



Universidad de Oviedo

Universidad de Oviedo

Trabajo Fin de Grado

Grado de Enfermería

**“ANSIEDAD Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ANTE SU VISITA AL
SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO”**

**Natalia Ferrero Mayo
Mayo 2025**

Trabajo Fin de Grado



Universidad de Oviedo

Universidad de Oviedo

Trabajo Fin de Grado

Grado de Enfermería

**“ANSIEDAD Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ANTE SU VISITA AL
SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS”**

Trabajo Fin de Grado

Natalia Ferrero Mayo

Alba Maestro González

David Zuazua Rico



ÍNDICE

1.	Introducción	6
1.1.	Servicio de Urgencias Hospitalarias	6
1.1.1.	Saturación de los servicios de urgencias hospitalarios	9
1.2.	Impacto emocional en el SUH	10
1.2.1.	La ansiedad.....	11
1.3.	Satisfacción del paciente.....	12
2.	Estado actual del tema y justificación	13
3.	Objetivos.....	16
4.	Metodología.....	17
4.1.	Tipo de estudio.....	17
4.2.	Ámbito de estudio.....	17
4.3.	Tiempo de estudio	17
4.4.	Población de estudio	17
4.5.	Instrumento	18
4.5.1.	Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI).....	19
4.5.2.	Escala Rápida de Satisfacción del Paciente de Urgencias (ERSAPUR) ..	20
4.6.	Variables a estudio	21
4.7.	Procedimiento de recogida de datos	22
4.8.	Análisis de datos	23
4.9.	Aspectos éticos y legales	24
4.10.	Limitaciones y sesgos	24
5.	Cronograma.....	26
6.	Presupuesto	27
7.	Bibliografía.....	28
8.	Anexos	32
	Anexo 1. Hoja de información al paciente y consentimiento informado	32
	Anexo 2. Hoja de recogida de datos.....	36
	Anexo 3. Solicitud de permiso a la Gerencia y Dirección del área IV del HUCA.....	45



Universidad de Oviedo

1. Introducción

1.1. Servicio de Urgencias Hospitalarias

Una urgencia es una situación clínica fortuita que representa un riesgo potencial en la salud y/o vida, generando en la persona una necesidad urgente de atención y resolución del problema. Aunque no presentan un riesgo vital inmediato, si no se diagnostican y se tratan adecuadamente desde el inicio, pueden evolucionar y convertirse en una amenaza para la vida. Por otro lado, una emergencia implica un riesgo vital inminente en la persona, requiriendo la movilización rápida de los recursos necesarios para actuar y tratar la situación (1).

Cada día, una gran cantidad de personas acuden al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) impulsadas por la percepción subjetiva de urgencia y la necesidad de una atención rápida. Por este motivo es fundamental que disponga de instalaciones adecuadas y diferenciadas, un plan asistencial efectivo y una coordinación homogénea entre los distintos profesionales, lo que facilita la identificación y resolución de posibles problemas cotidianos (2).

Los SUH cumplen una función esencial en el sistema sanitario, dedicándose a la acogida, clasificación y atención individualizada de las personas que acuden al hospital por motivos de urgencia o emergencia médica. A través de un equipo multidisciplinar, garantizando una atención integral y coordinada, permite evaluar y tratar cada caso según su prioridad clínica. Para cumplir con los requisitos de seguridad, eficiencia y calidad, los SUH cuentan con unas instalaciones completas y adecuadas, logrando un funcionamiento eficaz. Estas instalaciones suelen estar diferenciadas del resto del hospital, con una señalización adecuada y accesos específicos tanto para peatones como para vehículos, permitiendo un traslado de pacientes ágil y seguro. Además, permanece abierto las 24 horas del día, los 365 días del año, y sus actividades se rigen por protocolos claros a cargo de profesionales sanitarios responsables donde se



aseguran una actuación rápida y precisa en cada intervención. Entre sus objetivos, se establece que en el 90% de los casos, los pacientes no deberían de permanecer más de 4 horas en el servicio, con el fin de mejorar el flujo y evitar la saturación del mismo (1).

Sin embargo, en ocasiones presenta un alto grado de saturación que va más allá del incremento en el número de pacientes que acuden a él. El índice de ocupación de este servicio puede llegar a ser mayor del 100% y, en más del 90% de los casos, los pacientes permanecen en urgencias más de 4 horas, lo que puede derivar en una atención ineficaz y mayor riesgo de complicaciones (1–4). Además, ocasionalmente existen retrasos mayores de 5 minutos en la etapa inicial del triaje, así como demoras en las valoraciones diagnósticas, que en promedio tardan más de 30 minutos. Esta situación provoca que más de un 10% de los pacientes estén a la espera de ingresar y que más del 5% no hayan recibido una comunicación formal del alta (1–4). La combinación de los factores puede generar un impacto negativo en los resultados clínicos y en consecuencia disminuir los indicadores de calidad en la atención. Otros factores agravantes incluyen la escasez de profesionales capacitados, una organización interna deficiente, retrasos en la admisión e infraestructuras insuficientes para el volumen de demanda (2,4).

El proceso de triaje es el primer paso para los pacientes que acceden al SUH y es fundamental para aportar objetividad en la clasificación de urgencias y emergencias. Este procedimiento, gestionado por enfermeras, se encarga de la recepción, acogida y evaluación inicial de los pacientes. Permite priorizar la atención de los pacientes en función de la gravedad de su condición clínica y se les asigna una ubicación adecuada dentro del servicio. Además, el personal de triaje informa a los pacientes sobre el funcionamiento del proceso asistencial, reevalúa a aquellos que lo necesitan y contribuye a descongestionar el servicio mediante una adecuada clasificación (2).

Existen tres tipos de triaje que, al complementarse entre sí, optimizan la calidad y eficiencia del servicio:

1. **El triaje estructurado:** basado en modelos estandarizados y reproducibles. Actualmente existen cinco sistemas estructurados. En España, los que más destacan son el Sistema Español de Triage y el Manchester Triage System (MTS) (1). El MTS clasifica al paciente en 5 niveles diferenciados con un número, color y nombre en función de la prioridad, la cual determina el tiempo máximo de espera para la asistencia. Este sistema está compuesto por una nomenclatura y unas definiciones establecidas que permiten desarrollar una metodología sólida, y, por lo tanto, forman un modelo integral. Trabajar bajo un sistema preestablecido va a permitir el trabajo colaborativo y la revisión del método desarrollado en caso de tener que proceder a retriarse al paciente (5).

