

## Validación de un cuestionario de mejora de la satisfacción laboral (CMSL) en profesionales de atención primaria

### *Validation of a questionnaire on improving work satisfaction (CMSL) in primary care professionals*

I. Pérez-Ciordia<sup>1,2</sup>, F. Guillén-Grima<sup>2,3</sup>, A. Brugos Larumbe<sup>1,2</sup>, I. Aguinaga Ontoso<sup>2</sup>, C. Fernández-Martínez<sup>1</sup>

#### RESUMEN

**Fundamento.** La satisfacción laboral de los profesionales sanitarios se considera un indicador de calidad en la gestión del sistema, estando relacionado con la eficacia de los servicios ofrecidos.

El objetivo del estudio es la validación de un cuestionario para evaluar la mejora de la satisfacción laboral (CMSL) en una población de profesionales sanitarios de atención primaria en Navarra.

**Metodología.** Se realizó un estudio descriptivo con cuestionarios autocumplimentados, siendo la población diana todos los profesionales de atención primaria (médicos, pediatras y personal de enfermería) de los centros de salud de Navarra. Se utilizó la escala Lickert para la medición de los ítems. Se recogieron datos descriptivos de sexo, años de ejercicio profesional, satisfacción laboral, estamento profesional, centro de salud y 47 ítems sobre mejora de satisfacción laboral. Se calculó la fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach y se halló la validez de constructo mediante un análisis factorial con rotación varimax, agrupando los ítems en 9 dimensiones.

**Resultados.** Se recogieron un total de 414 cuestionarios. Se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach, con un valor global de 0,933. Entre 5 dimensiones se explica el 41,287% de la varianza total. La dimensión "relaciones con los pacientes" presentó la media (4,087) más alta de mejora de la satisfacción laboral y el ítem "Si pudiera eliminar la demanda injustificada" presentó una media de 4,21.

**Conclusiones.** El cuestionario diseñado es un instrumento válido para la evaluación integral de la mejora de la satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria. Los resultados obtenidos pueden orientar sobre qué áreas de mejora se deben implantar para mejorar la satisfacción de los profesionales.

**Palabras clave.** Satisfacción laboral. Estudios de validación. Atención primaria.

#### ABSTRACT

**Background.** Job satisfaction of health professionals is considered to be a quality indicator, as it is related to the efficacy of the services.

The aim of the study is to validate a questionnaire for evaluating job satisfaction improvement in a population of health professionals in primary care in Navarra.

**Methodology.** Descriptive study with self-completed questionnaires; the target population was all health care professionals (family doctors, pediatricians and nurses) of primary health centers of Navarra. A Lickert scale was used for measuring the items. Other variables measured were: sex, years in the profession, job satisfaction, professional status, health center, and 47 items on improving job satisfaction. Cronbach's alpha coefficient was used to evaluate reliability, and to evaluate construct validity factor analysis with varimax rotation, grouping the items in 9 dimensions was used.

**Results.** A total of 414 questionnaires were collected. Cronbach's alpha coefficient was 0.933. Forty-one point two eight seven percent (41.287%) of total variance was explained by five dimensions. The dimension "relations with patients" presented the highest average (4.087) of improvement in job satisfaction, and the item "If it were possible to eliminate unjustified demand" showed an average of 4.21.

**Conclusions.** The questionnaire designed is a valid instrument for a comprehensive evaluation of the improvement in the job satisfaction of primary care professionals. The results obtained can indicate which areas of improvement should be implemented in order to improve the satisfaction of the professionals.

**Key words.** Job satisfaction. Validation studies. Primary care.

*An. Sist. Sanit. Navar.* 2012; 35 (3): 413-423

1. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona. Navarra.
2. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra. Pamplona. Navarra.
3. Unidad Medicina Preventiva. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra.

Recepción: 14 de marzo de 2012

Aceptación provisional: 26 de abril de 2012

Aceptación definitiva: 28 de mayo de 2012.

#### Correspondencia:

Francisco Guillén Grima  
Departamento de Ciencias de la Salud  
Universidad Pública de Navarra  
Avda. de Barañain  
31008-Pamplona

## INTRODUCCIÓN

La eficacia de los servicios ofrecidos por un sistema sanitario está relacionado con el nivel de satisfacción de los profesionales que en él trabajan<sup>1-3</sup>.

Se afirma que es imposible satisfacer las expectativas del cliente externo, del usuario, sin satisfacer las del profesional o cliente interno<sup>4</sup>.

No existe una definición unánimemente aceptada de satisfacción laboral, siendo definida como una respuesta afectiva del trabajador hacia diferentes aspectos de su trabajo, estando condicionada tanto por las circunstancias del trabajo como por las características de cada persona<sup>5</sup>.

