

Creencias paternas sobre la medicación y satisfacción con la atención sanitaria infantil

Antonio Fernández-Castillo^{1*} y María José Vílchez-Lara²

¹Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Granada, Granada, España; ²Complejo Hospitalario Universitario Virgen de las Nieves, Servicio Andaluz de Salud, Granada, España

Resumen

Objetivo: En este estudio se explora la posible relación entre las creencias de los progenitores sobre la medicación y la satisfacción con la atención médica que reciben sus hijos en dos contextos sanitarios diferentes. **Material y métodos:** Participaron un total de 1,517 padres y madres cuyos hijos estaban siendo atendidos en centros de atención primaria pediátrica o en centros de urgencias pediátricas de Andalucía Oriental; hubo 489 hombres y 1,028 mujeres. Los instrumentos de investigación utilizados fueron el Cuestionario de Creencias sobre la Medicación y la Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios. **Resultados:** Nuestros resultados indican que niveles elevados de creencias negativas sobre la medicación se asocian significativamente a menores niveles de satisfacción con la atención sanitaria recibida. **Conclusiones:** La satisfacción con la atención sanitaria infantil depende de cuestiones inherentes al sistema sanitario, pero también de variables personales de carácter psicológico como las creencias paternas.

PALABRAS CLAVE: Conocimiento de la medicación por parte del paciente. Satisfacción del paciente. Actitud frente a la salud. Escolaridad.

Abstract

Objective: The aim of this study is to explore a possible significant relationship between parental beliefs about medication and satisfaction with the medical care their children receive in two different healthcare settings. **Materials and Methods:** The study included a total of 1,517 parents whose children were being treated either in pediatric primary care or pediatric emergency centers in eastern Andalusia. Of these, 489 were men and 1,028 women. The research instruments used were the Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) and the Scale of Satisfaction with Health Care Services. **Results:** Our results indicate that high levels of negative beliefs about medication were significantly associated with lower levels of parent satisfaction with healthcare received. **Conclusions:** Satisfaction with pediatric healthcare depends on aspects relating to the healthcare system, but certainly personal psychological and social variables like beliefs and parent's previous expectations may play an important role too. (Gac Med Mex. 2015;151:338-44)

Corresponding author: Antonio Fernández-Castillo, afcastil@ugr.es

KEY WORDS: Patient medication knowledge. Patient satisfaction. Attitude to health. Educational status.

Correspondencia:

*Antonio Fernández-Castillo
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación
Facultad de Ciencias de la Educación
Campus de Cartuja, s/n
C.P. 18071, Granada
E-mail: afcastil@ugr.es

Fecha de recepción: 02-04-2014
Fecha de aceptación: 22-09-2014

Introducción

Recientemente, las creencias, opiniones y valoraciones de los usuarios de los sistemas de salud han ido ganando la atención de los investigadores desde diversos ámbitos de estudio. Las opiniones, expectativas y creencias sobre los tratamientos recibidos y específicamente en relación con la administración de medicamentos han dado lugar, de un tiempo a esta parte, a que la investigación centre su interés en el tema. De hecho, aspectos como la adherencia al tratamiento, el seguimiento de instrucciones o incluso la eficacia y eficiencia de las intervenciones médicas, con el consiguiente agravamiento de las enfermedades, podrían verse mediatisados por ese conjunto de creencias¹⁻⁴. De manera específica, algunos autores han apuntado que entre el 30 y el 50% del abandono de la medicación podría deberse a la presencia de creencias negativas sobre la medicación^{5,6}, e incluso datos recientes asocian las creencias paternas con la gravedad del padecimiento pediátrico de algunas enfermedades en la infancia⁷.

Prueba adicional del interés creciente sobre estos temas es el desarrollo o la aplicación de teorías psicológicas importantes que se han centrado desde hace tiempo en el tema, como es el caso de la teoría de la conducta planificada, el modelo de creencias sobre la salud o el modelo de enfermedad de autorregulación de sentido común (*Common Sense Self-regulatory Model of Illness*)^{8,9}.