Tabla 1. Niveles de clasificación del Manchester Triage System (MTS)

Número	Nombre	Color	Tiempo máximo
I	Atención inmediata	Rojo	0 minutos
II	Muy urgente	Naranja	10 minutos
III	Urgente	Amarillo	60 minutos
IV	Menos urgente	Verde	120 minutos
V	No urgente	Azul	240 minutos

Tomado de Get manchester (6).

2. **El triaje avanzado:** incorpora protocolos específicos para realizar pruebas diagnósticas, como análisis de laboratorios y la colocación de vías venosas periféricas, incluso antes de la evaluación médica. Este enfoque contribuye a mejorar la calidad y la satisfacción del paciente, además de reducir los tiempos de espera y descongestionar el SUH (1).
3. **El triaje multidisciplinar:** integra a profesionales médicos y de enfermería en la valoración inicial y la realización de pruebas básicas, similar al triaje avanzado. Esta colaboración permite un abordaje rápido y efectivo en situaciones complejas (1).

Pese a una organización detallada y recursos específicos, este servicio puede resultar un ambiente desafiante tanto para los pacientes como para sus familiares, quienes experimentan estrés debido a la saturación, la gravedad de los casos tratados y el ritmo intenso de trabajo. La comunicación efectiva entre el personal sanitario y los pacientes puede resultar útil para reducir la ansiedad, mejorar la percepción de seguridad y elevar los niveles de satisfacción. La implementación de medidas que favorezcan una atención empática y coordinada es clave para contrarrestar las limitaciones propias de este entorno y optimizar la experiencia del paciente (7).

1.1.1. Saturación de los servicios de urgencias hospitalarios

El SUH en ocasiones se encuentra saturado a consecuencia de diversos factores externos, internos u hospitalarios, cuando la capacidad para servir una atención de calidad es superada por la demanda de los pacientes. En los últimos años ha habido un incremento del 45% de la demanda del SUH sin ir ligado al aumento de los recursos disponibles (3). Estos periodos de demanda creciente se caracterizan por ser intermitentes, dependiendo de la época del año, el día de la semana y la franja horaria.

El hospital debe responder eficazmente a las necesidades de ingreso de los pacientes que acuden al SUH. Sin embargo, esta tarea se ve dificultada debido a la ocupación del 80-90% de las unidades de hospitalización, generando un conflicto entre los ingresos programados y los ingresos urgentes.

La congestión de estos servicios reduce la efectividad y la calidad de la atención proporcionada, provocando la insatisfacción tanto en pacientes y sus familiares como en los profesionales sanitarios. Ante la problemática, y considerando la situación clínica del paciente, es probable que estos manifiesten sentimientos y emociones negativas hacia el SUH (3).

1.2. Impacto emocional en el SUH

Una de las sintomatologías más frecuentes por las que las personas frecuentan el SUH es el dolor, definido como *“una experiencia sensitiva y emocional desagradable con daño tisular actual, potencial o descrito en términos de dicho daño”* (8). Una evaluación errónea sumada a las diferencias en la atención ofrecida por los profesionales sanitarios y la falta de experiencia laboral, alteran los resultados de estos pacientes, provocando que el tratamiento pueda llegar a ser tan angustioso como el propio dolor. La ansiedad asociada al dolor ha sido investigada ampliamente en otros ámbitos, como el pediátrico o durante los procesos quirúrgicos. En cambio, en el entorno de los SUH, la ansiedad originada por el dolor no suele recibir la atención que merece (9).

Cuando las personas acuden a los SUH se producen síntomas de ansiedad y temor relacionados con la situación estresante derivada del propio evento o por la acumulación de factores estresantes a lo largo de un periodo de tiempo. Estos síntomas, que aparecen tras el aumento de la liberación de catecolaminas y la presencia de estados de hiperventilación, representan la “respuesta de lucha o huida” que prepara al cuerpo para enfrentarse a un estresor (10). Además, la incertidumbre que sufren las personas al no saber qué está ocurriendo y el pronóstico de su situación agrava los sentimientos negativos (11).

Tabla 2. Síntomas físicos y mentales de la ansiedad y el temor.

Físicos	Mentales
Taquicardia	Sentimientos de irrealidad
Palpitaciones	Dificultad para reunir pensamientos
Hiperventilación	Preocupación excesiva
Dificultad para respirar	Impulso de huir
Sensación de asfixia	Miedo a perder el control o volverse loco
Mareos, debilidad, aturdimiento	Miedo a morir
Hormigueo en manos o pies	Preocupación por futuros ataques de pánico
Dolor en el pecho	Agorafobia
Opresión en el pecho	
Temblor	
Inestabilidad	
Boca seca	
Tensión muscular	



Sudoración Sofocos o escalofríos Nauseas Visión borrosa	
--	--

Tomado de Australian Emergency Care (10).

1.2.1. La ansiedad

La ansiedad se define como *“una respuesta anticipatoria ante una amenaza futura”* (12). Los trastornos de ansiedad se diferencian de la ansiedad transitoria por su carácter persistente y excesivo en el tiempo (12). La falta de reconocimiento y del tratamiento adecuado de esta ansiedad, puede provocar una hipersensibilidad al dolor, rechazo a la atención médica y puede influir en el desarrollo de patrones de ansiedad en las personas afectadas. Esta ansiedad anticipatoria, que constituye una *“combinación compleja de un estado cognitivo orientado al futuro, afecto negativo y activación autonómica”* (9), generalmente no es evaluada, y, por tanto, no existen las estrategias específicas necesarias para abordarla en los SUH para adultos (9). Hasta el 75% de los pacientes que acuden a este servicio experimentan, en mayor o menor medida, un nivel de ansiedad, ya sea transitoria o el agravamiento de una ansiedad preexistente (13).

Existe un confrontamiento entre la ansiedad generada por acudir a los SUH y la tranquilidad que estos aportan a las personas. Mientras que los pacientes tienen una mayor confianza en los SUH frente a atención primaria, lo cual provoca la congestión de las urgencias, estos sienten una preocupación por el reconocimiento de la percepción de necesidad de asistencia médica que puede variar entre el paciente y el profesional sanitario. Esta preocupación originada por el deseo de no realizar un mal uso de los servicios provoca un aumento en la ansiedad, influyendo negativamente en la situación (14).

Es importante recalcar a las personas que la ansiedad es una reacción normal ante estresores y que los cambios que produce tienen la finalidad de dar respuesta rápida a una amenaza o peligro percibido. Se trata de un instinto animal innato, que, en el

contexto actual de nuestra sociedad no tiene utilidad a largo plazo por lo que debemos generar estrategias para controlar la situación. Fomentar estas estrategias para el control de la respuesta de huida son intervenciones útiles que podemos realizar los profesionales sanitarios en aquellos pacientes que presenten sintomatología (10).