La satisfacción laboral se ha vinculado con variables como la profesión, reconocimiento laboral, responsabilidad, condiciones propias del trabajo, formación continuada, tiempo adecuado con los pacientes, equidad en los premios, relaciones interpersonales y otros<sup>6-7</sup>. Por el contrario, la insatisfacción laboral se da cuando concurren circunstancias como trabajo excesivo, estrés laboral, pérdida de autonomía clínica, bajo salario y todos aquellos otros factores inversos respecto al punto de satisfacción laboral<sup>8-11</sup>.

Determinar si un trabajador está o no desgastado profesionalmente no es fácil, siendo un proceso continuado en el tiempo. La satisfacción laboral y su opuesto o desgaste profesional constituyen problemas de origen multicausal.

Mediante los indicadores de satisfacción se pretende diagnosticar a una población laboral para ver si ésta presenta algún mal y éste es remediable, o bien si todo funciona de manera correcta.

La insatisfacción laboral conlleva la desmoralización y disminución de la calidad en la atención sanitaria, afectando tanto al profesional como al paciente y a la institución de salud, manteniendo una relación directa con el absentismo<sup>12</sup> y un déficit en la relación profesional médico-paciente.

Mantener la insatisfacción laboral, sin atender las necesidades del profesional, puede dar como resultado el síndrome de desgaste profesional entendido como un

estado de frustración que se produce por la dedicación a una causa que no produce el refuerzo esperado o como una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico, además de por el contacto con el sufrimiento<sup>13</sup>.

Existen factores organizacionales y funcionales que pueden ser los que generen insatisfacción en el personal<sup>14-15</sup>, existiendo actualmente actuaciones de política sanitaria que reconocen la importancia de mejorar la satisfacción de los profesionales de la salud<sup>16-17</sup>.

Las escalas, al igual que todos los instrumentos de medición, deben ser válidos y fiables<sup>18</sup>. La validez se refiere a la capacidad del instrumento para medir el constructo<sup>19</sup> y la confiabilidad a la propiedad de mostrar resultados similares en mediciones repetidas y a la propiedad de homogeneidad o consistencia<sup>20-22</sup>.

La investigación se ha desarrollado con el objeto de aportar un instrumento para la evaluación integral de la mejora de la satisfacción laboral en profesionales de atención primaria.

El objetivo del presente trabajo es el desarrollo y validación de un cuestionario para evaluar la mejora de la satisfacción laboral (CMSL) en una población de profesionales sanitarios de atención primaria en Navarra.

## SUJETOS Y MÉTODO

El equipo investigador contactó con una persona del equipo de atención primaria (EAP), mayoritariamente el director del equipo, a quien se le remitieron los cuestionarios por correo junto con una carta de presentación explicando el objetivo del estudio y solicitando la colaboración de los profesionales médicos, de enfermería y pediatras, quienes constituyen la población de estudio. Previamente se había contactado telefónicamente solicitando su disponibilidad y cooperación.

Los cuestionarios fueron remitidos por correo a todos los centros de salud de atención primaria de Navarra con fecha 15 de junio de 2010, facilitándose así mismo dos direcciones de correo para su remisión, una vez cumplimentados.

El responsable del EAP presentó el estudio de investigación a los compañeros, distribuyó los cuestionarios y realizó su recogida tras un periodo de 15 días dado para su cumplimentación, la cual se realizó de manera anónima.

Transcurrido el plazo dado, se solicitaron los cuestionarios, si previamente no se habían recibido, a los directores del EAP, ampliando 2 semanas más el plazo si fuera necesario. Se solicitó asimismo a cada EAP que remitieran el número de cuestionarios entregados y el número de cuestionarios recogidos.

El proceso metodológico seguido en la elaboración del cuestionario se realizó en 6 fases. En la fase 1 se concretó el aspecto a estudiar (mejora de la satisfacción laboral), la técnica de medida concreta (escala tipo Lickert) y un banco inicial de ítems. Estos ítems se obtuvieron a partir de los cuestionarios *Job Description Index (JDI)*, *Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ)*<sup>23</sup>, el cuestionario de *Font-Roja*<sup>24</sup>, el cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud en Equipos de Atención Primaria (CSLPS-EAP/33)<sup>25</sup>, el cuestionario de Calidad de vida profesional (CVP-35)<sup>26</sup>, del Modelo Europeo EFQM<sup>27</sup>, del cuestionario *Maslach burnout inventory*<sup>28</sup> y otros<sup>29-31</sup>, además de aquellos de elaboración propia.