Tradicionalmente, de entre los aspectos más frecuentemente estudiados en relación con las creencias en la medicación destacan la creencia en el daño potencial del consumo de medicamentos y la valoración de la necesidad del fármaco o creencia en el abuso que se pueda hacer de este tipo de intervenciones por parte de la medicina y sus profesionales¹⁰. La preocupación que suscitan ambas dimensiones parece asociarse específicamente al abandono de la medicación o el olvido por parte de los pacientes de la ingesta o la dosis prescrita^{4,11}.

El análisis de variables como la edad y el nivel educativo en relación con las creencias ha mostrado resultados discrepantes. Mientras que algunos autores han encontrado datos que apuntan a que las personas mayores suelen tener creencias más positivas que las más jóvenes sobre tratamientos alternativos a los basados en los medicamentos¹², otros autores mantienen que las creencias sobre las medicinas no varían en función de la edad o a lo largo de la vida¹³. En nuestro

país, se ha asociado una mayor edad a mayor nivel de creencias en el daño potencial de la medicación¹⁴. Respecto al nivel educativo, cuando mayor es, menores son la preocupación por el tratamiento y las creencias de daño de la medicación¹⁴.

Múltiples estudios centrados en el análisis de las opiniones y valoraciones de los usuarios de salud han prestado atención también a la satisfacción tanto de los pacientes como de sus familiares. En este sentido, la satisfacción ha sido una variable ampliamente estudiada en contextos sanitarios de atención primaria y especializada, por su importancia como indicador del bienestar de los usuarios y, por supuesto, de la calidad de los servicios prestados¹⁵⁻¹⁷. Sin embargo, no por haber sido estudiada frecuentemente deja de ser una variable compleja de delimitar conceptualmente y de evaluar en el contexto sanitario de atención a la infancia¹⁸⁻²¹. Parece quedar constatado que variables de muy diversa índole, y de origen en ocasiones externo al propio contexto de atención sanitaria, podrían jugar un papel primordial sobre la satisfacción del usuario; se trata de aspectos como la atención recibida por parte del personal sanitario, la distancia del centro sanitario al domicilio del paciente o su gravedad en el momento de la recibir atención^{22,23}.

Según diversos estudios, en nuestro país parece existir un nivel bueno o elevado de satisfacción entre los usuarios de los servicios públicos de salud, tanto en atención primaria como en el caso de pacientes hospitalizados^{19,24,25}. Según estos estudios, aunque el nivel general es elevado, en la misma línea que en otros países²⁶, posiblemente aún queden por mejorar algunas particularidades, como la información recibida del personal sanitario durante el proceso de atención o la participación parental en la toma de decisiones.

Cuando la satisfacción se analiza comparativamente en contextos sanitarios, parecen existir diferencias en función del tipo de servicio en el que se estudia. Concretamente, los datos apuntan a que parece haber mayores niveles de satisfacción en atención primaria que en atención de urgencias cuando se estudian muestras generales de población²⁷.

En los Servicios de Urgencias, la percepción de pacientes y familiares sobre diversos aspectos podría ser diferente, lo cual podría asociarse a niveles más bajos de satisfacción. Por ejemplo, en urgencias la gravedad percibida por el paciente de su problema o enfermedad suele ser mayor, los tiempos de espera en ocasiones parecen más largos a los usuarios, el contacto y la interacción con el personal médico suelen ser breves, las pruebas médicas parecen tardar

siempre demasiado y la información de que dispone el usuario siempre parece poca y difícil de entender²⁸⁻³⁰. Además, se trata de servicios donde es habitual que el usuario y sus familiares presenten diversos grados de alteración emocional, como ansiedad, miedo, estrés, etc., encontrándose incluso situaciones de enfado e ira³¹.

También se ha estudiado la relación entre aspectos personales como la edad de los usuarios o el nivel educativo y la satisfacción, y los resultados varían según los distintos servicios sanitarios y muestras. Así, mientras que algunos autores han encontrado mayores niveles de satisfacción en personas mayores en comparación con otros estratos de edad en pacientes hospitalizados¹⁹, otros autores, más centrados en la atención pediátrica, no han encontrado diferencias en cuanto a satisfacción entre las diversas tipologías de servicios según la edad o el nivel educativo, entre otras variables psicosociales^{26,32}.