1.3. Satisfacción del paciente

La satisfacción del paciente con la atención recibida en el servicio es un indicador relevante que muestra la calidad del SUH. Esta satisfacción ejerce un papel intermedio, influido por la percepción de la persona sobre la calidad asistencial, impactando significativamente en la confianza de los usuarios en los SUH. Mientras que la confianza mira adelante y es un fuerte componente emocional, la satisfacción mira hacia atrás. Por lo tanto, la satisfacción antecede a la confianza (15). Tras la encuesta realizada por Power y colaboradores (16), se demostró que la satisfacción con la experiencia hospitalaria se basaba según el orden de importancia en: dignidad, respeto, rapidez y eficiencia, comodidad, información, comunicación y apoyo emocional (17).

Debido al aumento de la demanda de los SUH es fundamental identificar las expectativas y necesidades de los usuarios para realizar mejoras en la calidad asistencial (15). El cumplimiento de las expectativas, intermedio entre la satisfacción y la calidad, permite comprender la satisfacción generada en los pacientes del servicio (18). Factores como el entorno de los SUH, los tiempos de espera, la gravedad clínica de la persona y la comunicación con los profesionales sanitarios pueden afectar tanto en la satisfacción del paciente como en la del acompañante (19,20).

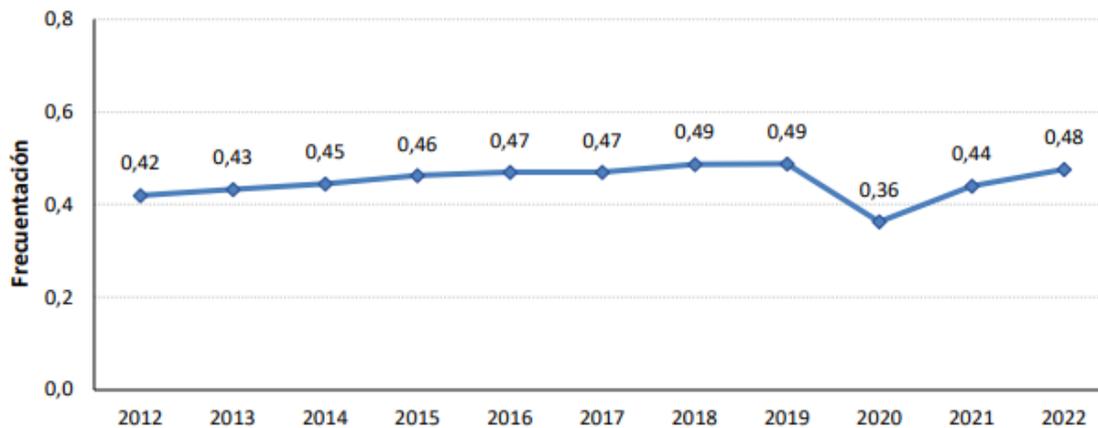
Las encuestas de satisfacción son útiles para la identificación de los errores producidos durante el proceso asistencial y para la implementación de métodos valiosos para mejorar la atención aportada por los profesionales. El objetivo final que se busca a través de estas encuestas es mejorar la calidad, y, en consecuencia, aumentar el grado de satisfacción teniendo en cuenta las experiencias de los pacientes. Nunca vamos a lograr

satisfacer a todas las personas todo el tiempo, pero se pueden realizar estudios para implementar las medidas que satisfagan al mayor número de paciente durante la mayor parte del tiempo. Este desafío es mayor en los SUH debido a la gran diversidad tanto de perfiles médicos que interactúan entre sí como de los pacientes que buscan atención médica de urgencia (21).

2. Estado actual del tema y justificación

La frecuentación de los SUH en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue de 0,48 veces por personas al año (22.751.997 urgencias atendidas) en el año 2022(22). En la gráfica 1 podemos observar un aumento del 13% en la frecuentación desde 2012, a excepción del 2020, año en el que la demanda disminuyó (pandemia por COVID-19) pero recuperó de nuevo en 2021.

Gráfica 1. Frecuentación en urgencias hospitalarias en el SNS. España, 2012-2022.

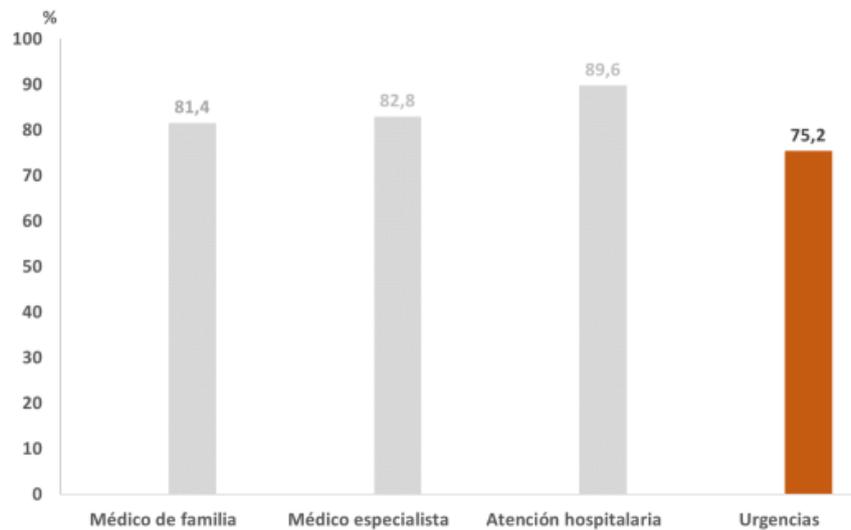


Tomado den Informe Anual del SNS (22).

El Barómetro Sanitario es un estudio de opinión anual realizado por el Ministerio de Sanidad con la finalidad de identificar el nivel de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, así como las expectativas que tienen hacia los mismos. Los datos obtenidos en el informe de 2023 revelan que el 75,2% de las personas que acudieron a los servicios de urgencias públicos lo valoraron

positivamente. A simple vista puede parecer un porcentaje alto, pero si lo comparamos con el resto de los servicios sanitarios públicos, como podemos observar en la gráfica 2, obtenemos que es el servicio con la menor valoración positiva por parte de las personas. La satisfacción de los usuarios de los SUH fue de 6,04 puntos sobre 10, la cifra más baja respecto a los demás servicios (23).

Gráfico 2. Valoración positiva (buena y muy buena) de la atención recibida en los distintos niveles del sistema sanitario público.



Tomado del Informe Barómetro Sanitario de 2023 (23).