En la fase 2 se realizó la validez de contenido, mediante una depuración de los ítems iniciales, realizada por 5 profesionales expertos en el ámbito de la atención primaria y de gestión. Se eliminaron aquellos ítems que presumiblemente no servirían para evaluar la mejora de la satisfacción, e igualmente se mejoró la redacción de los ítems.

En la fase 3 se asignaron valores a los ítems, optando por 5 categorías: totalmente de acuerdo (5), de acuerdo (4), indiferente (3), en desacuerdo (2), totalmente en desacuerdo (1). Si un ítem no era respondido, se daba 0 puntos.

Para cada ítem se comprobó su capacidad discriminante, comparando si el valor obtenido por el 25% de los sujetos con mayor puntuación total (percentil 75) en las escalas era significativamente diferente del obtenido por el 25% de la muestra con me-

nor puntuación total (percentil 25). Para el contraste estadístico del poder discriminatorio de cada pregunta se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Se analizó la correlación de cada ítem con el total de la escala menos ese ítem concreto, mediante la correlación de Pearson, eliminándose aquellos ítems con un coeficiente de correlación inferior a 0,25 con la escala global.

En la fase 4 se calculó la fiabilidad mediante la consistencia interna del cuestionario (valores de 0 a 1). Se utilizó el método de las dos mitades y el coeficiente alfa de Cronbach (21) que se emplea para evaluar la homogeneidad de los distintos ítems de una misma dimensión y del cuestionario global (varianza ítem-ítem total).

En la fase 5 se halló la validez de constructo, para lo que se determinó la tendencia de las puntuaciones a agruparse en factores consistentes mediante un análisis factorial con rotación varimax. Se seleccionaron factores con autovalores superiores a 1 que aportaran una explicación de la varianza como mínimo del 3,5%; la asignación de los ítems a cada factor se realizó considerando que tuviera una saturación con el factor de como mínimo 0,40<sup>32</sup> y, asignando cada ítem a un único factor, aquel con el que tuviera mayor saturación. La adecuación del análisis factorial se comprobó mediante la medida de Kaiser-Meyer-Olkin<sup>33</sup> y la prueba de esfericidad de Bartlett<sup>34</sup> para valorar la adecuación de la matriz de datos creada.

En la fase 6 se analizaron las escalas por profesión, sexo, tiempo de actividad asistencial y puntuación de satisfacción laboral. Se utilizó la correlación de Spearman para determinar la relación entre las variables.

## RESULTADOS

En la fase 1 se elaboraron 53 ítems a partir de la revisión bibliográfica y de experiencia individual, eliminándose (fase 2) un total de 6 ítems por 5 jueces-expertos. Sus sugerencias permitieron la corrección y mejora en la redacción de los ítems, quedando confeccionado el cuestionario definitivo con un total de 47 ítems (Anexo 1).

Se recogieron un total de 432 cuestionarios, con una tasa de respuesta de 62,3 % sobre el total de cuestionarios entregados. Se descartaron 18 cuestionarios por estar las escalas incompletas, siendo incluidos en el análisis 414 cuestionarios. La satisfacción laboral obtuvo un valor medio de 6,7 puntos (escala 1-10) y el 42 % de los en-

cuestados tenía una antigüedad en el trabajo superior a 25 años.

Se calculó la media, la desviación típica (DT) y la correlación corregida de cada ítem (Tabla 1). Ningún ítem fue eliminado por su bajo poder discriminante o por su baja correlación con el total del cuestionario, puntuando en todos los casos por encima de 0,300.

