográficas de los pacientes y acompañantes del servicio de urgencias del Hospital de Figueres y su relación con el nivel de satisfacción

Características sociodemográficas

Durante el periodo estudiado, del 1 de octubre al 31 de diciembre de 2012, se analizaron los datos de pacientes y acompañantes que visitaron el servicio de urgencias. Las características se describen en la tabla 4.1. La **edad** media de las personas que respondieron a la encuesta fue de 54,6 años (DE=18,3). La edad media de los 221 pacientes, fue de 55,3 años (DE=18,6), y la edad media de los acompañantes (n:36), fue de 50,6 años (DE=15,2). No se hallaron diferencias en la edad media entre ambos grupos (prueba t de Student, $p=0,150$). La mayoría de los acompañantes que respondieron fueron hijos de los pacientes (62,9%).

De todos los encuestados, el 53,6% fueron mujeres. El estado civil de las personas estudiadas (n:282) fue mayoritariamente casado o en pareja (68,8%); la nacionalidad de pacientes y acompañantes (n:261) fue en un 85,1% española, un 6,5% marroquí y el 8,4% restante de otras nacionalidades.

La ocupación de los participantes (n:279) fue en primer lugar jubilados (38,7%), seguido de empleados (26,5%) y de desempleados (15,8%). El 20,4% de los participantes no tenían estudios, el 45,5% tenían estudios primarios (graduado escolar/ ESO), el 24,2% estudios secundarios (formación profesional/ bachillerato) y el 9,4% estudios universitarios (n respuestas:277).

La puntuación media de la escala de valoración de la situación económica subjetiva (n:271) fue de 4,5 (DE=2,3) y la mediana de 5 (RIC=3). Esta puntuación no fue diferente según si la persona que respondía era el paciente (n:212) con una media de 4,4 (DE=2,3) y una mediana de 5 (RIC=3) o el acompañante (n:57) con una media de 4,7 (DE=2,2) y una mediana de 5 (RIC=3) aplicando la prueba U de Mann-Whitney ($p=0,410$).

Tabla 4.1 Características sociodemográficas de pacientes y acompañantes

Variable	N (%)
Persona que responde	
Paciente	221 (77,5)
Acompañante	62 (21,8)
No clasificado	2 (0,7)
Sexo	
Hombre	130 (46,4)
Mujer	150 (53,6)
Parentesco con paciente	
Hijo/a	39 (62,9)
Pareja	14 (22,6)
Hermanos/otros	5 (8,1)
Padres/tutores	4 (6,4)
Nacionalidad	
Española	222 (85,0)
Marroquí	17 (6,5)
Senegalesa	4 (1,5)
Francesa	4 (1,5)
Colombiana	2 (0,8)
Rumana	2 (0,8)
Uruguaya	2 (0,8)
Otras	8 (3,1)
Estado civil	
Casado/pareja	194 (68,8)
Soltero	30 (10,6)
Viudo	38 (13,5)
Divorciado	20 (7,1)
Nivel estudios	
Sin estudios	58 (20,9)
Primarios	126 (45,5)
Secundarios	67 (24,2)
Universitarios	26 (9,4)
Ocupación	
Estudiante	5 (1,8)
Tareas del hogar	21 (7,5)
Empleado	74 (26,5)
Autónomo	27 (9,7)
Desempleado	44 (15,8)
Jubilado	108 (38,7)

En la tabla 4.2 se pueden observar las características de pacientes y acompañantes en función del sexo. La edad media de los hombres (n:119) fue de 56,2 años (DE=17,7) y la de las mujeres (n:138) de 53,3 años (DE=18,7), no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres respecto a la edad (prueba t de Student, $p=0,193$). Al analizar la relación con el estado civil, se puede observar una mayor proporción de viudos en el grupo de mujeres y un mayor número de divorciados entre las mujeres de forma significativa mediante la prueba de Chi cuadrado ($\chi^2=12,86$; $p=0,005$). Respecto a la ocupación de los participantes, se observó un mayor porcentaje de mujeres cuya ocupación eran las tareas del hogar en relación a los hombres, un mayor número de estudiantes hombres y una mayor proporción de profesionales autónomos en el grupo de hombres ($\chi^2=16,65$; $p=0,005$), aunque estos resultados se deben interpretar con cautela debido al

incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado. En cambio, el nivel de estudios no demostró diferencias en función del sexo con la prueba de Chi-cuadrado (n:272) ($\chi^2=1,09$; $p=0,779$). Finalmente, la puntuación en la escala de valoración de la situación económica subjetiva tampoco demostró diferencias significativas en función del sexo (prueba U de Mann-Whitney, $p=0,518$).

Tabla 4.2 Características de los pacientes y acompañantes en función del sexo

	Total (n)	Hombre	Mujer	p
N (%)	280	130 (46,4)	150 (53,6)	
Edad media (DE)	257	56,2 (17,7)	53,3 (18,7)	0,193
Estado civil (%)	277	128 (46,2)	149 (53,8)	0,005*
Casado/pareja	191	51,3	48,7	
Soltero	30	50,0	50,0	
Viudo	36	19,4	80,6	
Divorciado	20	40,0	60,0	
Ocupación (%)	274	128 (46,7)	146 (53,3)	0,005*
Estudiante	5	60,0	40,0	
Tareas del hogar	21	9,5	90,5	
Empleado	73	45,2	54,8	
Autónomo	27	66,7	33,3	
Desempleado	44	47,7	52,3	
Jubilado	104	49,0	51,0	
Nivel estudios	272	127 (46,7)	145 (53,3)	0,779*
Si estudios	56	41,1	58,9	
Primarios	125	48,8	51,2	
Secundarios	66	48,5	51,5	
Universitarios	272	46,7	53,3	
Situación económica **	267	4,4 (2,3)	4,6 (2,2)	0,518***
		5,0 (3)	5,0 (3)	

* Prueba de Chi Cuadrado

** Los resultados se expresan en media (DE) y mediana (RIC)

*** Prueba U de Mann-Whitney

El estado civil de las personas estudiadas fue mayoritariamente casado o en pareja (68,8%). Se compararon las medias de edad con el estado civil (n:255), encontrando que los solteros eran los más jóvenes y los viudos los mayores (prueba de ANOVA, $p<0,001$). El 38,7% de los participantes eran jubilados, el 26,5% empleados y el 15,8% desempleados. Se analizó la asociación entre la ocupación y la edad encontrando que los estudiantes eran los más jóvenes y los jubilados los mayores (prueba de ANOVA, $p<0,001$). La mayoría de los encuestados tenían estudios primarios (45,5%). Al analizar la asociación entre el nivel de estudios y la edad (n:251), los que tenían estudios universitarios eran los más jóvenes y los que no tenían estudios los mayores (prueba de ANOVA, $p<0,001$). Al comparar las medias de la puntuación de la situación económica con el estado civil (n:270), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas aunque los divorciados puntuaron inferior que el resto (prueba de Kruskal-Wallis, $p=0,109$). En cambio, al comparar la situación económica entre las distintas ocupaciones, la puntuación más baja fue la

de los desempleados (prueba de Kruskal-Wallis, $p < 0,001$). Al comparar la valoración de la situación económica con el nivel de estudios (n:157), las medias y medianas no fueron diferentes entre los grupos (prueba de Kruskal-Wallis, $p = 0,232$). Los resultados se pueden observar en la tabla 4.3.

Tabla 4.3 Características sociodemográficas de los pacientes y acompañantes según la edad y la valoración de la situación económica subjetiva

	Edad*	p**	Situación económica***	p****
Estado civil				
Casado/pareja	[175] 54,5 (16,3)	<0,001	[185] 5,6 (2,1); 5,0 (3)	0,109
Soltero	[30] 35,0 (16,1)		[29] 4,3 (2,9); 4,0 (4)	
Viudo	[33] 74,5 (11,0)		[36] 4,5 (2,7); 5,0 (3)	
Divorciado	[17] 49,9 (11,7)		[20] 3,4 (2,5); 3,0 (4)	
Ocupación				
Estudiante	[4] 22,2 (2,4)	<0,001	[5] 3,2 (1,9); 4,0 (3)	<0,001
Hogar	[19] 58,4 (16,9)		[19] 4,7 (2,7); 4,0 (3)	
Empleado	[69] 43,2 (11,6)		[74] 5,3 (1,6); 5,0 (2)	
Autónomo	[24] 46,9 (11,9)		[26] 5,4 (2,1); 5,5 (1)	
Desempleado	[44] 43,0 (12,1)		[43] 2,5 (2,2); 2,0 (4)	
Jubilado	[93] 71,7 (10,7)		[101] 4,6 (2,2); 5,0 (3)	
Nivel estudios				
Sin estudios	[51] 62,5 (18,7)	<0,001	[54] 4,37 (2,5); 5,0 (4)	0,232
Primarios	[115] 55,8 (18,9)		[120] 4,3 (2,1); 5,0 (3)	
Secundarios	[61] 49,7 (14,6)		[66] 4,9 (2,3); 5,0 (3)	
Universitarios	[24] 44,2 (14,6)		[25] 4,8 (2,4); 5,0 (3)	

* Los resultados se expresan en [n] y media (DE)

**Prueba de ANOVA

***Los resultados se expresan en [n], media (DE) y mediana (RIC)

**** Prueba Kruskal-Wallis

Se analizó la asociación el nivel de estudios con la ocupación, se encontró un mayor porcentaje de jubilados en el grupo sin estudios (66,7% vs 12,3% de desempleados; 12,3% de personas dedicadas al hogar; 8,8% de empleados). En el grupo con estudios primarios, el 39,2% eran jubilados; el 30,4% empleados; el 15,4% desempleados; el 8,8% personas dedicadas al hogar y el 6,4% profesionales autónomos. En el grupo con estudios secundarios, la mayoría estaban empleados (32,8% vs 22,4% de profesionales autónomos; 22,4% de jubilados; 14,9% de desempleados; 4,5% de personas dedicadas al hogar y un 3% de estudiantes). Los que tenían formación universitaria mayoritariamente estaban empleados (34,6% vs 23,1% de desempleados; 15,4% de profesionales autónomos; 15,4% de jubilados y 11,5% de estudiantes) ($\chi^2=70,92$; $p < 0,001$). Estos resultados se deben interpretar

con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado (figura 4.1).

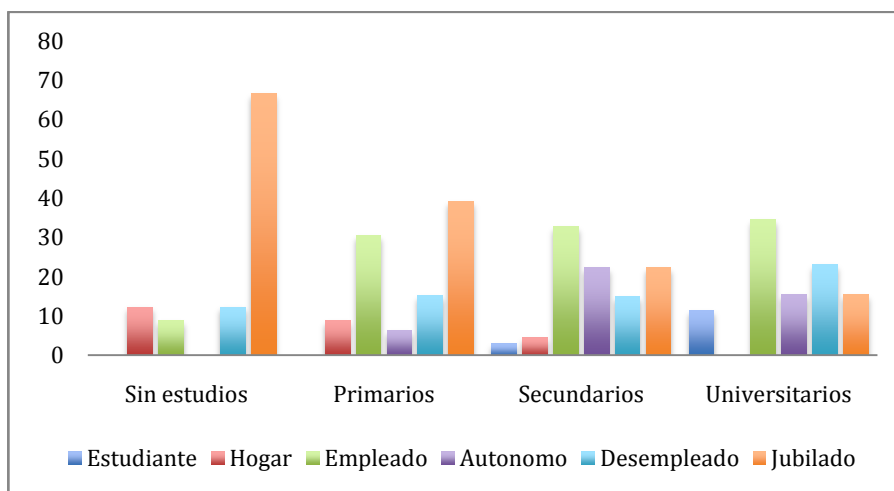


Figura 4.1 Ocupación de pacientes y acompañantes en función del nivel de estudios

Al estudiar la asociación entre el nivel de estudios y el estado civil, la mayoría de los casados tenía estudios primarios (46,9% vs 25% de estudios secundarios; 18,8% sin estudios y 9,4% estudios universitarios). En el grupo de los solteros, el 30% tenían estudios primarios, el 30% estudios secundarios, el 23,3% no tenía estudios y el 16,7% universitarios. Los viudos mayoritariamente tenían estudios primarios (51,4% vs el 37,8% sin estudios, y el 10,8% estudios secundarios). Los divorciados tenían en mayor proporción estudios primarios 44,4% seguido de un 33,3% con estudios secundarios; un 16,7% universitarios y un 5,6% sin estudios ($\chi^2=19,56$; $p=0,021$). Estos resultados se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

Nivel de satisfacción global subjetivo

La media de puntuación de la **satisfacción global subjetiva** con la visita (n:273) fue de 7,6 (DE=2,2) y la mediana de 8 (RIC=2) para pacientes y acompañantes. Los pacientes (n:214) valoraron la satisfacción con una media de 7,6 (DE=2,2) y una mediana de 8 (RIC=2) y los acompañantes (n:57) con una media de 7,5 (DE=2,1) y una mediana de 8 (RIC=3), sin diferencias significativas entre ambas puntuaciones aplicando la prueba U de Mann-Whitney ($p=0,390$) (figura 4.2).

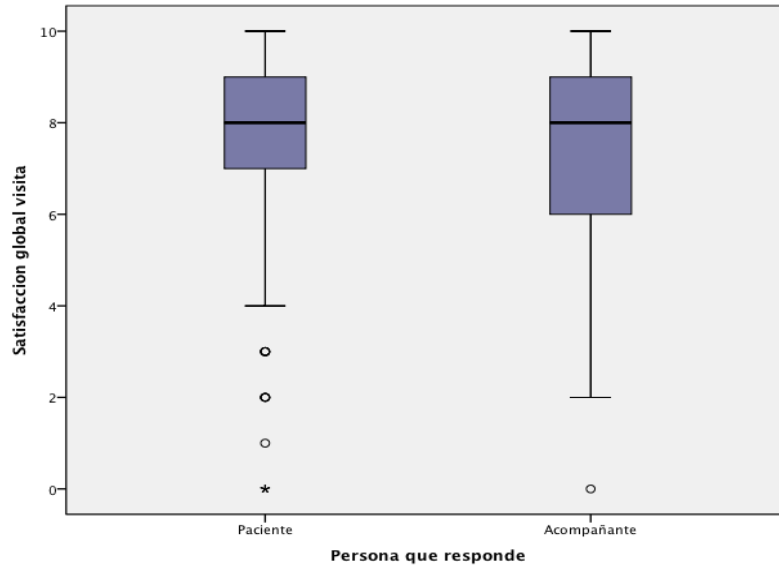


Figura 4.2 Nivel de satisfacción global subjetiva de pacientes y acompañantes

Al analizar la relación entre la satisfacción global subjetiva y la **edad** de los participantes, los pacientes de mayor edad puntuaron mejor respecto a la satisfacción global con la visita ($r=0,236$; $p<0,001$) (Correlación de Pearson). En cambio, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación al **sexo**, ya que la puntuación media de los hombres fue de 7,4 (DE=2,4) y la mediana de 8 (RIC=3) y la puntuación media de las mujeres fue de 7,8 (DE=2,0) y la mediana de 8 (RIC=2) aplicando la prueba U de Mann-Whitney ($p=0,195$).

Tampoco se hallaron diferencias entre la puntuación de la satisfacción global subjetiva según el **estado civil**. En los casados la puntuación media fue de 7,7 (DE=2,1), la mediana de 8 (RIC=2); en los solteros la media de 7,1 (DE=2,1) y la mediana de 7,5 (RIC=2); en los viudos la media de 7,9 (DE=1,7) y la mediana de 8 (RIC=2) y en los divorciados la puntuación media fue de 6,3 (DE=3,1) y la mediana de 6,5 (RIC=4) (prueba de Kruskal-Wallis, $p=0,085$).

En relación a la **ocupación**, los desempleados fueron los que puntuaron más bajo en la satisfacción global subjetiva con una media de 6,9 (DE=2,6) y una mediana de 7 (RIC=4), seguidos de los empleados con una puntuación media de 7,1 (DE=2,2) y una mediana de 7 (RIC=3). Los jubilados y los profesionales autónomos fueron los que puntuaron más alto, los jubilados con una media de puntuación de la

satisfacción de 8,0 (DE=2,0) y una mediana de 8 (RIC=2) y los profesionales autónomos con una media de 8,2 (DE=1,8) y una mediana de 8 (RIC=3), aplicando la prueba de Kruskal-Wallis ($p=0,018$).

Al comparar la satisfacción global subjetiva en función del **nivel de estudios** de los participantes, los respondedores sin estudios puntuaron la satisfacción con una media de 7,9 (DE=2,2) y una mediana de 8 (RIC=3); los que tenían estudios primarios una media de 7,4 (DE=2,3) y una mediana de 8 (RIC=3); los participantes con estudios secundarios una media de 7,7 (DE=2,0) y una mediana de 8 (RIC=2); y los que tenían formación universitaria una media de 7,7 (DE=2,0) y una mediana de 8 (RIC=2). No se hallaron diferencias en la puntuación de la satisfacción global al comparar estas puntuaciones con la prueba de Kruskal-Wallis ($p=0,554$).

En cambio, al estudiar la asociación de la satisfacción global subjetiva con la **situación económica subjetiva**, se halló una correlación débil entre ambas variables, viendo que a medida que aumentaba la situación económica subjetiva, aumentaba la satisfacción global con la visita ($p=0,156$; $p=0,011$) (Rho de Spearman).

Escala de satisfacción

En la tabla 4.4, se detallan los resultados de cada uno de los dominios de la **escala de satisfacción** por separado. El dominio mejor valorado fue el de limpieza, seguido por el de información y comunicación. El dominio peor valorado fue el de bienestar y confort.

Tabla 4.4 Resultados escala de satisfacción de pacientes y acompañantes

Escala de satisfacción	n	Media (DE)	Mediana (RIC)
Información y comunicación	234	84,0 (17,2)	89,6 (24,1)
Trato enfermeras	254	79,7 (19,9)	84,2 (26,3)
Bienestar y Confort ¹	133	65,7 (19,1)	64,7 (23,5)
Visitas	181	78,3 (11,7)	81,8 (9,1)
Intimidad ²	145	79,6 (30,0)	100 (25,0)
Limpieza	219	91,3 (14,1)	100 (16,7)

1. En el dominio bienestar, se excluyeron 152 casos porque no procedía el ítem

2. En el dominio intimidad, se excluyeron 140 casos porque no procedía el ítem

Al analizar la relación entre cada uno de los dominios de la escala de satisfacción y la **edad** de los participantes, se halló que a mayor edad, mayor satisfacción en los

dominios de trato de las enfermeras ($\rho=0,243$; $p<0,001$) y en la limpieza ($\rho=0,248$; $p<0,001$) y con una correlación más débil con los dominios de información y comunicación ($\rho=0,197$; $p=0,004$) y visitas ($\rho=0,166$; $p=0,038$). En cambio, los dominios de bienestar y confort e intimidad no demostraron estar relacionados con la edad (bienestar y confort $\rho=0,087$, $p=0,354$) (intimidad $\rho=0,091$; $p=0,298$) (Rho de Spearman).

Al estudiar la relación de cada dominio por separado de la escala de satisfacción con el **sexo**, sólo se hallaron diferencias en función del sexo en el dominio de intimidad, dónde los hombres expresaron una mayor satisfacción que las mujeres con la prueba U de Mann-Whitney, tal y como podemos observar en la tabla 4.5.

Tabla 4.5 Satisfacción de pacientes y acompañantes en relación al sexo

Escala de satisfacción		Sexo		p
		Hombre	Mujer	
Información y comunicación	[n]	[110]	[121]	0,525
	Media (DE)	82,8 (18,1)	85,4 (16,0)	
	Mediana (RIC)	89,6 (17,2)	89,6 (17,2)	
Trato enfermeras	[n]	[116]	[134]	0,468
	Media (DE)	81,2 (18,9)	78,8 (20,7)	
	Mediana (RIC)	84,2 (25,0)	84,2 (26,3)	
Bienestar y confort	[n]	[63]	[67]	0,385
	Media (DE)	64,5 (19,7)	66,6 (18,3)	
	Mediana (RIC)	64,7 (23,5)	70,6 (29,4)	
Visitas	[n]	[82]	[94]	0,660
	Media (DE)	78,2 (12,4)	78,2 (11,2)	
	Mediana (RIC)	81,8 (9,1)	81,8 (9,1)	
Intimidad	[n]	[69]	[74]	0,036
	Media (DE)	84,4 (28,1)	75,3 (31,4)	
	Mediana (RIC)	100 (25,0)	100 (50,0)	
Limpieza	[n]	[102]	[113]	0,369
	Media (DE)	92,0 (14,2)	90,8 (14,1)	
	Mediana (RIC)	100 (16,7)	100 (16,7)	

Al analizar la asociación entre la valoración de la escala de satisfacción y el **estado civil** de la muestra, no se hallaron diferencias significativas en la puntuación de ninguno de los dominios de la escala aplicando la prueba de Kruskal-Wallis, aunque se puede observar que en los dominios de información y comunicación y trato de las enfermeras, las personas viudas puntuaron más alto que el resto, tal y como se puede observar en la tabla 4.6.

Tabla 4.6 Satisfacción de pacientes y acompañantes en relación al estado civil

Escala de satisfacción		Estado civil				p
		Casado/ en pareja	Soltero	Viudo	Divorciado	
Información y comunicación	[n]	[167]	[21]	[30]	[15]	0,419
	Media (DE)	84,3 (16,5)	80,6 (17,5)	86,8 (17,4)	78,8 (24,2)	
	Mediana (RIC)	89,6 (27,6)	86,2 (34,5)	91,4 (17,2)	86,2 (24,1)	
Trato enfermeras	[n]	[176]	[26]	[34]	[17]	0,182
	Media (DE)	80,5 (19,7)	77,1 (16,6)	82,8 (18,1)	69,0 (27,0)	
	Mediana (RIC)	86,8 (26,3)	76,3 (28,9)	89,5 (27,6)	84,2 (50,0)	
Bienestar y confort	[n]	[95]	[12]	[15]	[10]	0,731
	Media (DE)	66,1 (17,5)	65,7 (27,0)	60,0 (22,0)	69,4 (20,7)	
	Mediana (RIC)	64,7 (23,5)	70,6 (38,2)	64,7 (29,4)	70,6 (17,6)	
Visitas	[n]	[124]	[18]	[26]	[11]	0,635
	Media (DE)	78,4 (11,6)	75,2 (14,6)	81,1 (8,9)	76,0 (14,2)	
	Mediana (RIC)	81,8 (9,1)	81,8 (11,4)	81,8 (4,5)	81,8 (9,1)	
Intimidad	[n]	[99]	[13]	[21]	[11]	0,366
	Media (DE)	82,1 (28,8)	67,3 (34,4)	76,2 (32,1)	77,3 (32,5)	
	Mediana (RIC)	100 (25,0)	50 (50,0)	100 (50,0)	100 (50,0)	
Limpieza	[n]	[149]	[23]	[27]	[17]	0,322
	Media (DE)	91,2 (14,0)	89,8 (17,9)	95,1 (11,1)	89,2 (13,1)	
	Mediana (RIC)	100 (16,7)	100 (16,7)	100 (0)	100 (16,7)	

En relación a la **ocupación**, se hallaron diferencias en la puntuación del dominio de información y comunicación dónde las personas dedicadas al hogar y los jubilados fueron los que puntuaron más alto ($p=0,013$). En la puntuación del trato de las enfermeras, los profesionales autónomos, los jubilados y las personas dedicadas al hogar puntuaron más alto y los estudiantes y los desempleados fueron los que puntuaron más bajo ($p=0,011$). En el dominio de limpieza los estudiantes puntuaron significativamente más bajo ($p=0,034$). En cambio, no se hallaron diferencias en la puntuación de los dominios bienestar y confort ($p=0,316$), visitas ($p=0,299$), ni intimidad ($p=0,643$). Los resultados de las puntuaciones se pueden ver en la tabla 4.7 (prueba de Kruskal-Wallis).

Tabla 4.7 Satisfacción de los pacientes y acompañantes en relación a la ocupación

Escala de satisfacción		Ocupación						p
		Estudiante	Hogar	Empleado	Autónomo	Desempleado	Jubilado	
Información y comunicación	[n]	[4]	[19]	[63]	[22]	[32]	[90]	0,013
	Media (DE)	82,7 (10,9)	89,8 (10,4)	79,6 (18,2)	86,5 (14,5)	77,9 (19,1)	87,3 (16,6)	
	Mediana (RIC)	81,0 (20,7)	89,6 (13,8)	86,2 (34,5)	89,6 (19,8)	86,2 (31,0)	93,1 (17,2)	
Trato enfermeras	[n]	[4]	[20]	[66]	[25]	[39]	[96]	0,011
	Media (DE)	71,0 (10,9)	82,6 (20,0)	77,7 (18,6)	85,5 (14,6)	69,1 (26,2)	83,2 (17,9)	
	Mediana (RIC)	71,0 (21,0)	89,5 (15,8)	78,9 (27,6)	89,5 (15,8)	73,7 (36,8)	89,5 (25,0)	
Bienestar y confort	[n]	[3]	[11]	[30]	[11]	[24]	[50]	0,316
	Media (DE)	49,0 (9,0)	66,8 (16,3)	64,9 (16,1)	66,3 (17,9)	58,8 (22,0)	68,1 (19,5)	
	Mediana (RIC)	47,0 (-)	70,6 (17,6)	58,8 (25,0)	76,5 (29,4)	64,7 (17,6)	70,6 (29,4)	
Visitas	[n]	[4]	[16]	[39]	[15]	[29]	[73]	0,229
	Media (DE)	72,7 (12,8)	76,7 (10,5)	79,7 (10,3)	77,6 (11,3)	73,3 (15,5)	80,1(10,6)	
	Mediana (RIC)	77,3 (22,7)	81,8 (6,8)	81,8 (18,2)	81,8 (9,1)	81,8 (13,6)	81,8 (9,1)	
Intimidad	[n]	[0]*	[14]	[32]	[15]	[24]	[57]	0,643
	Media (DE)		78,6 (33,8)	80,5 (28,9)	85,0 (28,0)	69,8 (37,6)	83,8 (24,8)	
	Mediana (RIC)		100 (50,0)	100 (43,7)	100 (25,0)	87,5 (68,7)	100 (25,0)	
Limpieza	[n]	[4]	[15]	[58]	[19]	[35]	[82]	0,034
	Media (DE)	79,2 (16,0)	91,1 (18,7)	88,2 (15,9)	92,1 (10,2)	90,5 (13,6)	94,1 (12,4)	
	Mediana (RIC)	75,0 (29,2)	100 (16,7)	100 (16,7)	100 (16,7)	100 (16,7)	100 (0)	

* Ningún estudiante respondió completamente a los ítems referentes a la intimidad

En relación a la valoración de la escala de satisfacción comparada con el **nivel de estudios** de la muestra, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de ninguno de los dominios de la escala aplicando la prueba de Kruskal-Wallis, aunque se puede ver una tendencia a puntuar más alto en las personas con menor nivel de estudios en el dominio de visitas tal y como se expone en la tabla 4.8.

Tabla 4.8 Satisfacción de pacientes y acompañantes en relación al nivel de estudios

Escala de satisfacción		Nivel de estudios				p
		Sin estudios	Primarios	Secundarios	Universitarios	
Información y comunicación	[n]	[54]	[103]	[53]	[21]	0,605
	Media (DE)	85,3 (18,5)	83,7 (17,3)	85,0 (15,6)	80,6 (17,1)	
	Mediana (RIC)	89,6 (16,4)	89,6 (24,1)	89,6 (22,4)	86,2 (24,1)	
Trato enfermeras	[n]	[54]	[110]	[63]	[21]	0,423
	Media (DE)	83,5 (17,9)	77,6 (22,7)	80,2 (16,2)	82,2 (16,8)	
	Mediana (RIC)	89,5 (22,4)	84,2 (31,6)	78,9 (21,0)	89,5 (26,3)	
Bienestar y confort	[n]	[37]	[53]	[30]	[8]	0,230
	Media (DE)	64,2 (20,5)	69,2 (18,3)	61,8 (17,2)	65,4 (19,0)	
	Mediana (RIC)	64,7 (23,5)	70,6 (26,5)	58,8 (17,6)	58,8 (32,3)	
Visitas	[n]	[51]	[72]	[40]	[12]	0,087
	Media (DE)	79,1 (11,8)	80,2 (11,0)	74,8 (12,9)	76,5 (11,2)	
	Mediana (RIC)	81,8 (9,1)	81,8 (0)	81,8 (18,2)	81,8 (15,9)	
Intimidad	[n]	[31]	[67]	[35]	[10]	0,105
	Media (DE)	70,2 (31,2)	81,7 (29,0)	85,0 (26,6)	82,5 (33,4)	
	Mediana (RIC)	75 (50,0)	100 (25,0)	100 (25,0)	100 (31,2)	
Limpieza	[n]	[50]	[92]	[53]	[17]	0,545
	Media (DE)	92,0 (15,9)	90,8 (14,7)	92,8 (11,6)	90,2 (11,9)	
	Mediana (RIC)	100 (4,2)	100 (16,7)	100 (16,7)	100 (16,7)	

Al analizar la relación de los dominios de la escala de satisfacción con la valoración de la **situación económica subjetiva** de los respondedores, se halló una correlación positiva, es decir a mejor situación económica, mayor puntuación en el dominio de intimidad ($\rho=0,244$; $p=0,004$) y con una correlación más débil con el de información y comunicación ($\rho=0,148$; $p=0,026$). En cambio, no se halló una correlación con los dominios trato de las enfermeras ($\rho=0,110$; $p=0,087$), bienestar y confort ($\rho=0,139$; $p=0,122$), visitas ($\rho=0,088$; $p=0,248$), ni limpieza ($\rho=0,018$; $p=0,797$).

Al estudiar la asociación de los dominios de la escala de satisfacción con la **satisfacción global subjetiva** del servicio hallamos una relación positiva (es decir, a mayor satisfacción en el dominio, mayor puntuación global) en los dominios de información y comunicación ($\rho=0,476$; $p<0,001$), trato de las enfermeras ($\rho=0,558$;

$p < 0,001$), bienestar y confort ($p = 0,514$; $p < 0,001$), intimidad ($p = 0,205$; $p = 0,015$) y limpieza ($p = 0,432$; $p < 0,001$). En cambio, el dominio de visitas ($p = 0,100$; $p = 0,196$) no demostró estar relacionado con la satisfacción global (Rho de Spearman).

Posibilidad de recomendar el servicio

Al preguntar a los participantes si **recomendarían el servicio de urgencias** a un familiar o amigo (n:276), respondieron que sí el 88,8%. De los pacientes (n:214) el 87,4% recomendarían el servicio y de los acompañantes (n:60) el 93,3% recomendarían el servicio. No se hallaron diferencias significativas en la posibilidad de recomendar el servicio entre pacientes y acompañantes con la prueba Chi cuadrado ($\chi^2 = 1,65$; $p = 0,198$).

Al comparar la **edad** media de los usuarios que recomendarían el servicio con los que no, la edad media de los que sí recomendarían el servicio fue de 55,4 años (DE=18,1) y la de los que no lo recomendarían, de 51,0 años (DE=20,7), sin hallar diferencias significativas entre ambos grupos (prueba t de Student, $p = 0,228$). Tampoco se hallaron diferencias significativas al comparar la posibilidad de recomendar el servicio entre **hombres y mujeres**. El 86,6% de los hombres recomendaría el servicio y el 90,3% de las mujeres también lo recomendaría con la prueba Chi cuadrado ($\chi^2 = 0,894$; $p = 0,344$).

Al analizar la relación entre la posibilidad de recomendar el servicio y el **estado civil**, recomendarían el servicio de urgencias el 90,5% de los casados, el 85,7% de los solteros, el 86,8% de los viudos y el 77,8% de los divorciados. No se demostró que las diferencias fueran estadísticamente significativas entre los diferentes estados civiles ($\chi^2 = 3,10$; $p = 0,376$), no obstante, es necesario interpretar con cautela este resultado debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

Se comparó la posibilidad de recomendar el servicio en función de la **ocupación** de los participantes, hallando que el 80,0% de los estudiantes lo recomendarían, el 95,0% de las personas dedicadas al hogar, el 84,7% de los empleados, el 84,6% de los profesionales autónomos, el 87,5% de los desempleados y el 91,6% de los jubilados. Estos resultados no demostraron ser estadísticamente diferentes ($\chi^2 = 3,63$; $p = 0,604$), aunque se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

Al estudiar la asociación entre la posibilidad de recomendar el servicio y el **nivel de estudios**, las personas sin estudios lo recomendarían en un 92,9%, las personas con estudios primarios en un 88,6%, las personas con estudios secundarios en un 86,4% y las personas con estudios universitarios en un 82,6%, sin hallar diferencias

significativas entre los grupos ($\chi^2=2,11$; $p=0,549$) aunque los resultados se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

También se analizó la posibilidad de recomendar el servicio según la valoración de la **situación económica subjetiva**, los que sí recomendarían el servicio tenían una puntuación media de 4,58 (DE=2,2) y mediana de 5 (RIC=3) en la valoración de la situación económica y los que no, una puntuación media de 4,11 (DE=2,6) y mediana de 4 (RIC=4), sin hallar diferencias estadísticamente significativas (prueba U de Mann-Whitney, $p=0,484$).

Finalmente se analizó la posibilidad de recomendar el servicio en función de la **satisfacción global subjetiva**, los que recomendarían el servicio puntuaron una media de 8,0 (DE=1,7) y una mediana de 8 (RIC=2) en la satisfacción global, y los que no lo recomendarían puntuaron una media de 4,6 (DE=2,9) y una mediana de 4 (RIC=5). Estas dos puntuaciones demostraron ser estadísticamente diferentes aplicando la prueba U de Mann-Whitney ($p<0,001$), tal y como se puede observar en la figura 4.3.

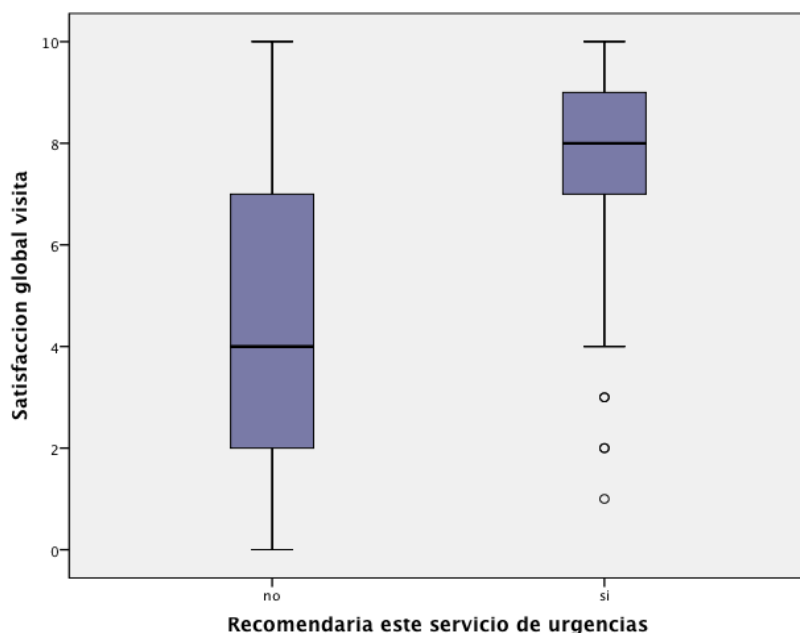


Figura 4.3 Recomendación del servicio de urgencias en función de la satisfacción global subjetiva

Finalmente se analizó la posibilidad de recomendar el servicio en función de los dominios de la **escala de satisfacción**, las puntuaciones medias fueron superiores en todos los dominios de la escala de satisfacción en las personas que recomendarían el servicio, excepto en el dominio de las visitas (prueba U de Mann-Whitney), tal y como se detalla en la tabla 4.9.

Tabla 4.9 Recomendación del servicio de urgencias en función de la escala de satisfacción

Escala de satisfacción	Recomendaría el servicio			No recomendaría el servicio			p
	n	Media (DE)	Mediana (RIC)	n	Media (DE)	Mediana (RIC)	
Información y comunicación	205	87,1 (13,9)	93,1 (20,7)	23	61,3 (21,9)	62,1 (31,0)	<0,001
Trato enfermeras	221	83,0 (17,5)	89,5 (23,7)	25	54,1 (20,5)	57,9 (31,6)	<0,001
Bienestar y confort	117	68,0 (17,9)	70,6 (23,5)	12	50,5 (22,1)	52,9 (29,4)	0,006
Visitas	160	78,9 (11,2)	81,8 (9,1)	15	73,9 (14,5)	72,7 (18,2)	0,094
Intimidad	125	82,8 (28,5)	100 (25,0)	15	61,7 (33,9)	75,0 (50,0)	0,004
Limpieza	191	93,1 (11,9)	100 (16,6)	22	79,5 (20,5)	83,3 (33,3)	<0,001

Nivel de clasificación de los pacientes en función del sistema de clasificación o triaje MAT-SET, la presencia de dolor y su relación con la satisfacción.

Nivel de triaje y satisfacción

De los pacientes seleccionados que se clasificaron según el sistema de triaje MAT-SET (n:283), el 5,7% fueron clasificados como nivel 2, el 39,9% como nivel 3, el 43,1% como nivel 4 y el 11,3% como nivel 5. Ningún paciente se clasificó en el nivel 1 de triaje.

Se analizó la **satisfacción global subjetiva** en función del **nivel de triaje**, los pacientes con nivel 2 puntuaron una media de 8,0 (DE=1,2) y una mediana de 8 (RIC=2); los pacientes con nivel 3 puntuaron una media de 7,8 (DE=2,1) y una mediana de 8 (RIC=2); los pacientes con nivel 4 una media de 7,4 (DE=3) y una mediana de 8 (RIC=3); y los pacientes con nivel 5 una media de 7,3 (DE=2,4) y una mediana de 8 (RIC=2). Estas diferencias no demostraron ser estadísticamente diferentes con la prueba de Kruskal-Wallis ($p=0,486$).

Al comparar el nivel de triaje con los dominios de la **escala de satisfacción**, tampoco se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones de los diferentes niveles de triaje con la prueba de Kruskal-Wallis, aunque las puntuaciones de los pacientes

con nivel 2 fueron un poco superiores al resto, tal y como se puede observar en la tabla 4.10.

Tabla 4.10 Satisfacción de pacientes y acompañantes en relación al nivel de triaje

Escala de satisfacción		Nivel de triaje				p
		2	3	4	5	
Información y comunicación	[n]	[13]	[95]	[99]	[25]	0,647
	Media (DE)	87,8 (14,4)	84,0 (18,2)	83,1 (17,1)	86,1 (16,0)	
	Mediana (RIC)	86,6 (22,4)	89,6 (20,7)	89,6 (24,1)	89,6 (19,0)	
Trato enfermeras	[n]	[15]	[106]	[103]	[28]	0,420
	Media (DE)	86,0 (16,8)	80,9 (19,6)	78,5 (20,4)	77,4 (21,4)	
	Mediana (RIC)	89,5 (31,6)	89,5 (21,0)	84,1 (26,3)	78,9 (38,1)	
Bienestar y confort	[n]	[13]	[52]	[55]	[12]	0,842
	Media (DE)	70,6 (16,6)	63,9 (20,4)	67,2 (17,8)	61,8 (22,9)	
	Mediana (RIC)	70,6 (32,3)	70,6 (22,1)	67,7 (29,4)	58,8 (27,9)	
Visitas	[n]	[13]	[80]	[70]	[17]	0,163
	Media (DE)	83,9 (9,2)	79,2 (10,5)	77,0 (11,9)	77,0 (14,8)	
	Mediana (RIC)	81,8 (9,1)	81,8 (9,1)	81,8 (9,1)	81,8 (18,2)	
Intimidad	[n]	[8]	[68]	[52]	[15]	0,507
	Media (DE)	93,7 (17,7)	79,0 (30,7)	78,3 (32,1)	81,7 (25,6)	
	Mediana (RIC)	100 (0)	100 (43,7)	100 (25,0)	100 (50)	
Limpieza	[n]	[14]	[95]	[86]	[22]	0,120
	Media (DE)	96,4 (13,4)	92,6 (13,0)	89,3 (15,3)	91,7 (13,4)	
	Mediana (RIC)	100 (0)	100 (16,7)	100 (16,7)	100 (0)	

Dolor y su relación con el nivel de triaje

El 83,5% de los encuestados (n:232), refirieron tener **dolor**. Entre los pacientes con dolor, el 36,8% refirieron que éste fue controlado completamente, el 35% bastante pero no del todo, el 18,4% un poco pero no del todo y el 9,8% nada controlado.

Se estudió la relación entre la presencia de dolor al llegar al servicio y el **nivel de triaje** (n:276), la distribución de la presencia de dolor no demostró ser diferente entre las diferentes categorías del triaje, aunque entre los catalogados como nivel 5, había más pacientes que refirieron no tener dolor, tal y como se puede observar en la figura 4.4. Estas diferencias no demostraron ser estadísticamente significativas ($\chi^2=2,17$; $p=0,538$), no obstante estos resultados se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

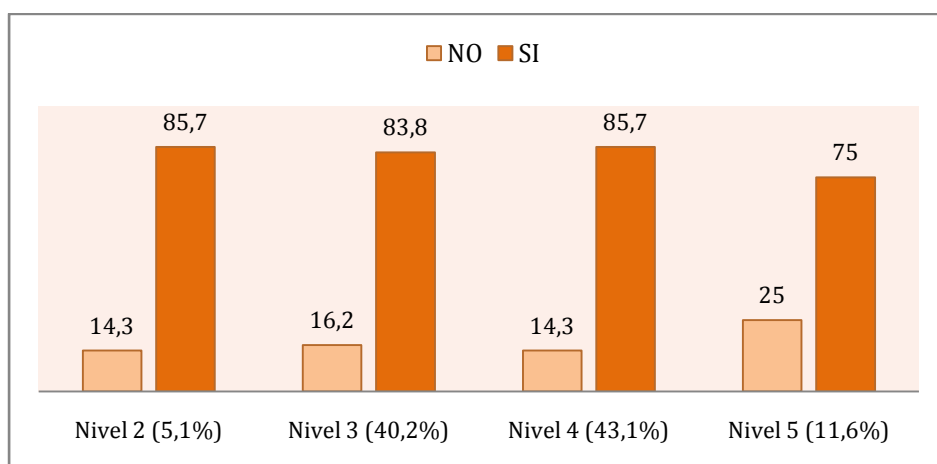


Figura 4.4 Relación entre la presencia de dolor y el nivel de triaje de los pacientes

Al analizar la asociación entre el **control del dolor** de los pacientes que tenían dolor al llegar al servicio y el **nivel de triaje** (tabla 4.11), se halló que, de los pacientes catalogados como nivel 2, el 72,7% refirieron que el dolor fue completamente controlado. En los pacientes con nivel 3, el 42,7% refirieron que el dolor fue completamente controlado. En los pacientes con nivel 4, el dolor fue controlado bastante pero no del todo en el 34,3% de los casos y los pacientes con nivel 5 refirieron que el dolor fue controlado bastante pero no del todo en el 34,8% ($\chi^2=22,57$; $p=0,007$). No obstante, se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

Tabla 4.11 Control del dolor según el nivel de triaje de los pacientes

Nivel de triaje	Control del dolor				
	No, nada (n=22)	Un poco pero no del todo (n=41)	Bastante pero no del todo (n=78)	Sí, completamente (n=81)	Total (n=22)
2	0 (0) [0]	2 (18,2) [4,9]	1 (9,1) [1,3]	8 (72,7) [9,9]	11 (100) [5,0]
3	4 (4,5) [18,2]	12 (13,5) [29,3]	35 (39,3) [44,9]	38 (42,7) [46,9]	89 (100) [40,1]
4	13 (13,1) [59,1]	20 (20,2) [48,8]	34 (34,3) [43,6]	32 (32,3) [39,5]	99 (100) [44,6]
5	5 (21,7) [22,7]	7 (30,4) [17,1]	8 (34,8) [10,3]	3 (13,0) [3,7]	23 (100) [10,4]

() % sobre el total de la fila, [] % sobre el total de la columna

Dolor y satisfacción

Se comparó la **presencia de dolor** con la **satisfacción global subjetiva** con la visita. Los pacientes con dolor puntuaron la satisfacción con una media 7,5 (DE=2,3) y una mediana de 8 (RIC=2) y los que no tenían dolor con una media de 7,8 (DE=1,6) y una mediana de 8 (RIC=2). Estas puntuaciones no fueron estadísticamente diferentes (prueba U de Mann-Whitney, $p=0,898$).