Los SUH, como hemos mencionado anteriormente, son entornos desafiantes que generan estrés y ansiedad en los pacientes debido a la saturación, la gravedad clínica y el ritmo de trabajo (7). Gracias a los datos aportados por el Ministerio de Sanidad (22,23) podemos comprobar que mientras la demanda va al alza, los niveles de satisfacción con los SUH son los que menor valoración presentan frente a los demás servicios sanitarios.

El bajo reconocimiento de la ansiedad en los adultos que acuden a los SUH puede llevar a la oligoanalgesia y, en consecuencia, a disminuir la satisfacción de las personas (9). A pesar de su relevancia, la ansiedad suele ser subestimada en el ámbito hospitalario,



Universidad de Oviedo

y, actualmente, no existen suficientes estrategias específicas para abordarla, aunque hasta el 75% de los pacientes experimentan este problema al acudir a este servicio (13).

Investigar la relación entre la ansiedad presentada al acudir a los SUH y la satisfacción de los pacientes puede resultar crucial a la hora de diseñar intervenciones que favorezcan el bienestar emocional de las personas, así como la calidad y optimización de los servicios mejorando la experiencia de las personas al acudir al SUH, las cifras obtenidas, así como el bienestar de los trabajadores sanitarios.



3. Objetivos

- Analizar el nivel de ansiedad experimentado por los pacientes adultos al ingreso y alta en los Servicios de Urgencias Hospitalarias del Hospital Universitario Central de Asturias.
- Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes respecto a la calidad de la atención recibida al alta.
- Determinar la relación entre la ansiedad percibida por los pacientes y su nivel de satisfacción con la atención recibida, considerando la prioridad de atención asignada en el triaje.



4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Estudio observacional, transversal y analítico.

4.2. Ámbito de estudio

Este estudio se llevará a cabo en los SUH del Hospital Central de Asturias (HUCA).

4.3. Tiempo de estudio

El tiempo destinado para la recogida de datos y la realización del estudio será de septiembre de 2025 a marzo de 2026.

4.4. Población de estudio

Los criterios de inclusión de la población a estudio serán:

- Atención en el servicio de urgencias: Haber acudido al SUH del HUCA y haber recibido el alta sin ingreso hospitalario, con destino a su domicilio o a un centro sociosanitario.
- Rango de edad: Ser mayor de edad.
- Capacidad de comprensión: No presentar patologías o condiciones que limiten la capacidad de comprender o participar en el estudio, tales como deterioro cognitivo significativo, enfermedades mentales graves no compensadas, patologías neurodegenerativas avanzadas o intoxicaciones.
- Prioridad en el triaje: Contar con una clasificación de prioridad III, IV o V en el sistema de triaje Manchester.
- Consentimiento informado: Haber firmado el consentimiento informado, indicando su conformidad para participar en el estudio (Anexo 1).

Como criterios de exclusión se tendrá en cuenta:

- Escalas mal cumplimentadas, incompletas o que no aporten la información necesaria para llevar a cabo el análisis válido y fiable. Entre ellas incluye:
 - Respuestas contradictorias o ilógicas que muestren un incumplimiento de las instrucciones.
 - Cuestionarios con múltiples opciones marcadas en preguntas de respuesta única.
 - Cuestionarios con un porcentaje de preguntas sin respuesta superior al 20% del total de los ítems que comprometa la fiabilidad del estudio.
 - Cualquier otra forma que invalide el uso de esos cuestionarios en el análisis.

En referencia al tamaño de la muestra, se empleó la técnica para prever el tamaño estimado en proporción a una población de 108.919 sujetos (24), población adulta que acudió al SUH del HUCA en 2021: sopesando un intervalo de confianza de un 95% correspondiente a un margen de error del 5% ($\alpha=0,05$) y por tanto a un correspondiente valor de $Z\alpha=1,96$. Se estima una proporción del 50% adquiriendo un valor de $p=0,5$. Como resultado alcanzamos el resultado de tamaño muestral de 384 sujetos. Si ajustamos el tamaño muestral a las pérdidas de un 15% como proporción esperada de pérdidas el valor del tamaño muestral final es de 453 sujetos.

La muestra se seleccionará aleatoriamente mediante una lista aleatoria generada por ordenador, invitando a participar a aquellos sujetos que acudan a los SUH del HUCA siempre y cuando cumplan los criterios de inclusión. El procedimiento se repetirá hasta alcanzar el tamaño muestral previamente calculado.

4.5. Instrumento

Se elaboró una hoja para la recogida de datos (Anexo 2) en la que, por un lado, se incluyeron cuestiones de carácter sociodemográfico y laboral de los sujetos de interés



y, por otro, el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (25) y la Escala de Rápida de Satisfacción del Paciente de Urgencias (26).

4.5.1. Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)

Para medir la ansiedad se utilizará el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (25). Este cuestionario fue desarrollado por CD Spielberger, RL Gorsuch y RE Lushene en California, con una versión inicial en 1964 y su publicación oficial en 1970 (27). Inicialmente se generó un STAI único que, en función de las instrucciones para su aplicación, medía la ansiedad como estado (E) y como rasgo (R). Al localizar interferencias en los significados de los elementos para medir ambas variables se modificó dando lugar a dos subescalas para medir la ansiedad como E y R respectivamente. En 1982 se creó la adaptación española por G. Buela-Casal, A. Guillén-Riquelme y N.S. Cubero siguiendo los pasos de los autores originales. Desde su origen, el cuestionario ha sido adaptado a más de 40 idiomas y países y se ha utilizado en más de 3.900 investigaciones (25). Tras la revisión y el análisis de fiabilidad realizado en 2011 por A. Guillén-Riquelme y G. Buela-Casal se otorgó un alfa de Cronbach de 0,90 para A/R y 0,94 para A/E demostrando la fiabilidad del cuestionario (28).

Actualmente la adaptación española consta de dos subescalas de 20 ítems cada una para conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). La ansiedad Estado (A/E) hace referencia al estado caracterizado por “sensaciones subjetivas de aprensión, expectativa ansiosa y activación del sistema nervioso autónomo”. Este estado puede variar en intensidad y con el tiempo. La ansiedad Rasgo (A/R) hace referencia a las “diferencias individuales en la propensión a la ansiedad”. (25,29). A la hora de cumplimentar el cuestionario, se pedirá a los sujetos que, para las cuestiones respectivas a A/E, indiquen cómo se sienten en el momento, mientras que para las cuestiones sobre A/R lo hagan con una perspectiva general (29).