**Tabla 1.** Media, desviación típica (DT) y coeficiente de correlación discriminante (r) de los ítems

Dimensiones e ítems	Media (DT)	r (*)
<b>Competencia profesional (Dimensión 1)</b>	<b>3,950 (0,762)</b>	
7. Si dedicara un tiempo mínimo, en horario laboral, para mi formación	3,90 (0,36)	0,414
8. Si pudiera actuar en actividades de investigación	3,78 (0,86)	0,339
12. Si mis relaciones con atención especializada fueran mas ágiles y fluidas	4,15 (0,72)	0,526
21. Si tuviera facilidad de mis jefes para acudir a congresos-actividades de formación	4,02 (0,77)	0,448
23. Si pudiera trabajar más con programas y menos con demanda de atención aguda	3,32 (0,88)	0,459
25. Si pudiera disponer de más tiempo para cada paciente	4,11 (0,79)	0,498
26. Si las cargas de trabajo entre los miembros del equipo (médico-enfermera) fueran más equitativas	3,90 (0,88)	0,422
27. Si trabajáramos en equipo	4,00 (0,83)	0,473
34. Si tuviera premios y/o reconocimiento a la labor bien desarrollada	3,80 (0,84)	0,398
35. Si hubiera coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales	4,20 (0,74)	0,474
36. Si pudiera trabajar sin estrés, sin prisas ni agobios	4,04 (0,69)	0,599
38. Si pudiera ser mas ágil en aportar solución a mis pacientes	3,94 (0,77)	0,582
41. Si mis propuestas fueran escuchadas y estudiadas-aplicadas por mis superiores	3,93 (0,78)	0,560
43. Si hubiera planes de formación en farmacoterapia	3,94 (0,72)	0,477
44. Si hubiera modelos de seguimiento de los pacientes polimedcados	3,96 (0,69)	0,405
47. Si pudiera contactar con especialistas que puedan resolver dudas "en el momento"	4,18 (0,72)	0,570
<b>Satisfacción intrínseca por la actividad laboral (Dimensión 2)</b>	<b>3,721 (0,883)</b>	
9. Si pudiera eliminar "de mi cupo" unos pocos pacientes con quienes no logro empatizar	3,12 (1,08)	0,382
13. Si mis pacientes valoraran el trabajo y el esfuerzo	3,98 (0,76)	0,629
16. Si fuera capaz de trabajar sin hacer una medicina defensiva	3,88 (0,83)	0,607
22. Si sintiera un menor control (gasto farmacia) de mis superiores	3,45 (0,98)	0,411
24. Si los pacientes no "me presionaran" para realizar actividades que considero injustificadas	3,84 (0,87)	0,570
28. Si mi trabajo no fuera tan monótono (mismos pacientes y mismos problemas)	3,47 (0,90)	0,482
29. Si tuviera flexibilidad para las agendas de citación	3,59 (0,85)	0,526
30. Si pudiera eliminar los hiperfrecuentadores	3,95 (0,92)	0,523
31. Si pudiera trabajar en un ambiente tranquilo, sin amenazas ni coacciones	3,74 (0,89)	0,615

Dimensiones e ítems	Media (DT)	r (*)
32. Si pudiera desconectar al acabar la jornada	3,53 (0,89)	0,543
33. Si mis pacientes fueran, realmente, con problemas de salud	3,62 (0,86)	0,561
37. Si pudiera conciliar vida laboral y familiar	3,99 (0,85)	0,520
45. Si pudiera eliminar la demanda injustificada	4,21 (0,77)	0,567
<b>Relaciones interpersonales con los compañeros (Dimensión 3)</b>	<b>3,591 (0,897)</b>	
3. Si mi relación con los compañeros médicos/enfermeras del EAP fuera mejor	3,616 (0,910)	0,345
4. Si mi relación con otros compañeros no médicos/enfermeros del EAP fuera mejor	3,567 (0,885)	0,365
<b>Satisfacción con la gestión del trabajo (Dimensión 4)</b>	<b>3,965 (0,807)</b>	
39. Si pudiera agilizar las listas de espera para pruebas diagnósticas	4,11 (0,72)	0,468
40. Si pudiera agilizar las consultas con especialistas	4,12 (0,76)	0,499
<b>Retribución y promoción profesional (Dimensión 5)</b>	<b>3,624 (0,931)</b>	
1. Si mi sueldo fuera superior	3,845 (1,039)	0,377
2. Si hubiera posibilidades de promoción	3,857 (0,833)	0,414
5. Si hubiera menos demanda o presión asistencial	3,651 (0,718)	0,361
6. Si no tuviera que hacer asistencia domiciliaria	2,834 (1,115)	0,334
17. Si tuviera más vacaciones	3,910 (0,890)	0,445
<b>Presión del trabajo (Dimensión 6)</b>	<b>3,728 (0,833)</b>	
10. Si pudiera NO hacer partes de baja-alta por enfermedad	3,40 (0,86)	0,368
11. Si pudiera NO hacer otros trámites administrativos-burocráticos (partes de incapacidad...)	3,66 (0,88)	0,370
42. Si cada nivel de atención (primaria-especializada) gestionara los procedimientos administrativos de su nivel	4,17 (0,78)	0,560
<b>Relaciones con los pacientes (Dimensión 7)</b>	<b>4,087 (0,728)</b>	
18. Si los pacientes se preocuparan más de su propia salud	4,14 (0,78)	0,522
19. Si los pacientes siguieran las recomendaciones/tratamientos que aconsejo	4,16 (0,71)	0,571
46. Si pudiera prescindir de realizar algunas actividades (Ej. consejo médico) que por mi propia experiencia el paciente no escucha ni hace esfuerzos al respecto	3,20 (1,01)	0,311
<b>Relaciones con los jefes (Dimensión 8)</b>	<b>3,946 (0,887)</b>	
14. Si mis jefes valoraran el trabajo y el esfuerzo	4,16 (0,81)	0,577
15. Si mis jefes supieran que existo (por ej. mediante una llamada telefónica)	3,73 (0,96)	0,460
<b>Satisfacción con condiciones de trabajo (Dimensión 9)</b>	<b>3,35 (0,83)</b>	
20. Si la consulta fuera más espaciosa-luminosa	3,35 (0,83)	0,378

(\*) Correlación discriminante de Pearson entre la puntuación del ítem y la total de la escala, retirada la aportación del ítem.