Al analizar la asociación entre la **presencia de dolor** y los dominios de la **escala de satisfacción**, en el dominio **información y comunicación**, los pacientes con dolor puntuaron de media 83,0 (DE=17,7) y mediana 89,6 (RIC=24,1) y los que no tenían dolor una media de 87,9 (DE=14,7) y una mediana de 93,1 (RIC=6,9) ($p=0,163$). En el **trato de las enfermeras**, los pacientes con dolor puntuaron una media de 78,4 (DE=20,9) y una mediana de 84,2 (RIC=26,3) y los que no tenían dolor una media de 86,2 (DE=13,1) y una mediana de 89,5 (RIC=21,0) ($p=0,054$). En el dominio de **bienestar y confort**, los pacientes con dolor puntuaron una media de 65,6 (DE=20,2) y una mediana de 70,6 (RIC=27,9) y los que no tenían dolor una media de 67,2 (DE=14,3) y una mediana de 64,7 (RIC=17,6) ($p=1,00$). En el dominio de **visitas**, los pacientes con dolor puntuaron una media de 77,9 (DE=12,0) y una mediana de 81,8 (RIC=9,1) y los que no tenían dolor una media de 81,5 (DE=9,8) y una mediana de 81,8 (RIC=9,1) ($p=0,167$). En el dominio de **intimidación**, los pacientes con dolor puntuaron una media de 80,2 (DE=27,8) y una mediana de 100 (RIC=25,0) y los que no tenían dolor una media de 79,0 (DE=35,4) y una mediana de 100 (RIC=50,0)

($p=0,566$). En el dominio de **limpieza** los pacientes con dolor puntuaron una media de 90,5 (DE=15,0) y una mediana de 100 (RIC=16,7) y los que no tenían dolor una media de 93,8 (DE=9,8) y una mediana de 100 (DE=16,7) ($p=0,421$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas con la prueba U de Mann-Whitney, aunque los pacientes con dolor tendieron a puntuar más bajo en la satisfacción en todos los dominios excepto en el de intimidad.

En cambio, al estudiar la relación entre el **control del dolor** y la **satisfacción global subjetiva** con la visita se observó que las personas en las que el dolor fue mejor controlado puntuaron más alto en la satisfacción global con la visita, de forma estadísticamente significativa (prueba de Kruskal-Wallis, $p<0,001$), tal y como se puede observar en la figura 4.5.

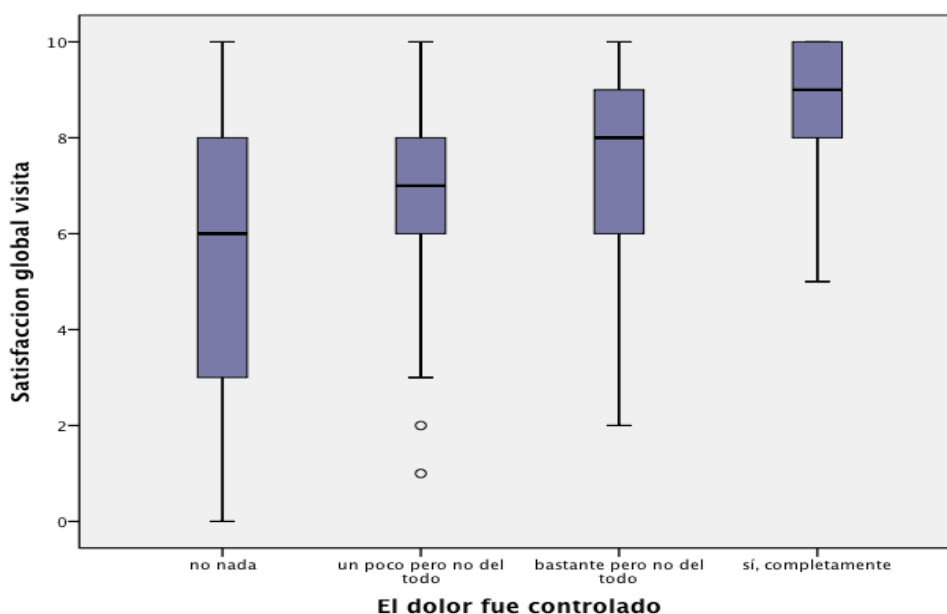


Figura 4.5 Satisfacción global subjetiva con la visita en función del control del dolor de los pacientes

Al analizar la relación del **control del dolor** con los dominios de la **escala de satisfacción**, se hallaron diferencias en las puntuaciones de los dominios de información y comunicación, trato de las enfermeras, bienestar y confort y limpieza, en los cuales los pacientes en los que el dolor se controló completamente puntuaron significativamente más alto (prueba de Kruskal-Wallis) tal y como se puede observar en la tabla 4.12.

Tabla 4.12 Satisfacción en relación al control del dolor de los pacientes

Escala de satisfacción		El dolor fue controlado				p
		No nada	Un poco pero no del todo	Bastante pero no del todo	Sí, completamente	
Información y comunicación	[n]	[15]	[33]	[68]	[76]	0,002
	Media (DE)	70,8 (26,2)	75,6 (20,6)	82,8 (16,6)	88,1 (13,8)	
	Mediana (RIC)	79,3 (44,8)	82,7 (31,0)	86,2 (24,1)	93,1 (20,7)	
Trato enfermeras	[n]	[18]	[39]	[74]	[75]	<0,001
	Media (DE)	61,4 (28,1)	71,9 (20,1)	78,3 (18,9)	85,7 (17,8)	
	Mediana (RIC)	57,9 (44,7)	78,9 (36,8)	81,6 (26,3)	89,5 (21,0)	
Bienestar y confort	[n]	[8]	[19]	[40]	[46]	0,011
	Media (DE)	65,4 (20,7)	58,2 (20,4)	59,1 (20,0)	72,6 (16,7)	
	Mediana (RIC)	64,9 (35,3)	58,8 (17,6)	58,8 (29,4)	76,5 (23,5)	
Visitas	[n]	[9]	[26]	[57]	[60]	0,244
	Media (DE)	74,7 (11,8)	74,8 (13,9)	76,4 (13,3)	80,1 (9,4)	
	Mediana (RIC)	72,7 (22,7)	81,8 (18,2)	81,8 (9,1)	81,8 (54,5)	
Intimidad	[n]	[5]	[20]	[48]	[41]	0,383
	Media (DE)	65,0 (48,7)	67,5 (35,4)	81,2 (27,0)	81,7 (25,6)	
	Mediana (RIC)	100 (87,5)	75,0 (50,0)	100 (25,0)	100 (37,5)	
Limpieza	[n]	[16]	[31]	[65]	[68]	0,008
	Media (DE)	81,2 (19,1)	90,3 (14,1)	88,2 (16,6)	94,6 (10,9)	
	Mediana (RIC)	83,3 (33,3)	100 (16,7)	100 (16,7)	100 (0)	

Diagnóstico final del paciente y su relación con el nivel de triaje

El **diagnóstico final** de los pacientes incluidos en el estudio, según la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) se detalla en la figura 4.6. Los diagnósticos más prevalentes fueron los signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos o de laboratorio (que incluían síntomas de aparatos y sistemas no incluidos en otros apartados como el dolor, náuseas y vómitos, faltas de coordinación entre otros y hallazgos anormales en pruebas de orina, sangre o fluidos) y los traumatismos y envenenamientos (que incluían traumatismos de cualquier parte del cuerpo, efectos de cuerpos extraños, quemaduras, envenenamientos por drogas y efectos tóxicos de sustancias entre otros).

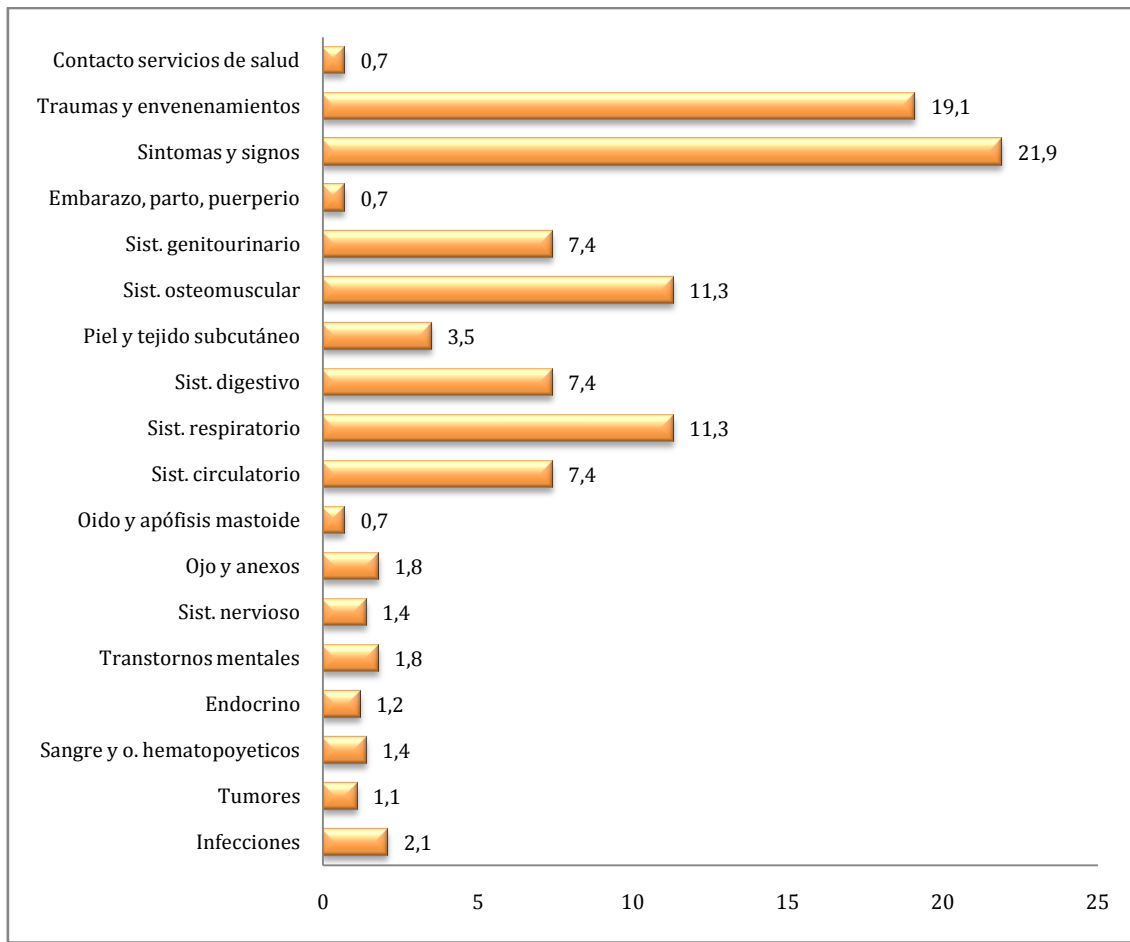


Figura 4.6 Diagnóstico final de los pacientes participantes según la CIE 10 (%)

Al analizar la asociación entre el diagnóstico médico y el **nivel de triaje** se halló que los pacientes con nivel de triaje 2 tuvieron en el 37,5% de los casos, diagnósticos del sistema respiratorio, en el 31,3% síntomas, signos y hallazgos anormales y en el 18,8% enfermedades del sistema circulatorio. Los pacientes de nivel 3 tenían en el 26,5% de los casos síntomas, signos y hallazgos anormales, en el 19,5% traumatismos y envenenamientos y en el 13,3% enfermedades del sistema circulatorio. Los pacientes con nivel 4 tenían en el 23,8% traumatismos y envenenamientos y en el 18,9% enfermedades del sistema osteomuscular; finalmente, los pacientes con nivel 5 tenían en el 18,8% de los casos síntomas, signos y hallazgos anormales y 15,6% de enfermedades del sistema respiratorio ($\chi^2=88,57$; $p<0,001$). Estos resultados se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

Destino final de los pacientes y su relación con el sistema de clasificación

Después de la visita a urgencias (n:283), el 80,2% de los pacientes fueron dados de alta al domicilio, el 16,9% ingresaron en el hospital de agudos, el 1,1% fueron trasladados a otro hospital, el 1,1% fueron directamente a quirófano y el 0,7% fueron exitus.

Al comparar el **destino final del paciente** con el **nivel de triaje**, los pacientes con nivel 2 y 3 fueron los que más ingresaron (18,8% y 60,4% respectivamente) y en los que se halló un mayor porcentaje de exitus (n:2), los pacientes con nivel 3 y 5 fueron los que más se trasladaron (n:3). Los clasificados con nivel 3 y 4 fueron en mayor proporción dados de alta al domicilio (35,7% y 50,2% respectivamente) y los clasificados con nivel 4 y 5 fueron más a quirófano (n:3) ($\chi^2=52,17$; $p<0,001$) (figura 4.7). Estos resultados se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

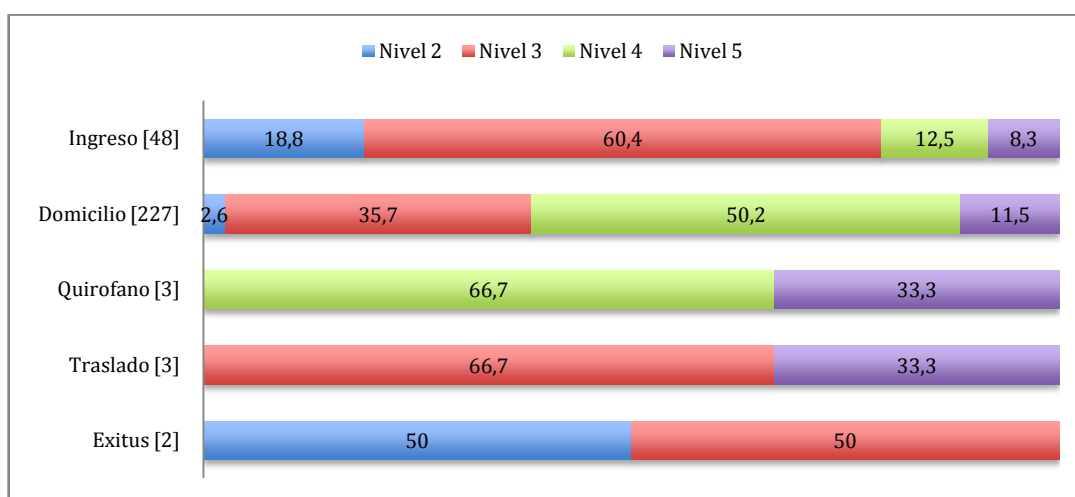


Figura 4.7 Destino final de los pacientes según el nivel de triaje (%)

Nivel de satisfacción de pacientes y acompañantes en función del nivel de optimismo percibido.

El **nivel de optimismo percibido** de los pacientes y acompañantes (n:270) tuvo una media de 7,2 (DE=2,0) y una mediana de 8 (RIC=3). Los pacientes (n:210) presentaron una media de optimismo de 7,2 (DE=2,0) y una mediana de 8 (RIC=3), y los acompañantes (n:58) una media de 7,1 (DE=2,0) y una mediana de 7 (RIC=3) tal y como se aprecia en la figura 4.8. No se encontraron diferencias entre los dos grupos (prueba U de Mann-Whitney, $p=0,600$).

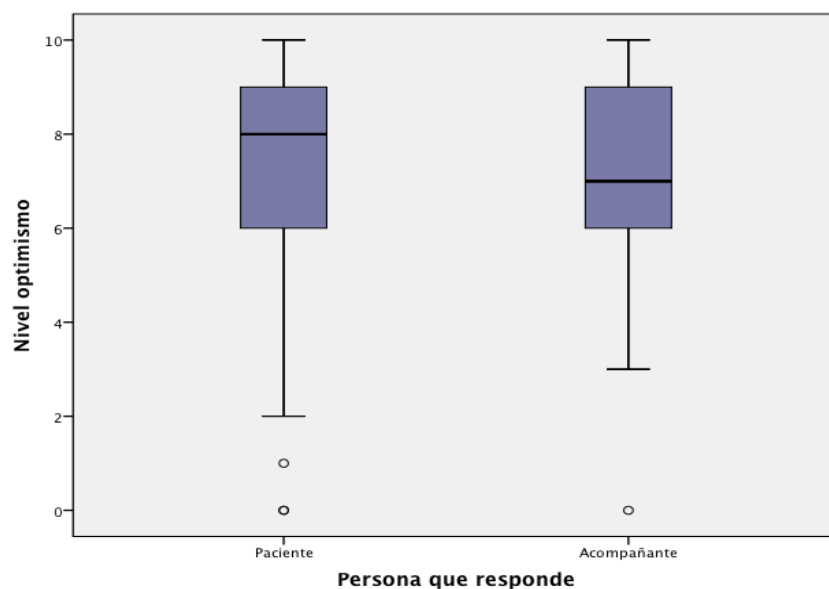


Figura 4.8 Nivel de optimismo percibido de pacientes y acompañantes

Nivel de optimismo y variables sociodemográficas

Al analizar la relación entre el nivel de optimismo y la **edad**, no se halló una correlación entre ambas variables ($r=-0,005$; $p=0,941$) (Correlación de Pearson). Al compararlo con el **sexo**, los hombres puntuaron una media de 7,2 (DE=2,2) y una mediana de 8 (RIC=3) y las mujeres una media de 7,3 (DE=1,9) y una mediana de 8 (RIC=3), sin hallar diferencias estadísticamente significativas (prueba U de Mann-Whitney, $p=0,990$).

Se analizó la relación entre el nivel de optimismo y el **estado civil** de los participantes, sin hallar diferencias en la valoración del nivel de optimismo entre los diferentes estados civiles, aunque los divorciados tendieron a puntuar mejor que el resto (prueba de Kruskal-Wallis; $p=0,139$). Tampoco se hallaron diferencias al relacionar la puntuación del optimismo según el tipo de **ocupación** de la muestra, aunque las personas dedicadas al hogar tendieron a puntuar inferior que el resto (prueba de Kruskal-Wallis; $p=0,751$). En cambio, si se hallaron diferencias entre la puntuación del optimismo y el **nivel de estudios** observando que las personas sin estudios puntuaron significativamente más bajo que el resto (prueba de Kruskal-Wallis; $p=0,036$). Los resultados se pueden observar en la tabla 4.13.

Tabla 4.13 Nivel de optimismo de pacientes y acompañantes en relación al estado civil, ocupación y nivel de estudios

Estado civil									
Nivel optimismo	Casado/pareja		Soltero		Viudo		Divorciado		<i>p</i>
[n]	[187]		[28]		[34]		[18]		0,139
Media (DE)	7,4 (2,0)		7,0 (2,3)		6,6 (2,1)		7,7 (1,9)		
Mediana (RIC)	8,0 (3)		7,0 (4)		7,0 (3)		8,0 (4)		
Ocupación									
Nivel Optimismo	Estudiante	Hogar	Empleado	Autónomo	Desempleado	Jubilado	<i>p</i>		
[n]	[5]	[20]	[72]	[26]	[42]	[99]	0,751		
Media (DE)	8,2 (0,8)	6,8 (2,5)	7,4 (1,6)	7,5 (1,5)	6,8 (2,8)	7,3 (2,0)			
Mediana (RIC)	8,0 (2)	7,0 (4)	7,5 (2)	8,0 (1)	7,5 (4)	7,0 (3)			
Nivel estudios									
Nivel Optimismo	Sin estudios		Primarios		Secundarios		Universitarios		<i>p</i>
[n]	[55]		[117]		[66]		[24]		0,036
Media (DE)	6,6 (2,1)		7,3 (2,2)		7,7 (1,6)		7,2 (1,8)		
Mediana (RIC)	7,0 (3)		8,0 (3)		8,0 (2)		8,0 (3)		

Finalmente se estudió la asociación entre el nivel de optimismo y la valoración de la **situación económica subjetiva** de los respondedores, hallando que a mejor situación económica, mayor nivel de optimismo, con una correlación débil mediante la Rho de Spearman ($\rho=0,146$; $p=0,019$).

Nivel de optimismo y satisfacción

Al analizar la relación entre el nivel de optimismo y la **satisfacción global subjetiva** de la visita, se observó una correlación positiva entre las dos variables, es decir que a mayor nivel de optimismo, mayor satisfacción global mediante la prueba Rho de Spearman ($\rho=0,502$; $p<0,001$). También, al comparar el nivel de optimismo con la **probabilidad de recomendar la visita**, se observó que los usuarios que sí recomendarían el servicio puntuaron mejor en optimismo con una media de 7,5 (DE=1,8) y una mediana de 8 (RIC=3) que los que no lo recomendarían, con una media de 5,9 (DE=2,8) y una mediana de 7 (RIC=4) (prueba U de Mann-Whitney; $p=0,004$).

Además, al comparar esta misma variable con los dominios de la **escala de satisfacción**, los participantes con mayor percepción de optimismo, puntuaron mejor en los dominios de información y comunicación ($\rho=0,299$; $p<0,001$), trato de las enfermeras ($\rho=0,296$; $p<0,001$), bienestar y confort ($\rho=0,328$; $p<0,001$), y de forma más débil con la intimidad ($\rho=0,178$; $p=0,038$). En cambio, no demostraron tener relación con los dominios de limpieza ($\rho=0,129$; $p=0,064$) ni de visitas ($\rho=-0,001$; $p=0,994$) (Rho de Spearman).

Relación entre el tiempo de espera y la satisfacción de pacientes y acompañantes.

El **tiempo de espera real** desde que entró el paciente **hasta que le atendió la enfermera del triaje** (n:283) fue de una media de 5,9 minutos (DE=4,2) y una mediana de 5 minutos (RIC=5). En cambio, los encuestados (n:242) **refirieron haber esperado** hasta la atención por parte de enfermería una media de 16,7 minutos (DE=28,9) y una mediana de 10 minutos (RIC=10). Estas diferencias demostraron ser estadísticamente diferentes mediante la prueba de Wilcoxon ($p<0,001$). Los pacientes refirieron haber esperado una media de 16,2 minutos (DE=23,7) y una mediana de 10 minutos (RIC=10) y los acompañantes una media de 19,3 minutos (DE=43,5) y una mediana de 10 minutos (RIC=10). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los tiempos de espera de pacientes y acompañantes con la prueba U de Mann-Whitney ($p=0,339$).

En relación a la **percepción de este tiempo de espera**, el 22,7% refirieron que fue muy poco el tiempo que esperaron, el 17% que fue poco, el 47,2% adecuado, el 10,3% elevado y el 2,8% extremadamente elevado.

Al estudiar el **tiempo real** desde la entrada del paciente a urgencias **hasta la visita médica** (n:282) éste fue de una media de 38,3 minutos (DE=34,4) y de una mediana de 27 (RIC=38). Los **encuestados refirieron haber esperado** hasta la visita médica (n:226) una media de 50,3 minutos (DE=68,4) y una mediana de 30 minutos (RIC=45), estos resultados no demostraron ser diferentes estadísticamente (prueba de Wilcoxon; $p=0,343$). Los pacientes refirieron haber esperado una media de 47,9 minutos (DE=67,2) y una mediana de 30 minutos (RIC=45) y los acompañantes una media de 58,8 minutos (DE=72,9) y una mediana de 30 minutos (RIC=56,2). Los tiempos de espera referidos por pacientes y acompañantes no resultaron ser estadísticamente diferentes (prueba U de Mann-Whitney; $p=0,856$).

En relación a la **percepción de este tiempo de espera**, el 15,3% refirieron que fue muy poco el tiempo que esperaron, el 15,3% que fue poco, el 39,9% adecuado, el 22,4% elevado y el 7,1% extremadamente elevado.

Respecto a la **información sobre el tiempo de espera**, (n:279) el 78,5% de los encuestados refirieron no haber sido informados. Los pacientes respondieron no haber sido informados en un 79,3% y los acompañantes en un 75%. No se hallaron diferencias significativas entre la información del tiempo de espera según si el encuestado era el paciente o el acompañante con la prueba Chi cuadrado ($\chi^2=0,503$; $p=0,478$).

El **tiempo total** que los pacientes estuvieron en urgencias fue de una media de 294,0 minutos (DE=430,2) y una mediana de 148 minutos (RIC=258). En horas estuvieron una media de 4,9 horas (DE=7,6) y una mediana de 2,3 (RIC=4,2).

Percepción del tiempo de espera y nivel de clasificación de los pacientes

Al analizar el tiempo de espera real hasta el triaje según el **nivel de clasificación** asignado a los pacientes, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo que tardaron en ser atendidos por la enfermera los pacientes catalogados en los diferentes niveles ($p=0,606$), en cambio, sí que se hallaron diferencias en la percepción de este tiempo según el nivel de triaje, dónde los pacientes con nivel 2 percibieron este tiempo de espera como menor que el resto de niveles ($p=0,026$) (prueba de Kruskal-Wallis).

Las diferencias entre el tiempo real y percibido según los diferentes niveles de triaje fueron estadísticamente significativas en todos los niveles excepto en los pacientes catalogados con nivel 2 (tabla 4.14).

Tabla 4.14 Tiempo de espera real y percibido hasta ser atendido por la enfermera en función del nivel de clasificación

Nivel de triaje	Tiempo real			Tiempo percibido			P
	n	Media (DE)	Mediana (RIC)	n	Media (DE)	Mediana (RIC)	
2	16	5,2 (2,3)	5 (2,7)	14	6,1 (4,3)	5 (7,5)	0,502
3	113	6,1 (4,1)	6 (5,0)	96	17,4 (32,2)	10 (10,0)	<0,001
4	122	6,2 (4,7)	4,5 (5,0)	103	15,1 (25,4)	10 (10,00)	<0,001
5	32	4,9 (3,1)	4 (5,7)	27	24,5 (34,7)	10 (25,0)	<0,001

Al analizar la relación del tiempo de espera real hasta la visita médica con el **nivel de triaje**, los pacientes con nivel 2 esperaron significativamente menos a ser atendidos por el médico que el resto de niveles ($p < 0,001$), y en el caso del tiempo de espera percibido hasta la visita médica también los pacientes clasificados como nivel 2 percibieron haber esperado menos que el resto de niveles ($p = 0,001$) (prueba de Kruskal-Wallis).

Las diferencias entre el tiempo real y percibido según los diferentes niveles de triaje no fueron estadísticamente significativas en ninguno de los niveles tal y como se muestra en la tabla 4.15.

Tabla 4.15 Tiempo de espera real y percibido hasta ser atendido por el médico en función del nivel de clasificación

Nivel de triaje	Tiempo real			Tiempo percibido			p
	n	Media (DE)	Mediana (RIC)	n	Media (DE)	Mediana (RIC)	
2	16	17,5 (15,2)	14 (9,2)	13	16,1 (15,9)	10 (17,5)	0,294
3	112	33,2 (31,3)	22,5 (26,5)	84	48,4 (88,0)	30 (45,0)	0,933
4	122	46,7 (36,7)	34,5 (49,0)	100	54,1 (51,5)	45 (43,7)	0,193
5	32	34,2 (35,5)	24,0 (31,7)	27	55,5 (64,0)	30 (110,0)	0,501

Se analizó la percepción del tiempo de espera, según si este fue muy poco, poco, adecuado, elevado o extremadamente elevado, hasta que le atendió por primera vez la enfermera con el **nivel de triaje** que se asignó al paciente. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los pacientes catalogados en los diferentes niveles de triaje, aunque los catalogados como nivel 2 no les pareció en ningún caso que el tiempo de espera fue elevado ni extremadamente elevado ($\chi^2 = 19,12$; $p = 0,086$), tal y como se puede observar en la figura 4.9. Estos resultados se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

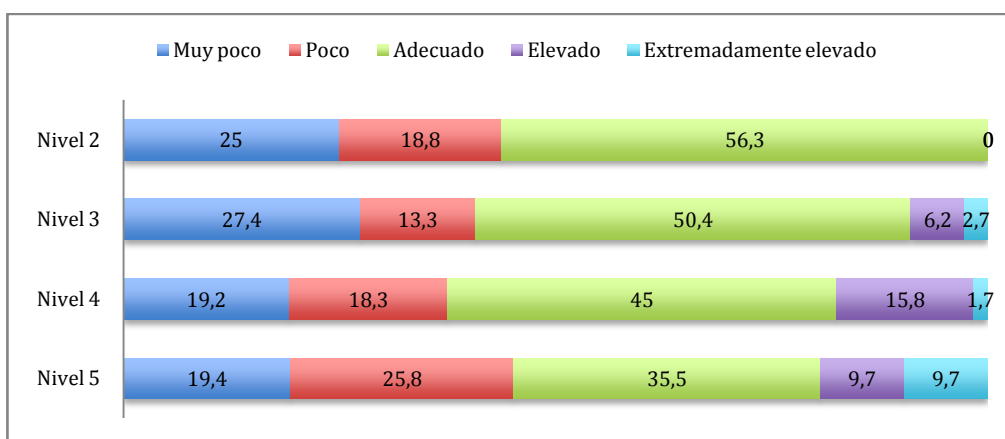


Figura 4.9 Tiempo de espera percibido hasta el triaje, según el nivel de clasificación (%)

En cambio, al analizar el tiempo de espera percibido según si este fue muy poco, poco, adecuado, elevado o extremadamente elevado, hasta que le visitó el médico según el **nivel de triaje**, a los pacientes con nivel 2 les pareció en mayor proporción que al resto de niveles que el tiempo que esperaron fue poco o muy poco; además, en los pacientes con nivel 5, el tiempo que esperaron les pareció extremadamente elevado en mayor proporción que al resto de niveles ($\chi^2=24,30$; $p=0,019$), tal y como se puede observar en la figura 4.10. Los resultados se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

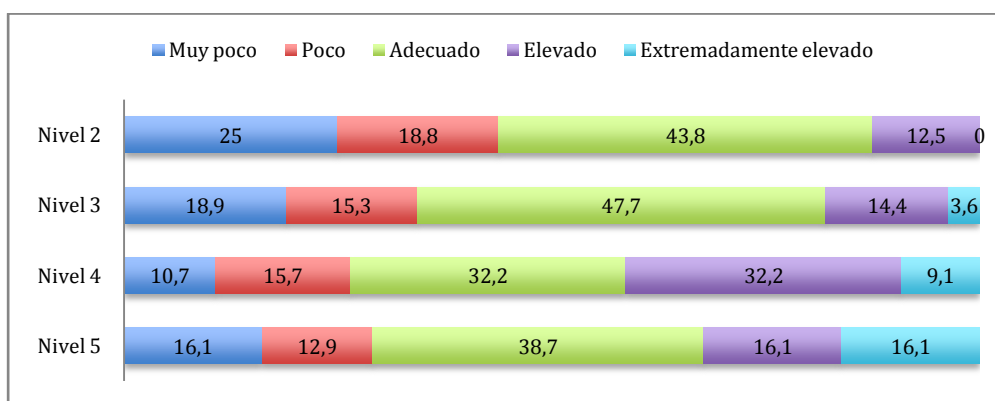


Figura 4.10 Tiempo de espera percibido hasta la visita médica, según el nivel de clasificación (%)

Satisfacción global subjetiva y tiempo de espera

Al analizar el **tiempo de espera real** hasta que le atendió la enfermera de triaje según el nivel de **satisfacción global subjetivo**, no se halló una correlación entre ambas variables ($\rho=-0,021$; $p=0,730$). En cambio, al comparar el **tiempo de espera que refirieron haber esperado** hasta ser atendidos por la enfermera con la satisfacción global subjetiva, se halló una relación inversa, es decir a menor tiempo de espera percibido, mayor satisfacción global ($\rho=-0,242$, $p<0,001$) (Rho de Spearman).

Se comparó la **percepción del tiempo de espera** hasta la atención de la enfermera, según si este fue muy poco, poco, adecuado, elevado o extremadamente elevado, con la satisfacción global subjetiva, hallando que los pacientes que percibieron haber esperado muy poco o poco, puntuaron más alto en la satisfacción global subjetiva que los que percibieron haber esperado un tiempo elevado o extremadamente elevado ($p<0,001$) (prueba de Kruskal-Wallis) las puntuaciones se pueden observar en la tabla 4.16.

Tabla 4.16 Tiempo de espera percibido hasta la atención de la enfermera en función de la satisfacción global subjetiva

Tiempo de espera hasta el triaje	Satisfacción global subjetiva		
	n	Media (DE)	Mediana (RIC)
Muy poco	60	8,8 (1,5)	9 (2)
Poco	46	7,8 (2,1)	8 (2)
Adecuado	128	7,4 (1,9)	8 (2)
Elevado	29	6,2 (2,4)	6 (4)
Extremadamente elevado	8	4,1 (3,2)	3,5 (5)

Se estudió la asociación entre la **diferencia entre el tiempo real y el tiempo percibido hasta que le atendió la enfermera** y la satisfacción. Los usuarios que les pareció que esperaron menos tiempo o igual que el real (n:67) puntuaron una media en la satisfacción global subjetiva de 8,0 (DE=2,0) y una mediana de 9 (RIC=2); los que les pareció que esperaron entre 1 y 30 minutos más que el tiempo real (n:151), puntuaron una media de 7,5 (DE=2,1) y una mediana de 8 (RIC=2); los que les pareció que esperaron entre 31 y 60 minutos más que el tiempo real (n:13), puntuaron una media de 7,5 (DE=2,8) y una mediana de 9 (RIC=4); y los que les pareció que esperaron más de 60 minutos que el tiempo real (n:5) puntuaron una media de 4,6 (DE=4,0) y una mediana de 4 (RIC=8). Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas con la prueba de Kruskal-Wallis ($p=0,061$), aunque podemos observar

que los pacientes y acompañantes que les pareció que la diferencia entre el tiempo percibido era 60 minutos superior al tiempo real, puntuaron inferior en la satisfacción que el resto.

Al analizar el **tiempo de espera real** hasta la visita médica con la **satisfacción global subjetiva**, no se encontró una correlación entre ambas variables ($\rho=-0,075$; $p=0,219$). En cambio, si se halló una correlación entre el **tiempo de espera que refirieron haber esperado** y la satisfacción global; a menor tiempo de espera percibido, mayor satisfacción global subjetiva ($\rho=-0,304$; $p<0,001$) (Rho de Spearman).

Al estudiar la relación entre la **percepción de este tiempo** de espera, según si este fue muy poco, poco, adecuado, elevado o extremadamente elevado, y la satisfacción global subjetiva, se halló que los pacientes que percibieron haber esperado muy poco o poco puntuaron mejor la satisfacción global subjetiva que los que percibieron haber esperado un tiempo elevado o extremadamente elevado ($p<0,001$) (prueba de Kruskal-Wallis). En la tabla 4.17 se detalla la puntuación en la satisfacción global subjetiva según la percepción del tiempo de espera.

Tabla 4.17 Relación entre el tiempo de espera percibido hasta la atención médica en función de la satisfacción global subjetiva

Tiempo de espera hasta la visita médica	Satisfacción global subjetiva		
	n	Media (DE)	Mediana (RIC)
Muy poco	39	8,8 (1,2)	9 (2)
Poco	41	8,4 (1,6)	9 (3)
Adecuado	106	7,9 (1,7)	8 (2)
Elevado	63	6,6 (2,3)	7 (3)
Extremadamente elevado	20	4,5 (2,8)	4,5 (5)

Se analizó la relación entre la **diferencia entre el tiempo real y el tiempo percibido hasta que le atendió el médico** con la satisfacción. Los usuarios que les pareció que esperaron menos tiempo o igual que el real (n:111) puntuaron una media en la satisfacción global subjetiva de 7,8 (DE=2,2) y una mediana de 9 (RIC=2); los que les pareció que esperaron entre 1 y 30 minutos más que el tiempo real (n:62), puntuaron una media de 7,6 (DE=1,9) y una mediana de 8 (RIC=2); los que les pareció que esperaron entre 31 y 60 minutos más que el tiempo real (n:26), puntuaron una media de 7,1 (DE=2,4) y una mediana de 8 (RIC=3); y los que les pareció que esperaron más de 60 minutos que el tiempo real (n:19) puntuaron una media de 6,4 (DE=2,6) y una mediana de 7 (RIC=3). Estas diferencias demostraron ser estadísticamente

significativas con la prueba de Kruskal-Wallis ($p=0,029$), aunque podemos observar que los pacientes y acompañantes que les pareció que la diferencia entre el tiempo percibido era 60 minutos superior al tiempo real, puntuaron inferior en la satisfacción que el resto.

Se analizó la asociación entre la **información sobre el tiempo de espera** y la satisfacción. De los pacientes y acompañantes que sí fueron informados sobre el tiempo de espera hasta la visita médica, la puntuación media de satisfacción global subjetiva fue de 8,4 (DE=1,8) y la mediana de 9 (RIC=3); de los que no fueron informados, la puntuación media fue de 7,4 (DE=2,2) y la mediana de 8 (RIC=3), hallándose que las diferencias de puntuación fueron estadísticamente significativas con la prueba U de Mann-Whitney ($p=0,001$) (figura 4.11).

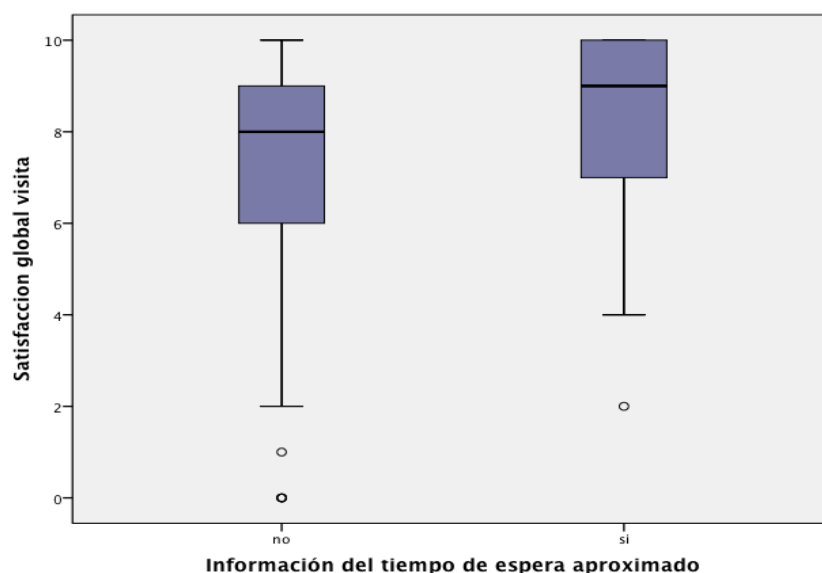


Figura 4.11 Satisfacción global subjetiva de pacientes y acompañantes en función de la información del tiempo de espera

Al analizar el **tiempo total** que estuvieron los pacientes en el servicio según la satisfacción global subjetiva, se halló una relación positiva débil, a mayor tiempo total mayor satisfacción con la Rho de Spearman ($\rho=0,150$; $p=0,013$).

Escala de satisfacción y tiempo de espera

Se estudió la relación entre el **tiempo de espera real** hasta la atención de enfermería y cada uno de los dominios de la **escala de satisfacción**. No se halló relación entre el tiempo de espera y ninguno de los dominios de la escala, a continuación se describen los resultados de cada dominio: información y comunicación ($\rho=0,024$; $p=0,721$), trato de las enfermeras ($\rho=0,000$; $p=0,997$), bienestar y confort ($\rho=-0,057$; $p=0,518$), visitas

($\rho=-0,101$; $p=0,176$), intimidad ($\rho=-0,127$; $p=0,130$) y limpieza ($\rho=-0,056$; $p=0,411$) (Rho de Spearman).

Al estudiar la asociación del **tiempo de espera que refirieron haber esperado** hasta la atención de enfermería con cada uno de los dominios de la escala de satisfacción, se halló una relación inversa (a menor tiempo percibido, mayor satisfacción) en los dominios de visitas ($\rho=-0,247$; $p=0,002$) y limpieza ($\rho=-0,255$; $p=0,001$), y de forma más débil con los dominios de información y comunicación ($\rho=-0,143$; $p=0,043$), trato de las enfermeras ($\rho=-0,166$; $p=0,015$), e intimidad ($\rho=-0,196$; $p=0,036$). En cambio, no se halló relación con el dominio de bienestar y confort ($\rho=-0,061$; $p=0,532$) (Rho de Spearman).

Al comparar el **tiempo de espera percibido** hasta la atención por parte de la enfermera de triaje con cada uno de los dominios de la escala de satisfacción, se observó que la puntuación de la satisfacción descendía a medida que la percepción del tiempo de espera aumentaba en los dominios de información y comunicación, trato de las enfermeras, bienestar y confort y limpieza (prueba de Kruskal-Wallis), tal y como se aprecia en la tabla 4.18.