Por último, cabe destacar que la relación entre la satisfacción y las creencias sobre la medicación ha sido estudiada ya, aunque en otros contextos de atención primaria, y se ha encontrado que las creencias en la medicación asociadas a una preocupación elevada se relacionan con menores niveles de satisfacción, en concreto las creencias sobre el daño y el uso excesivo de la misma^{33,34}. Sin embargo, pocos han sido los estudios que han buscado esa asociación en atención pediátrica, y menos aún los que se han planteado ese objetivo de estudio en nuestro país.

Los objetivos de este trabajo son, en primer lugar, determinar la posible asociación entre creencias sobre la medicación, satisfacción, edad y nivel educativo en una muestra de participantes. Según la bibliografía consultada, esperamos encontrar que elevadas creencias negativas sobre la medicación se asocien a menores niveles de satisfacción. De acuerdo con los resultados de Beléndez-Vázquez, et al.¹⁴, podríamos esperar que mayores creencias negativas sobre la medicación estén asociadas a un menor nivel educativo e, igualmente, que una mayor edad paterna se asocie a mayores niveles de creencias de daño derivado de la medicación.

En segundo lugar, este trabajo pretende sondar la existencia de diferencias en satisfacción y en creencias generales sobre la medicación, en función del dispositivo de atención infantil considerado, diferenciando entre atención primaria y de urgencias. De acuerdo con la bibliografía consultada, podrían encontrarse diferencias significativas entre los dos recursos de atención sanitaria considerados, siendo los niveles

de satisfacción ligeramente más elevados en atención primaria pediátrica.

Por último, nos proponemos sondar si las creencias en que la medicación puede causar daño, en que se abusa de la medicación y el nivel educativo pueden predecir la satisfacción paterna. Esperamos que las creencias elevadas sobre daño derivado del uso de la medicación y el abuso en la prescripción de la misma puedan predecir menores niveles de satisfacción.

Material y métodos

Participantes

Participaron en el estudio un total de 1,517 progenitores cuyos hijos estaban siendo atendidos en servicios de salud de 29 centros de las provincias españolas de Almería, Granada, Jaén y Málaga: 806 (53.1%) estaban siendo atendidos en servicios de atención primaria pediátrica y 711 (46.9%), en centros de urgencias pediátricas. La edad de los participantes estuvo comprendida entre los 17 y los 67 años, con una media de 34.86 años y una desviación típica de 7.85. Hubo 489 (32.2%) hombres y 1,028 (67.8%) mujeres. Por lo que se refiere al nivel de estudios, 164 (10.8%) participantes informaron no tener estudios o no haber finalizado la educación básica; 456 (30%) tenían estudios primarios; 538 (35.5%), estudios medios, y 359 (23.7%) dijeron haber finalizado estudios superiores. Se siguió un muestreo aleatorio estratificado y los participantes fueron seleccionados aleatoriamente entre los progenitores que estaban siendo atendidos en los servicios mencionados.

Se consideraron como criterios de inclusión la participación voluntaria en el estudio, con el acompañamiento de la firma de un consentimiento informado, y estar en la situación descrita más arriba. Como criterios de exclusión se consideraron aspectos que pudieran dificultar o impedir la contestación de los instrumentos de evaluación, tales como circunstancias del paciente infantil que obstaculizaran la colaboración de los progenitores (por ejemplo, presencia intensa de dolor, malestar intenso que requería la atención continuada de los padres, etc.), limitaciones intelectuales o idiomáticas que dificultaran la comprensión de los cuestionarios de evaluación o simplemente el rechazo a colaborar en el estudio.

Procedimiento

Se llevó a cabo una entrevista con los progenitores durante la atención pediátrica en la sala de espera de los centros sanitarios mencionados.

Antes de la recogida de datos, los investigadores obtuvieron las autorizaciones pertinentes de los centros sanitarios para proceder a la recogida de datos, informando de las características y objetivos del estudio, así como de los estándares éticos de la investigación.