(DT) Desviación típica.

Los ítems 35 y 45 presentan las medias más altas, por encima de 4,20.

Las medias de puntuación entre individuos con mayor y menor rango de satisfacción (percentil 25 y 75) fueron estadística-

mente diferentes en todos los ítems, lo cual confirma su capacidad discriminadora. Todos los coeficientes de correlación fueron significativamente distintos de 0 y de signo negativo (Tabla 2).

**Tabla 2.** Análisis de la potencia discriminante de los ítems. Capacidad de cada ítem para diferenciar el grupo de mayor puntuación del de menor puntuación

Ítem	U de Mann-Whitney	z
1	2270,5	-7,357
2	2509,0	-6,825
3	2570,5	-6,642
4	2567,0	-6,706
5	2768,5	-7,138
6	2450,5	-6,817
7	4059,0	-4,354
8	3147,5	-5,235
9	2482,5	-7,028
10	3108,0	-5,23
11	2876,0	-5,800
12	2025,5	-8,072
13	1157,0	-10,146
14	1224,5	-10,09
15	2199,5	-7,522
16	1071,5	-10,256
17	1996,5	-8,033
18	1502,5	-9,396
19	1388,0	-9,737
20	2704,5	-6,457
21	2263,0	-7,398
22	2174,5	-7,612
23	2217,5	-7,465
24	1666,0	-8,805
25	2083,0	-7,891
26	2357,0	-7,144
27	2057,5	-7,923
28	1933,5	-8,170
29	1911,0	-8,233
30	1160,5	-10,118
31	1054,0	-10,27
32	1675,5	-8,835
33	1064,5	-10,330
34	2701,5	-6,264
35	2231,0	-7,689
36	1613,5	-9,217
37	1893,0	-8,356
38	1657,5	-8,895
39	2216,0	-7,547
40	1922,0	-8,236
41	1294,5	-9,798
42	2010,0	-8,069
43	2270,0	-7,566
44	2639,5	-6,555
45	1423,0	-9,630
46	2590,0	-6,529
47	1184,0	-10,211

El test de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,903, y el test de esfericidad de Bartlett fue significativo ( $p < 0,001$ ), de modo que se daban las condiciones adecuadas para realizar el análisis factorial.

El total de ítems se agrupó tras el análisis factorial en 9 dimensiones (Tabla 1) oscilando entre 1 y 16 el número de ítems por dimensión. Las dimensiones "Relaciones con los pacientes" y "Satisfacción con la gestión del trabajo" obtuvieron los valores

medios más altos. En cada dimensión se incluyeron los ítems con mayor saturación y se interpretó el contenido de los mismos para configurar cada una de las dimensiones consideradas.

El análisis factorial identificó 5 dimensiones que cumplieran con los requisitos de tener un autovalor igual o mayor que 1 y que además aportaran, al menos, un 4 % del total de la varianza. Estos 5 valores de manera conjunta explicaban el 41,287 % de la varianza total (Tabla 3).

**Tabla 3.** Validez de constructo. Resultados del análisis factorial

Dimensión	Denominación	% de la Varianza	Ítems
1	<i>Competencia profesional</i>	14,510	7(0,588)–8(0,564)–12(0,532)–21(0,500)–23(0,420)–25(0,596)–26(0,433)–27(0,614)–34(0,392)–35(0,531)–36(0,576)–38(0,433)–41(0,469)–43(0,614)–44(0,566)–47(0,562)
2	<i>Satisfacción intrínseca por la actividad laboral</i>	13,720	9(0,621)–13(0,486)–16(0,577)–22(0,446)–24(0,585)–28(0,620)–29(0,530)–30(0,665)–31(0,655)–32(0,559)–33(0,701)–37(0,411)–45(0,500)
3	<i>Relaciones interpersonales con los compañeros</i>	4,593	3(0,822)–4(0,805)
4	<i>Satisfacción con la gestión del trabajo</i>	4,420	39(0,789)–40(0,779)
5	<i>Retribución y promoción profesional</i>	4,044	1(0,682)–2(0,541)–5(0,361)–6(0,449)–17(0,428)

La consistencia de la escala se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach obteniendo un valor global de 0,933. Este coeficiente osciló en las diferentes profesiones entre 0,920 y 0,947, comprobándose que

posee una elevada coherencia interna (Tabla 4). El cálculo de fiabilidad de las dos mitades se realizó correlacionando la suma de los ítems pares con la suma de los impares. El coeficiente total obtenido fue de 0,882.