Tabla 4.18 Relación entre la satisfacción de pacientes y acompañantes y el tiempo de espera percibido hasta el triaje

Escala de satisfacción	Tiempo de espera percibido hasta el triaje*					p
	Muy poco	Poco	Adecuado	Elevado	Extremadamente elevado	
Información y comunicación	[51] 91,2 (11,0) 93,1 (10,3)	[41] 84,9 (14,5) 93,1 (24,1)	[109] 84,5 (16,7) 89,6 (25,9)	[26] 71,6 (21,3) 75,9 (39,7)	[6] 58,6 (22,4) 62,1 (34,5)	<0,001
Trato enfermeras	[57] 88,0 (15,0) 94,7 (15,8)	[43] 83,1 (18,1) 89,5 (21,0)	[119] 79,6 (17,7) 84,2 (26,3)	[26] 65,0 (25,0) 68,4 (44,7)	[7] 49,6 (25,9) 52,6 (36,8)	<0,001
Bienestar y confort	[27] 72,8 (17,0) 76,5 (23,3)	[24] 67,1 (18,7) 70,6 (22,1)	[58] 66,6 (18,7) 64,7 (29,4)	[18] 56,2 (14,1) 58,8 (14,7)	[5] 44,7 (31,8) 41,2 (61,8)	0,015
Visitas	[41] 81,1 (8,2) 81,8 (0)	[29] 78,0 (12,7) 81,8 (13,6)	[82] 77,9 (12,2) 81,8 (9,1)	[23] 77,1 (11,9) 81,8 (9,1)	[5] 67,3 (12,7) 72,7 (22,7)	0,138
Intimidad	[31] 87,1 (28,0) 100 (0)	[28] 77,7 (32,9) 100 (43,7)	[63] 79,8 (28,7) 100 (25,0)	[17] 72,0 (31,7) 75,0 (50,0)	[4] 56,2 (37,5) 50,0 (68,7)	0,120
Limpieza	[49] 97,9 (5,5) 100 (0)	[39] 92,7 (11,3) 100 (16,7)	[97] 91,1 (13,8) 100 (16,7)	[26] 80,1 (20,5) 83,3 (33,3)	[6] 77,8 (17,2) 66,7 (33,3)	<0,001

*Los tiempos de espera percibidos se describen con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC)

Al comparar la **diferencia entre el tiempo de espera real y el percibido** hasta la atención por parte de la enfermera de triaje según los dominios de la escala de satisfacción, se observó que la puntuación de la satisfacción descendía a medida que del tiempo de espera percibido como superior al real aumentaba en el dominio trato de las enfermeras ($p=0,023$), también se observó una tendencia a puntuar más bajo a medida que aumentaba la percepción de tiempo de espera superior al real en el dominio de información y comunicación ($p=0,064$) (prueba de Kruskal-Wallis), tal y como se aprecia en la tabla 4.19.

Tabla 4.19 Relación entre la satisfacción de pacientes y acompañantes y la diferencia tiempo de espera percibido hasta el triaje

Escala de satisfacción	Diferencia de tiempo de espera percibido hasta el triaje*				p
	Inferior a 0 minutos	De 1 a 30 minutos	De 31 a 60 minutos	Superior a 60 minutos	
Información y comunicación	[53] 87,2 (13,4) 93,1 (19,0)	[130] 83,6 (17,2) 89,6 (24,1)	[11] 70,8 (26,2) 75,9 (48,2)	[4] 70,7 (15,0) 63,8 (24,1)	0,064
Trato enfermeras	[58] 81,3 (17,8) 86,8 (27,6)	[140] 79,5 (19,1) 84,2 (26,3)	[11] 76,5 (25,1) 89,5 (42,1)	[5] 45,3 (22,5) 52,6 (39,5)	0,023
Bienestar y confort	[33] 63,3 (20,4) 64,7 (35,3)	[62] 67,4 (17,7) 64,7 (23,5)	[7] 52,9 (21,5) 58,8 (41,2)	[3] 52,9 (41,2) 70,6 (-)	0,448
Visitas	[42] 80,5 (11,1) 81,8 (18,2)	[93] 79,6 (10,3) 81,8 (8,1)	[11] 76,8 (10,2) 72,7 (9,1)	[3] 63,6 (24,0) 72,7 (-)	0,165
Intimidad	[34] 81,6 (33,3) 100 (25,0)	[67] 82,4 (23,4) 100 (25,0)	[9] 80,5 (34,9) 100 (37,5)	[3] 50,0 (43,3) 25 (-)	0,408
Limpieza	[50] 93,3 (13,0) 100 (16,7)	[115] 90,4 (14,8) 100 (16,7)	[11] 83,3 (21,1) 83,3 (33,3)	[3] 88,9 (19,2) 100 (-)	0,322

*Los tiempos de espera percibidos se describen con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC)

También se estudió la asociación entre el **tiempo de espera real** hasta la visita médica y cada uno de los dominios de la escala de satisfacción. Se halló una relación inversa (a menor tiempo de espera, mayor satisfacción) en los dominios trato de las enfermeras ($\rho=-0,197$; $p=0,002$) y limpieza ($\rho=-0,195$; $p=0,004$), y de forma más débil con el dominio de información y comunicación ($\rho=-0,157$; $p=0,017$). En cambio no se halló relación en los dominios de bienestar y confort ($\rho=-0,152$; $p=0,083$), visitas ($\rho=-0,013$; $p=0,865$), ni intimidad ($\rho=0,028$; $p=0,745$) (Rho de Spearman).

Al estudiar la relación entre el **tiempo de espera que refirieron haber esperado** hasta la visita médica y cada uno de los dominios de la escala de satisfacción, se halló una relación inversa (a menor tiempo percibido, mayor satisfacción) en los dominios de información y comunicación ($p=-0,332$; $p<0,001$), trato de las enfermeras ($p=-0,415$; $p<0,001$), bienestar y confort ($p=-0,270$; $p=0,005$), intimidad ($p=-0,239$; $p=0,012$) y limpieza ($p=-0,275$; $p<0,001$). No se halló relación con el dominio de visitas ($p=-0,132$; $p=0,116$) (Rho de Spearman).

Al comparar el **tiempo de espera percibido** hasta la visita médica con los dominios de la escala de satisfacción, se observó que la puntuación de la satisfacción descendía a medida que la percepción del tiempo de espera aumentaba en los todos los dominios excepto en el de intimidad, aunque se observó una tendencia en el mismo sentido (prueba de Kruskal-Wallis), tal y como se aprecia en la tabla 4.20.

Tabla 4.20 Relación entre la satisfacción de pacientes y acompañantes y el tiempo de espera percibido hasta la visita médica

Escala de satisfacción	Tiempo de espera percibido hasta la visita médica*					p
	Muy poco	Poco	Adecuado	Elevado	Extremadamente elevado	
Información y comunicación	[37] 91,4 (11,4) 93,1 (10,3)	[36] 89,2 (12,5) 94,8 (20,7)	[92] 86,5 (15,1) 89,6 (13,8)	[50] 75,0 (20,0) 77,6 (26,7)	[17] 68,5 (20,6) 69,0 (36,2)	<0,001
Trato enfermeras	[41] 91,6 (12,3) 100 (10,5)	[38] 87,0 (15,1) 89,5 (21,0)	[99] 81,4 (17,3) 84,2 (21,0)	[57] 70,4 (20,2) 73,7 (31,6)	[17] 55,1 (25,4) 58,0 (31,6)	<0,001
Bienestar y confort	[19] 78,6 (15,5) 76,5 (17,6)	[20] 64,1 (21,4) 67,6 (27,9)	[54] 67,9 (18,2) 70,6 (29,4)	[31] 58,1 (13,9) 58,8 (17,6)	[8] 52,9 (27,8) 58,8 (51,5)	0,001
Visitas	[29] 79,9 (11,0) 81,8 (9,1)	[28] 76,0 (10,5) 81,8 (9,1)	[79] 81,0 (9,8) 81,8 (9,1)	[33] 74,1 (13,5) 81,8 (18,2)	[10] 70,9 (18,1) 72,7 (25,0)	0,007
Intimidad	[23] 88,0 (30,0) 100 (0)	[23] 85,9 (25,9) 100 (25,0)	[58] 78,4 (30,9) 100 (25,0)	[29] 73,3 (31,3) 75,0 (50,0)	[10] 72,5 (29,9) 75,0 (56,2)	0,086
Limpieza	[34] 98,0 (5,4) 100 (0)	[36] 94,0 (9,9) 100 (16,7)	[86] 93,8 (17,3) 100 (4,2)	[45] 83,0 (17,6) 83,3 (33,3)	[16] 81,2 (19,1) 83,3 (33,3)	<0,001

*Los tiempos de espera percibidos se describen con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC)

Al comparar la **diferencia entre el tiempo de espera real y el percibido** hasta la atención por parte del médico según los dominios de la escala de satisfacción, se observó que la puntuación de la satisfacción descendía a medida que del tiempo de

espera percibido superior al real aumentaba en los dominios información y comunicación y trato de las enfermeras. En el dominio de intimidad, los que esperaron más de 30 y 60 minutos puntuaron más bajo en la satisfacción del dominio que el resto (prueba de Kruskal-Wallis), tal y como se aprecia en la tabla 4.21.

Tabla 4.21 Relación entre la satisfacción de pacientes y acompañantes y la diferencia de tiempo de espera percibido hasta la visita médica

Escala de satisfacción	Diferencia de tiempo de espera percibido hasta la visita médica*				p
	Inferior a 0 minutos	De 1 a 30 minutos	De 31 a 60 minutos	Superior a 60 minutos	
Información y comunicación	[92] 85,1 (15,4) 93,4 (27,6)	[53] 82,8 (17,1) 89,6 (23,2)	[24] 87,1 (17,6) 93,1 (10,3)	[15] 68,0 (17,8) 69,0 (31,0)	0,002
Trato enfermeras	[101] 81,3 (19,0) 89,5 (31,6)	[56] 80,0 (17,7) 84,2 (21,0)	[26] 75,7 (21,3) 84,2 (38,1)	[16] 60,5 (22,1) 68,4 (36,8)	0,002
Bienestar y confort	[48] 66,0 (19,3) 64,7 (23,5)	[29] 63,3 (19,5) 64,7 (23,5)	[16] 62,9 (15,9) 64,7 (20,6)	[11] 60,4 (22,3) 64,7 (35,3)	0,887
Visitas	[68] 79,9 (10,7) 81,8 (15,9)	[39] 80,2 (11,4) 81,8 (18,2)	[19] 76,1 (11,8) 81,8 (9,1)	[14] 76,6 (9,9) 81,8 (11,4)	0,381
Intimidad	[53] 85,4 (25,7) 100 (25,0)	[29] 83,6 (26,9) 100 (25,0)	[15] 63,3 (35,2) 75 (50,0)	[10] 70,0 (23,0) 75 (75,0)	0,011
Limpieza	[85] 91,1 (14,2) 100 (16,7)	[45] 92,6 (12,1) 100 (16,7)	[23] 89,8 (20,5) 100 (16,7)	[15] 87,8 (13,3) 83,3 (16,7)	0,449

*Los tiempos de espera percibidos se describen con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC)

Al estudiar la relación entre la **información sobre el tiempo de espera** con los dominios de la escala de satisfacción, se observó que los pacientes que habían sido informados del tiempo de espera puntuaron más alto en los dominios de información y comunicación, trato de las enfermeras, bienestar y confort y limpieza (prueba U de Mann-Whitney), tal y como se puede observar en la tabla 4.22.

Tabla 4.22 Satisfacción de pacientes y acompañantes en función de la existencia de información sobre el tiempo de espera

Escala de satisfacción	Información sobre el tiempo de espera		p
	Sí	No	
Información y comunicación	[52] 87,3 (16,0) 93,1 (24,1)	[178] 82,8 (17,6) 89,6 (24,1)	0,021
Trato enfermeras	[57] 88,5 (14,9) 94,7 (18,4)	[191] 76,8 (20,5) 78,9 (21,0)	<0,001
Bienestar y confort	[35] 77,0 (13,9) 76,5 (23,5)	[97] 61,5 (19,2) 58,8 (23,5)	<0,001
Visitas	[43] 79,1 (11,1) 81,8 (9,1)	[134] 78,0 (12,1) 81,8 (9,1)	0,818
Intimidad	[28] 75,9 (36,3) 100 (50,0)	[114] 80,5 (28,6) 100 (25)	0,844
Limpieza	[52] 96,1 (8,5) 97,3 (0)	[162] 89,7 (15,3) 100 (16,7)	0,007

*La información sobre el tiempo de espera se describe con [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC)

Finalmente, al analizar la relación entre el **tiempo total** en el servicio de urgencias y cada dominio de la escala de satisfacción, se halló que a mayor permanencia en urgencias, mejores puntuaciones en el dominio de limpieza ($p=0,193$; $p=0,004$). En cambio, los otros dominios no demostraron tener relación con el tiempo total, tal y como se detalla a continuación: información y comunicación ($p=0,061$; $p=0,353$), trato de las enfermeras ($p=0,093$; $p=0,142$), bienestar y confort ($p=0,093$; $p=0,290$), visitas ($p=0,139$; $p=0,063$) e intimidad ($p=0,050$; $p=0,553$) (Rho de Spearman).

Factores asociados a la satisfacción de pacientes y acompañantes del servicio de urgencias

Para estudiar los factores asociados de la satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias se ha construido un modelo de regresión logística binaria. Las variables estudiadas han sido el sexo, la edad, el optimismo, el tiempo de espera percibido hasta la visita médica y el control del dolor que se incluyeron en el modelo con el método "introducir". La tabla 4.23 muestra los resultados del análisis observándose que tanto la edad, como el sexo y el optimismo son factores asociados a la satisfacción. La edad se asoció a mayor satisfacción de forma significativa [OR=1,035; IC 95% (1,01-1,06); $p=0,002$], igual que el sexo femenino [OR=0,399; IC 95% (0,19-0,82); $p=0,013$]. El nivel de optimismo también se asoció a la satisfacción de los usuarios, siendo los más optimistas los más satisfechos [OR=1,679; IC 95% (1,33-2,11); $p<0,001$].

El control del dolor fue un factor asociado a la satisfacción, observándose mayor satisfacción a mayor control del dolor [OR=0,418; IC 95% (0,19-0,93); $p=0,033$]. Finalmente, el tiempo de espera percibido también estuvo asociado a la satisfacción, siendo los que percibieron que el tiempo que esperaron hasta la visita médica fue muy poco los más satisfechos [OR=5,456; IC 95% (2,14-13,94); $p<0,001$].

Tabla 4.23 Resultados de la regresión logística binaria para estudiar los factores asociados a la satisfacción de pacientes y acompañantes

Variable	B	ET	Wald	p	OR	IC 95%	
						Inferior	Superior
Edad	0,034	0,011	9,783	0,002	1,035	1,013	1,057
Sexo	-0,920	0,371	6,146	0,013	0,399	0,193	0,825
Optimismo	0,518	0,117	19,615	0,000	1,679	1,335	2,111
Control dolor	-0,873	0,409	4,544	0,033	0,418	0,187	0,932
Tiempo médico percibido			14,512	0,001			
Tiempo médico percibido 1	1,697	0,479	12,569	0,000	5,456	2,136	13,941
Tiempo médico percibido2	1,254	0,438	8,214	0,004	3,506	1,487	8,266

Tiempo médico percibido: tiempo hasta la visita médica elevado o extremadamente elevado

Tiempo médico percibido 1: tiempo hasta la visita médica muy poco o poco

Tiempo médico percibido 2: tiempo hasta la visita médica adecuado

En la tabla 4.24, se observan las diferencias entre los usuarios más satisfechos y los menos satisfechos a partir de las variables introducidas en el modelo de regresión, también se han añadido otras variables que han obtenido diferencias significativas en el análisis bivariado. El grupo de usuarios más satisfechos tenían una edad media superior (prueba t de Student; $p < 0,001$) a los menos satisfechos y las mujeres se situaron más en el grupo de más satisfechos con la prueba Chi cuadrado ($\chi^2=4,98$; $p=0,026$). También se puede observar que las personas que puntuaron mejor en optimismo estaban en el grupo de los más satisfechos (prueba U de Mann-Whitney; $p < 0,001$). Además, las personas en las que el dolor estuvo mejor controlado se situaron más en el grupo de los más satisfechos (80,9% vs 57%) ($\chi^2=15,12$; $p < 0,001$). Respecto a los tiempos de espera percibidos, las personas que percibieron que el tiempo de espera hasta la visita de la enfermera de triaje fue muy poco o poco, se situaron más en el grupo de los más satisfechos (49,4% vs 23,4%) ($\chi^2=28,87$; $p < 0,001$), lo mismo sucedió con los tiempos de espera percibidos hasta la visita médica, donde los que valoraron este tiempo como muy poco o poco, también se situaron más en el grupo de los más satisfechos (38,3% vs 16,8%) ($\chi^2=34,14$; $p < 0,001$).

También las personas que no fueron informadas sobre el tiempo de espera aproximado hasta la visita médica se situaron más en el grupo de los menos satisfechos (86,9% vs 75,6%) ($\chi^2=5,14$; $p=0,023$), y las personas que recomendarían el servicio de urgencias a un familiar o amigo se situaron más en el grupo de los más satisfechos (95,7% vs 77%) ($\chi^2=21,64$; $p < 0,001$).

Tabla 4.24 Características de pacientes y acompañantes en función del grado de satisfacción

	Menos satisfechos (0 a 7)	Más satisfechos (8 a 10)	p
N (%)	108 (39,6)	165 (60,4)	
Edad (media y DE)	49,4 (18,1)	58,12 (17,6)	<0,001
Sexo (% mujeres)	45,3	59,1	0,026
Nivel optimismo (Media y DE; Mediana y RIC)	6,21 (2,1) 7 (3)	7,9 (1,7) 8 (2)	<0,001
Control del dolor (% bastante-completamente controlado)	57,0	80,9	<0,001
Percepción tiempo espera hasta el triaje (% muy poco-poco)	23,4	49,4	<0,001
Percepción tiempo espera hasta visita médica (%muy poco-poco)	16,8	38,3	<0,001
Información del tiempo de espera aproximado (% no)	86,9	75,6	0,023
Recomendaría el servicio de urgencias (% si)	77	95,7	<0,001

Comentarios de los pacientes y acompañantes reflejados en la encuesta de satisfacción

En 81 de las 285 encuestas recibidas (28,4%), los usuarios escribieron sus comentarios, quejas y propuestas de mejora. Estos comentarios se describen a continuación de forma cualitativa, resaltando los aspectos más mencionados.

En primer lugar, los tiempos de espera suscitaron la mayoría de comentarios tanto de pacientes como de acompañantes. El comentario más repetido fue sobre la necesidad de reducir el tiempo de espera, tal y como expresaba un usuario:

"El tiempo de espera en urgencias es un desastre y se alarga mucho. Hay pocos médicos para atender"

La información sobre cuánto tiempo van a tener que esperar hasta la visita del médico también suscitó comentarios de los usuarios, como el de uno de ellos que afirmó:

"Deberían informar del tiempo aproximado de espera en cada llegada"

También, debido al tiempo elevado que pasan los pacientes y sus acompañantes en el servicio, algunos de los comentarios de éstos relatan la cantidad de tiempo pasado en urgencias y la falta de información sobre el tiempo que transcurre entre procesos asistenciales. Por ejemplo un usuario comentó:

“Lo que más considero que falta en urgencias es que te indiquen una aproximación del tiempo que transcurrirá entre un paso y otro, ya que muchas veces pasan horas y no tienes ninguna información”

Los usuarios también comentaron el tiempo alargado hasta poder ingresar en la planta cuando tienen una orden de ingreso, por ejemplo un paciente comentó:

“Entré en urgencias antes de las 8 de la mañana y me subieron a la habitación a las 2 de la mañana siguiente”

Algunos de los comentarios de las encuestas de satisfacción hablaban sobre los escasos horarios de visitas de la sala de monitorización de urgencias, como el de un acompañante que comentó:

“El horario de visitas del hospital de día cuando mi padre estuvo era mediodía y atardecer. Debido al estado de mi padre se me hizo largo esperar desde las 8 de la noche hasta las 14 horas del día siguiente”

En relación a la comida hubo comentarios tanto de la calidad de la comida como con el hecho de no dar de comer a los pacientes que se visitan, teniendo en cuenta que hay pacientes que se visitan durante el mediodía, alguno de ellos hubiese deseado que se le diera de comer. En referencia a cómo era la comida, los comentarios reflejados por escrito de los usuarios fueron negativos respecto a la cantidad y calidad de ésta.

Un usuario también comentó el hecho de la adecuación de las visitas a urgencias, comentando que no deberían de haber visitas a urgencias por motivos de poca gravedad:

“No se debería permitir como una urgencia dolencias sin importancia, como tampoco resfriados y muchas otras cosas que dificultan el funcionamiento serio y aceptable que debería ser un departamento de urgencias de un hospital”

Otros usuarios comentaron que tuvieron que acudir en más de una ocasión para que se solucionara su problema de salud:

“No hacían las pruebas necesarias y tuvo que ser ingresado 3 veces hasta que al final sí se hizo. Se hubieran ahorrado el tener que estar ingresado 3 veces en un periodo de 15 días si hubieran acelerado las pruebas”

En relación al personal de urgencias hubo bastantes comentarios favorables agradeciendo la atención recibida y el trato por parte de los profesionales:

“Solamente agradecer el buen trato que tuve tanto médico como de enfermería, celadores, etc. Muchas gracias a todos”

En el sentido contrario, también se observaron comentarios negativos respecto a la empatía y trato de los médicos:

“Podría decir que hay médicos y enfermeras muy buenos y muy correctos, también hay enfermeras y médicos que dejan mucho que desear, sobre todo cuando hay personas enfermas y parece que no les importe”

En referencia a la posibilidad de recomendar el servicio en función del personal que te atiende, un usuario comentó:

“Sí recomendaría el servicio de urgencias pero depende mucho del médico que esté de guardia”

También tres usuarios relataron sus experiencias con personal del servicio que según su opinión no les atendieron adecuadamente debido a la falta de competencias profesionales, como es el caso de los comentarios a continuación:

“La enfermera que me atendió no tenía muchos conocimientos o le faltaba experiencia. No es muy agradable, escuchar como pregunta cómo se saca sangre de una vía y después de pincharme cuatro veces llama a otra enfermera para acabar el trabajo y ni tan solo se disculpó”

“Respecto a una doctora, que si no se ven capacitados para extraer agua de la pleura que no hagan sufrir al enfermo y que llamen a la persona que esté capacitada”

El entorno del servicio de urgencias también suscitó varios comentarios por parte de los usuarios del servicio como por ejemplo comentaron que las rutinas de cuidados de los pacientes por parte de los profesionales supusieron la incomodidad de los usuarios, además de la poca adecuación del servicio para los acompañantes que pasan la noche en urgencias o el ruido ambiental, como el caso de un paciente que comentó la imposibilidad de descansar durante el tiempo que estuvo en urgencias pendiente de ingresar en planta:

“Estuve 2 noches en urgencias hasta pasarme en planta, fue insoportable, ruido de la gente que entraba a urgencias, mujeres de la limpieza y sobre todo mucho ruido en los cambios de turno de las enfermeras. Me parece que tendrían que tener más cuidado ya que estamos en urgencias y no es por gusto”

La falta de intimidad de los boxes cerrados por cortinas es un problema para los pacientes como el caso de un usuario que comenta la falta de intimidad acústica:

“Los boxes entre cortinas carecen de intimidad y son muy incómodos para el familiar. Se habla demasiado alto entre el personal y con los pacientes. Todo el mundo se entera de todo, debería estar más insonorizado”

El entorno del servicio, fue también comentado por algún usuario debido a las molestias ocasionadas por pacientes con problemas de adicciones:

“Solo fui de madrugada a urgencias dado que tenía fiebre y anginas y me resultaba imposible dormir. Lo que me resultó increíblemente inconcebible fue que un drogadicto estaba esperando a ser atendido sin supervisión. Nos amenazó a los pacientes que esperábamos también a ser atendidos. Fuimos a buscar al guarda de seguridad y éste se fue dejándonos solos con el drogadicto insultándonos y amenazándonos. Otro paciente tuvo que intervenir para calmar a esta persona”

Finalmente, la demanda de información de los familiares y la falta de especialistas también fue causa de algún comentario:

“La información del doctor a los familiares es escasa y es difícil contactar con los médicos”

Reclamaciones de los usuarios del servicio de urgencias recibidas en el año en que se ha realizado la encuesta de satisfacción.

Se recibieron durante el periodo de estudio un total de 44 reclamaciones, representando una tasa de 0,68 reclamaciones por cada 1000 visitas. Estas reclamaciones se catalogaron según la clasificación establecida por el servicio catalán de salud en asistenciales, trato, información, organización y trámites, hostelería y documentación. Específicamente, las reclamaciones en el ámbito asistencial fueron 17: 14 por insatisfacción con la asistencia y las tres restantes por otros motivos (1 por confusión o error de diagnóstico, 1 por desacuerdo con el alta, y 1 por otros motivos relacionados con la asistencia). En el ámbito del trato, se recibieron 6 reclamaciones, todas ellas por trato personal inadecuado. En referencia a la información, se recibió 1 queja por desacuerdo con el contenido de la información. De organización, hubo 19 quejas: 11 por demora excesiva de espera para la atención en urgencias y el resto por otros motivos (1 por otros motivos de organización y tramites, 1 por deficiencias en el traslado, 1 por demora excesiva por lista de espera, 1 por demora excesiva de espera de ingreso en planta o socio sanitario, 1 por demora excesiva en espera de prueba complementaria, 1 por incumplimiento de normas, 1 por falta de coordinación y 1 por pérdida de objetos personales). En relación con la hostelería, se recibió 1 queja por problemas con la cafetería o máquinas expendedoras.

Al analizar las reclamaciones, la mayoría (n:22) se dirigieron al hospital sin referirse a ningún profesional en concreto, el resto se dirigieron según la categoría profesional a médicos (n:21) y a administrativos (n:1).

4.2 Profesionales

Características sociodemográficas y laborales de los profesionales del servicio de urgencias y relación con el nivel de satisfacción laboral

Características sociodemográficas y laborales

Los profesionales del servicio de urgencias tenían una media de **edad** de 35,9 años (DE=9,4) (n respuestas:53). De todos los encuestados (n:81), un 76,5% eran mujeres. Las mujeres tenían una edad media de 35,9 años (DE= 9,0) y los hombres una edad media de 36,1 años (DE=11,1), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas de la edad en relación al **sexo** de los participantes (prueba t de Student, $p=0,928$). En relación a la distribución por **estado civil** (n:81), un 69,1% estaban casados o en pareja, un 27,2% solteros y un 3,7% divorciados. El 55,7% de los participantes (n:61) no tenían hijos.

De los profesionales que respondieron a la encuesta, un 44,4% eran enfermeras, un 28,4% médicos y el resto se repartieron en diferentes categorías profesionales. La mayoría de los encuestados (n:78), tenía un **turno de trabajo** en turnos alternos (59%). El tipo de contrato más frecuente era el fijo (79%) (n:81), y la media de antigüedad en el servicio de urgencias era de 9,2 años (DE=6,6) y la mediana de 9,0 años (RIC=9,5) (tabla 4.25).

Tabla 4.25 Variables sociodemográficas y laborales de los profesionales del servicio de urgencias

Variable	N (%)
Sexo	
Hombres	19 (23,5)
Mujeres	62 (76,5)
Estado civil	
Casado/pareja	56 (69,1)
Soltero	22 (27,2)
Divorciado	3 (3,7)
Número de hijos	
Sin hijos	34 (55,7)
1 hijo	13 (21,3)
2 hijos	12 (19,7)
3 hijos	2 (3,3)
Categoría profesional	
Médico	23 (28,4)
Enfermera	36 (44,5)
TCAE	7 (8,6)
Administrativo	10 (12,3)
Celador	5 (6,2)
Turno de trabajo	
Mañanas	13 (16,7)
Tardes	12 (15,3)
Noches	7 (9,0)
Turnos alternos	46 (59,0)
Tipo de contrato	
Fijo	64 (79,0)
Eventual	17 (21)

Se estudió la relación entre la **categoría profesional** y las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales. Respecto al **sexo**, el 76,5% de los participantes eran mujeres. Los celadores eran el 100% hombres y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería eran en un 85,7% mujeres hallando diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=17,67$; $p=0,001$). Estos resultados se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

Respecto a la **edad**, se observó que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería eran los mayores y los celadores los más jóvenes (prueba de ANOVA, $p<0,001$). El **estado civil**, no fue diferente entre las distintas categorías profesionales, siendo el estado civil más predominante el estar casado o en pareja ($\chi^2=10,93$; $p=0,206$),

aunque los resultados se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

Al comparar el **número de hijos** según la categoría profesional, no se hallaron diferencias entre las categorías profesionales (prueba de Kruskal-Wallis, $p=0,833$).

Al estudiar la asociación entre la categoría profesional y el **turno de trabajo**, se observó que los médicos y los celadores tenían mayoritariamente turnos alternos, aunque las diferencias no demostraron ser estadísticamente significativas ($\chi^2=19,87$; $p=0,070$). Estos resultados se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

En referencia al **tipo de contrato**, los médicos eran los que estaban fijos en mayor proporción y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería los que menos, aunque estos resultados no fueron estadísticamente diferentes entre las categorías profesionales ($\chi^2=1,48$; $p=0,831$), pero se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

Por lo que se refiere a la **antigüedad** en el servicio de urgencias, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes categorías profesionales, aunque los administrativos eran los que tenían una antigüedad inferior (prueba de Kruskal-Wallis, $p=0,259$) (tabla 4.26).

Tabla 4.26 Características sociodemográficas y laborales en función de la categoría profesional

Variables	Categoría profesional					p
	Médico	Enfermera	TCAE	Administrativo	Celador	
Sexo (% mujeres)	18 (78,3)	30 (83,3)	6 (85,7)	8 (80,0)	0 (0)	0,001
Edad [n] media (DE)	[17] 42,82 (6,7)	[22] 31,7 (7,3)	[5] 44,0 (9,5)	[5] 31,6 (9,8)	[4] 25,5 (2,4)	<0,001
Estado civil [n] % (total%)						0,286
Casado/pareja	[14] 60,9	[28] 77,8	[4] 57,1	[8] 80,0	[2] 40,0	(69,1)
Otros	[9] 39,1	[8] 22,2	[3] 42,9	[2] 20,0	[3] 60,0	(30,9)
Número hijos [n] mediana (RIC)	[17] 0 (1)	[31] 0 (2)	[3] 0 (-)	[6] 0 (1)	[4] 0 (2)	0,833
Turno trabajo [n] % (total%)						0,070
Mañanas	[1] 4,8	[8] 22,2	[2] 28,6	[1] 11,1	[1] 20,0	(16,7)
Tardes	[0] 0	[5] 13,9	[3] 42,9	[3] 33,3	[1] 20,0	(15,4)
Noches	[1] 4,8	[5] 13,9	[0] 0	[1] 11,1	[0] 0	(9,0)
Turnos alternos	[19] 90,5	[18] 50,0	[2] 28,6	[4] 44,4	[3] 60	(59,0)
Tipo contrato [n] % (total%)						0,831
Fijo	[20] 87,0	[27] 75,0	[5] 71,4	[8] 80,0	[4] 80,0	(79,0)
Eventual	[3] 13,0	[9] 25,0	[2] 28,6	[2] 20,0	[1] 20,0	(21,0)
Antigüedad[n] media (DE) mediana (RIC)	[20] 10,8 (6,5) 10,5 (9,5)	[32] 9,1 (7,1) 9,0 (9)	[5] 11,0 (6,4) 10,0 (11,5)	[7] 5,0 (2,8) 4,0 (6)	[4] 7,2 (7,4) 5,0 (12,7)	0,259

También se estudió la relación entre el **turno de trabajo** y las variables sociodemográficas y laborales de los trabajadores. Al comparar el turno de trabajo según la **edad** de los profesionales, los del turno de mañana eran los mayores y los de tarde los más jóvenes (prueba de ANOVA, $p=0,250$). Respecto al **sexo** (n:78), en el turno de mañanas era en el que había menos mujeres aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución del turno de trabajo entre sexos ($\chi^2=4,37$; $p=0,223$). Estos resultados se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

Al estudiar la asociación del turno de trabajo y el **estado civil** (n:78), en el turno de mañana, había mayor proporción de personas casadas o en pareja que en el resto de turnos, aunque estos resultados no demostraron ser estadísticamente diferentes ($\chi^2=8,50$; $p=0,203$), pero se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

Respecto al **número de hijos** (n:59) se halló que el turno de noche tenía más hijos con una mediana de 2 (RIC=2), seguido del de mañana con una mediana de 1 (RIC=1) (prueba de Kruskal-Wallis, $p<0,001$).

Al analizar la misma variable con el **tipo de contrato** (n:78), se observó una tendencia que en el turno de mañana y en el de noches el 100% eran fijos, aunque las diferencias entre turnos no demostraron ser estadísticamente significativas ($\chi^2=7,66$; $p=0,054$). No obstante, este resultado se debe interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

Finalmente se analizó la relación entre el turno de trabajo y la **antigüedad** (n:67) observando que los que trabajaban en el turno de mañana y en el turno de noche tenían significativamente más antigüedad que los de los otros turnos ($p<0,001$) (prueba de Kruskal-Wallis) tal y como se puede apreciar en la tabla 4.27.

Tabla 4.27 Características sociodemográficas y laborales en función del turno de trabajo de los profesionales

Variables	Turno de trabajo				p
	Mañanas	Tardes	Noches	Turnos alternos	
Sexo (% mujeres)	7 (53,8)	10 (83,3)	5 (71,4)	37 (80,4)	0,223
Edad [n] media (DE)	[8] 42,0 (7,2)	[7] 34,7 (11,9)	[3] 35,7 (2,1)	[33] 35,1 (9,7)	<0,001
Estado civil , [n] % (total%)					0,129
Casado/pareja	[12] 92,3	[9] 75,0	[5] 71,4	[27] 58,7	(67,9)
Otros	[1] 7,7	[3] 25,0	[2] 28,6	[19] 41,3	(32,1)
Número hijos [n] mediana (RIC)	[11] 1 (1)	[9] 0 (1)	[5] 2 (2)	[34] 0 (1)	<0,001
Tipo contrato , [n] % (total%)					0,054
Fijo	[13] 100	[9] 75,0	[7] 100	[32] 69,6	(78,2)
Eventual	[0] 0	[3] 25,0	[0] 0	[14] 30,4	(21,8)
Antigüedad [n] media (DE) mediana (RIC)	[12] 17,5 (5,7) 19 (12)	[10] 8,5 (5,0) 9 (5)	[5] 12,0 (1,2) 12 (2)	[40] 6,7 (5,5) 5 (7,7)	<0,001

Al analizar la relación entre el **tipo de contrato** y la **edad** (n:53), los profesionales fijos tenían una edad media superior a la de los eventuales (prueba t de Student, $p < 0,001$). Al estudiar la relación entre el tipo de contrato con el **sexo** de los participantes, los profesionales fijos eran un 75% mujeres, y en los eventuales el 82,4% mujeres, sin hallar diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (test exacto de Fisher, $p = 0,749$). Respecto a la relación entre el tipo de contrato y el **estado civil**, los fijos estaban mayoritariamente casados o en pareja (75%) y los eventuales mayoritariamente tenían otros estados civiles (52,9%) ($\chi^2 = 4,91$; $p = 0,027$).

Al analizar la asociación entre el tipo de contrato y la **antigüedad**, se halló que los profesionales fijos tenían una antigüedad superior a los eventuales (prueba U de Mann-Whitney, $p < 0,001$) (tabla 4.28).

Tabla 4.28 Características sociodemográficas y laborales en función del tipo de contrato de los profesionales

Variable	Total (n)	Fijo	Eventual	p
Edad (años) , media (DE)	53	38,7 (8,8)	26,6 (4,2)	<0,001
Sexo , n (%)				0,749
Hombres	19	25,0	17,6	(23,5)
Mujeres	62	75,0	82,4	(76,5)
Estado civil , n (%)				0,027
Casado/pareja	56	75,0	47,1	(69,1)
Soltero	25	25,0	52,9	(30,9)
Antigüedad (años) [n], media (DE) mediana (RIC)	68	[53] 11,3 (5,9) 10 (7,5)	[15] 1,8 (1,3) 2 (2,5)	<0,001

En relación a la edad de los profesionales, se encontró una correlación positiva con la **antigüedad**, a mayor edad, mayor antigüedad ($\rho = 0,759$; $p < 0,001$) (Rho de Spearman). Al estudiar la relación de la antigüedad en función del sexo, los hombres tenían una antigüedad media de 11,0 años (DE=7,0) y una mediana de 10 años

(RIC=11,5) y las mujeres una antigüedad media de 8,6 años (DE=6,4) y una mediana de 9 (RIC=9). Estas diferencias no demostraron ser estadísticamente diferentes con la prueba U de Mann-Whitney ($p=0,217$). Al comparar la antigüedad con el estado civil, los casados o en pareja tenían una antigüedad media de 10,1 años (DE=6,8) y una mediana de 9 (RIC=9); los profesionales con otros estados civiles tenían una media de 7,2 años (DE=6,0) y una mediana de 5 años (RIC=9,5). Estos resultados no demostraron ser significativamente diferentes (prueba U de Mann-Whitney, $p=0,246$). Se analizó la relación entre la antigüedad y el número de hijos hallándose una relación positiva entre ambas variables, a mayor antigüedad, mayor número de hijos ($p=0,608$; $p<0,001$) (Rho de Spearman).

Satisfacción laboral de los profesionales del servicio de urgencias

La puntuación media del nivel de **satisfacción laboral** de los profesionales (n respuestas:80) fue de 6,7 (DE=1,5) y la mediana de 7 (RIC= 2). La satisfacción laboral no demostró estar relacionada con la **edad** de los participantes ($p=-0,205$; $p=0,140$) (Rho de Spearman).

Al analizar la relación entre la satisfacción laboral y el **sexo**, los hombres puntuaron una media de 6,5 (DE=1,8) y una mediana de 7 (RIC=2) y las mujeres una media de 6,8 (DE=1,4) y una mediana de 7 (RIC=2), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ambas puntuaciones con la prueba U de Mann-Whitney ($p=0,691$) tal y como se aprecia en la figura 4.12.

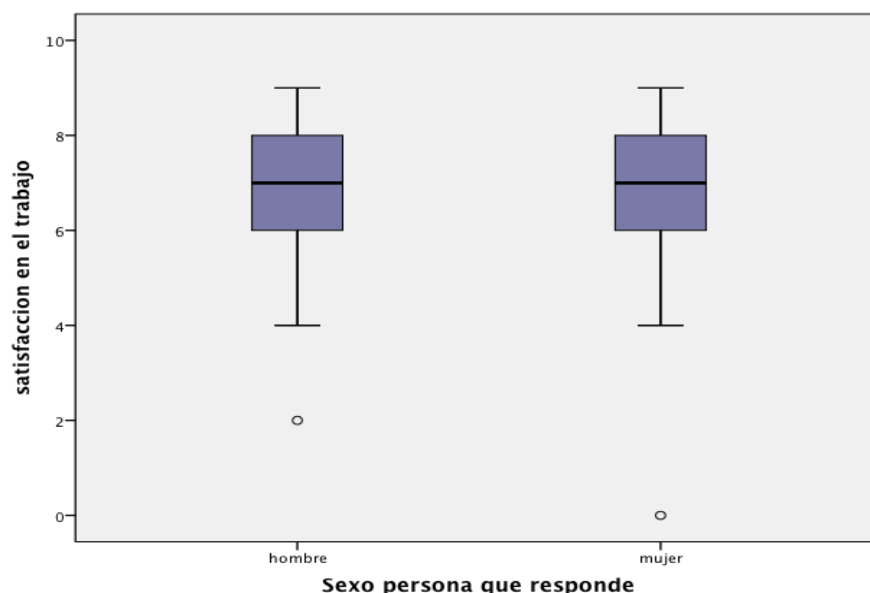


Figura 4.12 Distribución de la satisfacción de los profesionales en función del sexo

Al comparar la satisfacción laboral en función del **estado civil** de los profesionales, los casados o en pareja puntuaron una media de 6,8 (DE=1,4) y una mediana de 7 (RIC=2); los solteros una media de 6,8 (DE=1,1) y una mediana de 7 (RIC=2) y los divorciados una media de 5,0 (DE=4,3) y una mediana de 7, sin hallar diferencias en la asociación de estas variables con la prueba de Kruskal-Wallis ($p=0,898$).

Al analizar la relación entre la satisfacción laboral y el **número de hijos**, no se observó una correlación entre ambas variables con la prueba Rho de Spearman ($\rho=0,004$; $p=0,917$).

También se estudió la asociación de la satisfacción laboral en función de la **categoría profesional** de los participantes, observando una puntuación media en los médicos de 6,7 (DE=1,2) y una mediana de 7 (RIC=2); en las enfermeras se observó una media de 7,0 (DE=1,1) y una mediana de 7 (RIC=2); en los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería una media de 5,4 (DE=2,7) y una mediana de 6 (RIC=3); en los auxiliares administrativos una media de 7,3 (DE=0,7) y una mediana de 7 (RIC=1) y en los celadores una media de 5,6 (DE=2,7) y una mediana de 6 (RIC=5). No se observaron diferencias significativas en la satisfacción laboral en función de la categoría profesional (prueba de Kruskal-Wallis, $p=0,210$).

Además se comparó esta misma variable en función del **turno de trabajo**, observando que los profesionales del turno de mañana puntuaron una media de satisfacción laboral de 6,5 (DE=1,8) y una mediana de 7 (RIC=3); los del turno de tarde una media de 7,3 (DE=1,0) y una mediana de 8 (RIC=1); los del turno de noche una media de 7,3 (DE=1,1) y una mediana de 7 (RIC=2); y los de turnos alternos una media de 6,6 (DE=1,5) y una mediana de 7 (RIC=2), sin hallar tampoco diferencias entre la satisfacción laboral y el turno de trabajo (prueba de Kruskal-Wallis, $p=0,374$). Tampoco se hallaron diferencias entre la satisfacción laboral según si el **tipo de contrato** era fijo o eventual, los profesionales fijos puntuaron una media de satisfacción laboral de 6,6 (DE=1,6) y una mediana de 7 (RIC=2) y los eventuales una media de 7,2 (DE=0,9) y una mediana de 7 (RIC=1) (prueba U de Mann-Whitney, $p=0,116$).

Finalmente, al analizar la relación entre la satisfacción laboral y la **antigüedad** en el servicio de urgencias, no se halló una asociación entre ambas variables (Rho de Spearman) ($\rho=-0,172$; $p=0,161$).

Resultados del Cuestionario de Incentivos Laborales de Herzberg

Los incentivos que ocuparon las primeras posiciones del cuestionario de Incentivos Laborales de Herzberg fueron: Una jornada laboral cómoda, situado con más frecuencia en el orden 1 y 3; un buen salario, situado mayoritariamente en las posiciones 1 y 2; un trabajo seguro con estabilidad, posiciones 1 y 2; un trabajo interesante, atrayente y de acuerdo con las aptitudes e intereses de cada uno, posición 1; compañeros de trabajo agradables y en los que se puede confiar, posición 2; iniciativa, autonomía y responsabilidad, posición 3. En las posiciones medias encontramos tener un jefe directo competente y justo, posición 5; las condiciones físicas de trabajo, posición 6; formación y ampliación de conocimientos a cargo de la empresa, posiciones 7 y 9; y las vacaciones y días libres, posición 8. En las últimas posiciones encontramos la posibilidad de promocionar en la empresa, posición 12 y los beneficios no directamente económicos y obras sociales proporcionadas por la empresa posición 12. En la tabla 4.29, podemos ver la descripción de las posiciones de cada uno de los incentivos.