Los ítems están calificados en una escala Likert de 1 (nada/en absoluto/casi nunca) a 4 (mucho/casi siempre). El cuestionario otorga una puntuación para cada subescala tras realizar el sumatorio de las puntuaciones de cada ítem. En cada subescala los ítems evalúan la presencia o la ausencia de ansiedad. Aquellos ítems que indican presencia de ansiedad se evalúan en orden correlativo (0-1-2-3), mientras que los ítems que denotan la ausencia de ansiedad se evalúan a la inversa (3-2-1-0). En consecuencia, la puntuación total en cada una de las subescalas en la versión española oscila entre 0 y 60 puntos. Esta puntuación se transforma en percentiles en función del sexo y la edad, indicando el porcentaje de sujetos del grupo con puntuaciones iguales o inferiores a la obtenida en el cuestionario (30).

4.5.2. Escala Rápida de Satisfacción del Paciente de Urgencias (ERSAPUR)

Para evaluar la satisfacción de los sujetos se utilizará la Escala Rápida de Satisfacción del Paciente de Urgencias (ERSAPUR) (26). Esta herramienta fue desarrollada en México en el Hospital de segundo nivel de atención a la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social con el objetivo de diseñar y validar una escala rápida que evalúe la calidad asistencial en los servicios de urgencias.

El proceso de diseño de la ERSAPUR se llevó a cabo en dos fases. En la primera, el grupo de expertos elaboró la escala, la cual fue revisada y aprobada para asegurar su claridad. En la segunda fase, se aplicó La ERSAPUR junto con la Encuesta de Satisfacción del Servicio de Urgencias del Hospital Universitari de Bellvitge a una muestra de 260 pacientes mayores de edad, con el objetivo de comprobar su validez y consistencia. Posteriormente, entre los 7 y 10 días posteriores, la ERSAPUR fue reaplicada telefónicamente para evaluar su fiabilidad. Tras realizar el análisis estadístico se demostró una elevada consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,873, siendo válida y consistente, además de útil y rápida para evaluar la calidad y la satisfacción de los pacientes en los SUH (26).



La ERSAPUR consta de 13 ítems en total. Los 12 primeros se califican en una escala tipo Likert de 4 puntos, donde 1 corresponde a “muy insatisfecho” y 4 a “muy satisfecho”. El primer ítem evalúa el orden y la limpieza del servicio; los ítems 2,3,4,8,10 y 11 corresponden a la evaluación de los profesionales sanitarios y los ítems restantes, 5, 6 y 7, están centrados en la evaluación del personal médico. Además, en la encuesta se tiene en cuenta el tiempo de espera dentro del servicio dado que es un factor determinante a la hora de medir la calidad percibida. El ítem 13, de carácter opcional, está reservado para comentarios garantizando la retroalimentación con los sujetos. Además, a cada puntuación de la escala de tipo Likert se le otorga una escala facial de dolor, mejorando la aplicabilidad y el entendimiento de la encuesta (26).

La puntuación total de la encuesta oscila entre 12 puntos y 48 puntos. De acuerdo con el análisis de cada ítem, se establecen unos criterios globales con las siguientes puntuaciones: 12-18 puntos corresponden a “muy insatisfecho”, 19-30 puntos a “insatisfecho”, 31-42 puntos corresponden a “satisfecho” y 43-48 puntos a “muy satisfecho” (26).

4.6. Variables a estudio

- Edad: Variable de tipo cuantitativa, de respuesta abierta, recogida en años.
- Sexo: Variable de tipo cualitativa con dos posibles respuestas (hombre o mujer).
- Personas a su cargo: Variable de tipo cuantitativa de respuesta abierta, recogida en número de personas a cargo del sujeto.
- Profesión: Variable de tipo cualitativa, de respuesta abierta.
- Carga laboral: Variable de tipo cuantitativa, de respuesta abierta, recogida en horas semanales trabajadas.
- Motivo de visita al SUH: Variable de tipo cualitativa, categorizada según los flujogramas del MTS que agrupan los motivos de consulta en categorías predefinidas.

- Hora de llegada: Variable de tipo cualitativa, categorizada en tres opciones (mañana:8-15h; tarde:15-22h y noche:22-8h).
- Prioridad en el triaje: Variable de tipo cualitativa, categorizada en tres opciones (III, IV o V) en referencia a la prioridad asignada en el MTS.
- Tiempo de espera en el servicio: Variable de tipo cuantitativa, de respuesta abierta, recogida en horas.
- Experiencia previa en el servicio: Variable de tipo cualitativa, categorizada en dos posibles respuestas (Sí, No).
- Dolor: Variable de tipo cuantitativa, recogida mediante la Escala Visual Analógica (EVA) que va de 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor insoportable).
- Destino al alta del SUH: Variable de tipo cualitativa, categorizada en dos opciones (alta domiciliaria, centro institucional).
- Ansiedad: Variable de tipo cuantitativa discreta. Se medirá mediante la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) de respuesta abierta con una puntuación entre 0 y 60 puntos.
- Satisfacción: Variable de tipo cuantitativa discreta. Se medirá mediante la Escala Rápida de Satisfacción del Paciente de Urgencias (ERSAPUR) de respuesta abierta con una puntuación entre 12 y 48 puntos.

4.7. Procedimiento de recogida de datos

Se solicitará la autorización del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias (a través del portal institucional: <https://ceim.sespa.es/ConvocatoriasPropias/es/Convocatorias>), así como la aprobación de la Gerencia del Área IV / Dirección del HUCA (Anexo 3) para la realización del estudio.

Una vez obtenida la autorización, se informará a la supervisora y jefe de servicio del SUH sobre la recogida de datos. A los pacientes candidatos de formar parte del estudio



se les facilitará una hoja informativa del estudio, donde se explicará que el mero hecho de contestar implica el consentimiento de participación en este.

A la llegada al SUH del HUCA se proporcionará el formulario de recogida de datos sociodemográficos y la escala STAI, junto a su correspondiente explicación. El investigador recogerá los documentos y los conservará hasta el alta médica en el SUH, momento en el que se pedirá a los pacientes que completen los datos sociodemográficos, se volverá a administrar la escala STAI y se otorgará el cuestionario ERSAPUR para su cumplimentación.

Una vez recopilada toda la información presente en los formularios y cuestionarios, se procederá a su análisis mediante el programa informático "IBM SPSS Statistics".

4.8. Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizará el software estadístico IBM SPSS Statistics, versión 30.0.0. Se llevará a cabo un análisis descriptivo de cada variable, presentando la distribución de frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas, y, para las variables cuantitativas, se calcularán medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar y rango).

Para el análisis comparativo entre variables cuantitativas en dos grupos, se aplicará la prueba t de Student si la distribución es normal, o la prueba U de Mann-Whitney en caso contrario, según lo determinado mediante el test de Shapiro-Wilk.