**Tabla 4.** Índices de fiabilidad por perfil profesional

Profesión	Nº sujetos	Media (+)	DT	Índice de fiabilidad alfa de Cronbach	Índice de fiabilidad de dos mitades
Médicos	188	180,01	18,04	0,920	0,850
Pediatras	48	183,24	18,09	0,926	0,855
Enfermeras	174	177,07	21,32	0,947	0,915
Perdidos	4				
<b>Total</b>	<b>414</b>	<b>179,09</b>	<b>19,52</b>	<b>0,933</b>	<b>0,882</b>

(+) Puntuación media del cuestionario

DT: Desviación típica de la puntuación media por perfil profesional

Los coeficientes alfa de Cronbach de las dimensiones (Tabla 5) se situaron en-

tre 0,569 (Dimensión 4) y 0,911 (Dimensión 3).

**Tabla 5.** Características de las Dimensiones del cuestionario y homogeneidad o consistencia de las mismas

Dimensión	Mediana	alfa-Cronbach
Competencia profesional (Dimensión 1)	4	0,864
Satisfacción intrínseca por la actividad laboral (Dimensión 2)	3	0,872
Relaciones interpersonales con los compañeros (Dimensión 3)	4	0,911
Satisfacción con la gestión del trabajo (Dimensión 4)	4	0,569
Retribución y promoción profesional (Dimensión 5)	3	0,619

## DISCUSIÓN

Esta es la primera vez que en España se ha desarrollado un instrumento de mejora de la satisfacción laboral, lo cual genera el inconveniente de que no permite realizar comparaciones.

Aunque siempre es deseable una elevada tasa de respuesta, en estudios realizados mediante cuestionarios enviados por correo es difícil superar el 50%. En nuestro caso, el índice de respuesta obtenido es aceptable (62,3%) y es equivalente al logrado en encuestas realizadas en médicos generales<sup>35-36</sup> e incluso superior al resultado obtenido en el medio hospitalario<sup>37</sup>.

Hubiese sido de interés considerar también la opinión de los profesionales no sanitarios, pero el contenido del cuestionario no es apropiado en su totalidad para obtener dicha información y además hubiera sido necesario ampliarlo, lo que hubiera complicado su cumplimentación<sup>37</sup>.

Algunos factores pueden mediar e influir en la tasa de respuesta del cuestionario como son la recomendación de cumplimentarlos tras su presentación en una sesión de equipo, problemas interpersonales entre los miembros del equipo y el hecho de que la fecha de su realización pueda haber limitado una mayor cobertura al coincidir con fechas consideradas vacacionales.

La validez de contenido señala el grado en que la medición abarca todas o la mayoría de las dimensiones del concepto que se quiere estudiar y su valoración es subjetiva. Consideramos adecuada la validez de contenido por haberse basado en revisión bibliográfica sobre el tema y en la opinión de profesionales con experiencia en investigación en atención primaria.

Los resultados muestran que el cuestionario desarrollado en este estudio es un instrumento con suficiente validez y fiabilidad para medir aquello para lo que el cuestionario está desarrollado, presentando una buena consistencia interna.

La validez de constructo determina el grado en que la medición se corresponde con los conceptos que quiere medir. El análisis factorial confirmó la existencia de 9

dimensiones, que se corresponden mayoritariamente con las propuestas en el diseño del cuestionario, demostrando su validez de constructo. La Dimensión denominada "Satisfacción con la gestión del trabajo" es la más importante de la escala, ya que explica el 22,4 % de la variabilidad.

El análisis factorial de los componentes principales confirmó la validez de contenido del cuestionario. Indica que cada conjunto de preguntas de cada Dimensión midió internamente un mismo concepto, lo que constituye un requisito esencial para otorgar validez al cuestionario<sup>38</sup>.

Algunos autores señalan que una solución factorial es satisfactoria si explica por lo menos el 50 % de la varianza total y generalmente se espera que la primera Dimensión reúna los aspectos más relevantes del constructo y acumule el mayor porcentaje de la varianza<sup>39</sup>.

En conjunto, las 5 dimensiones explican más del 40 % de la variabilidad total del instrumento, nivel que suele exigirse como criterio de validez estructural<sup>40</sup>.