Tabla 4.29 Puntuaciones y distribución de los incentivos laborales de los profesionales participantes

Incentivos	n	Media (DE)	Mediana (RIC)	Moda (%)
Condiciones físicas	78	7,2 (3,0)	7 (5)	6 (17,9)
Jornada laboral	78	5,4 (3,6)	5 (7)	1 y 3 (14,1)
Buen salario	78	5,4 (3,9)	4,5 (7)	1 y 2 (19,2)
Jefe directo competente	78	5,9 (2,7)	5 (4)	5 (19,2)
Posibilidad de promoción	78	8,8 (2,8)	9 (4)	12 (20,5)
Formación a cargo de la empresa	79	7,0 (2,7)	7 (4)	7 y 9 (13,9)
Beneficios no económicos	78	9,5 (2,5)	10 (4)	12 (30,8)
Vacaciones y días libres	77	7,2 (2,7)	7 (4)	8 (14,3)
Trabajo seguro	78	5,8 (3,4)	5 (7)	1 y 2 (12,8)
Trabajo interesante	79	4,2 (3,1)	3 (5)	1 (26,6)
Compañeros	78	5,4 (3,6)	4,5 (7)	2 (19,2)
Iniciativa, autonomía y responsabilidad	79	5,8 (3,4)	6 (6)	3 (21,1)

Se estudió la relación entre cada uno de los incentivos y la **edad** de los encuestados, hallándose una relación inversa (a mayor edad, menor puntuación en el orden del incentivo) con tener un trabajo interesante, atrayente ($p=0,029$) y una relación positiva (a mayor edad, mayor puntuación en el orden del incentivo), con el tener unos compañeros de trabajo agradables ($p=0,044$). El resto de los incentivos no demostraron tener relación con la edad. Al comparar esta misma variable con el **número de hijos** de los trabajadores no se observó ninguna relación con los

incentivos laborales (Rho de Spearman). Los resultados se pueden ver en la tabla 4.30.

Tabla 4.30 Relación entre la puntuación de los incentivos de Herzberg con la edad y el número de hijos de los profesionales

Incentivos	Edad		Número de hijos	
	ρ	p	ρ	p
Condiciones físicas	0,019	0,891	-0,100	0,456
Jornada laboral	0,095	0,502	-0,103	0,440
Buen salario	0,004	0,978	0,077	0,560
Jefe directo competente	0,088	0,536	0,066	0,625
Posibilidad promoción	-0,161	0,259	-0,059	0,661
Formación a cargo empresa	0,027	0,848	-0,002	0,986
Beneficios no económicos	0,021	0,885	0,152	0,253
Vacaciones y días libres	-0,056	0,697	-0,053	0,690
Trabajo seguro	-0,109	0,447	0,055	0,680
Trabajo interesante	-0,290	0,037	0,021	0,873
Compañeros	0,283	0,044	-0,139	0,300
Iniciativa, autonomía, responsabilidad	0,059	0,684	-0,007	0,961

Al comparar los incentivos en función del **sexo** ninguno de los incentivos fue puntuado diferente según si el trabajador era hombre o mujer, aunque se observó una tendencia a considerar el incentivo posibilidad de promoción como más importante (es decir, puntuación inferior) en las mujeres. Tampoco se halló relación entre la puntuación de los incentivos según el **estado civil**, aunque se observó una tendencia a considerar el incentivo jornada laboral cómoda como más importante (es decir, puntuación inferior) en las personas casadas o en pareja, tal y como se puede observar en la tabla 4.31 (prueba U de Mann-Whitney).

Tabla 4.31 Relación entre la puntuación de los incentivos de Herzberg con el sexo y el estado civil de los profesionales

Incentivos	Sexo*			Estado civil*		
	Hombre	Mujer	<i>p</i>	Casado/ pareja	Otros	<i>p</i>
Condiciones físicas	[18] 7,3 (2,7) 7,5 (4)	[60] 7,2 (3,0) 6,5 (5)	0,816	[54] 7,4 (3,1) 6,5 (6)	[24] 6,7 (2,5) 7 (3)	0,462
Jornada laboral	[19] 4,6 (3,2) 4 (5)	[59] 5,7 (3,7) 5 (7)	0,268	[54] 5,0 (3,7) 3,5 (7)	[24] 6,4 (3,2) 5,5 (6)	0,051
Buen salario	[19] 6,0 (3,8) 5 (8)	[59] 5,1 (3,9) 4 (7)	0,353	[55] 5,4 (3,9) 5 (8)	[23] 5,2 (3,8) 4 (7)	0,778
Jefe directo competente	[19] 5,3 (2,8) 5 (3)	[59] 6,2 (2,7) 5 (4)	0,203	[54] 6,1 (2,6) 5 (4)	[24] 5,7 (3,1) 4,5 (5)	0,371
Posibilidad promoción	[18] 9,7 (2,6) 10 (4)	[60] 8,5 (2,9) 9 (4)	0,075	[55] 8,7 (2,7) 9 (4)	[23] 8,9 (3,1) 10 (5)	0,569
Formación a cargo empresa	[19] 7,7 (2,6) 8 (5)	[60] 6,7 (2,7) 7 (4)	0,135	[55] 7,2 (2,5) 7 (3)	[24] 6,3 (3,2) 6,5 (5)	0,232
Beneficios no económicos	[19] 9,2 (3,0) 10 (5)	[59] 9,6 (2,3) 10 (4)	0,717	[54] 9,6 (2,4) 10 (4)	[24] 9,0 (2,7) 9 (4)	0,363
Vacaciones y días libres	[18] 6,5 (2,4) 6,5 (3)	[59] 7,4 (2,8) 7 (5)	0,231	[54] 6,8 (2,8) 7 (4)	[23] 7,9 (2,6) 8 (4)	0,103
Trabajo seguro	[19] 6,5 (3,4) 7 (5)	[59] 5,5 (3,4) 5 (6)	0,247	[54] 6,0 (3,3) 6 (5)	[24] 5,2 (3,8) 4 (8)	0,328
Trabajo interesante	[19] 3,6 (3,2) 3 (5)	[60] 4,4 (3,1) 9,4 (5)	0,185	[55] 4,3 (3,2) 3 (6)	[24] 4,0 (2,9) 3 (5)	0,837
Compañeros	[18] 5,1 (4,1) 2,5 (7)	[60] 5,6 (3,5) 5 (7)	0,547	[55] 5,2 (3,6) 4 (7)	[23] 6,0 (3,6) 5 (6)	0,275
Iniciativa, autonomía, responsabilidad	[17] 5,8 (2,4) 6 (4)	[59] 5,8 (3,6) 6 (6)	0,665	[53] 5,6 (3,4) 4 (6)	[23] 6,2 (3,3) 6 (6)	0,438

*La puntuación de los incentivos se describe con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC)

Se comparó el orden de cada uno de los incentivos según la **categoría profesional**, encontrándose diferencias en la puntuación de los beneficios no económicos donde los celadores lo consideraron más importante (puntuación más baja) que el resto de categorías profesionales ($p=0,047$), tener un trabajo interesante fue mejor valorado por parte de los médicos, seguidos de las enfermeras ($p=0,012$) y el tener unos buenos compañeros de trabajo que fue mejor valorado por parte de las enfermeras ($p=0,001$) (prueba de Kruskal-Wallis). Los resultados de cada incentivo por categoría profesional se detallan en la tabla 4.32.

Tabla 4.32 Puntuación de los incentivos según la categoría de los profesionales

Incentivos	Categoría profesional*					p
	Médico	Enfermera	TCAE	Administrativo	Celador	
Condiciones físicas	[22]	[35]	[7]	[10]	[4]	0,996
	7,1 (3,1)	7,3 (2,9)	7,0 (2,7)	7,5 (3,4)	6,7 (3,4)	
	6 (6)	8 (5)	7 (2)	6,5 (6)	7,5 (6)	
Jornada laboral	[22]	[35]	[6]	[10]	[5]	0,608
	5,7 (3,3)	5,4 (3,7)	6,0 (2,8)	4,3 (4,0)	5,8 (4,3)	
	5 (6)	5 (7)	5,5 (4)	2,5 (9)	6 (9)	
Buen salario	[21]	[35]	[7]	[10]	[5]	0,105
	3,8 (3,1)	6,3 (3,7)	4,6 (4,6)	4,9 (4,6)	7,4 (3,7)	
	3 (4)	7 (8)	2 (9)	2 (9)	10 (7)	
Jefe directo competente	[22]	[35]	[7]	[9]	[5]	0,257
	5,6 (2,8)	6,3 (2,4)	7,29 (3,2)	5,3 (3,3)	4,4 (2,7)	
	5 (4)	5 (3)	8 (6)	3 (5)	4 (5)	
Posibilidad promoción	[22]	[35]	[7]	[10]	[4]	0,177
	8,0 (2,8)	9,6 (2,0)	8,0 (3,5)	7,6 (3,8)	9,7 (4,5)	
	7,5 (5)	10 (3)	10 (5)	9 (7)	12 (7)	
Formación a cargo empresa	[22]	[35]	[7]	[10]	[5]	0,789
	6,4 (2,6)	7,4 (2,4)	6,5 (4,0)	7,1 (3,0)	6,6 (3,2)	
	7 (3)	8 (4)	6 (9)	7,5 (4)	5 (6)	
Beneficios no económicos	[22]	[35]	[7]	[9]	[5]	0,047
	10,2 (1,9)	9,7 (2,3)	7,4 (3,1)	9,7 (1,8)	6,6 (3,5)	
	11 (3)	10 (4)	8 (5)	10 (4)	7 (7)	
Vacaciones y días libres	[22]	[35]	[5]	[10]	[5]	0,335
	7,4 (2,5)	7,5 (2,7)	5,0 (3,3)	6,7 (3,0)	6,6 (3,0)	
	8 (3)	7 (4)	4 (5)	6 (5)	6 (6)	
Trabajo seguro	[22]	[35]	[6]	[10]	[5]	0,573
	5,4 (3,4)	6,2 (3,5)	4,0 (3,0)	5,6 (3,4)	6,8 (3,6)	
	5 (6)	6 (7)	3 (5)	4,5 (5)	9 (7)	
Trabajo interesante	[22]	[35]	[7]	[10]	[5]	0,012
	3,2 (3,0)	3,7 (2,7)	5,1 (2,4)	7,1 (3,2)	5,2 (3,1)	
	2 (3)	3 (4)	4 (5)	6,5 (5)	6 (6)	
Compañeros	[22]	[35]	[7]	[10]	[4]	0,001
	7,2 (3,5)	3,8 (3,1)	8,4 (2,1)	5,5 (3,3)	4,7 (5,0)	
	8 (7)	2 (3)	9 (2)	6 (6)	3 (9)	
Iniciativa, autonomía, responsabilidad	[22]	[35]	[5]	[10]	[4]	0,078
	7,4 (3,7)	4,6 (3,0)	5,8 (4,2)	6,3 (2,9)	5,5 (1,9)	
	8 (7)	3 (3)	6 (8)	6,5 (6)	6 (4)	

*La puntuación de los incentivos se describe con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC)

También se comparó la puntuación de cada uno de los incentivos en función del **turno de trabajo**, observándose diferencias en la puntuación de beneficios no económicos,

dónde los profesionales del turno de mañana y turnos alternos valoraron el incentivo en una posición más alta (es decir, con una importancia menor) que el resto de turnos ($p=0,023$). Aunque no se han hallado diferencias estadísticamente significativas, vemos una tendencia a dar más valor (puntuación más baja) a una jornada laboral cómoda en el turno de mañana ($p=0,085$) y a los compañeros de trabajo en el turno de noche ($p=0,071$) (prueba de Kruskal-Wallis). A continuación, en la tabla 4.33, se exponen las medias y medianas de puntuación de cada uno de los incentivos según el turno de trabajo.

Tabla 4.33 Puntuación de los incentivos según el turno de trabajo de los profesionales

Incentivos	Turno de trabajo*				p
	Mañanas	Tardes	Noches	Turnos alternos	
Condiciones físicas	[11] 6,1 (2,0) 6 (3)	[12] 7,9 (3,4) 7 (6)	[7] 8,0 (2,5) 9 (5)	[45] 7,2 (3,0) 7 (6)	0,479
Jornada laboral	[12] 3,2 (2,9) 2,5 (3)	[12] 6,2 (3,1) 6,5 (6)	[7] 6,4 (3,8) 6 (6)	[44] 5,8 (3,7) 5 (7)	0,085
Buen salario	[12] 4,3 (3,6) 3,5 (6)	[12] 6,0 (4,7) 5 (10)	[7] 8,3 (3,5) 9 (3)	[44] 5,2 (3,7) 4 (6)	0,270
Jefe directo competente	[12] 5,4 (2,3) 5 (3)	[12] 6,1 (3,3) 6 (6)	[7] 5,3 (3,2) 5 (3)	[44] 6,4 (2,8) 5,5 (4)	0,714
Posibilidad promoción	[12] 9,2 (2,7) 9,5 (5)	[12] 7,8 (3,8) 8,5 (8)	[7] 10,3 (2,0) 11 (4)	[44] 8,8 (2,7) 9 (4)	0,413
Formación a cargo empresa	[12] 8,0 (2,0) 8 (4)	[12] 6,8 (3,5) 7,5 (6)	[7] 7,3 (1,8) 8 (3)	[45] 6,6 (2,8) 7 (5)	0,521
Beneficios no económicos	[12] 11,2 (1,2) 12 (1)	[12] 8,2 (3,1) 7,5 (5)	[7] 8,6 (3,2) 9 (6)	[44] 9,5 (2,3) 10 (4)	0,023
Vacaciones y días libres	[11] 6,4 (3,4) 7 (7)	[12] 7,0 (2,8) 6,5 (5)	[7] 7,0 (1,9) 7 (1)	[44] 7,4 (2,7) 8 (3)	0,755
Trabajo seguro	[11] 6,4 (2,9) 7 (6)	[12] 5,6 (3,4) 5 (6)	[7] 6,1 (3,9) 5 (9)	[45] 5,6 (3,5) 6 (6)	0,850
Trabajo interesante	[12] 5,2 (3,0) 4,5 (5)	[12] 4,3 (3,0) 5 (5)	[7] 3,7 (3,9) 2 (3)	[45] 3,8 (2,8) 3 (5)	0,422
Compañeros	[12] 5,6 (3,8) 4,5 (7)	[12] 6,5 (3,0) 7,5 (5)	[7] 2,1 (0,9) 2 (2)	[44] 5,4 (3,8) 4,5 (7)	0,071
Iniciativa, autonomía, responsabilidad	[9] 5,8 (2,8) 6 (6)	[12] 5,5 (3,6) 4 (6)	[7] 4,3 (3,6) 3 (7)	[45] 5,8 (3,2) 6 (5)	0,540

*La puntuación de los incentivos se describe con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC)

Al analizar la puntuación de los incentivos en relación al **tipo de contrato**, sólo se halló relación en la distribución de vacaciones y días libres ($p=0,032$) en el cual los profesionales fijos ordenaron el incentivo en un lugar más valorado que los eventuales

(puntuación más baja) (prueba U de Mann-Whitney). En la tabla 4.34, se puede ver las medias y medianas de los incentivos en relación al tipo de contrato.

Tabla 4.34 Puntuación de los incentivos según el tipo de contrato de los profesionales

Incentivos	Tipo de contrato*		p
	Fijo	Eventual	
Condiciones físicas	[61] 7,34 (3,0) 7 (5)	[17] 6,8 (2,7)6 (4)	0,503
Jornada laboral	[62] 5,3 (3,6) 5 (7)	[16] 5,8 (3,5)4,5 (7)	0,513
Buen salario	[61] 5,5 (4,0) 5 (8)	[17] 4,8 (3,6)4 (6)	0,682
Jefe directo competente	[61] 5,7 (2,6) 5 (4)	[17] 6,9 (2,9)7 (6)	0,170
Posibilidad promoción	[61] 8,8 (2,8) 9 (4)	[17] 8,5 (3,0)9 (5)	0,574
Formación a cargo empresa	[62] 7,2 (2,6) 7 (4)	[17] 6,1 (2,9)7 (4)	0,197
Beneficios no económicos	[61] 9,3 (2,7) 10 (5)	[17] 10,0 (1,8)9 (3)	0,467
Vacaciones y días libres	[61] 6,8 (2,7) 7 (4)	[16] 8,4 (2,5)8 (4)	0,032
Trabajo seguro	[61] 5,7 (3,1) 5 (5)	[17] 6,2 (4,5)5 (10)	0,688
Trabajo interesante	[62] 4,3 (3,1) 3 (6)	[17] 4,1 (2,9)3 (4)	0,957
Compañeros	[61] 5,7 (3,7) 5 (7)	[17] 4,6 (3,3)4 (6)	0,247
Iniciativa,autonomía,responsabilidad	[59] 5,8 (3,5) 6 (7)	[17] 5,6 (2,8)6 (4)	0,960

*La puntuación de los incentivos se describe con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC)

También se analizó la relación entre cada uno de los incentivos y la **antigüedad** de los profesionales, sólo se observó relación entre las vacaciones y días libres y la antigüedad, los profesionales que tenían menor antigüedad, otorgaron mayor puntuación al incentivo (menor importancia) ($p=0,044$) (Rho de Spearman). Los resultados de las correlaciones se pueden ver en la tabla 4.35.

Tabla 4.35 Relación entre la puntuación de los incentivos con la antigüedad de los profesionales

Incentivos	Antigüedad	
	ρ	p
Condiciones físicas	0,113	0,367
Jornada laboral	-0,053	0,671
Buen salario	-0,004	0,969
Jefe directo competente	0,038	0,762
Posibilidad promoción	0,149	0,228
Formación a cargo empresa	0,138	0,265
Beneficios no económicos	0,084	0,503
Vacaciones y días libres	-0,251	0,044
Trabajo seguro	-0,099	0,427
Trabajo interesante	-0,055	0,660
Compañeros	0,083	0,506
Iniciativa, autonomía, responsabilidad	0,050	0,694

Satisfacción de los profesionales

A continuación se detallan los resultados en porcentajes de la **Escala General de Satisfacción**. En la figura 4.13 se muestra en un diagrama de barras cada ítem de la escala con el porcentaje de respuesta según tres categorías agrupadas (insatisfactorio, ni satisfactorio ni insatisfactorio, satisfactorio). Los ítems que fueron catalogados como más satisfactorios por los profesionales fueron la elección del método de trabajo, el superior inmediato, los compañeros de trabajo, la responsabilidad asignada, la posibilidad de utilizar las capacidades, el horario y la variedad en las tareas. Los ítems puntuados como más insatisfactorios fueron el salario, las relaciones con la dirección y la posibilidad de promoción.

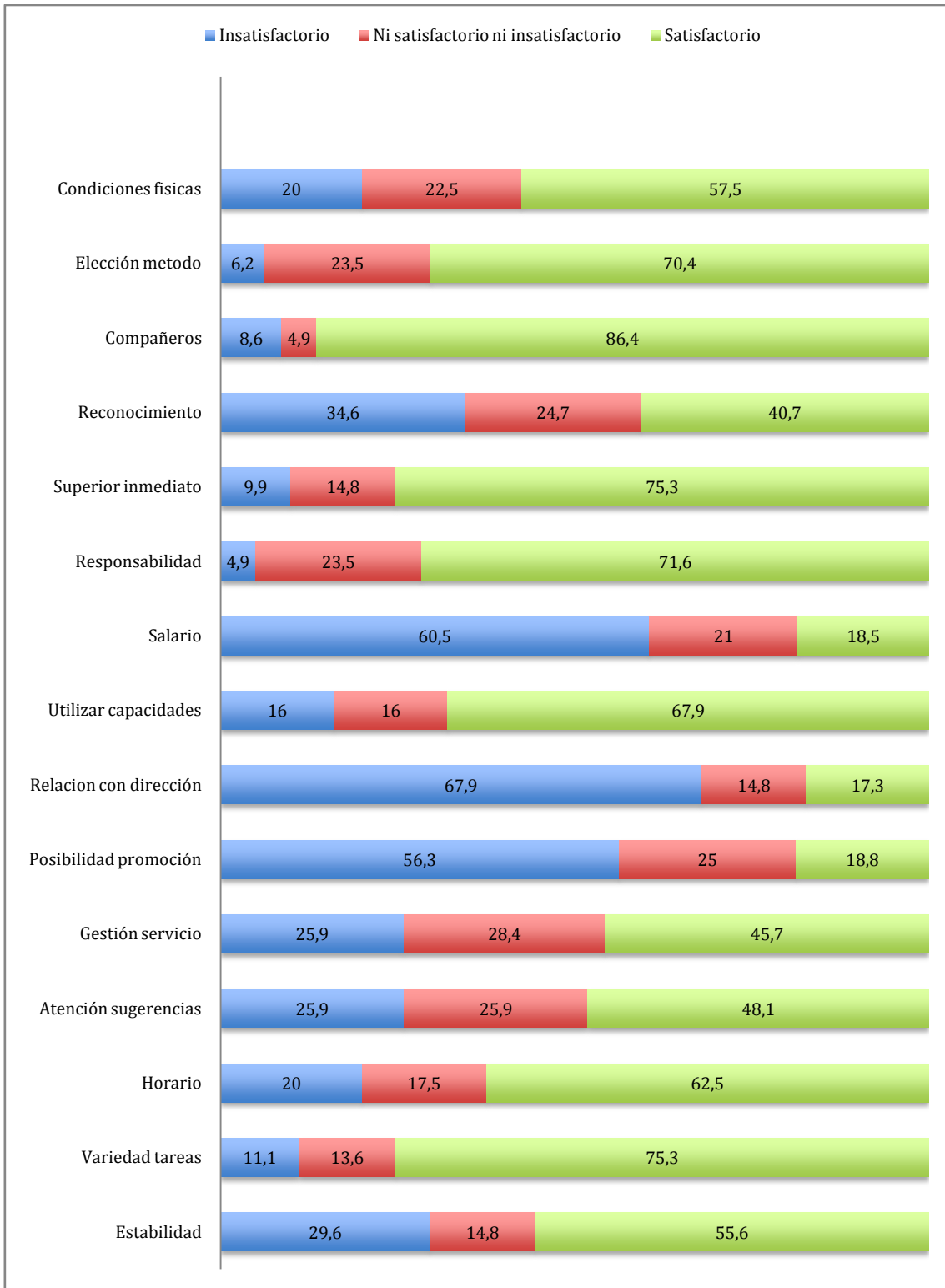


Figura 4.13 Satisfacción de los profesionales (%)

En el análisis cuantitativo de la Escala General de Satisfacción, los participantes puntuaron una media de **satisfacción general** (n:78) de 65,8 (DE=11,1) y una mediana de 68 (RIC=15). La puntuación media de la **satisfacción intrínseca** (n:80) fue de 31,4 (DE=5,6) y la puntuación media de la **satisfacción extrínseca** (n:79) de 34,6 (DE=6,6).

Se estudió la relación entre la puntuación de la satisfacción general y la **edad** de los profesionales sin hallar una relación entre ambas variables con la Rho de Spearman ($\rho=-0,147$; $p=0,295$). En la puntuación de la satisfacción intrínseca tampoco se halló una relación con la edad de la muestra ($r=-0,149$; $p=0,287$) ni tampoco con la satisfacción extrínseca ($r=-0,043$; $p=0,759$) (Correlación de Pearson).

Al comparar los resultados de la puntuación de la satisfacción general en función del **sexo** de los participantes, los hombres (n:19) puntuaron una media de 62,0 (DE=11,8) y una mediana de 64 (RIC=18) y las mujeres (n:59) una media de 67,0 (DE=10,7) y una mediana de 69 (RIC=15), estas diferencias no demostraron ser estadísticamente diferentes (Prueba U de Mann-Whitney, $p=0,152$). En la satisfacción intrínseca, se observó que las mujeres puntuaron significativamente más alta la satisfacción intrínseca que los hombres, éstos (n:19) puntuaron una media de 27,8 (DE=5,2) y las mujeres (n:61) una media de 32,5 (DE=5) (prueba t de Student, $p=0,001$). En la satisfacción extrínseca los hombres (n:19) puntuaron una media de 34,3 (DE=7,2) y las mujeres (n:60) una media de 34,7 (DE=6,5), sin hallar diferencias significativas entre la puntuación de los dos grupos (prueba t de Student, $p=0,789$).

Se comparó la puntuación de la satisfacción general con el **estado civil** agrupado de los encuestados, los casados o en pareja (n:54) puntuaron una media de 65,5 (DE=11,7) y el resto de profesionales (solteros y divorciados) (n:24) una media de 66,4 (DE=9,8) sin hallar diferencias entre las puntuaciones ($p=0,739$). La puntuación media de la satisfacción intrínseca de los casados o en pareja (n:55) fue de 31,0 (DE=6,0) y la puntuación media del resto de profesionales (n:25) fue de 32,3 (DE=4,7), sin hallar diferencias entre las puntuaciones ($p=0,330$); y la puntuación media de la satisfacción extrínseca de los casados o en pareja (n:55) fue de 34,7 (DE=6,8) y la del resto (n:24) de 34,4 (DE=6,3) sin hallar tampoco diferencias significativas según el estado civil ($p=0,849$) (prueba t de Student).

También se estudió la relación entre la satisfacción general y el **número de hijos** de los participantes sin hallar una correlación entre ambas variables ($\rho=-0,036$; $p=0,782$). Tampoco se halló relación entre la satisfacción intrínseca y el número de hijos ($\rho=-$

0,075; $p=0,567$) ni entre la satisfacción extrínseca y el número de hijos ($p=0,057$; $p=0,667$) (Rho de Spearman).

Al comparar la satisfacción general con la **categoría profesional**, no se hallaron diferencias en la puntuación de la satisfacción general entre las diferentes categorías profesionales, aunque se observó una tendencia a puntuar más bajo por parte de los celadores ($p=0,097$); en cambio, al comparar la satisfacción intrínseca con la categoría profesional, se halló que las enfermeras, seguidas de los auxiliares administrativos puntuaron significativamente más alto que el resto de profesionales ($p=0,006$). En la satisfacción extrínseca no se hallaron diferencias entre la puntuación de las diferentes categorías profesionales ($p=0,272$) (prueba de Kruskal-Wallis). Los resultados de las puntuaciones se detallan en la tabla 4.36.

Tabla 4.36 Satisfacción de los profesionales en función de la categoría profesional

Escala general de satisfacción	Categoría profesional*					p
	Médico	Enfermera	TCAE	Administrativo	Celador	
Satisfacción general	[22] 62,9 (12,8) 65,5 (18,7)	[35] 68,8 (10,3) 72 (14)	[7] 61,4 (9,7) 58 (16)	[9] 68,2 (7,2) 70 (12)	[5] 58,6 (11,4) 62 (17,5)	0,097
Satisfacción intrínseca	[22] 29,7 (6,1) 30 (7,7)	[36] 33,7 (5,0) 33,5 (7,7)	[7] 30,0 (5,3) 29 (11)	[10] 30,4 (3,0) 31 (5,7)	[5] 25,8 (4,5) 27 (6)	0,006
Satisfacción extrínseca	[23] 33,6 (7,3) 35 (10)	[35] 35,3 (6,0) 36 (9)	[7] 31,4 (6,0) 29 (9)	[9] 38,2 (6,5) 40 (12)	[5] 32,8 (7,0) 35 (11,5)	0,272

*La puntuación de la escala de satisfacción se describen con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC)

También se analizó la satisfacción general en función del **turno de trabajo**, sin hallar diferencias en la puntuación entre turnos ($p=0,641$). Tampoco se hallaron diferencias entre la puntuación de la satisfacción intrínseca en función del turno de trabajo ($p=0,957$) ni tampoco de la satisfacción extrínseca en función del turno de trabajo ($p=0,329$) (prueba de Kruskal-Wallis). Los resultados se exponen en la tabla 4.37.

Tabla 4.37 Satisfacción de los profesionales en función del turno de trabajo

Escala general de satisfacción	Turno de trabajo*				p
	Mañanas	Tardes	Noches	Turnos alternos	
Satisfacción general	[13] 66,1 (15,2) 63 (23)	[11] 70,1 (8,6) 72 (12)	[6] 66,3 (9,0) 69,5 (6,7)	[46] 64,9 (10,7) 65,5 (13,5)	0,517
Satisfacción intrínseca	[13] 31,0 (7,0) 29 (10)	[12] 32,6 (5,5) 33 (9,5)	[7] 30,8 (5,5) 33 (7)	[46] 31,4 (5,3) 31,5 (8)	0,898
Satisfacción extrínseca	[13] 35,1 (8,7) 35 (12,5)	[11] 37,6 (4,5) 38 (7)	[6] 36,8 (6,0) 38 (6,7)	[46] 33,4 (6,3) 33,5 (9,25)	0,178

*La puntuación de la escala de satisfacción se describe con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC)

Además, se analizó la satisfacción general en función del **tipo de contrato**, observando que los profesionales fijos (n:61) puntuaron una media de 65,0 (DE=10,8) y una mediana de 65 (RIC=14,5) y los eventuales (n:17) puntuaron una media de 68,5 (DE=12,1) y una mediana de 71 (RIC=16). No se observaron diferencias significativas de la satisfacción general en función del tipo de contrato ($p=0,114$). En relación a la satisfacción intrínseca, la puntuación media de los profesionales fijos (n:63) fue de 30,8 (DE=5,5) y la mediana de 31 (RIC=7); y la puntuación media de los eventuales (n:17) de 33,3 (DE=5,4) y la mediana de 35 (RIC=7) sin demostrar diferencias estadísticamente significativas aunque se observó una tendencia a puntuar más alto por parte de los eventuales ($p=0,073$). Tampoco se observaron diferencias en la puntuación de la satisfacción extrínseca de los profesionales fijos (n:62), que fue de 34,5 (DE=6,4) y una mediana de 35 (RIC=10) y la de los eventuales (n:17) con una puntuación media de 35,2 (DE=7,5) y una mediana de 37 (RIC=9) ($p=0,451$) (prueba U de Mann-Whitney).

También se analizó la relación entre la satisfacción general y la **antigüedad**, sin observar una correlación con la Rho de Spearman, entre ambas variables ($\rho=0,008$; $p=0,952$). Tampoco demostraron estar relacionadas la satisfacción intrínseca y la antigüedad ($\rho=-0,055$; $p=0,659$) ni la satisfacción extrínseca y la antigüedad ($\rho=0,112$; $p=0,396$).

Finalmente, se compararon las tres puntuaciones con el nivel de **satisfacción laboral** expresado por los profesionales. La satisfacción general de la escala demostró tener una relación positiva con el nivel de satisfacción laboral ($\rho=0,546$; $p<0,001$), también la satisfacción intrínseca ($\rho=0,410$; $p<0,001$) y la satisfacción extrínseca ($\rho=0,578$; $p<0,001$) (Rho de Spearman).

Nivel de optimismo de los profesionales y su relación con la satisfacción laboral.

Nivel de optimismo y variables sociodemográficas

El **nivel de optimismo percibido** de los profesionales (n:78) fue de una media de 7,4 (DE=1,2) y de una mediana de 7,5 (RIC=1).

Se analizó la asociación entre el nivel de optimismo percibido y la **edad** de los profesionales, sin hallar una relación entre ambas variables con la Rho de Spearman ($\rho=-0,143$; $p=0,307$). Al comparar la misma variable según el **sexo** de los participantes, los hombres (n:18) puntuaron una media de 7,3 (DE=1,5) y una mediana de 7,5 (RIC=1) y las mujeres (n:60) una media de 7,5 (DE=1,1) y una mediana de 7,5 (RIC=1), sin observar diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del optimismo en función del sexo (prueba U de Mann-Whitney, $p=0,822$).

También se analizó la relación entre el optimismo y el **estado civil** de los participantes, se observó que los casados o en pareja (n:54) puntuaron una media de 7,5 (DE=1,2) y una mediana de 8 (RIC=1) y los otros profesionales (n:24) puntuaron una media de 7,2 (DE=1,0) y una mediana de 7 (RIC=1), sin hallarse diferencias significativas entre éstas puntuaciones (prueba de U de Mann-Whitney, $p=0,110$).

Finalmente, se comparó el nivel de optimismo según el **número de hijos** de los profesionales, sin hallar una correlación entre ambas variables con la Rho de Spearman ($\rho=0,132$; $p=0,319$).

Nivel de optimismo y variables laborales

Al analizar el nivel de optimismo según la **categoría profesional** de los participantes, los médicos (n:22) puntuaron una media de 7,4 (DE=1,2) y una mediana de 8 (RIC=1); los diplomados universitarios en enfermería (n:36) una media de 7,2 (DE=1,3) y una mediana de 7 (RIC=1); los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (n:7) una media de 8 (DE=1,6) y una mediana de 8 (RIC=2); los auxiliares administrativos (n:9) una media de 7,6 (DE=0,9) y una mediana de 8 (RIC=1); y los celadores (n:4) una media de 7,7 (DE=1,5) y una mediana de 7 (RIC=2). Estas puntuaciones no demostraron ser diferentes con la prueba de Kruskal-Wallis ($p=0,608$).

También se estudió la relación entre el nivel de optimismo y el **turno de trabajo**, observándose que los profesionales del turno de mañana (n:12) puntuaron una media de 7,2 (DE=1,7) y una mediana de 8 (RIC=1); los de tardes (n:11) una media de 7,6 (DE=1,1) y una mediana de 8 (RIC=1); los de noches (n:7) una media de 7,3 (DE=0,7) y una mediana de 7 (RIC=1); y los profesionales de turnos alternos (n:45) una media

de 7,3 (DE=1,0) y una mediana de 7 (RIC=1). Sin hallar tampoco diferencias entre el optimismo y el turno de trabajo (prueba de Kruskal-Wallis, $p=0,569$).

Además se comparó esta misma variable según el **tipo de contrato**. Los profesionales fijos (n:61) puntuaron una media de 7,4 (DE=1,3) y una mediana de 8 (RIC=1) y los eventuales (n:17) una puntuación media de 7,5 (DE=0,6) y una mediana de 7 (RIC=1), sin hallar tampoco diferencias en la puntuación del optimismo según el tipo de contrato (prueba U de Mann-Whitney, $p=0,794$).

Finalmente, se estudió la relación entre el nivel de optimismo y la **antigüedad**, sin observar tampoco una correlación entre ambas variables (Rho de Spearman, $\rho=-0,074$; $p=0,550$).

Nivel de optimismo y satisfacción laboral

Al analizar la relación entre el optimismo y la **satisfacción laboral** expresada por los profesionales, se halló que a mayor optimismo, mayor satisfacción laboral (Rho de Spearman, $\rho=0,293$; $p=0,009$).

También se estudió la relación del optimismo con cada uno de los ítems del **Cuestionario de Incentivos Laborales de Herzberg**, observando que a menor puntuación en optimismo, mayor puntuación en los incentivos de buen salario ($p=0,005$), en el de formación a cargo de la empresa ($p=0,011$), en el de vacaciones y días libres ($p=0,027$), es decir que las personas con menor nivel de optimismo consideran estos incentivos menos importantes. A mayor puntuación en optimismo, mayor puntuación (menor importancia) en los incentivos de trabajo seguro ($p=0,024$) y en el de compañeros de trabajo ($p=0,002$). En la tabla 4.38 se pueden ver los resultados de las correlaciones (Rho de Spearman).

Tabla 4.38 Relación entre los incentivos laborales de Herzberg y el nivel de optimismo de los profesionales

Incentivos	Optimismo	
	ρ	p
Condiciones físicas	0,059	0,613
Jornada laboral	-0,092	0,431
Buen salario	-0,322	0,005
Jefe directo competente	0,133	0,254
Posibilidad promoción	-0,108	0,352
Formación a cargo empresa	-0,288	0,011
Beneficios no económicos	-0,192	0,097
Vacaciones y días libres	-0,256	0,027
Trabajo seguro	0,258	0,024
Trabajo interesante	0,091	0,431
Compañeros	0,343	0,002
Iniciativa, autonomía, responsabilidad	0,139	0,235

Finalmente, se estudió la relación entre el nivel de optimismo percibido y la **Escala General de Satisfacción**. La satisfacción general no demostró estar relacionada con el optimismo ($\rho=0,047$; $p=0,687$). Tampoco se observó relación entre la satisfacción intrínseca y el optimismo ($\rho=0,020$; $p=0,860$) ni entre la satisfacción extrínseca y el optimismo ($\rho=0,091$; $p=0,429$) (Rho de Spearman).

Nivel de *burnout* de los profesionales del servicio de urgencias, y relación con las variables sociodemográficas, laborales y con el nivel de optimismo.

Puntuaciones medias y características sociodemográficas

La puntuación media de la dimensión de **agotamiento emocional** de la muestra (n:79) fue de 18,8 (DE=10,2) y la mediana de 16 (RIC=14). La dimensión de **realización personal** (n:76) obtuvo una puntuación media de 34,1 (DE=8,6) y una mediana de 35,5 (RIC=11). La puntuación media de la dimensión de **despersonalización** (n:75) fue de 8,2 (DE=5,4) y la mediana de 8 (RIC=7).

Se analizó la relación entre la puntuación de cada una de las dimensiones y la **edad** de los participantes, en el caso del agotamiento emocional, se halló que a mayor edad, mayor agotamiento emocional ($\rho=0,372$; $p=0,007$); en cambio no se halló relación con

la realización personal ($\rho=-0,028$; $p=0,845$) ni con la despersonalización ($\rho=-0,221$; $p=0,130$) (Rho de Spearman).

Al analizar la asociación entre las dimensiones del Maslach Burnout Inventory (MBI) y el **sexo**, se observó una tendencia a puntuar más alto en la realización personal por parte de las mujeres ($p=0,073$). También se observó que las mujeres puntúan más alto en agotamiento emocional y más bajo en despersonalización aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, tal y como se puede ver en la tabla 4.39. (prueba U de Mann-Whitney). Respecto a la relación entre las dimensiones del MBI y el **estado civil** de la muestra, se observó que las personas casadas o que vivían en pareja puntuaron más alto en todas las dimensiones del *burnout*, aunque las diferencias no demostraron ser estadísticamente significativas (prueba U de Mann-Whitney).

Tabla 4.39 Puntuaciones de las dimensiones del MBI según el sexo y el estado civil de los profesionales

Dimensiones MBI*	Sexo		p
	Hombre	Mujer	
Agotamiento emocional	[19] 17,5 (10,7); 13 (15)	[60] 19,3 (10,1); 6 (12,7)	0,361
Realización Personal	[18] 30,7 (10,0); 30,5 (13,5)	[58] 35,1 (7,9); 36,5 (10)	0,073
Despersonalización	[18] 9,5 (6,0); 8 (9)	[57] 7,7 (5,1); 7 (6)	0,252
	Estado civil		p
	Casado/pareja	Otros	
Agotamiento emocional	[56] 19,2 (11,0); 15,5 (14,5)	[24] 17,9 (8,4); 16,0 (13)	0,948
Realización personal	[51] 34,7 (9,1); 37 (11)	[25] 32,8 (7,5); 35,0 (14)	0,207
Despersonalización	[51] 8,7 (6,0); 8 (9)	[24] 7,0 (3,4); 7,5 (4,7)	0,509

*La puntuación de las dimensiones se describe con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC)

Finalmente, se comparó el **número de hijos** de los respondedores con las puntuaciones de las dimensiones del MBI. No se halló relación con el agotamiento emocional ($\rho=-0,001$; $p=0,996$); ni con la realización personal ($\rho=-0,009$; $p=0,948$) aunque se observó una tendencia a puntuar más alto en la despersonalización a los trabajadores con menos hijos ($\rho=-0,243$; $p=0,071$) (Rho de Spearman).

Puntuaciones de las dimensiones y características laborales

Se estudió la relación de las dimensiones del MBI y la **categoría profesional** de los participantes. Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería fueron los que puntuaron más alto en el agotamiento emocional, los celadores los que puntuaron más

bajo en realización personal y los administrativos los que puntuaron más alto en despersonalización, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas aplicando la prueba de Kruskal-Wallis tal y como se detalla en la tabla 4.40.

Tabla 4.40 Puntuaciones de las dimensiones del MBI según la categoría profesional de los profesionales

Dimensiones MBI*	Categoría profesional					p
	Médico	Enfermera	TCAE	Administrativo	Celador	
Agotamiento emocional	[23]	[34]	[7]	[10]	[5]	0,357
	19,6 (8,4)	18,2 (10,8)	23,4 (10,9)	15,4 (10,6)	20,0 (14,2)	
	20 (13)	15 (13,7)	20 (22)	12,5 (6,7)	13 (22,5)	
Realización personal	[21]	[35]	[7]	[9]	[4]	0,205
	34,8 (6,6)	35,0 (7,5)	36,0 (7,0)	33,4 (12,3)	20,7 (12,5)	
	35 (9,5)	36 (11)	37 (14)	39 (17,5)	22,5 (23,2)	
Despersonalización	[20]	[34]	[7]	[9]	[5]	0,095
	6,9 (5,0)	7,3 (5,0)	8,4 (4,5)	12,3 (7,0)	10,8 (4,2)	
	6 (5,7)	7 (5,5)	9 (9)	9 (12)	9 (6,5)	

*La puntuación de las dimensiones se describe con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC)

Al comparar las dimensiones del MBI con el **turno de trabajo** de los profesionales encuestados, los profesionales del turno de mañana presentaron una puntuación mayor en agotamiento emocional y menor en realización personal que el resto de turnos, y los profesionales de turnos alternos puntuaron más alto en despersonalización, aunque estas puntuaciones no demostraron ser estadísticamente diferentes aplicando la prueba de Kruskal-Wallis, tal y como se puede observar en la tabla 4.41.

Tabla 4.41 Puntuaciones de las dimensiones del MBI según turno de trabajo de los profesionales

Dimensiones MBI*	Turno de trabajo				p
	Mañanas	Tardes	Noches	Turnos alternos	
Agotamiento emocional	[13] 22,3 (13,4)	[12] 16,2 (8,0)	[7] 14,3 (7,9)	[44] 19,6 (10,2)	0,392
	19 (24,5)	14,5 (11,7)	14 (7)	17 (14,5)	
Realización personal	[13] 31,8 (10,3)	[12] 35,0 (10,5)	[6] 37,8 (6,0)	[43] 33,5 (7,6)	0,454
	32 (11)	37,5 (14,2)	37,5 (11,5)	35 (12)	
Despersonalización	[12] 8,4 (5,8)	[11] 6,4 (5,0)	[7] 6,7 (1,2)	[42] 8,8 (5,5)	0,534
	7,5 (10)	4 (8)	7 (3)	8 (7,2)	

*La puntuación de las dimensiones se describe con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC)

También se estudió la relación entre las dimensiones del MBI y el **tipo de contrato** de los profesionales, observando que los que estaban fijos obtuvieron puntuaciones superiores a los eventuales en el agotamiento emocional ($p=0,044$); en cambio, en la realización personal aunque los profesionales eventuales puntuaron más alto que los

fijos las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,116$), y los eventuales puntuaron más alto en la despersonalización sin demostrar tampoco diferencias significativas ($p=0,630$) tal y como se puede observar en la tabla 4.42 (prueba U de Mann-Whitney).