En el caso de la comparación de variables cuantitativas entre tres o más grupos, se empleará el test ANOVA si se cumplen los supuestos de normalidad (test de Shapiro-Wilk) y homocedasticidad (test de Bartlett y test de Ansari-Bradley), acompañado del test post hoc de Tukey. Si no se cumplen estos supuestos, se recurrirá al test de Kruskal-Wallis, seguido del test post hoc de Dunn.



Para el análisis de variables cualitativas, se aplicará la prueba de Chi Cuadrado, y en caso de que no se cumplan sus supuestos, se utilizará el test exacto de Fisher.

El estudio de la relación lineal entre variables continuas se realizará mediante el coeficiente de correlación de Pearson si se verifica la normalidad de los datos, o el coeficiente de correlación de Spearman en caso contrario, junto con su respectivo contraste de hipótesis.

Se considerará un nivel de significación de 0,05 en todas las pruebas estadísticas.

4.9. Aspectos éticos y legales

Este proyecto carece tanto de riesgos como de beneficios para los sujetos participantes. El desarrollo de la investigación se guiará en base a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, el informe Belmont y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y Garantía de Derechos Digitales. Para llevar a cabo el estudio, este deberá contar con la autorización del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias, asegurando la seguridad, fiabilidad y confidencialidad de los datos. A su vez deberá presentar la autorización de la Gerencia del Área IV / Dirección del HUCA para desarrollar la recogida de datos e investigación en el hospital. Previo a la participación se les entregará a los sujetos la hoja informativa acerca los objetivos del estudio. Dado que la participación es voluntaria y anónima, el mero hecho de contestar implicará la aceptación de participar en el estudio. Los datos recogidos se tratarán de manera anónima y confidencial.

4.10. Limitaciones y sesgos

Durante la elaboración del estudio se pueden presentar diversas limitaciones o sesgos. Al ser una muestra limitada al HUCA los resultados podrían no ser generalizables a otros contextos. El proceso de selección de la muestra puede sesgar los resultados obtenidos respecto a los niveles de ansiedad y la satisfacción percibida por los sujetos.



Una posible limitación del estudio es el sesgo de selección debido a la participación voluntaria de los sujetos, lo cual puede llevar a la exclusión de aquellos con mayor ansiedad o malestar por una menor disposición a cumplimentar los cuestionarios además de dar lugar a que la población diana no esté debidamente representada en la muestra del estudio.

Se puede dar el sesgo de respuesta en los cuestionarios STAI y ERSAPUR debido al deseo de los sujetos de dar respuestas socialmente aceptables. Además, puede aparecer el sesgo del investigador al haber interacción con los sujetos a la hora de la explicación y resolución de dudas del estudio, influyendo en cómo se perciben y se responden las encuestas.

Por último, los factores demográficos o las experiencias previas podrían no estar representados de manera equilibrada en la muestra seleccionada, así como factores externos no controlados que pueden influir en los resultados obtenidos.

5. Cronograma

Fase I. Diseño de la investigación

	Octubre 2024	Noviembre 2024	Diciembre 2024	Enero 2025
Elección del tema a investigar				
Revisión bibliográfica				
Acotación del problema a investigar				
Planteamiento de los objetivos				
Selección del método a utilizar				
Definición de la muestra				

Fase II. Elaboración y aplicación de instrumentos de recogida de datos

	Febrero 2025	Marzo 2025
Elaboración de la hoja informativa		
Elaboración del consentimiento informado		
Elaboración de la hoja de recogida de datos		

Fase III. Recogida de datos

	Septiembre 2025	Octubre 2025
Recogida de datos		

Fase IV: Análisis de los datos recogidos

	Noviembre 2025	Diciembre 2025	Enero 2026
Revisión de la recogida de datos			
Exportación de datos a SPSS			
Análisis de datos con SPSS			

Fase V: Interpretación de resultados y elaboración de conclusiones

	Febrero 2026	Marzo 2026
Discusión de los resultados		
Producción de conclusiones		
Aportaciones de la investigación		
Limitaciones del estudio		
Propuesta de futuras investigaciones		

6. Presupuesto

A continuación, se detalla el desglose de los gastos previsibles y recursos necesarios para la realización del proyecto agrupados en los siguientes apartados:

Gastos de personal	Salario y honorario de los investigadores y personal de apoyo	0 €
Material bibliográfico	Bibliografía extraída de fuentes bibliográficas primarias y secundarias en línea, así como bases de datos del HUCA	150 €
Recursos materiales	Papelería, reprografía y dispositivos electrónicos para el almacenamiento de datos	200 €
Servicios externos	Contratación de analista de datos estadísticos	800 €
Costes de publicación y difusión de resultados	Publicación en revistas científicas en formato Open Access y participación en conferencias sanitarias	1.000 €
Contingencias (15%)	Imprevistos durante el desarrollo de la investigación	322,50 €
Total		2.472,50 €



7. Bibliografía

1. Julián-Jiménez A, Juárez-González RA, Rubio-Díaz R, Nieto-Rojas I. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 5ª ed. Toledo: Saned Grupo; 2021.
2. Bibiano-Guillén C, García-Sanz MT, Ibero-Esparza C, Mir-Montero M, Pacheco-Puig R. Manual de Urgencias. 3ª ed. Madrid: Saned Grupo; 2018.
3. Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27(2):113-120.
4. Boyle A, Beniuk K, Higginson I, Atkinson P. Emergency Department Crowding: Time for Interventions and Policy Evaluations. *Emerg Med Int*. 2012; 2012:1-8.
5. González-Benito Ú. Competencias y técnicas de enfermería en los servicios de urgencias. 1ª ed. Alicante: Área de Innovación y Desarrollo; 2016.
6. Asociación Grupo Español de Triage Manchester. El Sistema de Triage Manchester [Internet]. Oviedo: Asociación Grupo Español de Triage Manchester [citado 1 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.getmanchester.net/>
7. Orcajada-Muñoz I, Leal-Costa C, Díaz-Agea JL, Hernández-Ruipérez T, Adánez-Martínez MG. La comunicación de los profesionales de urgencias y su relación con la ansiedad y el cumplimiento terapéutico. *Rev. Psicol. Salud*. 2022;10(1):130-139.
8. International Association for the Study of Pain. Pain terms and definitions [Internet]. Washington D. C.: IASP [citado 2 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
9. Mccahill R, Keogh S, Hughes JA. Adult pain and anticipatory anxiety assessment in the emergency department: An integrative literature review. *J Clin Nurs*. 2023;32(15-16):4492-4501.
10. Derrick K, Green T, Wand T. Assessing and responding to anxiety and panic in the Emergency Department. *Australas Emerg Care*. 2019;22(4):216-220.