Los investigadores, o personal formado, se personaron en los centros de salud y los Servicios de Urgencias Pediátricas, para solicitar la colaboración de los progenitores cuyos hijos estaban siendo atendidos. Los instrumentos de evaluación fueron administrados de forma individual, y separadamente en los casos en que tanto el padre como la madre del mismo paciente quisieron colaborar.

Los participantes fueron informados escuetamente sobre los objetivos de la investigación, el anonimato de la participación (no se constataron datos personales) y la confidencialidad de las respuestas. Se les solicitó que leyieran y firmaran un consentimiento informado y se les informó de la posibilidad de abandonar su participación en cualquier momento si así lo decidían.

Instrumentos

En primer lugar, se recabaron datos de carácter sociodemográfico tales como la edad y el nivel de estudios.

Con objeto de evaluar las creencias sobre la medicación, se utilizó la versión española¹⁴ del Cuestionario de Creencias sobre la Medicación⁶. Se trata de un instrumento compuesto por dos secciones, una general y otra específica. En este estudio sólo se utilizó la sección general, que permite obtener, además de un índice global sobre la representación cognitiva de la medicación en los progenitores, dos dimensiones independientes: creencias de abuso y de daño sobre el uso de la medicación. El cuestionario está compuesto por ocho ítems con una escala de cinco puntos en las posibilidades de respuesta que oscilan desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Los ítems 1, 7 y 8 componen la subescala de creencias de abuso en la medicación y los ítems 2, 3, 4, 5 y 6, la de creencias en que la medicación puede producir daño. Así pues, a mayor puntuación, en mayor grado creen los progenitores en un posible peligro derivado del abuso o daño del tratamiento farmacológico que reciben sus hijos.

Por lo que se refiere a las características psicométricas del instrumento, el estudio original mostró un coeficiente α de 0.60 para la escala de abuso y de 0.51 para la de daño⁶. En muestras españolas

Beléndez-Vázquez, et al.¹⁴ obtuvieron un valor de 0.69 para la escala de abuso y de 0.68 para la de daño. El instrumento ha mostrado buenas propiedades psicométricas tanto en estudios realizados en otros países^{35,36} como en nuestro caso, donde el coeficiente α de Cronbach para la escala general fue de 0.80, de 0.74 para la escala de daño y de 0.70 para la de abuso.

Para la valoración de la satisfacción se usó la Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios²⁵. Este instrumento está compuesto por 11 ítems que solicitan al participante una respuesta en un rango de 1 (nada satisfecho) a 5 (muy satisfecho). La escala permite obtener un indicador de la satisfacción con los servicios sanitarios, así como índices específicos con cuatro indicadores concretos de satisfacción. Se trata de una escala corta, sencilla y con buenas propiedades psicométricas, como lo atestigua un α de Cronbach de entre 0.80 y 0.82 para la expresión general de satisfacción alcanzada en los estudios originales²⁵ (0.88 en nuestro caso).

Análisis estadístico

Aparte de los análisis descriptivos de la muestra y de consistencia interna de los instrumentos, se llevaron a cabo análisis de correlación bivariada, comparaciones de medias y análisis de regresión lineal con el programa SPSS, versión 11.5. Para todos los análisis se consideró un nivel de significatividad inferior a 0.05.

Resultados

El análisis de correlaciones bivariadas inicial mostró una relación significativa y negativa entre todas las expresiones de creencias y la satisfacción, tal como se aprecia en la tabla 1. Es decir, cuanto menores son las creencias tanto de abuso como de posible daño o peligro que la medicación pueda causar en el niño, mayor es la satisfacción general que los progenitores manifiestan.

Por otra parte, no se encontraron relaciones significativas entre las creencias en la medicación y la edad, pero parece que el nivel educativo si podría considerarse asociado a las creencias en la medicación, sobre todo con la creencia de abuso, puesto que un mayor nivel educativo podría asociarse a menores niveles de creencias en que existe un abuso de la medicación o un potencial daño por el uso de la misma.