Tabla 4.42 Puntuaciones de las dimensiones del MBI según tipo de contrato de los profesionales

Dimensiones MBI*	Tipo de contrato		p
	Fijo	Eventual	
Agotamiento emocional	[63] 20,0 (10,5); 18 (15)	[16] 14,2 (7,7); 13 (6)	0,044
Realización personal	[59] 33,3 (9,3); 33 (14)	[17] 36,9 (4,9); 38 (6)	0,116
Despersonalización	[58] 8,1 (5,5); 7 (7)	[17] 8,3 (4,9); 8 (8)	0,630

*La puntuación de las dimensiones se describen con la [n], puntuación media (DE) y mediana (RIC)

Además, se analizó la relación de cada una de las dimensiones del MBI con la **antigüedad** en el servicio de urgencias, sin hallar una correlación entre el agotamiento emocional y la antigüedad aunque se observó una tendencia a puntuar más alto en esta dimensión en los profesionales con más antigüedad ($\rho=0,241$; $p=0,051$), tampoco se observó una relación entre la realización personal y la antigüedad ($\rho=-0,173$; $p=0,166$), ni entre la despersonalización y la antigüedad ($\rho=-0,047$; $p=0,719$) con la Rho de Spearman.

Finalmente, se analizó la asociación entre las dimensiones del MBI y el nivel de **optimismo** percibido, se halló una relación inversa con la puntuación del agotamiento emocional ($\rho=-0,266$; $p=0,020$), es decir a menor optimismo mayor agotamiento emocional y una relación positiva con la realización personal ($\rho=0,518$; $p<0,001$), es decir a mayor optimismo, mayor realización personal. En cambio no se halló relación con la despersonalización aunque se observó una tendencia a puntuar más bajo en los profesionales con mayor nivel de optimismo ($\rho=-0,211$; $p=0,076$) (Rho de Spearman).

Resultados de las dimensiones del MBI según la clasificación en niveles bajo, medio y alto

Al clasificar los resultados del MBI según nivel bajo, medio y alto, observamos que en el agotamiento emocional (n:79) el 36,7% de la muestra puntuó como nivel alto, el 26,6% como medio y el 36,7% como bajo. En la realización personal (n:76), el 35,5% puntuó en un nivel alto, el 31,6% en un nivel medio y el 32,9% como bajo. En la despersonalización (n:75) un 38,7% puntuó como nivel alto, un 24% como nivel medio y un 37,3% como bajo, tal y como se puede observar en la figura 4.14.

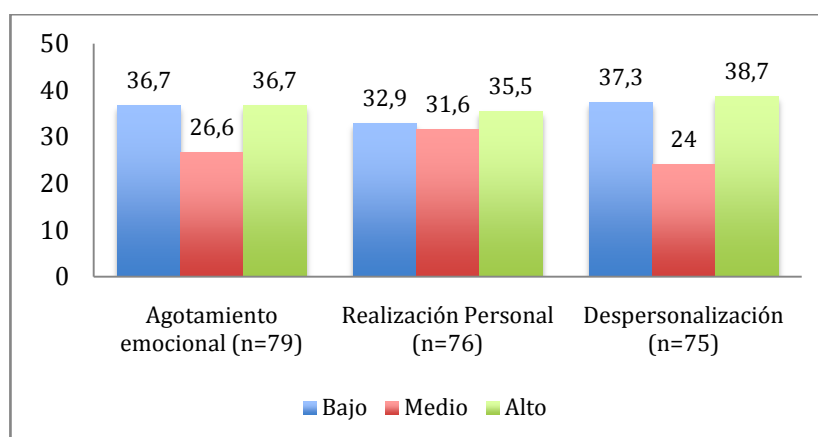


Figura 4.14 Puntuación de las dimensiones del MBI de los profesionales (%)

Nivel de *burnout* según la clasificación en niveles y variables sociodemográficas

Se comparó el nivel de puntuación de las dimensiones del MBI con la **edad** de la muestra, hallando que la edad de los que puntuaron más alto en el agotamiento emocional era mayor ($p=0,024$) y que en la despersonalización, los que puntuaron más bajo tenían una edad mayor ($p=0,021$). No se hallaron diferencias de edad estadísticamente significativas en la realización personal, tal y como podemos ver en la tabla 4.43 (prueba de ANOVA).

Tabla 4.43 Edad de los profesionales según las dimensiones del MBI en niveles

Dimensiones MBI		Edad			p
		n	Media	DE	
Agotamiento emocional	Bajo	18	32,1	10,2	0,024
	Medio	14	36,6	7,8	
	Alto	19	40,3	8,1	
Realización personal	Bajo	17	35,9	9,3	0,922
	Medio	18	36,4	35,1	
	Alto	16	35,1	9,8	
Despersonalización	Bajo	17	39,9	9,8	0,021
	Medio	11	30,9	6,7	
	Alto	20	33,7	8,4	

En relación a la clasificación en niveles de las dimensiones del MBI según el **sexo** de los participantes, no se hallaron diferencias en la puntuación del agotamiento emocional, aunque los hombres se situaron más en el nivel bajo y las mujeres en el

nivel alto ($\chi^2=3,00$; $p=0,223$). Tampoco se hallaron diferencias entre sexos en la realización personal, pero los hombres se situaron más en el nivel bajo y las mujeres en el nivel alto ($\chi^2=5,51$; $p=0,064$), y en la despersonalización las mujeres se situaron más en el nivel bajo y los hombres en el alto ($\chi^2=2,51$; $p=0,285$), tal y como podemos ver en la tabla 4.44. Estos resultados se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

Tabla 4.44 Distribución de los profesionales en las dimensiones del MBI en niveles según el sexo

Dimensiones MBI		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Agotamiento Emocional	Bajo	10 (34,5) [52,6]	19 (65,5) [31,7]	29 (100) [36,7]
	Medio	3 (14,3) [15,8]	18 (85,7) [30,0]	21 (100) [26,6]
	Alto	6 (20,7) [31,6]	23 (79,3) [38,3]	29 (100) [36,7]
	Total	19 (24,1) [100]	60 (75,9) [100]	79 (100) [100]
Realización personal	Bajo	10 (40,0) [55,6]	15 (60,0) [25,9]	25 (100) [32,9]
	Medio	4 (16,7) [22,2]	20 (83,3) [34,5]	24 (100) [31,6]
	Alto	4 (14,8) [22,2]	23 (85,2) [39,7]	27 (100) [35,5]
	Total	18 (23,7) [100]	58 (76,3) [100]	76 (100) [100]
Despersonalización	Bajo	4 (14,3) [22,2]	24 (85,7) [42,1]	28 (100) [37,3]
	Medio	6 (33,3) [33,3]	12 (66,7) [21,1]	18 (100) [24,0]
	Alto	8 (27,6) [44,4]	21 (72,4) [36,8]	29 (100) [38,7]
	Total	18 (24,0) [100]	57 (76,0) [100]	75 (100) [100]

() % sobre el total de la fila, [] % sobre el total de la columna

También se analizó la puntuación de las dimensiones del MBI según el **estado civil** de los participantes, en el agotamiento emocional la distribución entre los tres niveles fue similar entre las personas casadas o que vivían en pareja y el resto de profesionales ($\chi^2=0,25$; $p=0,884$), en la realización personal los casados o en pareja se situaron más en el nivel alto y el resto en el nivel bajo ($\chi^2=0,93$; $p=0,627$), y en la despersonalización los casados o en pareja se situaron más en el nivel bajo ($\chi^2=1,69$; $p=0,426$), aunque todas estas diferencias no demostraron ser estadísticamente significativas tal y como se puede observar en la tabla 4.45 (prueba Chi cuadrado).

Tabla 4.45 Distribución de los profesionales en las dimensiones del MBI en niveles según el estado civil

Dimensiones MBI		Estado civil		Total
		Casado/pareja	Otros	
Agotamiento emocional	Bajo	21 (72,4) [37,5]	8 (27,6) [34,8]	29 (100) [36,7]
	Medio	14 (66,7) [25,0]	7 (33,3) [31,4]	21 (100) [26,6]
	Alto	21 (72,4) [37,5]	8 (27,6) [34,8]	29 (100) [36,7]
	Total	56 (70,9) [100]	23 (29,1) [100]	79 (100) [100]
Realización Personal	Bajo	16 (64,0) [31,4]	9 (36,0) [36,0]	25 (100) [32,9]
	Medio	15 (62,5) [29,4]	9 (37,5) [36,0]	24 (100) [31,6]
	Alto	20 (74,1) [39,2]	7 (25,9) [28,0]	27 (100) [35,5]
	Total	51 (67,1) [100]	25 (32,9) [100]	76 (100) [100]
Despersonalización	Bajo	20 (71,4) [39,2]	8 (28,6) [33,3]	28 (100) [37,3]
	Medio	10 (55,6) [19,6]	8 (44,4) [33,3]	18 (100) [24,0]
	Alto	21 (72,4) [41,2]	8 (27,6) [33,3]	29 (100) [38,7]
	Total	51 (68,0) [100]	24 (32,0) [100]	75 (100) [100]

() % sobre el total de la fila, [] % sobre el total de la columna

Además, se analizó la relación entre puntuación de las dimensiones del MBI y el **número de hijos** de los profesionales. No se observó asociación entre el número de hijos de los participantes con las dimensiones del MBI con la prueba de Kruskal-Wallis ($p > 0,05$).

Nivel de *burnout* según la clasificación en niveles y variables laborales

Se analizaron las dimensiones del MBI en niveles según la **categoría profesional** de los respondedores, en el agotamiento emocional los médicos se situaron más en el nivel alto, y los administrativos y los celadores en el nivel bajo ($\chi^2=6,80$; $p=0,559$), en la realización personal los administrativos se situaron más en el nivel alto y los celadores en el bajo ($\chi^2=10,59$; $p=0,226$) y en la despersonalización los médicos y las enfermeras se situaron más en el nivel bajo, y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, los administrativos y los celadores en el nivel alto ($\chi^2=9,94$; $p=0,269$) tal y como podemos observar en la tabla 4.46. Estos resultados no demostraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones, aunque se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

Tabla 4.46 Distribución de los profesionales en las dimensiones del MBI en niveles según la categoría profesional

Dimensiones MBI		Categoría profesional					Total
		Médico	Enfermera	TCAE	Administrativo	Celador	
Agotamiento emocional	Bajo	6 (20,7) [26,1]	12 (41,4) [35,3]	2 (6,9) [28,6]	6 (20,7) [60,0]	3 (10,3) [60,0]	29 (100) [36,7]
	Medio	6 (28,6) [26,1]	11 (52,4) [32,4]	2 (9,5) [28,6]	2 (9,5) [20,0]	0 (0) [0]	21 (100) [26,6]
	Alto	11 (37,9) [47,8]	11 (37,9) [32,4]	3 (10,3) [42,9]	2 (6,9) [20,0]	2 (6,9) [40,0]	29 (100) [36,7]
	Total	23 (29,1) [100]	34 (43,0) [100]	7 (8,9) [100]	10 (12,7) [100]	5 (6,3) [100]	79 (100) [100]
Realización personal	Bajo	5 (20,0) [23,8]	11 (44,0) [31,4]	2 (8,0) [28,6]	4 (16,0) [44,4]	3 (12,0) [75,0]	25 (100) [32,9]
	Medio	10 (41,7) [47,6]	11 (45,8) [31,4]	2 (8,3) [28,6]	0 (0) [0]	1 (4,2) [25,0]	24 (100) [31,6]
	Alto	6 (22,2) [28,6]	13 (48,1) [37,1]	3 (11,1) [42,9]	5 (18,5) [55,6]	0 (0) [0]	27 (100) [35,5]
	Total	21 (27,6) [100]	35 (46,1) [100]	7 (9,2) [100]	9 (11,8) [100]	4 (5,3) [100]	76 (100) [100]
Despersonalización	Bajo	10 (35,7) [50,0]	14 (50,0) [41,2]	3 (10,7) [42,9]	1 (3,6) [11,1]	0 (0) [0]	28 (100) [37,3]
	Medio	4 (22,2) [20,0]	9 (50,0) [26,5]	0 (0) [0]	3 (16,7) [33,3]	2 (11,1) [40,0]	18 (100) [24]
	Alto	6 (20,7) [30,0]	11 (37,9) [32,4]	4 (13,8) [57,1]	5 (17,2) [55,6]	3 (10,3) [60,0]	29 (100) [38,7]
	Total	20 (26,7) [100]	34 (45,3) [100]	7 (9,3) [100]	9 (12,0) [100]	5 (6,7) [100]	75 (100) [100]

() % sobre el total de la fila, [] % sobre el total de la columna

Al comparar las dimensiones del MBI en niveles según el **turno de trabajo** de los encuestados, en el agotamiento emocional, los profesionales del turno de tarde se situaron más en el nivel bajo y los de turnos alternos en el nivel alto ($\chi^2=4,42$; $p=0,619$), en la realización personal los profesionales del turno de mañana se situaron más en el nivel bajo y los de noche en el nivel alto ($\chi^2=2,71$; $p=0,843$), y en la despersonalización se observó una tendencia del turno de tarde a situarse más en el nivel bajo y en el turno de noche ningún trabajador se situó en el nivel alto ($\chi^2=11,82$; $p=0,066$), aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna dimensión tal y como se puede observar en la tabla 4.47. Estos resultados se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

Tabla 4.47 Distribución de los profesionales en las dimensiones del MBI en niveles según el turno de trabajo

Dimensiones MBI		Turno de trabajo				Total
		Mañanas	Tardes	Noches	Turnos alternos	
Agotamiento emocional	Bajo	4 (14,3) [30,8]	6 (21,4) [50,0]	3 (10,7) [42,9]	15 (53,6) [34,1]	28 (100) [36,8]
	Medio	4 (21,4) [30,8]	1 (5,3) [8,3]	3 (15,8) [42,9]	11 (57,9) [25,0]	19 (100) [25,0]
	Alto	5 (17,2) [38,5]	5 (17,2) [41,7]	1 (3,4) [14,3]	18 (62,1) [40,9]	29 (100) [38,2]
	Total	13 (17,1) [100]	12 (15,8) [100]	7 (9,2) [100]	44 (57,9) [100]	76 (100) [100]
Realización personal	Bajo	6 (24,0) [46,2]	3 (12,0) [25,0]	1 (4,0) [16,7]	15 (60,0) [34,9]	25 (100) [33,8]
	Medio	3 (12,5) [23,1]	4 (16,7) [33,3]	2 (8,3) [33,3]	15 (62,5) [34,9]	24 (100) [32,4]
	Alto	4 (16,0) [30,8]	5 (20,0) [41,7]	3 (12,0) [50,0]	13 (52,0) [30,2]	25 (100) [33,8]
	Total	13 (17,6) [100]	12 (16,2) [100]	6 (8,1) [100]	43 (58,1) [100]	74 (100) [100]
Despersonalización	Bajo	4 (15,4) [33,3]	6 (23,1) [54,5]	2 (7,7) [28,6]	14 (53,8) [33,3]	26 (100) [36,1]
	Medio	3 (16,7) [25,0]	1 (5,6) [9,1]	5 (27,8) [71,4]	9 (50,0) [21,4]	18 (100) [25,0]
	Alto	5 (17,9) [41,7]	4 (14,3) [36,4]	0 (0) [0]	19 (67,9) [45,2]	28 (100) [38,9]
	Total	12 (16,7) [100]	11 (15,3) [100]	7 (9,7) [100]	16 (22,2) [100]	72 (100) [100]

() % sobre el total de la fila[] % sobre el total de la columna

También se estudió la relación de las dimensiones del MBI con el **tipo de contrato** de los respondedores, en el agotamiento emocional, se observó una tendencia de los profesionales fijos a situarse en el nivel alto y los eventuales en el bajo ($\chi^2=5,45$; $p=0,065$), en la realización personal también se observó una tendencia de situarse en el nivel bajo a los profesionales fijos y en el nivel alto a los eventuales ($\chi^2=4,83$; $p=0,089$), finalmente en la despersonalización también se observó que los profesionales fijos se situaban más en el nivel bajo y los eventuales en el nivel alto aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0,77$; $p=0,680$) tal y como se puede ver en la tabla 4.48. Estos resultados se deben interpretar con cautela debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación de la prueba Chi cuadrado.

Tabla 4.48 Distribución de los profesionales en las dimensiones del MBI en niveles según el tipo de contrato

Dimensiones MBI		Tipo de contrato		Total
		Fijo	Eventual	
Agotamiento emocional	Bajo	20 (69,0) [31,7]	9 (31,0) [56,3]	29 (100) [36,7]
	Medio	16 (76,2) [25,4]	5 (23,8) [31,3]	21 (100) [26,6]
	Alto	27 (93,1) [42,9]	2 (6,9) [12,5]	29 (100) [36,7]
	Total	63 (79,7) [100]	16 (20,3) [100]	79 (100) [100]
Realización personal	Bajo	23 (92,0) [39,0]	2 (8,0) [11,8]	25 (100) [32,9]
	Medio	16 (66,7) [27,1]	8 (33,3) [47,1]	24 (100) [31,6]
	Alto	20 (74,1) [33,9]	7 (25,9) [41,2]	27 (100) [35,5]
	Total	59 (77,6) [100]	17 (22,4) [100]	76 (100) [100]
Despersonalización	Bajo	23 (82,1) [39,7]	5 (17,9) [29,4]	28 (100) [37,3]
	Medio	14 (77,8) [24,1]	4 (22,2) [23,5]	18 (100) [24,0]
	Alto	21 (72,4) [36,2]	8 (27,6) [47,1]	29 (100) [38,7]
	Total	58 (77,3) [100]	17 (22,7) [100]	75 (100) [100]

() % sobre el total de la fila, [] % sobre el total de la columna

Además, se estudió la relación entre las dimensiones del MBI en niveles y la **antigüedad** de los respondedores, no se halló relación con ninguna de las dimensiones, aunque se observó una tendencia a situarse en el nivel alto de agotamiento emocional de los profesionales con más antigüedad tal y como se puede observar en la tabla 4.49 (prueba de Kruskal-Wallis).

Tabla 4.49 Antigüedad de los profesionales en el servicio según las dimensiones del MBI en niveles

Dimensiones MBI		Antigüedad			p
		n	Media (DE)	Mediana (RIC)	
Agotamiento emocional	Bajo	25	7,4 (6,2)	5 (7)	0,076
	Medio	16	9,5 (6,9)	10,7 (10,7)	
	Alto	25	11,4 (6,5)	10 (9,5)	
Realización personal	Bajo	22	9,7 (5,8)	10 (9)	0,583
	Medio	23	9,0 (7,2)	9 (11)	
	Alto	21	8,5 (6,7)	8 (7)	
Despersonalización	Bajo	25	9,6 (6,4)	9 (10)	0,785
	Medio	12	8,5 (5,8)	9,5 (10)	
	Alto	25	8,4 (6,8)	5 (9,2)	

Finalmente, se analizó la puntuación las dimensiones del MBI en niveles según el nivel de **optimismo** percibido, se halló una tendencia a situarse en el nivel bajo de agotamiento emocional a los profesionales con una puntuación de optimismo más alta ($p=0,068$). En la realización personal se observó que los trabajadores que puntuaron más alto en la realización personal también lo hicieron en el optimismo ($p=0,001$). Finalmente, en la despersonalización no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de optimismo ($p=0,162$) con la prueba de Kruskal-Wallis (tabla 4.50).

Tabla 4.50 Puntuación del optimismo de los profesionales según las dimensiones del MBI en niveles

Dimensiones MBI		Optimismo			p
		n	Media (DE)	Mediana (RIC)	
Agotamiento emocional	Bajo	29	7,8 (0,9)	8 (1)	0,068
	Medio	20	7,5 (1,9)	8 (1)	
	Alto	27	7,0 (1,4)	7 (2)	
Realización personal	Bajo	24	6,8 (1,0)	7 (2)	0,001
	Medio	23	7,3 (1,3)	7 (1)	
	Alto	26	8,0 (0,9)	8 (1)	
Despersonalización	Bajo	28	7,8 (1,1)	8 (1)	0,162
	Medio	17	7,3 (0,7)	7 (1)	
	Alto	27	7,2 (1,4)	7 (1)	

Nivel de *burnout* de los profesionales y satisfacción laboral

Se analizó la asociación entre la puntuación de cada una de las **dimensiones del *burnout*** y la puntuación de la **satisfacción laboral** expresada por los profesionales. La puntuación en el agotamiento emocional se relacionó de forma negativa con la satisfacción laboral, es decir, a mayor satisfacción laboral, menor puntuación en agotamiento emocional ($\rho=-0,417$; $p<0,001$). La realización personal se relacionó de forma positiva con la satisfacción laboral, por lo que a mayor satisfacción laboral mayor puntuación en la realización personal ($\rho=0,423$; $p<0,001$). En cambio, la despersonalización no se relacionó con la satisfacción aunque se observó una tendencia a puntuar más bajo en los trabajadores más satisfechos ($\rho=-0,213$; $p=0,069$) (Rho de Spearman).

Al analizar el nivel de *burnout* clasificado en niveles con la **satisfacción laboral**, se observó que los que presentaban un nivel bajo de agotamiento emocional puntuaban significativamente más alto en la satisfacción laboral ($p=0,008$). Los trabajadores que presentaban un nivel alto de realización personal, también presentaron una puntuación mayor de satisfacción laboral ($p=0,008$). En cambio, el nivel de despersonalización no se relacionó con la satisfacción laboral ($p=0,294$) (prueba de Kruskal-Wallis), tal y como podemos ver en la tabla 4.51.

Tabla 4.51 Puntuaciones de la satisfacción laboral de los profesionales según las dimensiones del MBI en niveles

Dimensiones MBI		Satisfacción laboral			p
		n	Media (DE)	Mediana (RIC)	
Agotamiento emocional	Bajo	29	7,3 (1,1)	8 (1)	0,008
	Medio	21	6,7 (1,1)	7 (3)	
	Alto	28	6,1 (1,8)	7 (2)	
Realización personal	Bajo	25	6,1 (1,6)	7 (2)	0,008
	Medio	24	6,7 (0,9)	7 (2)	
	Alto	26	7,1 (1,7)	7 (1)	
Despersonalización	Bajo	28	6,9 (1,7)	7 (2)	0,294
	Medio	18	7,0 (1,2)	7 (2)	
	Alto	28	6,4 (1,5)	7 (3)	

También se analizó la puntuación de cada una de las dimensiones en función del **Cuestionario de Incentivos Laborales de Herzberg**, sin hallarse relación entre el agotamiento emocional y ninguno de los incentivos aunque se observó una tendencia a considerar más importante el ítem de vacaciones y días libres (menor puntuación) a mayor agotamiento emocional ($p=0,087$). En cambio, se halló una relación inversa

entre la realización personal y la formación a cargo de la empresa ($p=0,031$), a mayor realización personal, menor era la puntuación otorgada al incentivo (lo que supone una importancia mayor de éste) y una relación positiva entre la realización personal y los compañeros de trabajo agradables, a mayor realización personal, mayor puntuación (menor importancia) al incentivo ($p=0,039$). En la despersonalización, se halló una relación inversa con las vacaciones y días libres ($p=0,038$), a menor despersonalización mayor puntuación (menor importancia) en el incentivo, y una relación positiva con el trabajo interesante ($p=0,012$), a mayor despersonalización, mayor puntuación en el incentivo (menor importancia); también se halló una tendencia a dar menor importancia (mayor puntuación) al incentivo de posibilidad de promoción a mayor despersonalización ($p=0,060$) (Rho de Spearman). Los resultados se pueden observar en la tabla 4.52.

Tabla 4.52 Resultados de la correlación de los incentivos con la puntuación de las dimensiones del MBI

Incentivos	Agotamiento emocional		Realización personal		Despersonalización	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p
Condiciones físicas	0,111	0,338	0,023	0,849	0,115	0,194
Jornada laboral	0,000	0,997	0,050	0,676	-0,047	0,693
Buen salario	0,091	0,435	-0,135	0,255	-0,080	0,503
Jefe directo competente	0,105	0,367	0,118	0,320	-0,041	0,729
Posibilidad promoción	0,067	0,568	-0,143	0,228	0,223	0,060
Formación a cargo empresa	0,100	0,385	-0,251	0,031	0,149	0,209
Beneficios no económicos	0,030	0,796	-0,027	0,823	-0,027	0,819
Vacaciones y días libres	-0,199	0,087	0,055	0,647	-0,247	0,038
Trabajo seguro	-0,115	0,323	0,057	0,630	-0,128	0,284
Trabajo interesante	0,097	0,399	-0,041	0,731	0,291	0,012
Compañeros	-0,077	0,507	0,242	0,039	-0,113	0,344
Iniciativa, autonomía, responsabilidad	-0,111	0,348	0,067	0,579	-0,054	0,655

Además, se analizó la relación entre la distribución en niveles de las dimensiones del MBI con cada uno de los **incentivos**. Se observó una tendencia a dar mayor importancia (puntuación más baja) al incentivo vacaciones y días libres de los trabajadores con agotamiento emocional alto ($p=0,090$), también se observó la tendencia a dar menor importancia (puntuación más alta) al incentivo formación a cargo de la empresa a los trabajadores situados en el nivel bajo de realización personal ($p=0,053$). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la

distribución de la puntuación del incentivo trabajo interesante en la dimensión de despersonalización, dónde los respondedores con un nivel de despersonalización alto, dieron menor importancia al incentivo (puntuación más alta), tal y como se puede observar en la tabla 4.53 (prueba de Kruskal-Wallis).

Tabla 4.53 Puntuación de los incentivos laborales según las dimensiones del MBI

Incentivos*	Agotamiento Emocional				Realización Personal				Despersonalización			
	Bajo	Medio	Alto	<i>p</i>	Bajo	Medio	Alto	<i>p</i>	Bajo	Medio	Alto	<i>p</i>
Condiciones físicas	[29] 6,6 (3,0) 6 (4)	[19] 7,8 (3,2) 8 (7)	[28] 7,6 (2,8) 7,5(4)	0,357	[24] 6,8 (2,8) 6 (6)	[23] 8,2 (3,0) 9 (5)	[26] 6,8 (2,9) 6 (3)	0,150	[27] 7,0 (3,3) 6(6)	[17] 7,3 (2,3) 7(5)	[28] 7,3 (3,1) 7(5)	0,903
Jornada laboral	[28] 5,1 (3,6) 3,5(7)	[19] 6,0 (4,1) 5(8)	[29] 5,5 (3,3) 5(6)	0,671	[25] 4,8 (3,2) 4(6)	[23] 6,4 (3,8) 6(7)	[25] 5,5 (3,5) 5(7)	0,332	[27] 5,7 (3,5) 5(6)	[17] 5,3 (3,8) 4(7)	[28] 5,6 (3,7) 5(8)	0,876
Buen salario	[28] 4,8 (3,7) 3,5(6)	[19] 5,7 (3,5) 5(7)	[29] 6,0 (4,3) 5(9)	0,473	[25] 6,1 (3,9) 7(9)	[23] 5,1 (3,7) 4(7)	[25] 4,9 (4,0) 3(8)	0,597	[26] 6,0 (4,1) 4,5(8)	[17] 5,3 (3,3) 5(6)	[29] 4,9 (3,8) 4(7)	0,556
Jefe directo competente	[28] 5,4 (2,8) 5(3)	[19] 6,6 (2,5) 6(4)	[29] 5,9 (2,6) 5(4)	0,176	[24] 5,4 (2,8) 5(4)	[23] 6,6 (2,6) 6(4)	[26] 6,1 (2,6) 5,5(4)	0,282	[27] 6,0 (2,6) 5(4)	[17] 6,2 (3,1) 5(5)	[29] 5,9 (2,9) 5(5)	0,973
Posibilidad promoción	[28] 8,4 (3,0) 9(4)	[19] 8,7 (2,9) 10(5)	[29] 9,1 (2,7) 9(4)	0,590	[24] 9,5 (2,6) 10(4)	[23] 7,9 (2,7) 7(4)	[26] 8,5 (3,0) 9,5(4)	0,117	[27] 8,0 (2,7) 8(4)	[16] 9,2 (3,0) 10(3)	[29] 9,3 (2,8) 10(4)	0,102
Formación a cargo empresa	[29] 6,4 (2,5) 6(5)	[19] 7,3 (2,9) 8(3)	[29] 7,1 (2,8) 7(5)	0,427	[25] 8,1 (2,6) 9(4)	[23] 6,6 (2,4) 7(3)	[26] 6,3 (2,8) 7(4)	0,053	[27] 6,6 (2,7) 7(4)	[17] 7,1 (2,7) 7(5)	[29] 7,5 (2,7) 7(4)	0,500
Beneficios no económicos	[28] 9,4 (2,9) 10(4)	[19] 9,2 (2,1) 9(3)	[29] 9,6 (2,5) 10(5)	0,691	[24] 9,7 (2,6) 10,5(4)	[23] 8,9 (2,9) 9(5)	[26] 10,0 (1,9) 10(3)	0,454	[27] 9,5 (2,3) 9(4)	[17] 9,3 (3,1) 10(5)	[29] 9,4 (2,5) 10(5)	0,980
Vacaciones y días libres	[28] 7,6 (2,5) 8(4)	[18] 8,1 (2,7) 8(5)	[29] 6,3 (2,9) 6(6)	0,092	[24] 6,8 (2,8) 6(5)	[23] 7,7 (2,8) 8(4)	[25] 7,2 (2,8) 7(5)	0,516	[27] 7,6 (2,8) 8(5)	[17] 7,5 (2,1) 7(4)	[27] 6,3 (2,9) 6(5)	0,133
Trabajo seguro	[29] 6,5 (3,4) 7(6)	[19] 5,1 (3,3) 5(6)	[28] 5,4 (3,5) 5(7)	0,280	[24] 5,6 (3,4) 4,5(7)	[23] 5,6 (3,3) 5(6)	[26] 5,9 (3,7) 6(7)	0,974	[27] 6,0 (3,3) 5(5)	[17] 6,3 (3,6) 7(7)	[28] 5,1 (3,5) 4,5(7)	0,400
Trabajo interesante	[29]	[19]	[29]		[25]	[23]	[26]		[27]	[17]	[29]	

	4,3 (3,3) 3(6)	3,4 (3,1) 3(3)	4,3 (2,8) 4(5)	0,394	4,2 (3,0) 3(5)	3,3 (2,8) 3(3)	4,2 (3,0) 4(5)	0,430	3,5 (3,1) 2(4)	3,5 (3,3) 2(4)	5,3 (2,8) 5(5)	0,015
Compañeros	[28] 6,0 (4,0) 5,5(8)	[19] 5,5 (3,2) 6(6)	[29] 5,1 (3,6) 4(7)	0,794	[24] 4,4 (3,2) 3,5(5)	[23] 5,9 (3,6) 5(6)	[26] 6,1 (3,8) 5,5(8)	0,173	[27] 6,1 (3,7) 7(7)	[16] 4,5 (3,5) 3(5)	[29] 5,3 (3,5) 5(7)	0,358
Iniciativa, autonomía, responsabilidad	[29] 6,7 (3,5) 7(7)	[18] 4,8 (3,1) 3,5(4)	[27] 5,5 (3,3) 5(4)	0,185	[22] 5,4 (3,1) 5,5(4)	[23] 5,5 (3,9) 4(8)	[26] 6,1 (3,2) 6(6)	0,592	[27] 5,8 (3,9) 6(8)	[17] 5,7 (2,9) 6(6)	[26] 5,7 (3,1) 5,5(4)	0,957

*Los incentivos se describen en [n], media (DE) y mediana (RIC)

Al analizar la asociación entre la puntuación de cada una de las dimensiones del MBI y la **Escala General de Satisfacción**, se halló que la dimensión de agotamiento emocional se relacionó de forma inversa con la satisfacción general ($p=0,003$) y con la satisfacción extrínseca ($p<0,001$) y se observó una tendencia a tener una relación inversa con la satisfacción intrínseca ($p=0,063$). La dimensión de realización personal se relacionó de forma positiva con la satisfacción general ($p=0,009$), con la satisfacción intrínseca ($p=0,001$) y con la satisfacción extrínseca ($p=0,038$). En cambio, la dimensión de despersonalización no demostró tener relación con la satisfacción general aunque se observó una tendencia a tener una relación inversa ($p=0,076$), sí se halló una relación inversa con la satisfacción intrínseca ($p=0,018$) y no se observó una relación con la satisfacción extrínseca ($p=0,179$) (Rho de Spearman). (tabla 4.54).

Tabla 4.54 Resultados de las correlaciones entre las dimensiones del MBI y la Escala General de Satisfacción

Escala de satisfacción	Agotamiento emocional		Realización personal		Despersonalización	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p
Satisfacción general	-0,332	0,003	0,301	0,009	-0,211	0,076
Satisfacción intrínseca	-0,211	0,063	0,359	0,001	-0,274	0,018
Satisfacción extrínseca	-0,397	<0,001	0,242	0,038	-0,159	0,179

Finalmente, se analizó la relación entre la distribución en niveles del MBI y la puntuación de la **Escala General de Satisfacción**, hallando que los profesionales clasificados con nivel bajo de agotamiento emocional, puntuaban más alto en la satisfacción general ($p=0,045$) y que los que tenían un nivel bajo de agotamiento emocional también puntuaban más alto en la satisfacción extrínseca ($p=0,011$). Los

que se situaban en el nivel alto de realización personal también puntuaron más alto en la satisfacción general ($p=0,016$), en la satisfacción intrínseca ($p=0,006$) y en la extrínseca ($p=0,050$). En la despersonalización, no se hallaron diferencias en las puntuaciones según el nivel de despersonalización de los profesionales, pero se observó una tendencia a puntuar más bajo en la satisfacción extrínseca en los trabajadores con un nivel alto de despersonalización ($p=0,055$). Los resultados se pueden ver en la tabla 4.55 (prueba de Kruskal-Wallis).

Tabla 4.55 Puntuación de la Escala General de Satisfacción según las dimensiones del MBI

Escala general de satisfacción	Agotamiento emocional				Realización personal				Despersonalización			
	Bajo	Medio	Alto	<i>p</i>	Bajo	Medio	Alto	<i>p</i>	Bajo	Medio	Alto	<i>p</i>
Satisfacción general	[28]	[20]	[28]		[25]	[23]	[26]		[26]	[18]	[28]	
	69,3 (8,9)	67,9 (10,4)	61,2 (12,3)	0,045	61,3 (10,6)	64,5 (10,6)	70,8 (9,8)	0,016	67,7 (11,3)	68,4 (8,6)	61,7 (11,7)	0,116
	70,5 (11)	69,5 (18,5)	62,5 (18,5)		62,0 (16,5)	64,0 (15)	71,5 (14,5)		65,5 (18,7)	71,0 (12)	63,0 (15,7)	
Satisfacción intrínseca	[28]	[21]	[29]		[25]	[24]	[27]		[27]	[18]	[29]	
	32,1 (5,2)	32,9 (4,9)	29,7 (6,1)	0,208	28,7 (4,7)	31,4 (5,5)	33,7 (5,1)	0,006	33,0 (5,4)	31,2 (4,9)	29,6 (5,5)	0,136
	32,0 (8,7)	33,0 (8)	30,0 (7)		29,0 (5)	32,5 (9)	34,0 (8)		33,0 (10)	31,0 (9)	30,0 (7)	
Satisfacción extrínseca	[29]	[20]	[28]		[25]	[23]	[26]		[27]	[18]	[28]	
	37,4 (5,4)	35,3 (6,1)	31,6 (7,0)	0,011	32,6 (7,1)	33,3 (6,0)	37,1 (5,9)	0,050	35,2 (6,7)	37,2 (4,9)	32,3 (7,1)	0,055
	38,0 (8,5)	37,0 (9)	31,5 (12,7)		32,0 (12,5)	35,0 (8)	36,5 (7,2)		35,0 (12)	38,0 (6)	32,5 (12)	

*Los resultados se describen en [n], media (DE) y mediana (RIC)

Factores asociados a la satisfacción de los profesionales del servicio de urgencias

Para estudiar los factores asociados a la satisfacción de los profesionales del servicio de urgencias se construyó un modelo de regresión logística lineal. Las variables estudiadas fueron el optimismo y las tres dimensiones del *burnout* (agotamiento emocional, realización personal y despersonalización), se incluyeron mediante el método “introducir”. La tabla 4.56 muestra los resultados del análisis observándose que el agotamiento emocional y la realización personal resultaron ser factores asociados a la satisfacción de los profesionales del servicio de urgencias.

El agotamiento emocional demostró ser un factor asociado a la satisfacción de los profesionales, siendo los profesionales con menor agotamiento los más satisfechos [B=-0,055; IC 95% (-0,09 a -0,02); $p=0,005$]. Además, la realización personal también demostró ser un factor asociado a la satisfacción, siendo los profesionales con mayor realización personal los más satisfechos [B=0,053; IC 95% (0,005-0,10); $p=0,031$].

Tabla 4.56 Resultados de la regresión lineal para estudiar los factores asociados a la satisfacción laboral

Variable	B	ET	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	7,546	1,262	5,979	0,000	5,022	10,069
Optimismo	-0,213	0,154	-0,172	0,171	-0,521	0,095
Agotamiento emocional	-0,055	0,019	-2,885	0,005	-0,093	-0,017
Realización personal	0,053	0,024	2,206	0,031	0,005	0,102
Despersonalización	-0,010	0,035	-0,274	0,785	-0,080	0,061

En la tabla 4.57, se observan las diferencias entre los profesionales más satisfechos y los menos satisfechos a partir de las variables introducidas en el modelo de regresión, también se han añadido otras variables que han obtenido diferencias significativas en el análisis bivariado. El grupo de profesionales más satisfechos tenían una edad media inferior a los menos satisfechos (prueba t de Student, $p=0,134$) y las mujeres se situaron más en el grupo de más satisfechos ($\chi^2=0,78$; $p=0,378$) aunque en ninguno de los dos casos estas diferencias fueron estadísticamente significativas. En cambio, las personas más satisfechas demostraron tener una antigüedad inferior a las menos satisfechas (prueba U de Mann-Whitney; $p=0,016$).

También se puede observar que las personas que puntuaron mejor en optimismo

estaban en el grupo de los más satisfechos, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas (prueba U de Mann-Whitney; $p=0,125$).

Las puntuaciones de la dimensión del agotamiento emocional fueron superiores en el grupo de menos satisfechos (prueba u de Mann-Whitney; $p=0,004$) y las de la realización personal fueron superiores en el grupo de más satisfechos (prueba U de Mann-Whitney; $p=0,002$). En cambio, aunque las puntuaciones en despersonalización fueron más elevadas en el grupo de menos satisfechos, las diferencias no fueron estadísticamente significativas (prueba U de Mann-Whitney; $p=0,123$).

Tabla 4.57 Características de los profesionales en función del nivel de satisfacción

	Menos satisfechos (0 a 6)	Más satisfechos (7 a 10)	<i>p</i>
N (%)	27 (33,8)	53 (66,3)	
Edad (media y DE)	38,7 (8,2)	34,5 (9,8)	0,134
Sexo (% mujeres)	70,4	79,4	0,378
Antigüedad (media y DE; mediana y RIC)	11,6 (6,5) 11,7 (6,7)	8,1 (6,4) 7,0 (7,2)	0,016
Nivel optimismo (Media y DE; Mediana y RIC)	7,1 (1,6) 7 (2)	7,6 (0,9) 8 (1)	0,125
Agotamiento emocional (Media y DE; Mediana y RIC)	23,2 (10,8) 20 (15)	16,5 (9,3) 15 (13)	0,004
Realización personal (Media y DE; Mediana y RIC)	30,0 (8,8) 32,5 (11,5)	36,1 (7,8) 38 (10,5)	0,002
Despersonalización (Media y DE; Mediana y RIC)	9,6 (5,8) 8 (10,5)	7,3 (5,0) 7 (5,5)	0,123

Comentarios de los profesionales reflejados en la encuesta de satisfacción

De los 81 profesionales que respondieron a la encuesta, 9 (11,1%) dejaron comentarios de mejora. A continuación, se analizan de forma cualitativa los comentarios que los profesionales escribieron en las encuestas.

Uno de los aspectos más comentados fue la falta de personal y las cargas de trabajo, por ejemplo un profesionales comenta que:

“En el servicio de urgencias, sobretodo en el turno de mañanas debería haber un auxiliar más porque hay momentos en que no se da abasto. Estamos muy cansados de tanta carga”

Debido al cierre de camas por ajuste económico también se pide más personal en el servicio de urgencias ya que se deben asumir tanto los pacientes propios como los que deberían estar ingresados, lo cual genera sentimientos de frustración a los profesionales:

“No colapsar el servicio cerrando habitaciones en planta. Muy importante reforzar el servicio de urgencias con más personal, en caso de cerrar habitaciones en planta, no se puede llevar dos servicios a la vez en uno con el mismo personal, es agotador y frustrante a la vez, atendemos a personas, no a objetos”

Algunos profesionales se quejan de falta de ayuda por parte de sus compañeros de trabajo y de la falta de compañerismo en el trabajo:

“Hay momentos en que no se da abasto y las enfermeras (muchas veteranas) no quieren trabajar, o mejor dicho, realizar según que tareas como vestir al paciente si está pendiente de ambulancia, lavar al paciente antes de sondar, electrocardiogramas, constantes, ... y todo delegar a los auxiliares”

“Mejorar el compañerismo, lealtad. Si algo no les gusta decirlo a la cara”

Respecto al sueldo y los incentivos laborales, los profesionales comentan que se debería incentivar más al personal y que el trabajo está mal remunerado:

“Incentivo al personal, no recortando sueldos, pagas y añadiendo más días de trabajo”

En cuanto a la carga física y emocional del trabajo, los comentarios recibidos expresan la dureza del mismo, como es el caso de un profesional que comenta:

“La mayoría de problemas son consecuencia de la elevada presión asistencial y carga de trabajo y la falta de recursos. Creo que los directivos tendrían que ver más de cerca nuestros puestos de trabajo y ver la realidad que hay y que pensarán si es la asistencia que querrían para ellos o algún familiar suyo”

Como propuesta de mejora, un profesional propone hacer cursos de resolución de conflictos y otro propone reorganizar el servicio de urgencias y agilizar la descarga de pacientes:

“Creo que todo el personal debería hacer un curso de resolución de conflictos a nivel global. Tanto a nivel profesional como personal”

“Reorganización. Drenaje del servicio de urgencias”

En relación al personal de nueva incorporación, un profesional comenta que se debería facilitar un proceso de aprendizaje para el personal nuevo, ya que supone más probabilidad de errores y una carga para el resto de compañeros:

“Personalmente agradecería que se llevara a cabo un proceso de reciclaje para el personal que empieza. A lo mejor poner estas personas de refuerzo durante un mes o dos antes de darles toda la responsabilidad des del primer día en el servicio. Esto evitaría errores y estrés al resto de profesionales que deben enseñar a los nuevos el funcionamiento del sistema”

Finalmente un profesional propone facilitar el trabajo al personal por parte de la empresa y de los cargos intermedios además de incentivar a los profesionales:

“Intentar facilitar el trabajo a los trabajadores. Empatía por parte de los mandos. Cuidar a los trabajadores por parte de la empresa. Incentivar a los trabajadores. Facilitar los cursos a todos los turnos y no realizar solo cursos durante la tarde”

5 DISCUSIÓN

La presente investigación ha analizado la satisfacción de pacientes, acompañantes y profesionales del servicio de urgencias del hospital de Figueres que atendió durante el año 2012 alrededor de 65.000 urgencias; servicio con una actividad media y con un número de visitas anual similar al de otros estudios revisados (178,188-191).