En cuanto a la fiabilidad, el índice que señala mayor consistencia interna u homogeneidad es el alfa de Cronbach. La consistencia interna de una escala se considera aceptable cuando se encuentra entre 0,7 y 0,9<sup>41-42</sup>. Valores de consistencia interna inferiores a 0,7 indican una pobre correlación entre los ítems y aquellos por encima de 0,9 se observan cuando hay más de 20 ítems<sup>43</sup>, que sobreestiman el coeficiente, recomendando el uso de diferentes subescalas<sup>44</sup> o bien reduciendo el número de ítems. También, cuando la consistencia está por encima de 0,9 puede ser indicador de redundancia o duplicación de ítems que midan el mismo aspecto del constructo<sup>45</sup> que en esta escala alcanza 0,92, llegando a 0,928 para el grupo de médicos. El índice de consistencia interna obtenido en nuestro trabajo muestra la consistencia interna del cuestionario utilizado.

El número de dimensiones es directamente proporcional al número de ítems y se espera que una dimensión esté formada por un número mínimo de ítems<sup>39</sup>.

Tanto la consistencia interna como la solución factorial de una escala, varían de



una población a otra<sup>39,42,43</sup>. Por tanto, siempre es necesario corroborar el comportamiento psicométrico de una escala en una población particular antes de su uso en diferentes contextos de la atención y el cuidado de los servicios de salud.

El proceso de validación es un proceso continuo en constante evaluación y siempre es necesario hacer adaptaciones cuando el contexto cultural es distinto<sup>46-47</sup>.

El cuestionario presenta unos buenos índices de discriminación en la mayoría de los ítems.

Entre las limitaciones del estudio se destaca el de la representatividad de la muestra, debido a que estuvo limitada a aquellos a los que se distribuyó el cuestionario lo cual a su vez depende del director del equipo y la fecha de realización en verano.

El análisis factorial halló 5 dimensiones capaces de explicar el 41,6% de la varianza, por lo cual podemos considerar que las puntuaciones tienden a agruparse en torno a factores reales de un determinado constructo, lo que apoya la validez de la escala en este sentido.

En la gran cantidad de publicaciones sobre satisfacción laboral de los últimos años<sup>48-49</sup>, se observa una tendencia a tratar de diseñar cuestionarios cada vez más específicos, cortos y vinculados a aquellos aspectos concretos de la satisfacción que se quiere estudiar. Los cuestionarios generales al estilo Font-Roja están quedando desfasados, lo cual es coherente con la última edición de los estándar<sup>48-50</sup>.

El cuestionario que se propone, suple la carencia existente y permite ofrecer una herramienta para evaluar el comportamiento del profesional.

Como propuestas de futuro, conveniría validar el cuestionario en otras poblaciones más amplias para valorar mejor su utilidad.

Contar con un instrumento validado localmente es fundamental para analizar el grado de satisfacción laboral y comparar su evolución después de la eventual implementación de medidas para mejorar su relación laboral.

## BIBLIOGRAFÍA

1. SIBBALD B, ENZER I, COOPER C, ROUTH U, SUTHERLAND V. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? *Fam Pract* 2000; 17: 364-71.
2. NEWMANK, MAYLOR U. The NHS Plan: nurse satisfaction, commitment and retention strategies. *Health Serv Manage Res* 2002; 15: 93-105.
3. FIRTH-COZENS J. Interventions to improve physicians' well-being and patient-care. *Soc Sci Med* 2001; 52: 215-222.
4. VILLARES J, RUIZ A, LÓPEZ M, SÁINZ R. La satisfacción profesional en el equipo de atención primaria: oportunidades de mejora. *Cuadernos de Gestión* 2000; 6: 60-67.
5. BERNAT A, IZQUIERDO P, JIMÉNEZ L, BARDÓN I, CASADO N. Satisfacción laboral: Análisis de las variables predictoras en una muestra de profesionales de la salud, en Atención Especializada, de un área sanitaria de la Comunidad de Madrid. *Med Segur Trab (Internet)* 2009; 55: 49-56.
6. VILLAGÓMEZ A, HERNÁNDEZ C, VILLAREAL R. Satisfacción laboral en médicos a seis años de distancia. *Rev Med IMSS* 2003; 41: 399-405.
7. MECHANIC D. Physician discontent: challenges and opportunities. *JAMA* 2003; 290: 941-946.
8. VALENCIA M. Propuesta para medir la relación supervisión-satisfacción laboral en enfermería. *Rev Enferm IMSS* 2001; 9: 81-84.
9. HOROWITZ C, SUCHMAN A, BRANCH W, FRANKEL R. What do doctors find meaningful about their work? *Ann Intern Med* 2003; 138: 772-775.
10. DEVOE J, FRYER G, LEE H, PHILLIPS R, GREEN L. Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? *J Fam Pract* 2002; 51: 223-228.
11. SMITH R. Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. *Br Med J* 2001; 322: 1073-1074.
12. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ-OLIVA CR, SUÁREZ LÓPEZ DE VERGARA RG. Problemas profesionales. Percepción de los pediatras de atención primaria de Tenerife. *BSCP Can Ped* 2005; 29, 2: 151-154.
13. PIKO B. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 311-318.
14. LOMEÑA J, CAMPAÑA F, NUEVO G, ROSAS D, BERROCAL A, GARCÍA F. Burnout y satisfacción laboral en atención primaria. *Med Fam Andal* 2004; 5: 147-155.
15. SIMÓN M, BLES A, BERMEJO C, CALVO M, GÓMEZ C. Estrés laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos. *Enferm Intensiva* 2005; 16: 3-14.