Por lo que respecta a posibles diferencias entre los tipos de dispositivos de atención sanitaria considerados,

Tabla 1. Correlaciones entre satisfacción, edad, nivel educativo y las diversas expresiones de creencias sobre la medicación

Creencias sobre la medicación	Satisfacción	Edad	Nivel educativo
Expresión general de creencias	-0.16*	0.01	-0.06†
Creencias de abuso	-0.20*	0.02	-0.07*
Creencias de daño	-0.12*	0.03	-0.06†

*p < 0.01.

†p < 0.05, bilateral.

Tabla 2. Diferencias en satisfacción y creencias entre atención primaria y urgencias pediátricas

Variable	Tipo de servicio sanitario	n	Media	DT	T-test
Satisfacción total	Atención primaria	806	37.02	6.68	$t(1,1515) = 0.57$ (p = 0.57)
	Atención en Urgencias	711	37.24	8.01	
Expresión general de creencias sobre la medicación	Atención primaria	806	19.72	4.89	$t(1,1511) = 0.94$ (p = 0.35)
	Atención en Urgencias	711	19.94	4.51	

Tabla 3. Análisis de regresión múltiple: creencias sobre la medicación, nivel educativo y satisfacción en la atención pediátrica

Criterio	Predictores	β	Significatividad
Satisfacción	Creencias de abuso	-0.18	0.00
	Creencias de daño	-0.01	0.79
	Nivel educativo	0.01	0.69

$F(3, 2134) = 25.07$, p < 0.00.
 $R = 0.18$; $R^2 = 0.03$; R^2 corregida = 0.03. Error = 6.83.

como se observa en la tabla 2, no se encontraron diferencias en la satisfacción parental, que no estuvieron más o menos satisfechos en atención primaria o en urgencias. En la misma línea, tampoco se encontraron diferencias entre los progenitores atendidos en ambos servicios en relación con las creencias sobre la medicación.

Por lo que concierne al tercero de nuestros objetivos, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple, considerando el nivel de satisfacción con la atención recibida como variable dependiente y como predictores, las dos expresiones de creencias sobre las medicaciones consideradas, así como el nivel educativo paterno. Los resultados se detallan en la tabla 3.

El modelo alcanzó una potencia explicativa sobre la variabilidad de la satisfacción de un 3%, según la R^2 corregida. Los resultados apuntan a las creencias de abuso como el único predictor de la satisfacción. No alcanzaron significatividad estadística en el modelo ni las creencias de daño ni el nivel educativo paterno.

Discusión

En el presente estudio nos proponíamos, en primer lugar, explorar una posible asociación entre la representación cognitiva paterna (creencias) sobre la medicación, tanto en las dimensiones específicas de daño y abuso como en un índice general sobre las mismas, por un lado, y tres variables de interés como la satisfacción, la edad y el nivel educativo parental de niños atendidos en servicios de salud, por otro. En segundo lugar, pretendíamos sondear si existen diferencias en satisfacción y en creencias sobre la medicación entre Servicios de Atención Primaria y Servicios de Urgencias Pediátricas. Por último, y con objeto de profundizar en el conocimiento de posibles variables que pudieran predecir satisfacción en los progenitores, se estudió el tipo de creencias y el nivel educativo como predictores.

Con respecto al primero de estos objetivos, nuestros datos reflejan, en primer lugar, que niveles elevados en el indicador general de creencias negativas sobre la

medicación se asocian a menores niveles de satisfacción con la atención recibida. En la misma línea, niveles elevados de creencias sobre un abuso de la medicación o un daño potencial derivado de la misma también se asocian a menor satisfacción parental. Por tanto, los progenitores más satisfechos son los que perciben que no existe peligro ni amenaza en la prescripción de fármacos a sus hijos en los servicios sanitarios considerados. Este resultado concuerda con otros estudios que ya habían encontrado esta tendencia en muestras sanitarias no pediátricas y en otros países^{33,34}. Todos estos resultados sustentan la idea de que las opiniones y creencias de los usuarios de salud se asocian con su satisfacción, más allá de aspectos inherentes al funcionamiento de los servicios.