En el presente estudio, el método elegido de encuesta, con envío postal con sobre prepago, consiguió una tasa de respuesta del 33%, similar a la de otros estudios (192,193) como es el caso del estudio de Brown et al. en el que entrevistaron a pacientes de varios servicios de urgencias de Ontario, con una tasa de respuestas del 30,3% (89). En cambio, otras investigaciones revisadas obtienen tasas de respuestas superiores de participación (65,72,90). Crow et al. en una revisión sistemática de la literatura describen que el método de encuestas telefónicas o cara a cara generan mayores tasas de respuesta que las encuestas por correo, aunque estas diferencias se pueden reducir añadiendo una llamada telefónica de seguimiento a los no respondedores (84), lo cual se hizo en el presente estudio. También añaden que el hecho de realizar las encuestas de forma impersonal y por correo genera más criticismo y menor satisfacción debido al anonimato (84).

Respondieron alrededor de siete de cada diez profesionales del servicio de urgencias, con una tasa de respuesta del 71%. Las tasas de respuesta halladas en la bibliografía revisada de profesionales tanto de satisfacción laboral como de desgaste profesional, varían enormemente, aunque la mayoría tienen tasas de respuesta alrededor del 80% (194-196). Respecto a los profesionales encuestados, la mayoría de los estudios revisados encuestan a un solo grupo profesional (197-199), y son menos los que encuestan a los diferentes profesionales del hospital (200-203). En la presente investigación se incluyó a todos los profesionales del servicio de urgencias.

5.1 Pacientes y acompañantes

Características sociodemográficas de los pacientes y acompañantes del servicio de urgencias

La media de edad de las personas encuestadas estuvo alrededor de 55 años, similar a la de otros estudios realizados en servicios de urgencias hospitalarios (204,205).

Al clasificar la muestra entre pacientes y acompañantes, casi ocho de cada diez personas que respondieron a la encuesta eran pacientes, comparable al estudio de

Parra et al. dónde cerca de siete de cada diez de los respondedores eran pacientes (67); en cambio, en el de Ruiz et al. la participación de pacientes fue un poco inferior (206). De los acompañantes que respondieron, la mayoría fueron los hijos de los pacientes, lo cual dista de otras investigaciones, dónde la mayoría de los acompañantes que respondieron fueron la pareja del paciente (4,65).

Un poco más de la mitad de las personas que respondieron a la encuesta fueron mujeres, distribución similar a los de otros estudios revisados sobre satisfacción (207,208). Además, mayoritariamente estaban casados o en pareja, lo que se asemeja a la bibliografía revisada del servicio de urgencias (191,204), y proporcionalmente había más mujeres viudas y divorciadas que hombres.

En el año 2012, la población extranjera residente en Cataluña y España representaba un poco más del 10% (209). En nuestro estudio, la tasa de personas que respondieron con una nacionalidad no española fue del 15%.

Respecto a la situación laboral de los encuestados, el grupo más predominante estaba jubilado, seguido de personas empleadas y desempleadas. Si lo comparamos con otros estudios sobre satisfacción de pacientes, los resultados son similares (72,90,192) aunque en los estudios de González et al. y de Quintana et al, realizados en pacientes hospitalizados, había una menor proporción de personas desempleadas (72,90). Estas diferencias pueden deberse a la situación económica actual, ya que las tasas de personas desempleadas son muy elevadas comparadas con la de años anteriores, momento en el que datan los estudios revisados.

Las personas que respondieron a la encuesta de satisfacción mayoritariamente no tenían estudios o tenían estudios primarios, similar a la literatura española sobre satisfacción en el servicio de urgencias (67,164), lo que puede sugerir que frecuentan más los servicios de urgencias las personas con bajo nivel educativo probablemente asociado a un bajo nivel de alfabetización para la salud, hallazgo similar a otros estudios (210,211); sin embargo, otros autores hallan datos contrarios, con un mayor porcentaje de universitarios en las muestras de personas que visitan los servicios de urgencias (66,69,207).

En el presente estudio se ha valorado la situación económica subjetiva referida por los encuestados con una mediana de valoración de cinco puntos, sin hallar diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cambio, en nuestro país, los hombres tienen retribuciones superiores a las de las mujeres (212). La percepción de la situación económica en función de la ocupación reflejó que las personas desempleadas valoraron significativamente más baja su situación económica y las personas empleadas por cuenta ajena o propia (empleados y autónomos) tuvieron una valoración superior. Las retribuciones en función del tipo de ocupación varían

enormemente según los datos del Instituto de estadística de Cataluña (Idescat) (213), siendo las personas desempleadas las que tienen retribuciones más bajas (214). Todas estas características socioeconómicas son determinantes en la salud de las personas.

En relación al destino de los pacientes del estudio, el 80,2% de los pacientes fueron dados de alta al domicilio y el 17% ingresaron en el hospital de agudos. En la literatura revisada, las tasas de ingresos desde urgencias varían desde un 12,3% hasta un 27% (215-217).

Los diagnósticos más prevalentes de los pacientes que respondieron a la encuesta, fueron los signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos o de laboratorio y los traumatismos y envenenamientos. Si bien en el año 2010, las primeras grandes causas de hospitalización en España fueron el embarazo, seguido de los trastornos circulatorios, respiratorios, digestivos y musculo esqueléticos (218). Estos datos no son equiparables a nuestros resultados, ya que menos del 20% de los pacientes encuestados fueron ingresados en el hospital.

Nivel de satisfacción de pacientes y acompañantes

La satisfacción global subjetiva con la visita al servicio de urgencias es elevada, con una puntuación media de 7,6 parecida a la observada en la bibliografía revisada de características similares (67,171). En el año 2013, en la encuesta realizada en Cataluña sobre la atención urgente hospitalaria, la puntuación media de satisfacción también fue similar a la de nuestro estudio, siendo la del Hospital de Figueres, en el cual se ha desarrollado la presente investigación, más baja que la obtenida en nuestros resultados (75). No obstante, hay que considerar que la muestra del estudio a nivel de Cataluña era más pequeña que la presente con menos de cien personas encuestadas.

La satisfacción global del servicio se relacionó positivamente con todos los dominios de la escala de satisfacción excepto con el de visitas. Al valorar los dominios de la escala de satisfacción observamos que el mejor valorado fue el de limpieza seguido del de información y comunicación; y que el peor valorado fue el de bienestar y confort. Al compararlo con los resultados hallados en la literatura, los dominios de información y comunicación y trato de las enfermeras fueron mejor valorados que en el estudio de González et al. (72), donde tres de los cuatro hospitales encuestados obtuvieron una puntuación inferior en este dominio. En la puntuación de bienestar, visitas y limpieza nuestros resultados se asemejan a los hallados en dicho estudio (72). En cambio, en relación a la intimidad, la puntuación por parte de pacientes y acompañantes fue inferior que la de estos autores (72). Iraola et al., afirman que se

deben mejorar las condiciones ambientales para incrementar la satisfacción en estos apartados (219).

Se ha observado que los aspectos relacionados con el trato de médicos y enfermeras y con la comunicación son los que mejor puntúan los pacientes, y que los relacionados con el ambiente físico del servicio son los peor puntuados (220), similar a la presente investigación. Estas malas puntuaciones en el ambiente físico del servicio pueden estar relacionadas con la saturación de los servicios de urgencias que se caracterizan por una alta presión de trabajo las veinticuatro horas del día. En ellos, existe un importante porcentaje de visitas de usuarios, con un nivel de angustia elevado, con dolor y miedo a lo desconocido y que sufre largas esperas de forma habitual (221). La saturación de los servicios de urgencias está unida a una disminución de la satisfacción del paciente y de la calidad de los cuidados (222). Además, compromete la seguridad del paciente, el tiempo hasta un tratamiento adecuado, amenaza la privacidad y la confidencialidad y a menudo conduce a la frustración del personal (223).

Los pacientes de más edad se mostraron más satisfechos, también otros autores afirman que los participantes mayores generalmente refieren una mayor satisfacción (84,90,220).

En la presente investigación, el sexo de los participantes sólo demostró estar relacionado con la satisfacción en el dominio de intimidad, dónde los hombres expresaron una mayor satisfacción que las mujeres. En cambio, no se hallaron diferencias en las puntuaciones de ninguno de los dominios en función del estado civil ni del nivel de estudios de los participantes. En la ocupación, las personas dedicadas al hogar y los jubilados puntuaron más alto en el dominio de información y comunicación; los profesionales autónomos, los jubilados y las personas dedicadas al hogar puntuaron más alto en el trato de las enfermeras y los estudiantes puntuaron más bajo en la limpieza. La situación económica se asoció de forma positiva con la satisfacción. En el mismo sentido, Quintana et al., observaron que el nivel de estudios, el estado civil, el sexo y la ocupación afectaban a los seis dominios de la escala de satisfacción (90), además, Damghi et al. en un estudio realizado en Marruecos observaron que los pacientes con menor nivel de estudios estaban menos satisfechos (191). Sin embargo, Crow et al., afirmaron que la relación entre la satisfacción y el sexo, etnia o estatus socioeconómico es ambigua (84).

La satisfacción del paciente debe incluir además de la satisfacción global del servicio la probabilidad de recomendarlo a terceras personas y la voluntad de volver al servicio (6). En nuestro caso, cerca de nueve de cada diez de los entrevistados recomendarían el servicio de urgencias a un familiar o amigo, lo cual aunque puede ser considerado un buen resultado, está ligeramente por debajo de estudios revisados (171,220,224), por ejemplo en el de Iraola et al. donde casi todos los pacientes regresarían al mismo servicio de urgencias (224), igual que en el de Gea et al., donde el 96% recomendaría el servicio a un familiar o amigo (171). En cambio, otros estudios han señalado niveles de recomendación del servicio inferiores al presente estudio (68,191).

Se ha señalado que los pacientes que estuvieron en urgencias en momentos de saturación del servicio, tenían menos probabilidad de recomendar el servicio a otros (225). En nuestro caso, la saturación del servicio no fue una variable estudiada, ni tampoco la investigación fue realizada en una época de máxima afluencia de visitas al servicio de urgencias, aunque el mes de octubre fue el mes del año 2012 en el que hubo un mayor porcentaje de pacientes que pasaron más de 24 horas en el servicio de urgencias (182). La única variable asociada a la recomendación del servicio fue la satisfacción, observando que las personas que recomendarían el servicio puntuaron significativamente más alto en la satisfacción que las que no lo recomendarían, en la línea de investigaciones previas (68), confirmando que la satisfacción de los clientes es un componente clave en la elección de un servicio de urgencias para recibir cuidados e incluso para recomendarlo a otros (7,68,215). En este sentido, la insatisfacción del paciente puede afectar la viabilidad de las instituciones sanitarias (7) e influir en la percepción que tienen los usuarios del hospital (207,226).

Dolor, nivel de clasificación y satisfacción

En el presente estudio el sistema de triaje utilizado fue el MAT-SET y lo realizó exclusivamente personal de enfermería; similar a otros servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña (175).

Se comparó el nivel de triaje asignado a los pacientes con el nivel de satisfacción global subjetivo y con los dominios de la escala de satisfacción sin hallar una relación entre las variables, aunque se observó que las puntuaciones de los pacientes con nivel 2 fueron un poco superiores al resto. En el estudio de Ekwall et al. (4) se observó una relación entre la satisfacción y el nivel de triaje, viendo que entre los pacientes más satisfechos había más pacientes catalogados como nivel 2 y

3. También, en otra investigación, hallaron que los pacientes clasificados como más urgentes estaban más satisfechos que los no urgentes (191). En cambio, otros autores, en un estudio donde compararon pacientes que habían pasado por un sistema de triaje con un grupo de pacientes que no, observaron que los pacientes que pasan por un sistema de triaje esperan menos tiempo a ser vistos por el médico y están más satisfechos que los que no (227).

En nuestro estudio, más de ocho de cada diez de los pacientes encuestados, refirieron tener dolor cuando acudieron a urgencias y en la mayoría de los casos, el dolor fue controlado completamente o bastante pero no del todo, también Kamali et al., hallaron que más de la mitad de los pacientes refirieron haber tenido algún tipo de dolor al entrar en el servicio de urgencias (228). Aunque no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de dolor y el nivel de triaje, se ha observado que los pacientes clasificados como nivel 5 tenían menos dolor que el resto de categorías, lo cual puede ser debido a que en el MAT-SET el dolor es una categoría sintomática de consulta y por lo tanto influye en el nivel de triaje (229).

La satisfacción del servicio no se ha visto afectada por la presencia de dolor en la presente investigación, pero sí por el control de éste. Los pacientes en los cuales el dolor no fue nada controlado puntuaron más bajo en la satisfacción que el resto, aumentando significativamente la satisfacción a medida que aumentaba el control del dolor. De la misma forma, los pacientes en los cuales el dolor fue controlado completamente puntuaron más alto en los dominios de la escala de satisfacción de información y comunicación, trato de las enfermeras, bienestar y confort y limpieza. Estos resultados son similares a anteriores investigaciones donde el alivio y manejo del dolor es un factor que influencia la satisfacción del paciente (6,230). Muntlin et al., observaron que los pacientes no están satisfechos con el alivio del dolor y que el dolor sigue estando poco tratado en los servicios de urgencias, por lo que recomiendan que el dolor se trate de forma individual (95), además, hay autores que consideran que implementar un plan de manejo del dolor puede ser efectivo en la mejora de la satisfacción del paciente (6,78).

Nivel de optimismo y satisfacción

El nivel de optimismo de los pacientes y acompañantes fue elevado. No se hallaron diferencias en la puntuación de optimismo en relación al sexo, la edad, el estado civil ni la ocupación. En cambio, las personas sin estudios mostraron tener una puntuación inferior a las personas con estudios, y las personas que puntuaron mejor en la valoración de la situación económica también puntuaron mejor en optimismo,

resultado que podría estar relacionado con el hecho que el optimismo es un rasgo que influencia como los individuos se perciben a ellos mismos y a su entorno (51). Además también se ha estudiado que tener un mejor nivel socioeconómico está unido al desarrollo del optimismo (54).

Las personas optimistas puntuaron mejor en la satisfacción global subjetiva del servicio y en la probabilidad de recomendarlo a terceras personas. También las personas estudiadas con mayor percepción de optimismo puntuaron mejor en todos los dominios de la escala de satisfacción excepto en los de limpieza y visitas. Salleras et al. observaron también que los pacientes optimistas puntuaron mejor en la satisfacción con la atención recibida (231). En sentido contrario, otros autores han observado que los pacientes pesimistas tenían menos tendencia a puntuar la satisfacción con los cuidados como excelente (91).

Relación entre tiempo de espera y satisfacción

En nuestro estudio, la percepción del tiempo de espera, es uno de los factores que más influye en la satisfacción global subjetiva de los pacientes, tanto en la atención de enfermería como en la visita médica. También, en otros estudios realizados en servicios de urgencias, los pacientes que refirieron haber esperado menos tiempo estuvieron más satisfechos que los que esperaron más (217,220), igual que en otro estudio realizado en un servicio de urgencias domiciliarias (232). Así mismo, al comparar los tiempos de espera reales con la escala de satisfacción, se observó que un menor tiempo de espera hasta la visita médica se relacionó con una mayor satisfacción en los dominios de información y comunicación, trato de las enfermeras y visitas. En la misma línea, Damghi et al., constataron que los pacientes que esperaron menos de 15 minutos hasta la visita médica estuvieron más satisfechos que los que esperaron más tiempo (191).

Además, a los pacientes que les pareció que esperaron sesenta minutos más que el tiempo real hasta la visita de la enfermera, puntuaron más bajo en el dominio de trato de las enfermeras y en los que les pareció que esperaron sesenta minutos más que el tiempo real hasta la visita médica puntuaron más bajo en información y comunicación, trato de las enfermeras e intimidad. Estos resultados son similares a investigaciones anteriores, reafirmando la importancia de los tiempos de espera en la satisfacción del paciente y sobre todo, la importancia de la percepción de este tiempo por parte del usuario (78,89,92).

En la misma línea, el 2,8% de los encuestados, refirieron que el tiempo hasta ser atendidos por la enfermera de triaje fue extremadamente elevado, correspondiéndose con los resultados hallados por Iraola et al. en una investigación

en un servicio de urgencias, donde el 2,7% de los pacientes consideraron el tiempo de espera hasta la clasificación excesivo (219). Asimismo, el 7,1% de los usuarios consideraron el tiempo de espera hasta la visita médica extremadamente elevado, en la misma línea de los resultados de Iraola et al., donde el 6,6% de los pacientes consideró el tiempo de espera hasta la atención médica excesivo (219). En el sentido contrario, otros autores, no encuentran diferencias entre el tiempo de espera real y percibido ni en la atención de enfermería ni médica, pero sí en el tiempo de estancia total en urgencias (204).

Los pacientes con nivel 2 de triaje, tuvieron una percepción del tiempo de espera hasta que les atendió la enfermera inferior al resto; también estos pacientes esperaron menos a ser visitados por el médico, lo cual reafirma el buen funcionamiento de un sistema de triaje estandarizado, donde los pacientes catalogados con nivel 2 deben ser atendidos rápidamente por el médico (166). Sin embargo, los pacientes con nivel 2 esperaron de media 10 minutos más hasta la visita médica del tiempo recomendado por el sistema de triaje MAT-SET, pero tal y como señalan Carbonell et al., aunque el sistema de triaje asegura la atención de los pacientes en función de su necesidad asistencial, éste no asegura que los pacientes sean valorados dentro del tiempo estipulado para ser visitados (233).

Informar sobre el tiempo aproximado de espera también influye en la satisfacción del paciente, los presentes resultados muestran que los pacientes que fueron informados sobre el tiempo aproximado de espera puntuaron mejor en la satisfacción del servicio. En otra investigación, los encuestados demandaron una mayor información sobre los tiempos de espera (188). También otros autores hallaron que el dar información es un aspecto predictor de la satisfacción global (7), por lo que varias investigaciones señalan que centrarse en los tiempos de espera y en la comunicación puede mejorar la satisfacción del paciente (66,67,78). También el dar información del tiempo de espera aproximado y las actitudes del personal son importantes en la satisfacción del paciente (190). En el estudio de Ekwall, se detectó que nadie se había acercado a los pacientes insatisfechos durante el tiempo de espera; en cambio, en los que presentaban resultados neutros (no satisfechos o satisfechos) y en los satisfechos, sí habían tenido contacto con la enfermera u otro personal del servicio (189).

El tiempo de estancia total en el servicio de urgencias puede influir en la satisfacción del paciente (215), nuestros resultados apuntan que los pacientes que estuvieron un

mayor tiempo en urgencias estuvieron más satisfechos globalmente, aunque el único ítem de la escala de satisfacción que demostró estar relacionado con el tiempo total fue el de limpieza. El tiempo total de estancia en urgencias fue de media de 294 minutos, similar al de Carbonell et al., que con un tiempo total de 235 minutos, consideraban este tiempo elevado respecto a la bibliografía consultada (204). Otros autores consiguieron reducir en una hora el tiempo de estancia total en urgencias a partir de un programa de intervención que incluía acciones como equipos de liderazgo, planes para dar de alta a pacientes, tecnologías de la información y una área rápida de consulta entre otras; hasta tener un tiempo total de estancia de 194 minutos, disminuyendo también los pacientes que marcharon sin ser visitados, la desviación de ambulancias a otros centros y mejorando la satisfacción del paciente (216). En la misma línea, en otra investigación, lograron reducir la estancia total en urgencias a 132 minutos a partir de un programa de intervención que incluía acciones para mejorar los flujos y las altas de pacientes, con el cual aumentaron la satisfacción de los usuarios además de reducir los pacientes que marcharon sin ser visitados (234).

Factores asociados a la satisfacción de los pacientes y acompañantes

Los factores asociados a la satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias han sido la edad, el sexo, el optimismo, el control del dolor y la percepción del tiempo de espera. Los pacientes de más edad suelen estar más satisfechos con la atención recibida (84,90,220). El sexo de los usuarios no ha demostrado tener relación con la satisfacción en investigaciones previas (84), en nuestro caso, las mujeres se situaron más en el grupo de los usuarios más satisfechos.

En lo referente al optimismo, los usuarios más satisfechos refirieron puntuaciones mejores de optimismo, siguiendo la línea del estudio de Salleras et al., en el cual los pacientes optimistas estaban más satisfechos con la atención recibida (231).

El control del dolor es un factor asociado a la satisfacción de los usuarios del servicio, viendo que los pacientes en los que el dolor fue controlado bastante o completamente se situaron mayoritariamente en el grupo de más satisfechos, similar a investigaciones previas (6,230).

Finalmente, el tiempo de espera percibido como elevado o extremadamente elevado ha demostrado estar asociado negativamente a la satisfacción, situándose estos usuarios en el grupo de menos satisfechos, lo cual confirma que una percepción del tiempo de espera alargado disminuye la satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias (78,89,220).

Comentarios de pacientes y acompañantes

El tiempo de espera hasta la visita médica y la información sobre este tiempo suscitó la mayoría de comentarios. Los pacientes y sus acompañantes pedían que este tiempo de espera fuera más corto y que se informara del tiempo aproximado de espera a la llegada del paciente. En la misma línea, Carbonell et al., en un estudio cualitativo, observan que el tiempo de espera es un aspecto negativo comentado tanto por pacientes, acompañantes y población general, además de la falta de información (235).

El trato y la amabilidad es uno de los aspectos que más se relacionan con la satisfacción de los pacientes en el servicio de urgencias (7,84,235), cuando el trato es bueno se convierte en uno de los factores más valorados y cuando es malo se convierte en el aspecto más negativo de la atención en urgencias (235).

En algunos casos, los participantes comentaron la percepción de errores de diagnóstico o de procedimientos, pero no fueron los comentarios más predominantes, similar a otros estudios (9,99). También, los pacientes y acompañantes refirieron haber tenido que acudir varias veces para solucionar un mismo problema, hecho que puede contribuir a la insatisfacción, ya que la resolución del problema de salud es un factor asociado a la satisfacción (62).

El servicio de urgencias suele ser percibido como un servicio masificado, desorganizado y con falta de intimidad (235), lo que coincide con los comentarios de los usuarios del servicio que se quejaban del ruido y de la falta de intimidad en los boxes.

Análisis de las reclamaciones de pacientes y acompañantes

La tasa de reclamaciones del servicio de urgencias del año 2012 es similar a la hallada en la literatura (99,100,102). De estas quejas, tres de cada diez fueron por insatisfacción con la asistencia, una cuarta parte fueron por demora excesiva de espera para la atención en urgencias y más de una de cada diez por trato personal inadecuado. Si lo comparamos con otros resultados, la insatisfacción con la asistencia fue un motivo frecuente de reclamación (99). El tiempo de espera también fue un motivo frecuente de reclamación en varios estudios previos (99,100,102), así como las quejas respecto a problemas con la comunicación que incluían la descortesía o un fallo en la interacción entre el personal y el paciente (9,100).

Sólo se recibió una queja por confusión o error de diagnóstico, lo cual también coincide con la literatura revisada, dónde son infrecuentes las reclamaciones por negligencia, incompetencia o error de diagnóstico (9,99).

Al analizar a quién iban dirigidas las quejas, la mayoría se dirigieron al hospital, seguidas de reclamaciones hacia los médicos, en el mismo sentido, otros autores hallaron la mayoría de las reclamaciones se dirigieron hacia los médicos por ser considerados el responsable último del proceso asistencial (99). Cambiar el modelo de los hospitales hacia centros promotores de la salud puede hacer aumentar la visibilidad de todos los profesionales en los procesos asistenciales, ya que incluyen la participación activa de los pacientes y de todos los miembros de la plantilla (15), lo cual fuerza a un cambio en la relación entre profesionales, gestores y pacientes (153).

5.2 Profesionales

Características sociodemográficas y laborales de los profesionales

La mayoría del personal de urgencias que respondió a la encuesta de satisfacción fueron enfermeras, seguidas de médicos. Los profesionales del servicio de urgencias tenían una edad media alrededor de los 35 años, similar a la de otros estudios revisados (135,236,237), siendo los profesionales de más edad los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y los más jóvenes los celadores. Además, la mayoría de los profesionales encuestados eran mujeres. El rasgo demográfico más característico de los profesionales sanitarios es que se trata de una población feminizada (238), en la que los médicos suelen ser predominantemente hombres y las enfermeras mujeres (238-240), aunque esta tendencia está cambiando con el aumento de mujeres en la profesión médica (238).

Respecto al estado civil, casi siete de cada diez profesionales encuestados estaban casados o vivían en pareja, siguiendo la línea de la literatura revisada (241,242), y un poco más de la mitad de los profesionales del servicio de urgencias no tenían hijos, proporción inferior a la de la literatura revisada del servicio de urgencias (242).

El turno de trabajo más predominante fue el turno alterno. Comparar estos resultados con los de la bibliografía es difícil, ya que cada organización sanitaria y cada país tiene una forma diferente de organizar los turnos de trabajo, además, la literatura revisada sobre el tema es muy variada y es poca la que estudia exclusivamente al servicio de urgencias. Por ejemplo, Albaladejo et al., estudian una muestra de enfermeras y auxiliares de diferentes servicios un hospital universitario constatando que mayoritariamente trabajaban en el turno de mañanas (135). En cambio, otros estudios realizados en servicios de urgencias observan que los turnos de los profesionales son mayoritariamente cambiantes (140,241).

Cerca de ocho de cada diez profesionales que trabajaban en el servicio de urgencias estaban fijos siguiendo la misma línea que la bibliografía revisada (140). La media de antigüedad en el servicio de urgencias estuvo alrededor de los 9 años, sin observarse diferencias en la antigüedad según el sexo, el estado civil ni la categoría profesional. Los años de experiencia en el servicio de urgencias revisados en la literatura se asemejan a los hallados en nuestro estudio (237,241,243).

Nivel de satisfacción laboral

La satisfacción laboral de los profesionales del servicio de urgencias es baja comparada con los datos de satisfacción laboral de Cataluña y España y con la de otros estudios del ámbito sanitario (244,245).

Una mayor satisfacción en el trabajo se relaciona con un mayor rendimiento, productividad y menor rotación (129) también, la satisfacción laboral es un factor importante a la hora de mantener o dejar un puesto de trabajo (120) por lo que este resultado puede influenciar negativamente al hospital. Además, está demostrado que los médicos que están satisfechos con sus trabajos son más productivos y que las organizaciones que cuidan mejor a sus médicos, tienen médicos que cuidan mejor a sus pacientes (246).

En los análisis realizados en este apartado, se tuvieron en consideración las variables sociodemográficas de la encuesta ya que son determinantes sociales de la persona que pueden estar relacionados con la valoración del trabajo, así como las variables laborales.

En nuestro estudio, aunque las mujeres puntuaron un poco más alto en la satisfacción laboral, las diferencias entre puntuaciones no fueron estadísticamente significativas. Rondeau et al., hallaron que las mujeres médicos puntúan ligeramente superior en la satisfacción que los hombres (247), en cambio, otros estudios no observaron diferencias entre las puntuaciones de satisfacción según el sexo de los participantes (200,248). El resto de variables sociodemográficas no demostraron tener relación con la satisfacción laboral. En este sentido, en un estudio realizado en el personal del servicio de urgencias, no observaron relación entre la satisfacción y el estado civil de los profesionales (200), tampoco, en otro estudio en mujeres médicos de urgencias, hallaron relación entre la edad y el número de hijos con la satisfacción con la carrera de medicina (194). En cambio, en estudios realizados en otros ámbitos hospitalarios, observaron relaciones entre la satisfacción y las variables sociodemográficas, por ejemplo en el trabajo de Tellez, las enfermeras más insatisfechas eran más jóvenes, no estaban casadas y tenían menos hijos

(130), o en el de Gurková et al., hallaron una relación positiva entre la edad y la satisfacción laboral (120).

La satisfacción no demostró ser diferente entre las diferentes categorías profesionales, aunque los médicos, enfermeras y auxiliares administrativos puntuaron un poco más alta la satisfacción que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y los celadores. En este sentido, es difícil comparar estos resultados con los de otros estudios, ya que la mayoría de ellos sólo valoran a un grupo de profesionales por separado, con diferentes escalas de medida y además, la valoración de la satisfacción no se hace exclusivamente en el servicio de urgencias. Por ejemplo, Gurková et al., midieron las diferencias de satisfacción laboral en una escala de 1 a 5 entre enfermeras eslovacas y checas, puntuando una media de 3,1 y 3,4 respectivamente (120), Kaptanoglu y Demir, valoraron la satisfacción de una muestra de enfermeras en una escala de 0 a 100, obteniendo una puntuación media de 55,9 (129). Li et al., en un estudio sobre los efectos del estrés laboral y la motivación laboral en la satisfacción en servicios de salud comunitaria en China, observaron que los médicos tenían una menor satisfacción laboral que las enfermeras (249).

No hemos hallado diferencias en la satisfacción global entre ninguna de las variables laborales, lo cual no está en concordancia con la afirmación de Bambra et al., de que los horarios y el turno de trabajo pueden afectar a la satisfacción de los profesionales (125). También, otros autores, en un estudio en profesionales de enfermería en Eslovenia, observaron que las enfermeras en posiciones de liderazgo puntuaban mejor en la satisfacción que las enfermeras generalistas, y que la antigüedad de los profesionales influía en la satisfacción laboral (250). También en otra investigación, observaron que las enfermeras con mayor responsabilidad manifestaron una mayor satisfacción y que los profesionales que trabajaban en jornadas compactas de 12 horas puntuaron más alto en satisfacción laboral (248).

Las fuentes de satisfacción laboral son las condiciones de trabajo, las interacciones con los pacientes, compañeros y superiores, el trabajo en sí mismo, la remuneración, el crecimiento y la promoción, el reconocimiento, la responsabilidad, la seguridad y los estilos de liderazgo. Además, los factores más asociados a la satisfacción laboral son el estrés laboral, los objetivos de la empresa, la depresión y la cohesión en el equipo (251). Bobbio y Ramos, en un estudio de la satisfacción de diferentes profesionales de un hospital iberoamericano, observaron que los factores más asociados a la satisfacción de los médicos eran el entorno físico laboral y una

adecuada relación con los jefes de servicio, la de las enfermeras una adecuada carga laboral y unas adecuadas posibilidades de promoción, y los técnicos de enfermería el salario y la supervisión (240). En el mismo sentido, los incentivos laborales de la escala de Herzberg mejor valorados por los profesionales del presente estudio, fueron una jornada laboral cómoda, el tener un buen salario, un trabajo seguro, un trabajo interesante, los compañeros de trabajo agradables en los que se puede confiar y la iniciativa, autonomía y responsabilidad en el cometido que se desempeña. Los incentivos peor valorados fueron la posibilidad de promoción en la empresa y los beneficios no económicos u obras sociales proporcionados por la empresa.

Si comparamos los incentivos mejor valorados con el estudio de Fraile et al., los resultados son parecidos, excepto el incentivo de condiciones físicas, el cual fue mejor valorado en su estudio. Respecto a las medias de puntuación, también fueron similares a las nuestras (134).

La única variable sociodemográfica que se relacionó con los incentivos laborales fue la edad, viendo que el incentivo tener un trabajo interesante se volvía más importante al aumentar la edad del profesional y en cambio, el de tener unos compañeros de trabajo agradables pasaba a ser menos valorado. Respecto a las variables laborales que estuvieron relacionadas con los incentivos, los celadores consideraron más importantes los beneficios no económicos que el resto de los profesionales. Los médicos y las enfermeras consideraron más importante el tener un trabajo interesante, y las enfermeras valoraron mejor que el resto el tener unos buenos compañeros de trabajo. Este último resultado coincide con el de Kontodimopoulos et al., donde observaron que las enfermeras valoraron mejor los compañeros y supervisores que el resto de profesionales (112).

Además, los profesionales del turno de mañanas y turnos alternos valoraron el incentivo de beneficios no económicos como menos importante que el resto de turnos, y los profesionales fijos y con mayor antigüedad consideraron más importante que el resto el incentivo vacaciones y días libres.

Los factores higiénicos (o insatisfactores) son aquellos que se refieren a las condiciones en las que se realiza el trabajo y que mediante su presencia o ausencia determinan la insatisfacción laboral, y los factores motivacionales (o satisfactores) serían aquellos fundamentados el contenido del trabajo en sí y que determinan el nivel de motivación y satisfacción laboral (14,124). Los satisfactores son hechos intrínsecos al propio trabajo, en cambio los insatisfactores son extrínsecos al propio trabajo (14,114,117,124). Al analizar por separado cada uno de estos ítems de la

Escala General de Satisfacción, los que fueron valorados como más satisfactorios por los profesionales fueron la libertad para elegir el método de trabajo, los compañeros de trabajo, el superior inmediato, la responsabilidad asignada y la variedad en las tareas. De éstos, los que generan satisfacción y motivación serían la variedad en las tareas, la responsabilidad y la libertad para elegir el método de trabajo.

En el lado negativo o en el que las puntuaciones son más insatisfactorias, encontramos las posibilidades de promoción en la empresa donde más de la mitad de los profesionales lo consideraron entre muy insatisfactorio e insatisfactorio; respecto a las relaciones con la dirección de la empresa casi siete de cada diez profesionales las consideraron entre muy insatisfactorias e insatisfactorias; y en relación al salario, más de seis de cada diez de los profesionales lo consideraron entre muy insatisfactorio e insatisfactorio. Estos dos últimos (relaciones con la dirección y salario) serían los que generan insatisfacción laboral (14) hecho que puede explicar en parte la baja satisfacción laboral. Los resultados de la presente investigación se asemejan a los obtenidos por Fraile et al., en un estudio realizado en un hospital universitario donde los ítems relación entre profesionales y dirección, y salario eran los que obtuvieron valoraciones más negativas (134). En el mismo sentido, otros autores observaron que los factores más importantes que influenciaban la satisfacción laboral fueron las relaciones en el ámbito laboral, el salario, el reconocimiento de los superiores, las oportunidades de promoción, las posibilidades de formación, unas buenas condiciones de trabajo, la responsabilidad y los retos profesionales, la autonomía y los días libres (250).

En la misma línea, Clem et al., hallaron que el salario y los compañeros de trabajo eran predictores de satisfacción (194), también en un estudio cualitativo, otros autores señalaron que unos buenos compañeros de trabajo y un salario adecuado estaban relacionados con la satisfacción laboral de las enfermeras (236). En otra investigación, destacaron que las enfermeras que tenían mejores salarios estaban más satisfechas (130). Además, cuando el reconocimiento y la responsabilidad aumentaban, también lo hacía la satisfacción laboral (249). La posibilidad de promoción en la empresa, que en nuestro estudio ha sido puntuado como insatisfactorio, Wang et al., lo consideraron un predictor para mantener a las enfermeras en su puesto de trabajo (128).

En la presente investigación, la relación con los superiores estuvo muy bien valorada por parte de los profesionales, aspecto positivo que suele generar satisfacción (245,250,252) y según Warshawsky y Havens, las enfermeras en posiciones de

mando crean entornos que refuerzan la práctica enfermera y la satisfacción laboral (253).

Respecto a las tres puntuaciones numéricas de la escala de satisfacción obtenidas en nuestro trabajo, fueron todas bajas respecto al trabajo de Pérez y Fidalgo, en el cual todas las puntuaciones estaban aproximadamente dos puntos por encima de las de la presente investigación (184).

Para mantener la productividad de los profesionales, las organizaciones y las naciones requieren entender la relación entre la salud y el bienestar de los profesionales y del resto de factores que afectan al crecimiento económico (254). El bienestar en el trabajo es una situación en la que el trabajador está satisfecho con su trabajo, experimenta emociones positivas frecuentemente y emociones negativas infrecuentemente (255). El bienestar puede afectar a la productividad a partir del absentismo o de la falta de funcionamiento de los profesionales debido a la disminución de la salud de los mismos, pero no se debe pensar que la culpa es del profesional, sino que el bienestar incluye el canalizar la potencia de los profesionales, las aspiraciones y la satisfacción así como la habilidad de realizar el trabajo adecuadamente (254). Además, la satisfacción laboral se asocia a la implicación en el trabajo y un nivel alto de implicación reduce los resultados negativos asociados a la insatisfacción laboral como el absentismo, la rotación y los problemas mentales y físicos (256). En el mismo sentido, Melo et al, en una revisión de la literatura, afirmaron que la insatisfacción laboral afectaba a las organizaciones por la rotación, el absentismo y la interferencia en la productividad (257).

Satisfacción laboral y optimismo

La personalidad juega un rol importante en la evaluación que hacen las personas respecto al trabajo, se ha demostrado que la satisfacción laboral no sólo depende de la naturaleza del trabajo sino también de la percepción y la evaluación subjetiva del individuo (258). El optimismo es un rasgo psicológico que influye como los individuos se perciben a ellos mismos y a su entorno, como procesan la información, y como deciden actuar basándose en dicha información (51).

El nivel de optimismo de los profesionales del servicio de urgencias fue elevado, en la línea de investigaciones previas en entornos hospitalarios (201). Ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas en los profesionales del servicio de urgencias, estuvo asociada al optimismo.

En cambio, la satisfacción laboral sí se asoció al optimismo, viendo que a mayor optimismo percibido, mayor satisfacción laboral. En el mismo sentido, en un estudio

sobre los factores de personalidad predictivos de satisfacción laboral, observaron que el optimismo estaba relacionado de forma positiva con la satisfacción (258).

Al estudiar la relación entre el optimismo y los incentivos laborales, las personas optimistas dieron menos importancia a los incentivos trabajo seguro y compañeros de trabajo, y las menos optimistas consideraron menos importantes un buen salario, la formación a cargo de la empresa y las vacaciones y días libres. En este sentido no hemos hallado estudios similares para poder comparar los presentes resultados.

Burnout y variables sociodemográficas y laborales de los profesionales

Los profesionales del servicio de urgencias de la presente investigación presentan niveles bajos de agotamiento emocional y de realización personal y en cambio, unos niveles altos de despersonalización en relación a la literatura revisada (141,197,199). Los resultados se han comparado con estudios en diferentes ámbitos sanitarios ya que es difícil encontrar estudios realizados exclusivamente en el servicio de urgencias.

La puntuación media de la dimensión del agotamiento emocional fue de 18,8, al compararla con otros estudios del servicio de urgencias vemos que es una puntuación media baja (197,199). Por ejemplo, Ríos et al., en una muestra de enfermeras y auxiliares de enfermería de urgencias observaron una puntuación media de esta dimensión de 22,1 (197), o Jalili et al., en una muestra de médicos de urgencias y residentes de la misma especialidad, hallaron una media de 22,9 (199). En la misma línea, otros estudios realizados en otros ámbitos sanitarios han observado puntuaciones más elevadas de agotamiento emocional que las halladas en la presente investigación (259,260).

La puntuación media de la dimensión de realización personal fue de 34,1, si comparamos esta puntuación con la literatura revisada, encontramos que en algunos estudios observan puntuaciones superiores (197,202,260) como por ejemplo, Ríos et al., en el ámbito de urgencias, encontraron una puntuación media de esta dimensión de 36,7 (197). En cambio, otros estudios refirieron puntuaciones inferiores (199,259) como es el caso de Jalili et al., en un estudio realizado a médicos y residentes de urgencias dónde observaron una puntuación de 31,5 (199). En la dimensión de despersonalización, la puntuación media fue de 8,2, esta puntuación fue alta comparada con los estudios revisados (197,202,261), por ejemplo Ríos et al., obtuvieron una puntuación de 7,3 en el servicio de urgencias (197); en cambio, Jalili et al., observaron una puntuación media de 9,3 (199) y otros autores también obtuvieron puntuaciones similares o superiores a la nuestra (135,259).

Los profesionales de más edad fueron los que puntuaron más alto en el agotamiento emocional, en cambio, la edad no se relacionó ni con la realización personal ni con la despersonalización, similar a otros estudios revisados (200,202). El sexo, el estado civil y el número de hijos de los participantes no se relacionó con ninguna de las dimensiones de *burnout*, aunque se observó una tendencia a puntuar más alto en realización personal en las mujeres. La edad, trabajar en turnos largos, no estar satisfecho con la especialidad médica, entre otros factores, estaba fuertemente asociado a un nivel alto de agotamiento emocional y de despersonalización en otra investigación (262). También la edad, los años de antigüedad y el no estar satisfecho con la especialidad se relacionaron con la realización personal (262). Por otro lado, otros autores, referenciaron que las mujeres presentaban mayor agotamiento emocional que los hombres, aunque la escala de medida de *burnout* que utilizaron en su estudio fue el Oldenburg Burnout Inventory, que sólo valoraba las dimensiones negativas de *burnout* (245). En cambio, en otra investigación, observaron que los hombres y los que tenían contrato fijo puntuaban más alto en agotamiento emocional y despersonalización, también que los profesionales con hijos tenían puntuaciones medias superiores de agotamiento emocional (202).

La categoría profesional, el turno de trabajo y la antigüedad de los profesionales, no se relacionaron con la puntuación de las dimensiones de *burnout*.

Respecto a la categoría profesional, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería puntuaron más alto en agotamiento emocional, los celadores puntuaron más bajo en realización personal, y los administrativos puntuaron más alto que el resto de profesionales en despersonalización. Otros autores observaron que los médicos tenían mayor agotamiento emocional que las enfermeras y los paramédicos en el servicio de urgencias (200,203).