11. Dresden SM, McCarthy DM, Engel KG, Courtney DM. Perceptions and expectations of health-related quality of life among geriatric patients seeking emergency care: a qualitative study. *BMC Geriatr.* 2019;19(1):209.
12. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5.^a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016.
13. Considine J, Berry D, Rasmussen B, Hutchinson AM, Rawson H, Jordan P, et al. Impact of emergency department length of stay on anxiety and comfort in older people. *Int Emerg Nurs.* 2021;56(2):100974.
14. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Acad Emerg Med.* 2017;24(9):1137-1149.
15. Abidova A, Alcântara-da-Silva P, Moreira S. The mediating role of patient satisfaction and perceived quality of healthcare in the emergency department. *Medicine.* 2021;100(11):e25133
16. J.D Power and Associates. The Valley Hospital recognized for providing an outstanding inpatient experience for a 10th consecutive year [internet]. California: The McGraw-Hill companies;2013[citado 14 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.jdpower.com/business/press-releases/distinguished-hospital-program-valley-hospital>
17. Mahomed Z, Wallis L, Motara F. Patient satisfaction with emergency departments. *S Afr Med J.* 2015;105(6):429.
18. Marimon F, Gil-Doménech D, Bastida R. Fulfilment of expectations mediating quality and satisfaction: the case of hospital service. *Total Qual Manag Bus Excell.* 2019;30(1-2):201-220.
19. Rehman SA, Ali PA. A review of factors affecting patient satisfaction with nurse led triage in emergency departments. *Int Emerg Nurs.* 2016;29:38-44.



Universidad de Oviedo

20. Roh H, Park KH. A Scoping Review: Communication Between Emergency Physicians and Patients in the Emergency Department. *J Emerg Med*. 2016;50(5):734-743.
21. Demjaha G, Demjaha NK, Demjaha R. Patient Satisfaction with Health Services at the Emergency Center of the University Clinic in Prishtina. *Pril*. 2022;43(3):91-100.
22. Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado 17 de noviembre de 2024]. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
23. Ministerio de Sanidad. Informe barómetro sanitario 2023 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado 17 de noviembre de 2024]. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>
24. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Memoria del Área Sanitaria IV 2021 [Internet]. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2021 [citado 22 de enero de 2025]. Disponible en:
<https://huca.sespa.es/huca/web/listado8/listado8.asp?carpeta=ficheros\MEMORIA%20C1REA%20IV%202021>
25. Buela-Casal G, Guillén-Riquelme A, Seisdedos-Cubero N. STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Manual. 10.^a ed. Madrid: Hogrefe TEA Ediciones, S.A.U.; 2023.
26. García-Galicia A, Zambrano-Díaz JL, Parker-Bosquez RA, Montiel-Jarquín ÁJ, Juárez-Santiesteban MR, González-López AM, et al. Validación de una escala rápida de satisfacción del paciente en urgencias. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2021;59(6):528-537.
27. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI manual for the State-Trait Anxiety Inventory : (“self-evaluation questionnaire”). 1.^a ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1970.



Universidad de Oviedo

28. Buela-Casal G, Guillén-Riquelme A, Seisdedos-Cubero N. STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo:Manual. 8.^a ed. Madrid: Hogrefe TEA Ediciones, S.A.U.; 2011.
29. Knowles KA, Olatunji BO. Specificity of trait anxiety in anxiety and depression: Meta-analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. Clin Psychol Rev. 2020; 82:101928.
30. Jiménez-Maldonado Á, García-Millán S. Valoración de ansiedad y burnout en los profesionales de enfermería de un servicio de Nefrología. Enferm Nefrológica. 2016;19(2):118-124.



8. Anexos

Anexo 1. Hoja de información al paciente y consentimiento informado

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO

Se le ofrece la posibilidad de participar en el estudio clínico de investigación titulado *“Ansiedad y Satisfacción del paciente ante su visita al Servicio de Urgencias Hospitalarias”* realizado por el alumnado de enfermería de la Universidad de Oviedo, que ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Principado de Asturias.

El Servicio De Urgencias Hospitalarias es un entorno donde los pacientes pueden experimentar altos niveles de ansiedad debido a la incertidumbre sobre su estado, los tiempos de espera y el ritmo de trabajo entre otros. La satisfacción del paciente es un indicador fundamental de la calidad asistencial recibida, la cual puede estar relacionada con los niveles de ansiedad experimentados. Sin embargo, la relación entre la ansiedad y la satisfacción en estos servicios no ha sido suficientemente investigada.

Objetivos

Los objetivos de este estudio son analizar el nivel de ansiedad experimentado por los pacientes adultos al ingreso y alta en los Servicios de Urgencias Hospitalarias del Hospital Universitario Central de Asturias; evaluar el grado de satisfacción de los pacientes respecto a la calidad de la atención recibida al alta; y determinar la relación entre la ansiedad percibida por los pacientes y su nivel de satisfacción con la atención recibida, considerando la prioridad de atención asignada en el triaje.

Participación

Se le solicita su participación porque ha acudido al Servicio de Urgencias del HUCA y su permiso para utilizar, con fines científicos, su opinión y experiencia.



Universidad de Oviedo

Su participación es totalmente voluntaria y puede abandonar el estudio en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones. Si acepta participar, se le pedirá que complete la hoja de recogida de datos de forma anónima, lo que no implicará ninguna intervención en la asistencia médica que reciba ni en su tratamiento.

Su participación contribuirá al desarrollo de mejoras en la calidad asistencial en los Servicios de Urgencias, beneficiando a futuros pacientes. Es posible que usted no obtenga un beneficio directo.

Se trata de una investigación sin fines comerciales. Ni la investigadora ni el hospital recibirán retribución económica por su realización. Asimismo, usted no recibirá compensación económica por participar.

Confidencialidad

Sus datos serán tratados con estricta confidencialidad, de acuerdo con la **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y el Reglamento General de Protección de Datos (UE 2016/679)**. En ningún caso se divulgarán datos personales. En caso de publicarse los resultados de la investigación, no se revelará información de ningún tipo que pueda identificarle.

Contacto en caso de dudas

Si durante su participación tiene alguna duda o necesita obtener más información, póngase en contacto con Natalia Ferrero Mayo, mediante el siguiente correo electrónico:

uo290265@uniovi.es .



Universidad de Oviedo

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Título del Proyecto: “Ansiedad y Satisfacción del paciente ante su visita al Servicio de Urgencias Hospitalarias”

Investigadora principal: Natalia Ferrero Mayo

Servicio: Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

D./Dña., con DNI/NIE,
en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He tenido tiempo suficiente para considerar de manera adecuada mi participación en el estudio.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera y sin alegar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

.....