En relación con la edad, en la muestra estudiada las creencias no varían en función de la misma. Esta relación, sobre la que ya veíamos que existía cierta controversia en los resultados de otros autores, en nuestro caso es bastante evidente. Así, nuestros resultados concuerdan con los obtenidos en otros estudios¹³, pero difieren a la vez de los obtenidos en nuestro país en muestras no pediátricas¹⁴. En nuestro caso, el resultado obtenido podría deberse a la especificidad de la muestra y el ámbito de estudio, aunque no existe en la literatura una razón de peso que pudiera explicar posibles diferencias en creencias en función de la edad. La muestra con la que hemos trabajado implica además una media de personas más jóvenes que en otros estudios no centrados en progenitores¹⁴. No ocurre lo mismo en relación con el nivel educativo en nuestro estudio, el cual conforme es mayor se asocia a menores creencias negativas en todas las dimensiones estudiadas, sobre todo en la creencia de abuso. Este resultado concuerda con los de otros trabajos¹⁴.

Por lo que concierne al segundo de nuestros objetivos, no hubo diferencias entre los progenitores de niños atendidos en urgencias y los progenitores de niños atendidos en atención primaria en cuanto a satisfacción, ni por supuesto en creencias, pues hubo niveles similares en ambos dispositivos. Algunos estudios han encontrado diferencias que apuntan hacia niveles superiores en atención primaria que en urgencias, pero ese resultado se adscribe a muestras generales, no pediátricas²⁷. Nuestros resultados, por tanto, no apuntan en la misma dirección. A pesar de las características diferenciales de ambas tipologías de atención pediátrica, en ambas los progenitores de nuestro estudio se muestran igual de satisfechos. Tampoco obtenemos evidencia para pensar que las creencias paternas sean diferentes en ambos servicios o que esa variable

sea decisiva a la hora de elegir el tipo de servicio sanitario al que dirigirse en busca de atención, aunque este aspecto no ha sido estudiado de forma específica en este trabajo.

Por último, en relación con el tercer objetivo, de todas las variables estudiadas, la que más puede predecir menores niveles de satisfacción es la creencia en la existencia de un abuso en la prescripción y consumo de medicación en el contexto pediátrico. Paralelamente ni el nivel educativo ni la creencia de daño potencial derivado de la medicación predicen satisfacción en la muestra estudiada.

Estos resultados subrayan la existencia de confianza en la intervención farmacológica, pero la presencia de creencia en un uso elevado de la misma reduce la satisfacción paterna con la intervención sanitaria. Esta creencia de abuso podría generar, a la luz de otros estudios, abandono o falta de seguimiento de instrucciones, relacionados con el seguimiento de la prescripción facultativa.

Hay que comentar que una limitación de nuestro estudio es la baja potencia de nuestro modelo de regresión, que indica, entre otras cosas, que posiblemente otras variables relevantes estén quedándose fuera. Ello podría ser objeto de otros estudios de investigación sobre esta temática.

Por otra parte, la asociación encontrada entre creencias y satisfacción nos permite subrayar la importancia de mejorar los canales de comunicación entre pediatras y otros sanitarios y los progenitores. Sería una forma de conocer y poder reaccionar en función de las creencias específicas paternas. Según diversas fuentes^{1,19}, tanto la adherencia al tratamiento como la satisfacción o incluso las creencias sobre la medicación y el tratamiento pueden verse implementadas con intervenciones que contemplen diversas cuestiones. Es importante que los pacientes y en nuestro caso los familiares tengan acceso y entiendan la información que se les da desde el contexto médico; a ello ayuda sin lugar a dudas el saberse escuchados en sus preocupaciones por la institución y los profesionales, así como la colaboración en la toma de decisiones^{37,38}. Estos aspectos mejoran la confianza y motivación de los pacientes, con el consiguiente impacto en la participación y la recuperación.