En cuanto al turno de trabajo, los profesionales del turno de mañanas presentaron una puntuación mayor en agotamiento emocional y menor en realización personal que el resto de turnos, y los profesionales de turnos alternos puntuaron más alto en despersonalización, sin que las diferencias fueran estadísticamente significativas. En cambio, sí se hallaron diferencias en la puntuación de agotamiento emocional entre los profesionales fijos y los eventuales, donde los fijos obtuvieron puntuaciones superiores en esta dimensión, similar a otras investigaciones consultadas (202).

Chakroun et al., en un estudio realizado a profesionales del servicio de urgencias observaron que los turnos laborales variables tenían riesgo de provocar una mayor

demanda psicológica que los turnos fijos (241). En el mismo sentido, en un estudio sobre la relación entre los estresores psicológicos en el trabajo y el *burnout*, explicaron que los profesionales temporales demostraron menores niveles de despersonalización y que los del turno de noche tenían menores niveles de realización personal (237).

En la presente investigación, la antigüedad no demostró estar asociada con la presencia de *burnout*, aunque se observó una tendencia a puntuar más alto en los profesionales con más antigüedad en la dimensión de agotamiento emocional. En el mismo sentido, Ríos et al., observaron que los profesionales de enfermería de urgencias que tenían más de 15 años de experiencia laboral fueron los que presentaron mayor agotamiento emocional y que los hombres presentaron niveles mayores de despersonalización que las mujeres (197). También, en un estudio en médicos americanos de diferentes especialidades, señalaron que los que tenían una antigüedad media entre 11 y 20 años, presentaban mayores puntuaciones en agotamiento emocional, y que los que estaban más al principio de sus carreras puntuaban más alto en despersonalización (263).

Los profesionales con un menor nivel de optimismo puntuaron más alto en el agotamiento emocional y las más optimistas lo hicieron en la realización personal. En cambio no se halló relación con la despersonalización aunque se observó una tendencia a puntuar más bajo en los trabajadores con mayor nivel de optimismo. Grau et al., en la misma línea, hallaron que los profesionales más optimistas tenían puntuaciones más bajas en agotamiento emocional y despersonalización y más altas en realización personal, concluyendo que el optimismo era la única variable asociada a un menor desgaste profesional en todas las dimensiones del MBI (186).

En la dimensión de agotamiento emocional, solo hubo un 3,4% más de participantes de los esperados que puntuaron con niveles altos. La baja realización personal estuvo por debajo de la frecuencia esperada, y en la despersonalización, el 5,4% superaron la proporción esperada, pudiendo afirmar en este sentido que hay porcentajes esperados en los niveles altos de las dimensiones del MBI en los profesionales del servicio de urgencias. No obstante otros autores hallaron porcentajes aún menores de profesionales con los niveles altos en estas dimensiones, aunque el estudio lo realizaron a todo el personal del hospital (202).

Al relacionar los niveles de las dimensiones del MBI con las características sociodemográficas y laborales de los profesionales del servicio de urgencias, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, excepto en la edad, siendo los

profesionales de mayor edad los que se situaron más en el nivel alto de agotamiento emocional y los de menor edad los que se situaron en mayor proporción en el nivel alto de despersonalización. También el optimismo se relacionó con los niveles de las dimensiones, siendo los que tenían una puntuación mayor en optimismo los que se situaron en el nivel alto de realización personal. En las otras dos dimensiones, aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas, sí que se halló que los profesionales con menores puntuaciones en optimismo se situaron en mayor proporción en los niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización, siguiendo la línea de los resultados hallados por Grau et al. (186).

Los resultados de las dimensiones del MBI podrían explicarse, en parte, en que los profesionales podrían tener un alto nivel de resiliencia, capacidad que permite hacer frente y adaptarse a situaciones estresantes de forma más positiva, igual que otros constructos no estudiados en la presente investigación como el sentido de la coherencia (264). En el mismo sentido, en un estudio sobre el agotamiento emocional en profesionales de enfermería, observaron que la resiliencia actúa como un factor protector del mismo (265). También, otro autor, afirma que la resiliencia está asociada a unos menores niveles en las dimensiones de *burnout* (266).

***Burnout* y satisfacción laboral**

En la presente investigación, la satisfacción laboral se ha asociado de forma negativa al agotamiento emocional y de forma positiva a la realización personal. La despersonalización no se ha asociado a la satisfacción. En cambio, en un estudio realizado a trabajadores ocupacionales en un servicio de salud mental, observaron que el agotamiento emocional y la despersonalización estaban relacionadas con una baja satisfacción laboral y una mayor rotación (245). En otro estudio de profesionales de la salud en España y países americanos de habla hispana, observaron que el agotamiento emocional en primer lugar, seguido de la satisfacción laboral eran los factores más asociados a la intención de dejar la profesión (146).

Se observó una tendencia a dar mayor importancia al incentivo vacaciones y días libres de los profesionales con agotamiento emocional alto, así como una tendencia a dar menor importancia al incentivo formación a cargo de la empresa a los profesionales situados en el nivel bajo de realización personal. Una menor realización personal demostró una tendencia a dar una menor importancia al incentivo formación a cargo de la empresa, y en la despersonalización, los profesionales con un nivel de despersonalización alto, dieron menor importancia al

incentivo trabajo interesante. Por lo que podemos afirmar que los profesionales con un nivel alto de *burnout* podrían necesitar más vacaciones y días libres, tendrían menos necesidad de formación continuada y menos interés en tener un trabajo interesante. En este sentido Blau y Chapman, señalaron que los profesionales más estresados o con *burnout* y la falta de un trabajo interesante eran los factores más importantes a la hora de dejar los servicios médicos de urgencias en una muestra de técnicos de emergencias, en cambio, el salario fue el factor menos importante en la intención de dejar el trabajo (267).

El agotamiento emocional se relacionó de forma inversa con la satisfacción general y con la satisfacción extrínseca. La realización personal se relacionó positivamente con las tres puntuaciones de la escala general de satisfacción. En cambio, la despersonalización sólo se asoció negativamente a la satisfacción intrínseca.

Por otro lado, otros autores, señalaron que los enfermeros con poca autonomía, poco control sobre el ambiente y con peores relaciones con el médico presentaban mayores niveles de agotamiento emocional (259). En un estudio realizado en 210 hospitales de Pennsylvania, hallaron una asociación entre las enfermeras con mayor agotamiento emocional e insatisfacción laboral y los ratios enfermera paciente, viendo que en los hospitales donde los ratios eran mayores, las enfermeras tenían mayor agotamiento emocional y mayor insatisfacción laboral. También observaron una asociación entre la dotación de personal y la mortalidad y la mortalidad por complicaciones (268). En el mismo sentido Bell afirmó que el *burnout* afectaba a la calidad de los cuidados (246).

El síndrome de *burnout* se relaciona negativamente con la calidad de vida de los profesionales de la salud, y los profesionales que se sienten valorados, están motivados con el trabajo y son empáticos con sus pacientes tienen mayores niveles de salud percibida (144). En el mismo sentido, en un estudio realizado a profesionales hospitalarios, señalaron que a mayor nivel de agotamiento emocional y despersonalización se observaba una peor salud percibida, y que a mayor realización personal, mayor nivel de salud percibida (145).

Factores asociados a la satisfacción de los profesionales

Los únicos factores asociados a la satisfacción laboral introducidos en el modelo de regresión lineal fueron el agotamiento emocional y la realización personal, resultados similares a la bibliografía consultada (245,146). Además, hemos observado que los profesionales más satisfechos eran mujeres, más jóvenes y con

una puntuación más elevada en la escala de optimismo. Asimismo, las puntuaciones en agotamiento emocional y despersonalización fueron más elevadas en los profesionales menos satisfechos y la realización personal fue mejor puntuada en los más satisfechos. La satisfacción profesional en la empresa es un factor protector frente al agotamiento emocional y el optimismo está asociado a un menor desgaste profesional en todas las dimensiones del MBI (186).

Dos terceras partes de los profesionales se situaron en el grupo de más satisfechos, similar a los resultados hallados por Sharma et al., donde dos terceras partes de los médicos que respondieron a la encuesta de satisfacción estaban satisfechos (269). En un estudio realizado en enfermeros de cuidados intensivos, observaron que siete de cada diez enfermeros estaban satisfechos o muy satisfechos con el trabajo (259). El hecho de que el nivel de satisfacción de los profesionales del servicio de urgencias de la presente muestra sea bajo en relación a los datos hallados en la bibliografía (245) conlleva a preocupación, ya que la insatisfacción laboral se asocia a problemas como el absentismo y la rotación que pueden afectar a la viabilidad de las instituciones sanitarias, por ello debe ser abordado precozmente mediante cambios organizacionales que promuevan la salud y el bienestar en el lugar de trabajo.

Comentarios de los profesionales

Los temas más comentados por parte de los profesionales del servicio de urgencias fueron la falta de personal, las cargas de trabajo tanto físicas como emocionales, el sueldo, los incentivos y la formación. De ellos, las cargas excesivas de trabajo y la falta de personal son los temas que han generado más comentarios por parte de los profesionales. En un estudio de la relación entre el estrés psicosocial y el *burnout* en varios servicios de urgencias, señalaron que las cargas de trabajo excesivas, la falta de soporte social y los conflictos interpersonales eran predictores de *burnout* (237). En la misma línea, en otro estudio sobre el impacto del estrés en la satisfacción de las enfermeras afirmaron que las situaciones más estresantes eran la muerte, las cargas de trabajo y los pacientes y sus familias, y que el estrés se asociaba negativamente a la satisfacción (270). En el mismo sentido, en una revisión sistemática sobre las enfermeras, la satisfacción y el entorno laboral, observaron que las enfermeras que percibían el entorno de trabajo como estresante, éste tenía un efecto negativo en su satisfacción laboral y que unos mayores dotaciones de personal de enfermería y la adecuación de recursos, se relacionaban con un menor agotamiento emocional (271).

Por otro lado, la formación al personal nuevo y la facilidad para asistir a actividades de formación fueron propuestas de mejora por parte de los encuestados. En el mismo sentido, Atefi et al., reflejaron que las enfermeras estaban preocupadas por la necesidad de desarrollo profesional, ya que debido a los horarios laborales no tenían oportunidades de atender a conferencias, seminarios o cursos (236). También otros autores sugirieron realizar programas de educación continuada con enfoque en el desarrollo personal y profesional en los profesionales de enfermería (257).

Finalmente, al revisar los comentarios de pacientes, acompañantes y profesionales, podemos ver que los comentarios de los pacientes y acompañantes son similares entre ellos y que muestran la insatisfacción con los tiempos de espera, la información, la comodidad del servicio o la intimidad entre otros aspectos. En cambio, los comentarios de los profesionales son distintos a los de los usuarios, y se refieren más a las cargas laborales y la formación. En este sentido, aunque las preocupaciones de unos y otros son distintas, la mejora de las cargas laborales y la formación pueden influir en la mejora de los aspectos comentados por los usuarios.

A partir de la presente investigación se ha podido confirmar que la satisfacción global con la visita al servicio de urgencias de pacientes y acompañantes es elevada. Sin embargo, la satisfacción laboral de los profesionales es baja. La hipótesis de que los profesionales con mayor satisfacción laboral presentan un menor nivel de *burnout* ha quedado parcialmente confirmada, observando que la satisfacción laboral se asoció de forma negativa al agotamiento emocional y de forma positiva con la realización personal. En cambio, la despersonalización no se asoció a la satisfacción.

5.3 Limitaciones

La mayoría de limitaciones de la presente investigación están relacionadas con la metodología del estudio. En primer lugar, relacionadas con el ámbito de estudio, el servicio de urgencias en el que se ha realizado la investigación, un hospital general comarcal de nivel B, recibe pacientes de proximidad, muchos de los cuales realizan visitas frecuentes al mismo servicio, en este sentido las respuestas podrían estar sesgadas por visitas anteriores. La baja tasa de respuestas es otra limitación a la hora de generalizar, ya que no se conocen los motivos por los cuales algunos de los usuarios no respondieron, también el método de encuestas por vía correo ordinario puede hacer disminuir la tasa de respuesta.

Otra limitación sería la relacionada con los instrumentos del estudio, ya que la encuesta de satisfacción elegida para el paciente no está diseñada exclusivamente para urgencias, ni para el acompañante, pero se puede utilizar con estos fines. Es la única validada en nuestro ámbito que valora todos los aspectos de la atención (información, trato, confort, intimidad, visitas y limpieza) que ya ha sido utilizada en la literatura española.

Respecto a los profesionales, la muestra fue seleccionada de forma no aleatoria, siendo los trabajadores los que eligieron participar de forma voluntaria, característica que supone otra limitación en relación a la contundencia de los resultados. Además, los pocos instrumentos validados existentes para la medida de la satisfacción laboral dificultan la comparación de los resultados con la bibliografía existente.

El diseño de tipo transversal que impide establecer causalidad en el estudio, y finalmente, la falta de estudios similares realizados exclusivamente en el servicio de urgencias de todos los grupos profesionales implicados, son otras limitaciones a considerar.

5.4 Implicaciones en la práctica clínica

Como aspectos relevantes o fortalezas se trata de un estudio que abarca a todas las personas implicadas en un servicio de urgencias, pacientes, acompañantes y profesionales, hecho que permite tener una visión global del servicio.

Si bien la satisfacción de pacientes y acompañantes es elevada, hay dos aspectos de mejora de gran interés, por una parte el tiempo de espera y el manejo del dolor por otra.

Las líneas de mejora propuestas deberían ir en relación a la atención de los pacientes con estrategias dirigidas a la disminución de los tiempos de espera reales y percibidos, a la información de estos tiempos y a la mejora del control del dolor. En relación a los profesionales, las estrategias deberían estar relacionadas con políticas de conciliación laboral y familiar considerando que la mayoría de los profesionales sanitarios son mujeres; también deberían implantarse estrategias encaminadas a la mejora de las relaciones con la dirección y a la promoción de los profesionales en la empresa.

La adhesión del centro estudiado en la Red Catalana de Hospitales Promotores de la Salud, podría ayudar a implementar las estrategias de promoción de la salud definidas a nivel internacional.

6 CONCLUSIONES

El nivel de satisfacción de los pacientes y acompañantes del servicio de urgencias es elevado, sin embargo, el nivel de satisfacción laboral de los profesionales es bajo.

6.1 Pacientes y acompañantes

Los participantes fueron mayoritariamente pacientes, mujeres y con una edad media alrededor de los 55 años. La satisfacción en el servicio de urgencias fue elevada. La edad, la ocupación y la valoración de la situación económica subjetiva fueron las variables sociodemográficas más asociadas a la satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias.

La mayoría de los pacientes fueron catalogados como nivel 3 y 4 según el sistema MAT-SET. El nivel de triaje no influyó en la satisfacción de los pacientes ni de los acompañantes, aunque las puntuaciones de los pacientes con nivel 2 fueron un poco superiores al resto.

Más del 80% de los encuestados refirieron tener dolor cuando acudieron a urgencias y en la mayoría de los casos el dolor fue controlado completamente o bastante pero no del todo. La presencia de dolor no se relacionó con la satisfacción, en cambio, el control del dolor sí se relacionó con la satisfacción, observando que las personas en las que el dolor fue mejor controlado puntuaron más alto en la satisfacción.

El nivel de optimismo de los pacientes y acompañantes fue elevado. Las personas optimistas puntuaron mejor en la satisfacción del servicio y en la probabilidad de recomendar el servicio a terceras personas.

La percepción del tiempo de espera, influyó en la satisfacción de los pacientes y acompañantes, tanto en la atención de enfermería como en la visita médica. A menor tiempo de espera percibido hasta la atención de enfermería, mayor puntuación en satisfacción en todos los dominios de la escala de satisfacción, excepto en el de bienestar y confort.

El tiempo de espera real hasta la visita médica influyó en los dominios de trato de las enfermeras, limpieza y de forma débil con el de información y comunicación. El tiempo de espera percibido hasta la visita médica, influyó en todos los dominios de la escala de satisfacción excepto en el de visitas.

Los factores asociados a la satisfacción de los pacientes y acompañantes fueron la edad, el sexo, el optimismo, el control del dolor y el tiempo de espera percibido hasta la visita médica.

El tiempo de espera hasta la visita médica y la información sobre este tiempo suscitó la mayoría de comentarios de los usuarios encuestados.

La tasa de reclamaciones del presente servicio de urgencias en el periodo de estudio fue de 0,68/1000 visitas. La mayoría de reclamaciones fueron debidas a la insatisfacción con la asistencia, a la demora excesiva de espera para la atención en urgencias y al trato personal inadecuado.

6.2 Profesionales

La satisfacción laboral de los profesionales del servicio de urgencias fue baja. Las variables sociodemográficas y laborales no demostraron estar asociadas a la satisfacción laboral. Los profesionales del servicio de urgencias del centro estudiado fueron predominantemente enfermeras, con una edad media alrededor de los 35 años, que mayoritariamente trabajaban en turnos alternos y con un contrato fijo.

Los incentivos mejor valorados por los profesionales fueron una jornada laboral cómoda, el tener un buen salario, un trabajo seguro, un trabajo interesante, los compañeros de trabajo y la iniciativa, autonomía y responsabilidad. Los incentivos peor valorados fueron la posibilidad de promoción en la empresa y los beneficios no económicos u obras sociales proporcionados por la empresa.

Los ítems de la Escala General de Satisfacción considerados como más satisfactorios por los profesionales del servicio de urgencias fueron la elección del método de trabajo, el superior inmediato, los compañeros de trabajo, la responsabilidad asignada, la posibilidad de utilizar las capacidades, el horario y la variedad en las tareas. Los ítems más insatisfactorios fueron el salario, las relaciones con la dirección de la empresa y las posibilidades de promoción.

El nivel de optimismo de los profesionales del servicio de urgencias fue elevado. La satisfacción laboral se asoció al optimismo, observando que a mayor optimismo percibido, mayor satisfacción laboral.

Al estudiar el síndrome de *burnout* se ha observado que los profesionales del servicio de urgencias presentan niveles bajos de agotamiento emocional y de

realización personal y en cambio, unos niveles más elevados de despersonalización. Los profesionales de más edad puntuaron más alto en la dimensión de agotamiento emocional. Los profesionales con contrato laboral fijo obtuvieron puntuaciones superiores en agotamiento emocional.

La satisfacción laboral estuvo relacionada con el síndrome del *burnout*, en el sentido que a mayor satisfacción laboral, menor puntuación en agotamiento emocional y mayor puntuación en realización personal.

Los profesionales más satisfechos eran mujeres, más jóvenes, con menor antigüedad y con una puntuación más elevada en optimismo. Los factores asociados a la satisfacción laboral fueron el agotamiento emocional y la realización personal.

Los comentarios aportados por los profesionales en relación a la satisfacción fueron las cargas excesivas de trabajo, la falta de personal, el salario y los incentivos y la formación.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cassidy-Smith T, Baumann B, Boudreaux E. The disconfirmation paradigm: throughput times and emergency department patient satisfaction. *J Emerg Med.* 2007; 32(1): 7-13.
2. McKay JI. The emergency department of the future – The challenge is in changing how we operate! *J Emerg Nurs.* 1999; 25(6): 480-88.
3. Kilner E, Sheppard L. The role of teamwork communication in the emergency department: A systematic review. *Int Emerg Nurs.* 2010; 18:127-37.
4. Ekwall A, Gerdz M, Manias E. The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers. *J Clin Nurs.* 2008; 17(6): 800-9.
5. Magaret N, Clark TA, Warden CR, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction in the Emergency Department- A survey of pediatric patients and their parents. *Acad Emerg Med.* 2002; 9(12): 1379-87.
6. Welch SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: a qualitative review. *Am J Med Qual.* 2010; 25(1): 64-72.
7. Boudreaux ED, O’Hea EL. Patient satisfaction in the emergency department: a review of the literature and implications for practice. *J Emerg Med.* 2004; 26(1): 13-26.
8. Boxer BA, Boxer Goldfarb EM. The expectations and perceptions of ED patients. *J Emerg Nurs.* 2009; 35: 540-1.
9. Taylor D, Wolfe RS, Cameron PA. Analysis of complaints lodged by patients attending Victorian Hospitals, 1997-2001. *MJA.* 2004; 181(1): 31-5.
10. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ [Internet].* 2012 [Citado 26 julio 2013]; 344[14 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3308724/pdf/bmj.e17117.pdf>
11. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion, Satisfaction, Burnout and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs.* 2010; 35(5): 420-27.
12. Khamlub S, Harun-Or-Rashid MD, Bashar Sarker MA., Hirosawa T, Outavong P, Sakamoto J. Job satisfaction of health-care workers at health centers in

- Vientiane capital and Bolikhamsai province, Lao PDR. Nagoya J Med Sci. 2013; 75: 233-41.
13. Mygind A, Norredam M, Nielsen AS, Bagger J, Krasnik A. The effect of patient origin and relevance of contact on patient and caregiver satisfaction in the emergency room. Scand J Public Health. 2008; 36: 76-83.
 14. Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector Health worker motivation: a conceptual framework. Soc Sci Med. 2002; 54: 1255-66.
 15. Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo. Promoción de la salud: Glosario. [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 1998 [Citado 19 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
 16. World Health Organization. Milestones in health promotion. Statements from global conferences. [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2009 [Citado 26 Julio 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/Milestones Health Promotion 05022010.pdf>
 17. Sparks M. Health promotion: shaping and informing public Health. En: Juvinyà D, Arroyo H. La promoción de la salud 25 años después. Girona: Documenta Universitaria; 2012. p. 21-41.
 18. Organización Mundial de la Salud. Metas en la promoción de la salud: Las declaraciones de las conferencias mundiales. Girona: Documenta universitaria; 2012.
 19. World Health Organization. [Internet]. OMS; 2014 [Citada 30 diciembre 2013]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
 20. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. OMS; 2008 [Citada 30 diciembre 2013]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
 21. Fernández Juan A. Cómo y por qué relacionar determinantes con estados de salud de una población: retos y desafíos para la investigación. En: Juvinyà D, Arroyo H. La promoción de la salud 25 años después. Girona: Documenta universitaria; 2012.
 22. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud ISAGS [internet]. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde. 2011 [Citado 17

- marzo 2014]. Disponible en: http://isags-unasul.org/noticias_interna.asp?lang=3&idArea=2&idPai=6074
23. Ministerio de Sanidad y Política Social. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España [Internet]; Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010 [Citado 17 marzo 2014]. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta Politicas Reducir Desigualdades.pdf>
 24. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud? Valencia, Venezuela: IAESP; 2005.
 25. El diario.es. [internet]. Madrid: Diario de Prensa Digital, S.L; 2012. [Citado 17 marzo 2014]. Disponible en : http://www.eldiario.es/agendapublica/blog/Desigualdades-salud-nivel-urbano_6_76002417.html
 26. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996; 11(1): 11-18.
 27. Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Documenta Universitaria; 2011.
 28. Flensburg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to physical health? analyzing Anthonovsky's 29-item sense of coherence scale (SOC-29). *Sci World J.* 2005; 5: 767-76.
 29. Juvinya-Canal D. Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Enferm Clin.* 2013; 3: 87-88.
 30. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59: 440-42.
 31. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública.* 2011; 85: 129-39.
 32. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2006; 60: 376-81.
 33. McDowell I. Measures of self-perceived well-being. *J Psychosom Res.* 2010; 69(1): 69-79.

34. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52: 141-66.
35. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annu Rev Psychol.* 2003; 54: 403-25.
36. Huppert FA, Baylis N. Well-being: Towards an integration. *Phil Trans R Soc Lond B.* 2004; 359: 1447-51.
37. Linley A, Maltby J, Wood AM, Osborne G, Hurling R. Measuring happiness: the higher order factor structure of subjective and psychological well-being measures. *Pers Individ Diff.* 2009; 47: 878-84.
38. McMahan EA, DeHart Renken M. Eudaimonic conceptions of well-being, meaning in life, and self-reported well-being: initial test of a mediational model. *Pers Individ Dif.* 2011; 51: 589-94.
39. Meyer JP, Maltin ER. Employee commitment and well-being: A critical review, theoretical framework and research agenda. *J Vocat Behav.* 2010; 77: 323-37.
40. Raibley JR. Happiness is not Well-Being. *J Happiness Stud.* 2012; 13: 1105-29.
41. Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol.* 2000; 55(1): 34-43.
42. Marrero Quevedo RJ, Carballeira Abella M. Well-being and personality: Facet-level analyses. *Pers Individ Diff.* 2011; 50: 206-11.
43. González Herero V, Extremera N. Daily life activities as mediators of the relationship between personality variables and subjective well-being among older adults. *Pers Individ Dif.* 2010; 49: 124-29.
44. Helliwell JF, Putnam RD. The social context of well-being. *Phil Trans R Soc Lond B.* 2004; 359: 1435-46.
45. Ju H, Wook Shin J, Kim C, Hyun M, Park J. Mediational effect of meaning in life on the relationship between optimism and well-being in community elderly. *Arch Geront Geriatr.* 2013; 56: 309-13.
46. Wrosch C, Scheier MF. Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment. *Qual Life Res.* 2003; 12(S1): 59-72.
47. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 1989; 57(6): 1069-81.
48. Extremera N, Ruiz-Aranda D, Pineda-Galán C, Salguero JM. Emotional intelligence and its relation with hedonic and eudaimonic well-being: a prospective study. *Pers Individ Dif.* 2011; 51: 11-16.

49. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol.* 1995; 69(6): 719-27.
50. Ryan RM, Deci EL. Self-Determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 2000; 55(1): 68-78.
51. Forgeard MJC, Seligman MEP. Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. *Pratiques psychologiques.* 2012; 18: 107-20.
52. Ferrando PJ, Chico E, Tous JM. Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicotema.* 2002; 14(3): 673-80.
53. Ho MY, Cheung FM, Cheung SH. The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Pers Individ Dif.* 2010; 48: 658-63.
54. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30: 879-89.
55. Rojas Marcos L. La força de l'optimisme. Barcelona: Edicions 62; 2005.
56. Mosing MA, Zietsch BP, Shekar SN, Wright MJ, Martin NG. Genetic and environmental influences on optimism and its relationship to mental and self-related health: a study of aging twins. *Behav Genet.* 2009; 39: 597-604.
57. Karademas EC. Self-efficacy, social support and well-being. The mediating role of optimism. *Pers Individ Dif.* 2006; 40: 1281-90.
58. Alarcon GM, Bowling NA, Khazon S. Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope. *Pers Individ Dif.* 2013; 54: 821-27.
59. Bossong B. Optimism as a moderator of the effect of state orientation on the evaluation of negative life events. En: Eklides A et al. *Trends and prospects in motivation research.* Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 2001. p. 349-57.
60. NCBI. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine [internet]. Rockville Pike, Bethesda MD: National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 1999 [actualizada 9 diciembre 2013; Citada 27 setiembre 2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=satisfaction>
61. Real Academia Española [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2014 [Citada 27 setiembre 2013]. Disponible en: www.rae.es
62. Pérez-Tirado L, Hernández-Blanco M, Nogales-Cortés MD, Sánchez-Sánchez MJ. Evaluación de la satisfacción de los familiares en las urgencias pediátricas. *Rev Cal Asist.* 2010; 25(2): 58-63.

63. Bustamante Veas P, Avendaño Cañas D, Camacho Martín B, Ochoa Alvarado E, Alemany González FX, Asenjo Romero M, et al. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Emergencias*. 2013; 25(3): 171-76.
64. Generalitat de Catalunya. Departament de salut: La voz de la ciudadanía. Cómo la percepción de la ciudadanía se vincula a la mejora de los servicios sanitarios y el sistema de salud de Cataluña [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2012 [Citado 18 noviembre 2013]. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/Ciudadania/serveis_atencio_salut/Documents/Arxiu/veu_ciudadania_plaensa_castella.pdf
65. Ekwall A, Gerdtz M, Manias E. Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of accompanying persons. *J Clin Nurs*. 2009; 18: 3489-97.
66. Cooke T, Watt D, Wertzler W, Quan H. Patients expectations of emergency department care: phase II- a cross-sectional survey. *CJEM*. 2006; 8(3): 148-57.
67. Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría RM, Más Castillo A, Hidalgo Montesinos MD, Gomis Cebrián R, Calle Urrea JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit*. 2012; 26(2): 159-65.
68. 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* [Internet]. 2011[Citado 26 julio 2013] 4(2): [7 p.].
69. Blanco-Abril S, Sánchez-Vicario F, Chinchilla-Nevado MA, Cobrero-Jimenez EM, Mediavilla-Durango M, Rodríguez-Gonzalo A et al. Satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros. *Enferm Clin*. 2010; 20(1): 23-31.
70. Cuñado Barrio A, Bernardo García C, Rial Cereijo C, Marco Arraiza A, García López F. Validación de la traducción al español de una escala de medida de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros en urgencias (CECSS). *Enferm Clin*. 2002; 12(5): 273-80.
71. González N, Quintana JM, Bilbao A, Escobar A, Aizpuru F, Thompson A, et al. Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care*. 2005; 17(6): 465-72.

72. González N, Quintana JM, Bilbao A, Esteban C, San Sebastián JA, De la Sierra E, et al. Satisfacción de los usuarios de 4 hospitales del Servicio Vasco de Salud. *Gac Sanit.* 2008; 22(3): 210-7.
73. Granado de la Orden S, García AC, Rodríguez Gijón LF, Rodríguez Rieiro C, Sanchidrian de Blas C, Rodríguez Pérez P. Development and validation of a questionnaire to assess satisfaction with hospital emergency care. *Emerg Med J.* 2011; 28(9): 770-4.
74. Taylor C, Benguer JR. Patient satisfaction in emergency medicine. *Emerg Med J.* 2004; 21: 528-32.
75. Generalitat de Catalunya. gencat.cat [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya. 2013 [Citada 18 noviembre 2013]. Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciudadania/serveis_atencio_salut/valoracio_serveis_atencio_salut/enquestes_satisfaccio/atencio_urgent_hospitalaria/2013/urg_2013_presentacio_per_centres.pdf
76. Gordon J, Sheppard L, Anaf S. The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *Int Emerg Nurs.* 2010; 18: 80-8.
77. Tiga-Loza DC, Villar-Centeno LA, Güiza-Sanabria D, Martínez-Vega RA. Validez y confiabilidad de un instrumento de satisfacción del usuario con síndrome febril agudo. *Rev Salud Pública (Bogota).* 2009; 12(5): 820-32.
78. Nairn S, Whotton E, Marshal C, Roberts M, Swann G. The patient experience in emergency departments: a review of the literature. *Accid Emerg Nurs.* 2004; 12: 159-65.
79. Boudreaux ED, Cruz BL, Baumann BM. The use of performance improvement methods to enhance emergency department patient satisfaction in United States: a critical review of the literature and suggestions for future research. *Acad Emerg Med.* 2006; 13(7): 795-802.
80. Danielsen K, Bjertnaes OA, Garratt A, Forland O, Iversen HH, Hunskaar S. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway. *BMC Fam Prac* [Internet]. 2010[Citado 20 noviembre 2013]; 11(73): [8 p.]. Disponible en:<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/73>
81. Jennings N, Lee G, Chao K, Keating S. A survey of patient satisfaction in a metropolitan emergency department: comparing nurse practitioners and emergency physicians. *Int J Nurs Pract.* 2009; 15: 213-18.
82. Alaloola NA, Albedaiwi WA. Patient satisfaction in a Riyadh tertiary care centre. *Int J Health Care Qual Assur.* 2008; 21 (7): 630-37.

83. Vinagre MH, Neves J. The influence of service quality and patients emotions on satisfaction. *Int J Health Care Qual Assur.* 2008; 21(1): 87-103.
84. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Executive summary. *Health Technol Assess [Internet].* 2002 [Citado 20 noviembre 2013]; 6(32): [6 p.]. Disponible en: <http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/volume-6/issue-32>
85. Generalitat de Catalunya. gencat.cat [Internet]. Barcelona: Generalitat de catalunya 2013 [Citada 18 noviembre 2013]. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.860e901bf7168d2c8bd97260b0c0e1a0/?vgnnextoid=62710d42fe2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=62710d42fe2da210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>
86. Nikki L, Lepistö S, Paavilainen E. Experiences of family members of elderly patients in the emergency department: a qualitative study. *Int Emerg Nurs.* 2012; 20(4): 193-200.
87. Morales-Guijarro AM, Nogales-Cortés MD, Pérez-Tirado L. Acompañante satisfecho, un indicador de calidad. *Rev Calid Asist.* 2011; 26(1): 47-53.
88. Kristenssen J, Ekwall A. Psychometric properties of the consumer emergency care satisfaction scale: tested on persons accompanying patients in emergency department. *J Nurs Care Qual.* 2008; 23(3): 277-82.
89. Brown AD, Sandoval GA, Blackstien-Hirsch P. Developing an efficient model to select emergency department patient satisfaction improvement strategies. *Ann Emerg Med.* 2005; 46(1): 3-10.
90. Quintana JM, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res [Internet].* 2006 [Citado 20 noviembre 2013]; 6(102): [9 p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-6-102.pdf>
91. Costello BA, McLeod TG, Locke GR, Dierkhising RA, Offord KP, Colligan R. Pessimism and hostility scores as predictors of patient satisfaction ratings by medical out-patients. *Int J Health Care Qual Assur.* 2008; 21(1): 39-49.
92. Bayes R. Los tiempos de espera en medicina. *Med Clin.* 2000; 114(12): 464-67.
93. Dehghan Nayeri N, Aghajani M. Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: A descriptive analytical study. *Nurs Ethics.* 2010; 17(2): 167-77.

94. Pytel C, Fieden NM, Meyer KH, Albert N. Nurse-patient/visitor communication in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2009; 35 (5): 406-11.
95. Muntlin A, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *J Clin Nurs*. 2006; 15: 1045-56.
96. Arendt KW, Sadosty AT, Weaver AL, Brent CR, Boie ET. The left-without-being-seen patients: what would keep them from leaving? *Ann Emerg Med*. 2003; 42 (3): 317-23.
97. Miró Ò, Sánchez M, Espinosa G, Millá J. Quality and effectiveness of an emergency department during weekends. *Emerg Med J*. 2004; 21: 573-74.
98. Hung MSY, Pang SMC. Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department. *J Adv Nurs*. 2011; 67(1): 56-67.
99. Domingo A, Luaces C, Mañosa A, García JJ, Serra M, Pou J. Evaluación de las reclamaciones presentadas en un servicio de urgencias pediátricas en un hospital materno infantil. *Rev Cal Asist*. 2001; 16: 404-8.
100. Wong L, Ooi BS, Goh LG. Patient's complaints in a hospital emergency department in Singapore. *Singapore Med J*. 2007; 48(11): 990-5.
101. Bryce G. Complaints - and how to deal with them. *J Accid Emerg Med*. 1998; 15: 63-4.
102. Salazar A, Ortiga B, Escarrabill J, Corbella X. Emergency Department Complaints: A 12-Year Study in a University Hospital. *Ann Emerg Med*. 2004; 44(4): S20.
103. World Health Organization. Working together for health: The world health report 2006 [Internet]. OMS; 2006 [Citado 26 Julio 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/en/>
104. Registered Nurses' Association of Ontario. RNAO. Healthy work environments Best Practice Guidelines: Preventing and mitigating nurse fatigue in health care [Internet]. RNAO; 2011 [Citado 26 julio 2013]. Disponible en: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Preventing_and_Mitigating_Nurse_Fatigue_in_Health_Care.pdf
105. Mealer M, Burnham EL, Goode CJ, Rothbaum B., Moss M. The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depress Anxiety*. 2009; 26(12): 1118-26.
106. Tanja-Dijkstra K, Pieterse M. Efectos mediados psicológicamente del ambiente físico sanitario sobre los resultados relacionados con el Trabajo del personal de asistencia sanitaria. *Cochrane Database of Systematic reviews*

- [Internet]. 2010 [Citado 26 julio 2013] 12: [20 p.]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209270628&DocumentID=CD006210>
107. Wyk BE, Pillay-Van Wyk V. Preventive staff-support interventions for health workers. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2010 [Citado 26 julio 2013] 3: [35 p.]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%209270628&DocumentID=CD003541>
108. Organización Mundial de la Salud. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial. 60ª asamblea mundial de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 [Citado 26 julio 2013]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf
109. Farre Martí JM. La motivación. En: Farre Martí JM. Enciclopedia de la psicología. Vol 1. Barcelona: Editorial Oceano ; 2004 p.142-56.
110. Myers DG. La motivación y el trabajo. En: Myers DG. Psicología. 9ª Ed. Madrid: editorial médica panamericana; 2011. p.443-95.
111. Palmero F. El proceso de motivación. En: Palmero F y Martínez Sánchez F. Motivación y Emoción. Madrid: Ed Mc Graw Hill; 2008.p.1-24.
112. Kontodimopoulos N, Paleologou V, Niakas D. Identifying important motivational factors for professionals in Greek hospitals. BMC Health Serv Res. 2009; 9:164.
113. Papalia DE y Wendkos Olds S. Motivación y emoción. En: Papalia DE, Wendkos Olds S. Psicología. Madrid: Editorial Mc Graw Hill; 1987. p. 319-61.
114. Genesca, E. Motivación y enriquecimiento del trabajo. Sus repercusiones sobre la productividad. Barcelona: Editorial Hispano Europea; 1977.
115. Lambrou P, Kontodimopoulos N, Niakas D. Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. Hum Resour Health [Internet]. 2010 [Citado 26 julio 2013]; 8(26): [9 p.] Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-8-26.pdf>
116. Maslow AH. Motivación y personalidad. 2ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1991.
117. González López L. Satisfacción y motivación en el trabajo. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2001.
118. Palomo Vadillo MT. La motivación. En: Palomo Vadillo MT. Liderazgo y motivación de equipos de trabajo. 6a ed. Madrid. 2010. ESIC Editorial.

- 119.Locke EA. The nature and causes of job satisfaction. En: Dunnette MD, editor. Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally; 1976. p.1297-1349.
- 120.Gurková E, Soósová MS, Haroková S, Ziaková K, Serfelová R, Zamboriová M. Job satisfaction and leaving intentions of Slovak and Czech nurses. *Int Nurs Rev.* 2013; 60: 112-21.
- 121.Bòria-Reverter S, Crespi-Vallbona M, Mascarilla-Miró O. Variables determinantes de la satisfacción laboral en España. *Cuad Econ.* 2012; 35: 9-16.
- 122.Xanthopoulou D, Bakker AB, Ilies R. Everyday working life: Explaining within-person fluctuations in employee well-being. *Hum Relat.* 2012; 65(9): 1051-69.
- 123.Registered Nurses' Association of Ontario. RNAO. Healthy work environments Best Practice Guidelines: Workplace health, safety and well-being of the nurse. [Internet]. RNAO; 2008 [Citado 30 setiembre 2013]. Disponible en: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/workplace-health-safety-and-wellbeing-nurse-guideline>
- 124.Herzberg, F. One more time: How do you motivate employees? *Harv Bus Rev.* 1987; September-October: 87-99.
- 125.Bambra C, Whitehead M, Sowdwn A, Akers J, Petticrew M. A hard day's night? The effects of compressed working week interventions on the health and work-life balance of shift workers: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2008; 62(9): 764-77.
- 126.Wagstaff AS, Sigstad Lie JA. Shift and night work and long working hours – a systematic review of safety implications. *Scand J Work Environ Health.* 2011; 37 (3): 173-85.
- 127.Townsend T, Anderson P. Are extended work hours worth the risk?. *Am Nurs Today*[Internet]. 2013 [Citado 18 agosto 2014]. 8(5): [7 p.]. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/804391>
- 128.Wang L, Tao H, Ellenbecker CH, Liu XH. Predictors of hospital nurses' intent to stay: a cross-sectional questionnaire survey in Shanghai, China. *Int Nurs Rev.* 2012; 59: 547-54.
- 129.Kaptanoglu AY, Demir T. Examining job satisfaction among perfusionists: A brief report from Istanbul. *J Pak Med Assoc.* 2013; 63(9): 1157-62.
- 130.Tellez M. Work satisfaction among California Registered nurses: A longitudinal comparative analysis. *Nurs Econ.* 2012; 30(2): 73-81.

131. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Rev Cal Asist.* 2002; 17 (4): 237-46.
132. Bergerman L, Corabian P, Harstall C. Effectiveness of organizational interventions for the prevention of workplace stress. Institute of health Economics. Edmonton AB Canada. Report January; 2009.
133. Buendía J, Ramos F. Empleo, estrés y salud. Madrid: Ed pirámide. 2001.
134. Fraile Calle L, Olivares Díez T, Sánchez González J. Estudio sobre incentivos laborales del personal de enfermería del servicio de urgencias del hospital universitario de Salamanca. *Rev Tesela [Internet]*. 2008 [citado 24 setiembre 2011]; 3: [11 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts3/ts6700r.php>
135. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública.* 2004; 78(4): 505-16.
136. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52: 397-422 .
137. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Ed pirámide. 2005.
138. Freudenberg HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues.* 30 (1): 159-65.
139. Miret C, Martínez Larrea A. El profesional de urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *An Sist Sanit Navar.* 2010; 33(S1): 193-201.
140. Adriaenssens J, De Gucht V, Van der Doef M, Maes S. Exploring the burden of emergency care: predictors of stress-health outcomes in emergency nurses. *JAN.* 2011; 67(6): 1317-28.
141. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome del burnout en el personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Pública.* 2009; 83: 213-28.
142. Escribà-Agüir V, Pérez-Hoyos S. Psychological well-being and psychological work environment characteristics among emergency medical and nursing staff. *Stress and Health.* 2007; 23: 153-60.
143. LeBlanc C. Emergency physicians: “burned out” or “fired up”? *CJEM.* 2007; 9(2): 121-3.
144. Suñer-Soler R, Grau A. Burnout, Health and Quality of Life. En: Doolittle BR. *Psychology of burnout. New Research.* New York: Nova publishers. 2013. p 1-18.

145. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Font-Mayolas S, Gras ME, Bertran C, Sullman MJM. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013; 20 (4): 305-13.
146. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Flichentrei D, Prats M, Braga F, Font-Mayolas S, et al. The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Res*. 2014; 1: 82-9.
147. Groene O. La implantación de la promoción de la salud en los hospitales: manual y formularios de autoevaluación. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2007.
148. Potvin L, Jones CM. Twenty-five years after the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. *Can J Public Health*. 2011; 102 (4): 244-48.
149. Brown LH, Devine S. EMS & Health Promotion. A next step in the collaboration between EMS and public health. *Public Health Perspectives*. 2008 (oct): 110-14.
150. World Health Organization. Health Promotion. Overview: 7th global conference on Health Promotion [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2014 [Citado 5 Marzo 2014]. Disponible en : <http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/index.html>
151. World Health Organization. Health Promotion. The 8th global conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013 [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2014 [Citado 5 Marzo 2014]. Disponible en : http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1
152. World Health Organization. Regional office for Europe. Modern health care delivery systems, care coordination and the role of hospitals. Compiled report of the workshop organized by the Belgium Federal Public Health Service and WHO Europe, held in Brussels, Belgium, 21-22 November 2011 and the internal WHO expert meeting on roadmap development, held in Copenhagen, Denmark, 12 January 2012 [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2014 [Citado 5 Marzo 2014]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-service-delivery/publications/2012/modern-health-care-delivery-systems,-care-coordination-and-the-role-of-hospitals>

153. Juvinyà D, Bertran C, Figueras N. La promoción de la salud en los hospitales. En: Juvinyà D, Arroyo H. La promoción de la salud 25 años después. Girona: Documenta Universitaria; 2012. p. 273-93.
154. Groene O y García-Barbero M. Health promotion in hospitals: evidence and quality management [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2005. [Citado 30 setiembre 2013]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/99827/E86220.pdf
155. Suñer Soler R, Santiñà Vila M (ed). Alfabetización para la salud. Estándares y recomendaciones para profesionales de la salud. Girona: Documenta Universitaria; 2014.
156. Bensberg M, Kennedy M. A framework for health promoting emergency departments. *Health Promot Int.* 2002; 17 (2): 179-88.
157. Rega R, Roberts SM, Khunder S, Boardley D, Brickman K, Regent C. The delivery of a health promotion intervention by a public health promotion specialist improves patient satisfaction in the emergency department. *Acad Emerg Med.* 2012; 19: 313-17.
158. Cummings GE, Francescutti LH, Predy G, Cummings G. Health promotion and disease prevention in the emergency department: a feasibility study. *CJEM. JCMU.* 2006; 8 (2): 100-5.
159. Cylus J, Mladovsky P, McKee M. Is there a statistical relationship between economic crises and changes in Government health expenditure growth? An analysis of twenty-four European countries. *HSR.* 2012; 44(6): 2204-24.
160. Ministerio de Hacienda y Administraciones públicas. SEPG [Internet]. Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones públicas; 2013 [Citado 12 julio 2013]. Disponible en <http://www.sepg.pap.minhap.gob.es/sitios/sepg/es-ES/Presupuestos/Estadisticas/Paginas/Estadisticas.aspx>
161. Gené-Badia J, Gallo P, Hernández-Quevedo C, García-Armesto S. Spanish health care cuts: Penny wise and pound foolish? *Health Policy.* 2012; (106): 23-28.
162. Palese A, Vianelli C, De Maino R, Bortoluzzi G. Measures of cost containment, impact of the economical crisis, and the effects perceived in nursing daily practice: an Italian crossover study. *Nurs Econ.* 2012; 30(2): 86-93.
163. Sermeus W. Efectos de la crisis económica y de trabajadores sanitarios en la sostenibilidad del sistema sanitario: ¿Qué es lo siguiente? *Enferm Clin.* 2012; 22(4): 179-81.

164. Ríos-Risquez MI, García-Izquierdo M, Lozano Alguacil E, Mateo Perea G, Sabuco Tebar E, Martínez Cano F. Estudio de la relación entre la complejidad del centro hospitalario y la satisfacción del usuario que ingresa desde urgencias con la atención de enfermería recibida en esta área. *Emergencias*. 2013; 25(3): 177-83.
165. Lott Roper M. I want to see the doctor: meeting patients' expectations in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2010; 36 (6): 562-67.
166. Sánchez Bermejo R, Cortés Fadrique C, Rincón Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De Las Heras Castro EM. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias*. 2013; 25(1): 66-70.
167. Generalitat de Catalunya. gencat.cat [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya 2013 [Citado 13 setiembre 2014]. Disponible en : http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/Coneix_CatSalut/memories_activitat/memories_catsalut/2013/memoria_catsalut2013.pdf
168. Salvador Suárez FJ, Millán Soria J, Téllez Castillo CJ, Pérez García C, Oliver Martínez C. Implantación de un plan de calidad en un servicio de urgencias y su impacto en la satisfacción del paciente. *Emergencias*. 2013; 25(3): 163-170.
169. Aranz Andrés J, Martínez Noguera R, Rodrigo Bartual V, Gómez Pajares F, Antón García P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc)*. 2004; 123(16): 615-8.
170. Pasarín MI, Fernández de Sanmamed MJ, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit*. 2006; 20(2): 91-100.
171. Gea MT, Hernán-García M, Jiménez-Martín M, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de urgencias del centro médico-quirúrgico del hospital Virgen de las Nieves. *Rev Cal Asist*. 2001; 16: 37-44.
172. Juan Pastor A. Las dificultades de organizar un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2013; 25(2): 81-82.
173. Göransson KE, Rosen A. Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *Int Emerg Nurs*. 2010; 18: 36-40.
174. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC). Núm. 6412-8.7.2013. Acord del consell de col·legis d'infermeres i infermers de Catalunya de 19 de Juny de 2013, pel qual s'estableixen directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada "gestió de la demanda".

175. Miró O, Escalada X, Boqué C, Gené E, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT (2): mapa funcional de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014; 26(1): 35-46.
176. Sánchez M, Asenjo M, Gómez E, Zabalegui A, Brugada J. Reorganización asistencial de un área de urgencias en niveles de urgencia: impacto sobre la efectividad y la calidad. *Emergencias*. 2013; 25(2): 85-91.
177. Tejedor-Panchón F, Monter-Pérez FJ, Tejedor-Fernández M, Jiménez-Murillo L, Calderón de la Barca-Gázquez JM, Quero-Espinosa FB. Mejora del proceso de un servicio de urgencias de hospital mediante la metodología Lean. *Emergencias*. 2014; 26(2): 84-93.
178. Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014; 26(1): 19-34.
179. Rabin E, Kocher k; McClelland M, Pines J, Hwang U, Rathlev N et al. Solutions to emergency department “boarding” and crowding are underused and may need to be legislated. *Health Aff*. 2012; 31(8): 1757-66.
180. Abo-Hamad W, Arisha A. Simulation-based framework to improve patient experience in an emergency department. *Eur J Oper Res*. 2013; 224: 154-66.
181. Llopis Roca F, Juan Pastor A, Ferré Losa C, Martín Sánchez FJ, Llorens Soriano P, Sempere Montes G, et al. Proyecto REGICE: registro de las unidades de corta estancia en España. Localización, aspectos estructurales y dotación de profesionales (REGICE 1). *Emergencias* 2014; 26(1): 57-60.
182. Fundació salut empordà [internet]. Figueres: Fundació Salut Empordà; 2010. [Citada 15 julio 2014]. Disponible en: www.salutemporda.cat
183. Clasificación Internacional de Enfermedades 10º. CIE 10º revisión [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de la Salud presidencia de la nación; 2012 [Citado 3 diciembre 2012]. Disponible en: http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf
184. Pérez Bilbao J y Fidalgo vega M. NTP 394: Satisfacción laboral: escala general de satisfacción. [internet]. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 1999 [Citado 10 abril 2014]. Disponible en: http://www.jmcpri.net/ntps/@datos/ntp_394.htm
185. Maslach, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. En Seisdodos N, editor. Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA; 1997. p. 5-28.

186. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit.* 2005; 19(6): 463-70.
187. Mansilla Izquierdo F. Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica [Internet]. Valencia: Psicología online; 2011 [Citado 24 setiembre 2011]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/anexo13.shtml>
188. Kington M. What do consumers want to know in the emergency department? *Int J Nurs Pract.* 2010; 16: 406-11.
189. Ekwall A. Acuity and anxiety from the patient's perspective in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2013; 39: 534-8.
190. Burström L, Starrin B, Engström ML, Thulesius H. Waiting management at the emergency department – a grounded theory study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [Citado 10 abril 2014]; 13(95): [10 p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-13-95.pdf>
191. Damghi N, Belayachi J, Armel B, Zekraoui A, Madani N, Aibidi K, et al. Patient satisfaction in a Moroccan emergency department. *Int Arch Med.* [Internet]. 2013 [citado 7 junio 2014]; 6(20): [8 p.].
192. González-Valentín MA, Padín López S, Ramón Garrido E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enferm Clin.* 2005; 15(3): 147-55.
193. Pujiula-Masó J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart M, Grau-Martín A, Bertrán-Noguer C, Hortal-Gasull G, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin.* 2006; 16(1): 19-26.
194. Clem KJ, Promes SB, Glickman SW, Shah A, Finkel MA, Pietrobon R, et al. Factors enhancing career satisfaction among female emergency physicians. *Ann Emerg Med.* 2008; 51(6): 723-28.
195. Itzhaki M, Ehrenfeld M, Fitzpatrick JJ. Job satisfaction among immigrant nurses in Israel and the United States of America. *Int Nurs Rev.* 2013; 60(1): 122-28.
196. Khun G, Goldberg R, Compton S. Tolerance for uncertainty, burnout, and satisfaction with the career of emergency medicine. *Ann Emerg Med.* 2009; 54(1): 106-13.
197. Ríos Rísquez MI, Godoy Fernández C, Peñalver Hernández F, Alonso Tovar AR, López Alcaraz F, López Romera A, et al. Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Enferm Intensiva.* 2008; 19 (1): 2-13.

198. Cydulka RK, Korte R. Career satisfaction in emergency medicine: The ABEM longitudinal study of emergency physicians. *Ann Emerg Med.* 2008; 51(6): 714-22.
199. Jalili M, Sadeghipour Roodsari G, Bassir Nia A. Burnout and associated factors among Iranian emergency medicine practitioners. *Iranian J Publ Health.* 2013; 42: 1034-42.
200. Gökçen C, Zengin S, Oktay MM, Alpak G, Al B, Yildirim C. Burnout, job satisfaction and depression in the healthcare personnel who work in the emergency department. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2013; 14: 122-8.
201. Grau A, Suñer R, García MM. El optimismo de los profesionales sanitarios y su relación con la calidad de vida, el burnout y el clima organizacional. *Rev Calid Asist.* 2005; 20 (7): 370-6.
202. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit.* 2002; 16(6): 480-6.
203. Popa F, Raed A, Pucarea VL, Lala A, Bobimac G. Occupational burnout levels in emergency medicine – a nationwide study and analysis. *J Med Life.* 2010; 3 (3): 207-15.
204. Carbonell Torregrosa MA, Girbés Borrás J, Calduch Broseta JV. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias.* 2006; 18: 30-35.
205. Mozota Duarte J, Moliner Lahoz J, García Noaín A, Moreno Mirallas MJ, Fernández Moros RW, Rabanaque Hernández MJ. Percepción de la intimidad de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios de Aragón. *Emergencias.* 2013; 25 (6): 445-50.
206. Ruiz Romero V, Fajardo Molina J, García-Garmendia JL, Cruz Villalón F, Rodríguez Ortiz R, Varela Ruiz FJ. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital San Juan de Dios de Aljarafe. *Rev Cal Asist.* 2011; 26(2): 111-22.
207. Broadwater-Hollifield C, Fair J, Podolsky S, Carey J, Vlasic K, Stephen R, et al. Web-based emergency department patient satisfaction surveys may introduce potential for bias. *J Emerg Med.* 2013; 46 (3): 404-09.
208. Fuente-Rodríguez A, Fernández-Lerones MJ, Hoyos-Valencia Y, León-Rodríguez C, Zuloaga-Mendiolea C, Ruiz-Garrido M. Servicio de urgencias de atención primaria. Estudio de calidad percibida y satisfacción de los usuarios de la zona básica de salud Altamira. *Rev Cal Asist.* 2009; 24(3): 109-14.

- 209.Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya, Idescat [Internet]. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya. 2014 [Actualizada 8 diciembre 2014; Citada 7 junio 2014]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/dequavi/Dequavi?TC=444&V0=1&V1=5>
- 210.Baker D, Parker R, William M, Clark W. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med.* 1998; 13: 791-8.
- 211.Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med.* 2004; 19(12): 1228-39.
- 212.Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya, Idescat [Internet]. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya. 2014 [Actualizada 8 diciembre 2014; Citada 8 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=5811>
- 213.Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya, Idescat [Internet]. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya. 2014 [Actualizada 8 diciembre 2014; Citada 30 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/economia/inec?tc=3&id=5810>
- 214.Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya, Idescat [Internet]. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya. 2014 [Actualizada 8 diciembre 2014; Citada 30 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/a072/a01/&file=pcaxis>
- 215.Parker BT, Marco C. Emergency department length of stay: accuracy of patients estimates. *West J Emerg Med.* 2014; XV (2): 170-75.
- 216.Patel PB, Combs MA, Vinson DR. Reduction of admit wait times: the effect of a leadership-based program. *Acad Emerg Med.* 2014; 21 (3): 266-73.
- 217.Mercer MP, Hernandez-Boussard T, Mahadevan S, Strehlow MC. Physician identification and patient satisfaction in the emergency department: are they related? *J Emerg Med.* 2014; 45 (5): 711-18.
- 218.Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado 2011. Tablas por CCAA [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2014 [Citado 4 junio 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2011/Estad de SIAE 2011 CCAA.pdf>
- 219.Iraola Ferrer MD, Fernández Jorge D, Liriano Ricabal JC, Rodríguez Toledo G, Rodríguez Carvajal A, Rojas Santana O. Satisfacción de los pacientes

- atendidos en urgencias y posteriormente hospitalizados en un hospital universitario cubano. *Emergencias*. 2004; 16:252-57.
- 220.López Madurga ET, Mozota Duarte J, González Salvatierra I, Sánchez Torres Y, Enríquez Martín N, Moliner Lahoz J. Satisfacción de pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Emergencias* 1999; 11: 184-90.
- 221.Galián-Muñoz I, Llor-Esteban B, Ruiz-Hernández JA. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias. *Emergencias*. 2014; 26(3): 163-70.
- 222.Miró Ò, Sánchez M, Espinosa G, Coll-Vinent B, Bragulat E, Millá J. Analysis of patient flow in the emergency department and the effect of an extensive reorganisation. *Emerg Med J*. 2003; 20: 143-48.
- 223.Oredsson S, Jonsson H, Rognes J, Lind L, Göransson KE, Ehrenberg A, et al. A systematic review of triage-related interventions to improve patient flow in emergency departments. *Scan J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011; 19:43.
- 224.Iraola Ferrer MD, Ordúñez García PO, Rojas Santana O, Liriano Ricabal JC, Famada Arango C, Alvarado Velázquez L, et al. Satisfacción en el servicio de urgencias de un hospital cubano. Informe de usuarios. *Emergencias*. 2006; 18:285-90.
- 225.Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review. *J Nurs Scholarsh*. 2014; 46 (2): 106-15.
- 226.Wagner K. 5 ways to create more value in ED. *Healthc Financ Manage*. 2014; 68 (4): 34.
- 227.Khankeh HR, Khorasani-Zavareh D, Azizi-Naghdloo F, Hoseini MA, Rahgozar M. Triage effect on wait time of receiving treatment services and patients satisfaction in the emergency department: Example from Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013; 18(1): 79-83.
- 228.Kamali MF, Jain M, Jain AR, Schneider SM, Emergency department waiting room: many requests, many insured and many primary care physicians referrals. *Int J Emerg Med*. 2013; 6(1):35.
- 229.Programa de Ayuda al Triage web_e-PAT v4.0. [Internet]. Lugones: Treelogic telemática y Lógica racional para la empresa europea, S.L. 2014 [Citado 31 mayo 2014]. Disponible en: <http://triajeset.com/acerca/index.html>
- 230.Byczkowski TL, Fitzgerald M, Kennebeck S, Vaughn L, Myers K, Kachelmeyer A, et al. A comprehensive view of parental satisfaction with

- pediatric emergency departments visits. *Ann Emerg Med.* 2013; 62(4): 340-50.
- 231.Salleras Duran L, Pujol Solà M, Adroher Carreras S. Pacient optimista, pacient satisfet? *Pols a pols Revista col·legial.* 2007; 45: 20-25.
- 232.Fajardo Moraña J, Casado López C, Gutiérrez Martínez L, Paneque Sosa P, Calahorro Arenilla J, Avilés Parada B. Encuesta telefónica de satisfacción de usuarios de un servicio especial de urgencia. *Emergencias.* 2000; 12: 20-26.
- 233.Carbonell Torregrosa MA, Urtubia Palacios A, Palazón Bru A, Carrasco Tortosa V, Gil Guillén V. Impacto de la implantación del programa ASIGNA en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias.* 2014; 26(3): 188-94.
- 234.Sayah A, Rogers L, Devarajan K, Kingsley-Rocker L, Lobon LF. Minimizing ED waiting times and improving patient flow and experiences of care. *Emerg Med Int.* 2014[Citado 4 junio 2014]; Apr: [8 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4009311/pdf/EMI2014-981472.pdf>
- 235.Carbonell Torregrosa MA, Aranaz Andrés JM, Mira Solves JJ, Pérez Jover V, García Giménez A. La técnica cualitativa en la mejora de la satisfacción en urgencias. *Emergencias.* 2004; 16: 184-89.
- 236.Atefi N, Abdullah KL, Wong LP, Mazlom R. Factors influencing registered nurses perception of their overall job satisfaction: a qualitative study. *Int Nurs Rev.* 2014; 61 (3): 352-60.
- 237.García-Izquierdo M, Ríos-Risquez MI. The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: An exploratory study. *Nurs Outlook.* 2012; 60: 322-29.
- 238.Solsona Pairó M, Treviño Maruri R, Merino Tejada M, Ferrer Serret L. Demografia de les professions sanitàries a Catalunya: anàlisi dels estocs actuals de professionals sanitaris. Centre d'Estudis Demogràfics[Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2004 [Citado 7 junio 2014]. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Desenvolupament_professional/Llibre_blanco/pdf/estudi_demografic.pdf
- 239.Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981; 2: 99-113.
- 240.Bobbio L, Ramos W. Satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencias médico y no médico de un hospital nacional de Lima-Perú. *Rev Peru Epidemiol.* 2010; 14 (2): 133-37.

- 241.Chakroun WO, Rejeb I, Kammoun L, Nasri A, Ghnainia T, Chaari A, et al. Evaluation of stress among emergency staff: Survey in a Tunisian Emergency department. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2013; 32: 565-71.
- 242.Sawatzky J, Enns CL. Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *J Nurs Manag.* 2012; 20: 696-707.
- 243.Healy S, Tyrrel M. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emerge Nurse.* 2011; 19 (4): 31-7.
- 244.Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya, Idescat [Internet]. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya. 2014 [Actualizada 8 diciembre 2014; Citada 7 junio 2014]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/dequavi/?TC=444&V0=5&V1=9>
- 245.Scanlan JN, Still M. Job satisfaction, burnout and turnover intention in occupational therapists working in mental health. *Aust Occup Ther J.* 2013; 60: 310-18.
- 246.Bell H. The burn out busters: how three Mayo Clinic Physicians became experts on physician well-being. *Minn Med.* 2013; 96(11): 14-8.
- 247.Rondeau KV, Francescutti LH, Zanardelli JJ. Emergency department overcrowding: The impact of resource scarcity on physician job satisfaction. *J Healthc Manag.* 2005; 50 (5): 327-40.
- 248.Ruzafa-Martínez M, Madrigal-Torres M, Velandrino-Nicolás A, López-Iborra L. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Gac Sanit.* 2008; 22(5): 434-42.
- 249.Li L, Hu H, Zhou H, He C, Fan L, Liu X, et al. Work stress, work motivation and their effects on job satisfaction in community health workers: a cross-sectional survey in China. *BMJ Open* [Internet]. 2014 [Citada 7 junio 2014] 4(6): [10 p.]. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/6/e004897.full>
- 250.Lorber M, Savic BS. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croat Med J.* 2012; 53: 263-70.
- 251.Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction among nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2005; 42: 211-27.
- 252.Agencia de Salud y Servicios Sociales de Montreal. Guía para el fomento de puestos de trabajo saludables en los servicios de salud. Girona. Publicacions de la Càtedra de Promoció de la Salut. Documenta Universitaria; 2012.
- 253.Warshawsky NE, Havens DS. Nurse manager job satisfaction and intent to leave. *Nurs Econ.* 2014; 32(1): 32-9.
- 254.Schulte P, Vainio H. Well-being at work – overview and perspective. *Scand J Work Enviorn Health.* 2010; 36(5): 422-29.

255. Rodríguez-Muñoz A, Sanz-Vergel A. Happiness and well-being at work: A special issue introduction. *J Work Organ Psychol.* 2013; 29: 95-97.
256. Uddin Siddiqui M. Relationship between job involvement and job satisfaction: A study on medical doctors working in the government medical college in the state of Uttar Pradesh. *Int J Res & Bus Strat.* 2014; 3 (2): 27-34.
257. Melo MB, Barbosa MA, Souza PR. Satisfacción en el trabajo del equipo de enfermería: revisión integradora. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011; 19(4): 1047-55.
258. Chang YH, Li HH, Wu CM, Wang PC: The influence of personality traits on nurses' job satisfaction in Taiwan. *Int Nurs Rev.* 2010; 57: 478-84.
259. Panunto MR, Guiradello EB. Ambiente de la práctica profesional y el agotamiento emocional entre enfermeros de terapia intensiva. *Rev Lat Am Enfermagem [Internet].* 2013 [Citado 7 junio 2014]; 21(3): [8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0765.pdf
260. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012; 172(18): 1377-85.
261. Van der Colff JJ, Rothmann S. Burnout of registered nurses in South Africa. *J Nurs Manag.* 2014; 22: 630-42.
262. Chen KY, Yang CM, Lien CH, Chiou HY, Lin MR, Chang HR, et al. Burnout, job satisfaction and medical malpractice among physicians. *Int J Med Sci.* 2013; 10 (11): 1471-8.
263. Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele BA, Sloan JA, Shanafelt TD. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc.* 2013; 88 (12): 1358-67.
264. Antonovsky A. *Unravelling the Mystery of Health. How people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1988.
265. Manzano García G, Ayala Calvo JC. Emotional exhaustion of nursing staff: influence of emotional annoyance and resilience. *Int Nurs Rev.* 2012; 59: 101-7.
266. Arrogante O. Mediación de la resiliencia entre burnout y salud en el personal de enfermería. *Enferm Clin.* 2014; 24 (5): 283-89.
267. Blau G, Chapman S. Retrospectively exploring the importance of items in the decision to leave the emergency medical services (EMS) profession and their relationships to life satisfaction after leaving EMS and likelihood of returning to EMS. *J Allied health.* 2011; 40 (2): 29-32.

268. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288 (16): 1987-93.
269. Sharma M, Goel S, Singh SK, Sharma R, Gupta PK. Determinants of Indian physicians' satisfaction & dissatisfaction from their job. *Indian J Med Res*. 2014; 139: 409-17.
270. Aburuz ME. A comparative study about the impact of stress on job satisfaction between Jordanian and Saudi nurses. *Eur Sci J*. 2014; 10 (17): 162-72.
271. Lambrou P, Merkouris A, Middleton N, Papastavrou E. Nurses' perceptions of their professional practice environment in relation to job satisfaction: a review of quantitative studies. *Health Sci J*. 2014; 8 (3): 298-317.

8 ANEXOS

I Carta de información al paciente

ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y PROFESIONALES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Nos dirigimos a usted para pedirle su opinión de la satisfacción con la atención recibida durante su reciente estancia en el **servicio de urgencias**, con el objetivo de **evaluar el nivel de satisfacción** de los pacientes atendidos en el **servicio de urgencias** en el contexto de un estudio científico.

El estudio está formado por unas preguntas de carácter socioeconómico y de una encuesta de satisfacción de 34 preguntas que valora la satisfacción global del servicio, la atención médica, la atención de enfermería, la atención del personal administrativo, las instalaciones y la organización del servicio.

Si usted no puede responder a la encuesta, puede hacerlo la persona que lo acompañó durante su estancia en el servicio de urgencias.

El estudio no comporta ningún riesgo para el paciente, la participación es voluntaria y el paciente se puede retirar del estudio en cualquier momento que desee.

Los datos personales del paciente se utilizarán exclusivamente para este estudio de forma confidencial y la única persona que tendrá acceso a estos datos será el investigador principal.

Los datos se recogerán conforme la ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) de nuestro centro de referencia el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona y por el Comité de Investigación de la Fundació Salut Empordà.

Dentro del sobre que ha recibido encontrará además de esta carta, una hoja de consentimiento informado, la encuesta de datos socioeconómicos, la encuesta de satisfacción y un sobre prepago para devolverlo al hospital.

Con tal de poder saber su opinión, debería **enviar por correo la encuesta cumplimentada y la hoja de consentimiento informado con su firma dentro del sobre prepago.**

El envío está franqueado, por lo cual, no tiene **ningún coste** para usted.

Gracias por su colaboración.

Si tiene cualquier duda quedo a su disposición.

Aurora Fontova Almató afontova@salutemporda.cat

II Hoja de consentimiento informado para los pacientes

ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES Y PROFESIONALES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Nos dirigimos a usted para pedirle su opinión de la satisfacción con la atención recibida durante su reciente estancia en el **servicio de urgencias**, con el objetivo de realizar un estudio. El objetivo principal del presente estudio es **evaluar el nivel de satisfacción** de los pacientes y acompañantes atendidos en el servicio de urgencias.

Si usted no puede responder a la encuesta, puede hacerlo la persona que le acompañó durante su estancia en el servicio de urgencias.

El estudio no comporta ningún riesgo para el paciente, la participación es voluntaria y el paciente se puede retirar del estudio en cualquier momento que desee.

Los datos personales del paciente se utilizarán exclusivamente para este estudio de forma confidencial y la única persona que tendrá acceso a estos datos será el investigador principal.

Los datos se recogerán conforme la ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) de nuestro centro de referencia el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona y por el Comité de Investigación de la Fundació Salut Empordà.

Gracias por su colaboración.

Yo, en calidad de paciente/familiar acepto participar en el estudio.

Figures a de 201 .

III Cuaderno de recogida de datos de los pacientes

ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y PROFESIONALES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

A continuación encontrará un cuestionario sobre datos socio-demográficos y una encuesta de satisfacción de su reciente estancia en el servicio de urgencias.

Por favor **marque con una cruz** la casilla correspondiente.

Para que el estudio sea lo más fiable posible, hemos mantenido el idioma original de la encuesta.

Le agradecemos de antemano su respuesta sincera.

ENCUESTA

La persona que responde al cuestionario es:

Paciente	<input type="checkbox"/>
Acompañante	<input type="checkbox"/>

Si es usted **acompañante**, por favor indique el grado de parentesco con el paciente:

Pareja	<input type="checkbox"/>
Padre/madre/tutor legal	<input type="checkbox"/>
Hijo/a	<input type="checkbox"/>
Hermano/a	<input type="checkbox"/>
Otro familiar (especificar)	<input type="checkbox"/>
Otro no familiar (especificar)	<input type="checkbox"/>

Edad:

Nacionalidad:

Sexo:

Hombre	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>

Marque con un círculo cómo se considera usted de optimista, siendo 0 la peor posible (muy pesimista) y 10 la mejor posible (muy optimista):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Motivo de consulta:

Tenía usted dolor cuando acudió a urgencias?

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

En caso de haber tenido dolor, considera que el dolor fue controlado de manera adecuada durante su estancia en urgencias?

No, nada	
Un poco, pero no del todo	
Bastante, pero no del todo	
Si, completamente	

Estado civil:

Casado/en pareja	
Soltero/a	
Viudo/a	
Divorciado/a	

Nivel de estudios:

Sin estudios	
Graduado escolar/ESO	
Formación profesional/Bachillerato	
Formación universitaria	

Ocupación:

Estudiante	
Hogar	
Empleado	
Autónomo	
Desempleado	
Jubilado	

Marque con un círculo cómo valora usted su situación económica actual, siendo 0 la peor puntuación posible y 10 la mejor posible:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Marque con un círculo cómo valora usted la satisfacción respecto a su visita a urgencias siendo 0 la peor puntuación posible y 10 la mejor:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cuanto tiempo pasó (en minutos) hasta que le atendió por primera vez la enfermera? **minutos.**

Considera que este tiempo de espera fue:

Muy poco	
Poco	
Adecuado	
Elevado	
Extremadamente elevado	

Cuanto tiempo pasó (en minutos) hasta que le atendió por primera vez el médico?**minutos.**

Considera que este tiempo de espera fue:

Muy poco	
Poco	
Adecuado	
Elevado	
Extremadamente elevado	

Le informaron del tiempo aproximado de espera a su llegada?

Si	
No	

Recomendaría usted este servicio de urgencias a un familiar o amigo?

Si	
No	

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN:

En cada pregunta marque la opción que más se aproxime a cómo se sintió o a lo que pensó durante su estancia **en urgencias**. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que nos dé su opinión.

Con relación a las enfermeras...

1. Sobre el problema que tenía y lo que me iban a hacer, las enfermeras...

0. Me contaron poco, casi nada	
1. Trataron de explicarme algunas cosas, aunque me quedé con dudas	
2. Me lo dejaron todo claro	

2. Cuando hice alguna pregunta a las enfermeras

3. Respondieron con interés a todas mis preguntas	
2. Algunas veces respondieron con interés, otras no	
1. Respondieron, pero sin interés	
0. No respondieron	

3. ¿ Tuvo la impresión de que el personal de enfermería estaba pendiente de usted y de los problemas que pudieran surgir?

3. En todo momento, sin excepción	
2. Habitualmente	
1. Alguna vez	
0. Nunca	

4. ¿ Cree que las enfermeras se dieron cuenta de cómo se sentía usted al estar enfermo e ingresado?

0. Sólo alguna de ellas	
1. Bastantes	
2. Todas	

5. El trato que le dieron las enfermeras fue...

2. Agradable, cercano	
1. Correcto, aunque algo serio	
0. Seco, a veces cortante	

6. Aparte de cómo le trataron, ¿ le pareció que las enfermeras que le atendieron estaban bien preparadas para realizar su trabajo?

3. Sí, todas ellas	
2. Sí, casi todas	
1. Sólo alguna	
0. Casi ninguna	

Con relación a los médicos...

7. ¿Cómo valora la manera de informarle los médicos?

2. Me pareció bien	
1. Ni bien ni mal	
0. Me pareció mal	

8. Sobre el problema que tenía y lo que me iban a hacer, los médicos...

0. Me contaron poco, acaso nada	
1. Trataron de explicarme algunas cosas, aunque me quedé con dudas	
2. Me lo dejaron todo claro	

9. Los médicos le hablaban con palabras que usted no entendía...

0. Muchas veces	
1. Algunas veces	
2. Pocas veces	
3. Nunca	

10. Cuando hice alguna pregunta a los médicos...

2. Respondieron con interés a todas mis preguntas	
1. Algunas veces respondieron con interés, otras no	
0. Respondieron, pero sin interés	

11. En alguna ocasión, puede que se tuviera que desnudar para alguna exploración y/o prueba médica; ¿cómo se sintió?

0. Me sentí bastante incómodo	
1. Me sentí algo incómodo	
2. No me importó en absoluto	
8. No me tuve que desnudar	

12. Cuando me sacaron de la consulta/box en pijama para hacerme alguna prueba o ir a alguna consulta, ante la gente que venía de la calle...

0. Me sentí bastante incómodo	
1. Me sentí algo incómodo	
2. No me importó en absoluto	
8. No me sacaron de la consulta/box para ninguna prueba o consulta	

13. El trato que le dieron los médicos fue...

2. Agradable, cercano	
1. Correcto, aunque algo serio	
0. Seco, a veces cortante	

14. Aparte de cómo le trataron, ¿le pareció que los médicos que le atendieron estaban bien preparados para realizar su trabajo?

3. Sí, todos ellos	
2. Sí, casi todos	
1. Sólo alguno	
0. Casi ninguno	

15. ¿Los médicos le atendieron y escucharon cuando lo solicitó?

3. Sí, siempre	
2. Habitualmente	
1. Algunas veces sí, otras no	
0. Casi nunca o nunca	

Con relación a todo el personal(médicos, enfermeras, auxiliares, etc.)

16. ¿Alguna vez no supo lo que tenía que hacer porque unas personas del hospital le decían que hiciera una cosa y otras le decían otra?

0. Sí, varias veces	
1. Alguna vez	
2. No, nunca	

17. Para que me dieran información sobre mi tratamiento.

0. Siempre tenía que pedirla	
1. Habitualmente tenía que pedirla	
2. Rara vez tuve que pedirla	
3. Se me informaba sin tener que pedirlo	

18. ¿Le explicaron para qué le daban medicación de forma que pudiera entenderlo?

2. Sí, sin tener que preguntar	
1. Sí, pero tuve que preguntar	
0. No, no me contaron nada	

Condiciones ambientales, confort:

19. Mientras estuvo ingresado en urgencias, ¿Tuvo problemas para dormir a causa del ruido, la temperatura u otras condiciones ambientales?

0. Sí, siempre	
1. Muchas veces	
2. Alguna vez	
3. No, nunca	

20. Respecto a la hora en que les despertaban por la mañana, considera que...

0. Era muy pronto	
1. Era pronto	
2. Estaba bien	

21. Con relación al cuarto de baño.

3. Siempre estaba limpio	
2. Estaba limpio, aunque se podía mejorar	
1. Algunas veces estaba limpio	
0. En general estaba sucio	

22. Con relación a la consulta/box...

3. Siempre estaba limpio	
2. Estaba limpio, aunque se podía mejorar	
1. Algunas veces estaba limpio	
0. En general estaba sucio	

23. Las condiciones de la consulta/box en la que estuvo le parecieron...

3. Excelentes	
2. Buenas	
1. Aceptables, pero mejorables	
0. Deficientes	

24. Valore la comodidad de la consulta/box para sus familiares o acompañantes:

0. Bastante incómoda	
1. Algo incómoda	
2. Cómoda, pero mejorable	
3. Bastante cómoda	

25. En general, la calidad de la comida que le dieron era...

2. Buena y variada	
1. Mejorable	
0. Mala	
8. No me dieron comida	

Visitas

26. ¿Las horas en las que venían las visitas le causaron problemas?

0. Sí, siempre	
1. Algunas veces	
2. No, nunca	

27. El tiempo que estaban las visitas le parecía...

0. Demasiado largo	
1. Un poco largo	
2. Suficiente	
3. Corto	

28. Respecto a las visitas que iban a su consulta/box, usted diría que...

0. Eran muchas	
1. En ocasiones eran bastantes	
2. Eran las adecuadas	
3. Dejaban pasar a pocas personas	

29. En general, ¿diría usted que las visitas le resultaron molestas?

3. Nunca	
2. Pocas veces	
1. Algunas veces	
0. Siempre	

30. En general, las condiciones físicas y de comodidad (temperatura, limpieza, comida, ruido, etc.) de urgencias le parecieron...

4. Excelentes	
3. Muy buenas	
2. Buenas	
1. Regulares	
0. Malas	

Al alta

31. ¿Antes de abandonar urgencias, alguien le explicó lo que debía (tratamientos, medicación, cuidados especiales,...) y no debía hacer una vez en casa?

2. Sí y me quedó todo muy claro	
1. Sí, pero algunas cosas no me quedaron claras	
0. No me explicaron casi nada	

32. Para recordarme lo que debía y no debía hacer en casa, al irme de alta.

2. Me dieron detallada información escrita	
1. Me dieron poca información escrita	
0. No me dieron información por escrito	

Valoración general

33. En general, la información que recibí durante el ingreso en urgencias...

3. Fue siempre detallada	
2. Me pareció suficiente, aunque mejorable	
1. Fue insuficiente	
0. Apenas me informaron	

34. ¿Diría usted que el trato por parte del personal del hospital fue respetuoso?

2. Sí, en todo momento	
1. En general sí	
0. En alguna ocasión sentí que me faltaron al respeto	

Si tiene algún comentario o propuesta de mejora:

Le agradecemos su colaboración al responder esta encuesta.

IV Carta de informació al professional

ESTUDI DE LA SATISFACCIÓ DE PACIENTS I PROFESSIONALS A UN SERVEI D'URGÈNCIES HOSPITALARI

M'adreço a vostè per tal de fer una **enquesta de satisfacció** del personal del **servei d'urgències**.

L'objectiu principal d'aquest estudi és conèixer el nivell de satisfacció laboral, motivació i burnout dels treballadors servei d'urgències.

L'estudi consta d'unes preguntes de caràcter socioeconòmic, un qüestionari d'incentius laborals, una escala general de satisfacció i d'una enquesta sobre el burnout de 22 preguntes. Contestar l'enquesta comporta uns 20 minuts.

Per tal de conservar el format original i mantenir la fiabilitat, l'enquestà està en l'idioma original.

L'estudi no comporta cap risc, la participació és voluntària i el participant es pot retirar de l'estudi en qualsevol moment que ho desitgi.

Les dades personals s'utilitzaran exclusivament per a aquest estudi de manera confidencial i l'única persona que tindrà accés a aquestes dades serà l'investigador principal.

Les dades es recolliran conforme la Llei Orgànica 15/1999 de protecció de dades de caràcter personal.

Per dur a terme l'estudi, és necessari que signi el full de consentiment informat adjunt.

Gràcies per la seva col·laboració.

Per a qualsevol dubte, pot posar-se en contacte amb l'investigador principal.

Investigador principal:

Aurora Fontova Almató

afontova@salutemporda.cat

V Hoja de consentimiento informado para los profesionales

ESTUDI DE LA SATISFACCIÓ DE PACIENTS I PROFESSIONALS A UN SERVEI D'URGÈNCIES HOSPITALARI

M'adreço a vostè per tal de fer una **enquesta de satisfacció** del personal del **servei d'urgències**.

L'objectiu principal d'aquest estudi és conèixer el nivell de satisfacció laboral, motivació i *burnout* dels treballadors servei d'urgències.

L'estudi no comporta cap risc, la participació és voluntària i el participant es pot retirar de l'estudi en qualsevol moment que ho desitgi.

Les dades personals s'utilitzaran exclusivament per a aquest estudi de manera confidencial i l'única persona que tindrà accés a aquestes dades serà l'investigador principal.

Les dades es recolliran conforme la Llei Orgànica 15/1999 de protecció de dades de caràcter personal. Aquest estudi ha estat aprovat pel Comitè d'Ètica i Investigació Clínica (CEIC) del nostre centre de referència, Hospital Dr. Josep Trueta i pel Comitè d'Investigació de la Fundació Salut Empordà.

Gràcies per la seva col·laboració.

Jo, en qualitat de treballador/a del servei d'urgències de l'hospital de Figueres, accepto participar en l'estudi.

Figueres a de de 2012

VI Cuaderno de recogida de datos de los profesionales

ESTUDIO DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y PROFESIONALES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

Por favor **marque con una cruz** la casilla correspondiente.

Para que el estudio sea lo más fiable posible, hemos mantenido el idioma original de la encuesta.

Le agradecemos de antemano su respuesta sincera.

ENCUESTA

Edad:

Sexo:

Hombre	
Mujer	

Categoría profesional:

Medico	
Enfermera	
Auxiliar enfermería	
Administrativo	
Celador	

Estado civil:

Casado/en pareja	
Soltero/a	
Viudo/a	
Divorciado/a	

Marca cuán optimista te consideras, siendo 0 la peor puntuación posible (muy pesimista) y 10 la mejor posible (muy optimista)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Número de hijos:

Situación laboral:

Fijo	
Eventual	

Turno de trabajo:

Mañanas	
Tardes	
Noches	
Corretornos	
Días y noches alternos	

Antigüedad en el servicio de urgencias (en años):

Marca con un círculo cuán satisfecho estas de tu trabajo, siendo 0 la peor respuesta posible y 10 la mejor:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Cuestionario de Incentivos Laborales de Herzberg

A continuación se va a encontrar una pequeña lista de incentivos laborales que debe clasificar del 1 al 12 en función de su opinión sincera y espontánea y según su interés personal.

El número 1 se corresponde con el incentivo preferido en primer lugar, hasta el 12 que será el preferido en el último lugar.

No se puede repetir ningún número ni tampoco dejar ningún incentivo sin clasificar.

INCENTIVOS	ORDEN
Buenas condiciones físicas de trabajo	
Jornada laboral cómoda	
Buen salario	
Jefe directo competente y justo	
Posibilidad de promoción en la empresa	
Formación y ampliación de conocimientos a cargo de la empresa	
Beneficios (no directamente económicos) y obras sociales proporcionados por la empresa	
Vacaciones y días libres	
Trabajo seguro (estabilidad en la empresa y estabilidad en el puesto de trabajo)	
Trabajo interesante (Atrayente, de acuerdo con las aptitudes, intereses y conocimientos de cada uno)	
Compañeros de trabajo agradables y en los que se puede confiar	
Iniciativa, autonomía y responsabilidad en el cometido que se desempeña	

Escala General de Satisfacción (OJS)

Se trata de valorar la satisfacción laboral en tu puesto de trabajo.

Hay que contestar realizando una cruz en aquella casilla que más esté de acuerdo con tu opinión sincera para cada uno de los 15 ítems de la escala. Hay 7 respuestas posibles (Muy insatisfactorio, insatisfactorio, moderadamente insatisfactorio, ni satisfactorio ni insatisfactorio, moderadamente satisfactorio, satisfactorio y muy satisfactorio).

Por favor, realice solo una cruz para cada uno de los componentes de la escala y no deje ninguno sin contestar.

1= Muy insatisfactorio

2= Insatisfactorio

3= Moderadamente insatisfactorio

4= Ni satisfactorio ni insatisfactorio

5= Moderadamente satisfactorio

6= Satisfactorio

7= Muy satisfactorio.

INCENTIVO	1	2	3	4	5	6	7
Condiciones físicas de trabajo							
Libertad para elegir tu propio método de trabajo							
Tus compañeros de trabajo							
Reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho							
Tu superior inmediato							
Responsabilidad que se te ha asignado							
Tu salario							
La posibilidad de utilizar tus capacidades							
Relaciones entre dirección y trabajadores de la empresa							
Tus posibilidades de promocionar							
El modo en que tu servicio está gestionado							
La atención que se presta a las sugerencias que haces							
Tu horario de trabajo							
La variedad de tareas que realizas en tu trabajo							
Tu estabilidad en el empleo							

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Responder a cada una de las frases expresando **la frecuencia** con la que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

0= Nunca

1= Alguna vez al año o menos

2= Alguna vez al mes o menos

3= Algunas veces al mes

4= Una vez a la semana

5= Varias veces a la semana

6= Diariamente

		0	1	2	3	4	5	6
EE	1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado							
EE	2. Al final de la jornada me siento agotado							
EE	3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
PA	4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes							
D	5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos							
EE	6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
PA	7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
EE	8. Me siento quemado por el trabajo							
PA	9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros							
D	10. creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo							
D	11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
PA	12. Me encuentro con mucha vitalidad							
EE	13. Me siento frustrado por mi trabajo							
EE	14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro							
D	15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes que tengo que atender							
EE	16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés							
PA	17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes							
PA	18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes							
PA	19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
EE	20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades							
PA	21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo							
D	22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas							

Si tiene algún comentario o propuesta de mejora:

Le agradecemos su colaboración al responder esta encuesta.