Firma del paciente

Fecha: __/__/__

.....

Firma del investigador

Fecha: __/__/__



APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, revoco el consentimiento
de participación en el estudio, arriba firmado, con fecha __/__/__

Firma:



Anexo 2. Hoja de recogida de datos

Hoja de recogida de datos: Ansiedad y satisfacción de los pacientes ante su visita al Servicio de Urgencias Hospitalarios.

INSTRUCCIONES

El presente documento consta de dos partes. Es necesario cumplimentar la hoja de recogida de datos completa. La **primera parte** se cumplimentará tras su llegada al Servicio de Urgencias del HUCA. Tras cumplimentarla, la hoja será recogida y custodiada por los investigadores principales. Una vez recibida el alta del Servicio de Urgencias, se le volverá a otorgar la hoja de recogida de datos para completar los datos sociodemográficos y cumplimentar la segunda parte.

PRIMERA PARTE

En esta primera parte se le pide que cumplimente los apartados 1-9 con la mayor sinceridad. No cumplimente la segunda parte todavía. Una vez rellenados, devuelva la hoja de recogida de datos a los investigadores principales. <<

1. Edad: ___ años.
2. Sexo:
 Hombre
 Mujer
3. Número de personas a su cargo: ___ persona/s.
4. Profesión: _____.
5. Horas semanales trabajadas: ___ horas.
6. Experiencia previa en el servicio:
 Sí
 No
7. Dolor que experimenta ahora mismo (rodee un número):



Universidad de Oviedo

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Cumplimente la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo:

ANSIEDAD-ESTADO

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **cómo se siente usted ahora mismo**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Instrucciones: marque con una "X" 0 = Nada. 1 = Algo. 2 = Bastante. 3 = Mucho.

	0	1	2	3
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy contrariado				
5. Me siento cómodo				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansado				
9. Me siento angustiado				
10. Me siento confortable				
11. Tengo confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Estoy desasosegado				

14. Me siento muy "atado" (como oprimido)				
15. Estoy relajado				
16. Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido y sobreexcitado				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

ANSIEDAD-RASGO

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **cómo se siente usted en general**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

Instrucciones: marque con una "X" 0 = Nada. 1 = Algo. 2 = Bastante. 3 = Mucho.

	0	1	2	3
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros				
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
26. Me siento descansado				
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				



29. Me preocupa demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32. Me falta confianza en mí mismo				
33. Me siento seguro				
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35. Me siento triste (melancólico)				
36. Estoy satisfecho				
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado				

Los apartados con el número 9,10,11,12 y 13 serán cumplimentados por los investigadores principales, déjelos en blanco.

9. Motivo de visita al SUH:

10. Hora de llegada:

- Mañana Tarde Noche

11. Prioridad en el triaje:

- III IV V

12. Tiempo de espera en el servicio: ____ horas.

13. Destino al alta del Servicio de Urgencias Hospitalarias:

- Alta domiciliaria
- Alta a un centro institucional.

SEGUNDA PARTE

Tras el alta del SUH, se le pide que cumplimente los apartados 14 y 15, así como que revise la cumplimentación de los apartados 1-7. Responda con la mayor sinceridad. Tras rellenar la hoja de recogida de datos devuélvala a los investigadores principales.

14. Cumplimente la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo:

ANSIEDAD-ESTADO

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **cómo se siente usted ahora mismo**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Instrucciones: marque con una "X" 0 = Nada. 1 = Algo. 2 = Bastante. 3 = Mucho.

	0	1	2	3
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy contrariado				
5. Me siento cómodo				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansado				
9. Me siento angustiado				
10. Me siento confortable				



11. Tengo confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Estoy desasosegado				
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)				
15. Estoy relajado				
16. Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido y sobreexcitado				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

ANSIEDAD-RASGO

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor **cómo se siente usted en general**, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

Instrucciones: marque con una "X" 0 = Nada. 1 = Algo. 2 = Bastante. 3 = Mucho.

	0	1	2	3
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros				
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
26. Me siento descansado				



27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32. Me falta confianza en mí mismo				
33. Me siento seguro				
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35. Me siento triste (melancólico)				
36. Estoy satisfecho				
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos				
39. Soy una persona estable				
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado				

15. Complete la Escala Rápida de Satisfacción del Paciente de Urgencias:

Con el fin de calificar la calidad de la atención otorgada a los pacientes, se le pide que cumplimente la siguiente encuesta. Lea cada frase y señale la puntuación de 1 a 4 que mejor describa lo que piensa, No hay respuestas buenas ni malas. Su atención posterior en esta unidad no se verá afectada de ninguna manera.

Instrucciones: marque con una "X"

1 = Muy insatisfecho. 2 = Insatisfecho. 3 = Satisfecho. 4 = Muy satisfecho.



	1	2	3	4
1. ¿Cómo califica la limpieza y el orden en el área de Urgencias?				
2. ¿Cómo califica el trato personal por parte de la asistente médica?				
3. ¿Cómo califica el trato, respeto, atención y disponibilidad por parte del personal de enfermería?				
4. ¿Cómo calificaría el trato, respeto, atención y disponibilidad por parte del trabajador social (en caso de no haberlo necesitado no responda esta pregunta)?				
5. ¿Cómo calificaría el trato, respeto, atención y disponibilidad por parte del profesional médico titular?				
6. El profesional médico que lo atendió, ¿estaba presentable?				
7. ¿Cómo calificaría la información por parte del profesional médico sobre el estado de salud del paciente?				
8. ¿Cómo calificaría el servicio y atención por parte del celador (en caso de no haberlo necesitado no responda esta pregunta)?				
9. ¿Cómo calificaría el tiempo de espera para su atención médica?				
9.1. Anote por favor el tiempo en espera en minutos: _____				
10. Al realizarle estudios de laboratorio, ¿los resultados fueron proporcionados oportunamente?				
11. Al realizarle estudios de rayos X o ultrasonidos/tomografía/resonancia, ¿los resultados fueron proporcionados oportunamente?				



12. A su egreso, ¿fue informado sobre su enfermedad, tratamiento y cuidados posteriores?				
13. De acuerdo con sus respuestas anteriores, la unidad médica debería (esta respuesta es opcional): <input type="checkbox"/> Recibir felicitación(es) por su valioso y efectivo desempeño. <input type="checkbox"/> Recibir sugerencia(s) para mejorar el servicio. <input type="checkbox"/> Recibir queja(s) para expresar su inconformidad del servicio.				
Por favor, escriba la felicitación, sugerencia o queja:				