Es relevante también que los profesionales sanitarios sean sensibles a las creencias de los pacientes sobre el tratamiento y la medicación, y que las tengan en cuenta a la hora de planificar una intervención. De nuevo, escuchar a los pacientes es un buen sistema para conocer sus actitudes, motivaciones y, en definitiva, sus

opiniones, y en qué medida entran en conflicto con los tratamientos. Por último, aunque las creencias sobre la medicación no han de entenderse como un obstáculo o barrera, parece fuera de toda duda que desde el contexto sanitario es importante realizar un esfuerzo por eliminar o al menos minimizar todo tipo de variables que puedan obstaculizar la colaboración del paciente o sus familiares en cualquier aspecto del proceso de recuperación, a medio y a largo plazo.

Reconocimientos

Este estudio es parte de un proyecto de investigación subvencionado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Código: 0142/08. Título del proyecto: *Estudio del comportamiento sociosanitario en población de origen inmigrante en urgencias y atención primaria pediátrica*.

La entidad subvencionadora no ha tomado parte ni ha influido de ningún modo en el diseño del estudio, el análisis de los datos, la interpretación de los resultados, la redacción del trabajo ni la decisión de someter el estudio a la consideración de esta revista. Los autores han trabajado con total independencia de la entidad que concedió la subvención.

Bibliografía

1. DiMatteo MR, Haskard-Zolnieruk KB, Martin LR. Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychol Rev*. 2012;6:74-91.
2. Kumar K, Gordon C, Toescu V, et al. Beliefs about medicines in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus: A comparison between patients of South Asian and white British origin. *Rheumatology*. 2008;47(5):690-7.
3. Perpiñá Tordera M, Martínez Moragón E, Belloch Fuster A, Lloris Bayo A, Pellicer Ciscar C. [Spanish asthma patients' beliefs about health and medicines: validation of 2 questionnaires]. *Arch Bronconeumol*. 2009;45(5):218-23.
4. Unni EJ, Farris KB. Unintentional non-adherence and belief in medicines in older adults. *Patient Educ Couns*. 2011;83(2):265-8.
5. Horne R, Parham R, Driscoll, Robinson A. Patients' attitudes to medicines and adherence to maintenance treatment in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2009;15(6):837-44.
6. Horne R, Weinman J, Hankins M. The Beliefs about Medicines Questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health*. 1999;14:1-24.
7. Yilmaz O, Eroglu N, Ozalp D, Yuksel H. Beliefs about Medications in Asthmatic Children Presenting to Emergency Department and Their Parents. *J Asthma*. 2012;49(3):282-7.
8. Horne R, Weinman J. Predicting treatment adherence: An overview of theoretical models. En: Myers L, Midence K. Adherence to treatment in medical conditions. Londres: Harwood Academic Publishers; 1998. p. 25-50.
9. Hugon A, Rousset M, Bedouch P, et al. Theory of planned behavior, beliefs and satisfaction with medication to predict adherence in lung transplant recipient. *Int J Clin Pharm*. 2012;34:157-157.
10. Horne R. Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement. En: Petrie K, Weinman J. Perceptions of health and illness. Current research and applications. Ámsterdam: Harwood Academic Publishers; 1997. p. 155-88.
11. Mardby A, Akerlind I, Jørgensen T. Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. *Patient Educ Couns*. 2007;69(1-3):158-64.
12. Van den Bulck J, Custers K. Belief in complementary and alternative medicine is related to age and paranormal beliefs in adults. *Eur J Public Health*. 2009;20(2):227-30.
13. Porteous T, Francis J, Bond C, Hannaford P. Temporal stability of beliefs about medicines. *Patient Educ Couns*. 2010;79(2):225-30.
14. Beléndez-Vázquez M, Hernández-Mijares A, Horne R, Weinman J. Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire. *Int J Clin Hlth Psyc*. 2007;7:767-79.
15. Blanco-Abril S, Sánchez-Vicario F, Chinchilla-Nevado MA, et al. [Patient satisfaction with emergency care nurses]. *Enferm Clin*. 2010;20(1):23-31.
16. Fernández-Castillo A, Vilchez-Lara MJ, López-Naranjo I. Parental stress and satisfaction during children's hospitalization: Differences between immigrant and autochthonous population. *Stress Health*. 2013;29(1):22-30.
17. Pujiula-Masó J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart M, et al. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enferm Clin*. 2006;16:19-26.
18. Dodek PM, Heyland DK, Rocker GM, Cook DJ. Translating family satisfaction data into quality improvement. *Crit Care Med*. 2004;32(9):1922-7.
19. Fernández-Castillo A, Vilchez-Lara MJ, Sada-Lázaro E. Psychometric properties and factor analysis of the Satisfaction with Hospital Healthcare Services Scale. *Behav Psychol*. 2012;20:383-400.
20. Sahin B, Yilmaz F, Lee KH. Factors affecting inpatient satisfaction: Structural equation modelling. *J Med Syst*. 2007;31(1):9-16.
21. Wood DL, McCaskill QE, Winterbauer N, et al. A multi-method assessment of satisfaction with services in the medical home by parents of children and youth with special health care needs (CYSHCN). *Matern Child Hlth J*. 2009;13(1):5-17.
22. Soleimanipour H, Gholipour C, Salarilak S, et al. Emergency department patient satisfaction survey in Imam Reza Hospital, Tabriz, Iran. *Int J Emerg Med*. 2011;4:2.
23. Stricker KH, Kimberger O, Schmidlin K, Zwahlen M, Mohr U, Rothen HU. Family satisfaction in the intensive care unit: What makes the difference? *Intens Care Med*. 2009;35(12):2051-9.
24. Simón P, Barrio IM, Sanchez CM, et al. Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30(2):191-8.
25. Varela J, Rial A, García E. Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención. *Psicothema*. 2003;15:656-61.
26. Weissenstein A, Straeter A, Villalon G, Luchter E, Bittmann S. Parent satisfaction with a pediatric practice in Germany: A questionnaire-based study. *Ital J Pediatr*. 2011;37:31.
27. García-Arqué RM. Actitudes de la población ante el sector sanitario. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1997.
28. Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella DF, Rausch S, Ward KR, Ivatury R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *Am J Crit Care*. 2005;14(3):202-10.
29. Downey LVA, Zun LS. The correlation between patient comprehension of their reason for hospital admission and overall patient satisfaction in the emergency department. *J Natl Med Assoc*. 2010;102(7):637-43.
30. Mowen JC, Licata JW, McPhail J. Waiting in the emergency room: how to improve patient satisfaction. *J Health Care Mark*. 1993;13(2):26-33.
31. Nager AL, Maher NE, Gold JL. State trait anxiety in the emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2010;26(12):897-901.
32. Wong SE, Butt ML, Symington A, Pinelli J. Parental satisfaction with quality of care in neonatal follow-up programs. *Journal of Neonatal Nursing*. 2011;17:222-32.
33. Horne R, Hankins M, Jenkins R. The Satisfaction with Information about Medicines Scale (SIMS): a new measurement tool for audit and research. *Qual Health Care*. 2001;10(3):135-40.
34. Mahler C, Hermann K, Horne R, Jank S, Haefeli WE, Szecsenyi J. Patients' beliefs about medicines in a primary care setting in Germany. *J Eval Clin Pract*. 2012;18(2):409-13.
35. Jónsdóttir H, Friis S, Horne R, Pettersen K I, Reikvam A, Andreassen OA. Beliefs about medications: Measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;119(1):78-84.
36. Mahler C, Jank S, Hermann K, et al. Psychometric properties of a German Version of the Satisfaction with Information about Medicines Scale (SIMS-D). *Value Health*. 2009;12(8):1176-9.
37. Fernández-Castillo A, Vilchez-Lara MJ. Family Adaptability, Cohesion and Anxiety during Pediatric Hospitalization: Differences between Populations of Immigrant and Non-immigrant Origin. *J Comp Fam Stud*. 2011;42:891-901.
38. Fernández-Castillo A, Vilchez-Lara MJ. Factors related to dissatisfaction and anger in parents of children treated at paediatric emergency services. *An Pediatr*. 2015;82:12-18.