16. FREEBORN D, HOOKER R, POPE C. Satisfaction and well-being of primary care providers in managed care. *Eval Health Prof* 2002; 25: 239-254.
17. Comité director del Plan Estratégico del Área 11 de Atención Primaria de Madrid. El Plan Estratégico en un área de atención primaria: una propuesta metodológica. *Rev Adm Sanit* 2001; 5: 71-83.
18. HERNÁNDEZ R, FERNÁNDEZ-COLLADO C, BAPTISTA P. Metodología de la investigación. Cuarta edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
19. LAMPREA J, GÓMEZ-RESTREPO C. Validez en la evaluación escalas. *Rev Colomb Psiquiatr* 2007; 36: 340-348.
20. KAPLAN R, SACCUZZO D. Pruebas psicológicas. Sexta edición. México: Thomson; 2006.
21. CORTINA J. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol* 1993; 78: 98-104.
22. GLINER J, MORGAN G, HARMON R. Measurement reliability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 486-488.
23. PEIRÓ J, SILLA I, SANZ T, RODRÍGUEZ J, GARCÍA J. Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria. *Psiquis* 2004; 25: 129-140.
24. ARANAZ J, MIRA J. El cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hosp* 1988; 52: 63-66.
25. PEIRÓ J, GONZÁLEZ V, ZURRIAGA R, RAMOS J, BRAVO M. El cuestionario de Satisfacción Laboral de Profesionales de la Salud de Equipos de Atención Primaria (CSLPS-EAP). *Rev Psicol Salud* 1989; 1: 135-174.
26. MARTÍN J, CORTÉS J, MORENTE M, CABOBLANCO M, GARRIO J, RODRÍGUEZ A. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). *Gac Sanit* 2004; 18: 129-136.
27. ROBLES M, DIERSSEN T, MARTÍNEZ E, HERRERA P, DÍAZ A, LLORCA J. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gac Sanit* 2005; 19: 127-134.
28. MASLACH C. Understanding burnout. En: Payne S, editor. *Job stress and burnout*. Deary I, Agius R, Sadler A. Personality and stress in consultant psychiatrist. Londres: Sage; 1982: p. 20.
29. MELIÁ J, PRADILLA J, MARTÍ N, SANCERNI M, OLIVER A, TOMÁS J. Estructura factorial, fiabilidad y validez del cuestionario de satisfacción S21/26: un instrumento con formato dicotómico orientado al trabajo profesional. *Rev Psicol Univ Tarragona* 1990; 12: 25-39.
30. MELIÁ J, PEIRÓ J. El cuestionario de satisfacción S10/12: estructura factorial, fiabilidad y validez. *Rev Psicol Trab Org* 1989; 4: 179-187.
31. CABEZAS C. La calidad de vida de los profesionales. *FMC* 2000; 7: 53-68.
32. STEVENS J. Power of the multivariate analysis of variance tests. *Psychol Bull* 1980; 88: 728-737.
33. KAISER H. An index of factorial simplicity. *Psychometrika* 1974; 34: 31-36.
34. BARTLETT M. Test of significance in factor analysis. *Br J Psychol* 1950; 3: 77-85.
35. CORTÉS J, MARTÍN J, MORENTE M, CABOBLANCO M, GARRIO J, RODRÍGUEZ A. Clima laboral en atención primaria. ¿Qué hay que mejorar? *Aten Primaria* 2003; 32: 288-295.
36. MIRA J, VITALLER J, BUIL J, ARANAZ J, RODRÍGUEZ-MARÍN J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria* 1994; 14: 1135-1140.
37. MOZOTA JR, ANSORENA L, REBOLLO H, ANTOLÍN I. Resumen de la Encuesta de Satisfacción del Personal en el Hospital Nacional Valdecilla. *Todo Hosp* 1990; 67:21-28
38. BATISTA-FOGUET J, COENDERS G, ALONSO J. Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Med Clin (Barc)* 2004; 122 (Supl 1): 21-27.
39. GORSUCH R. Exploratory factor analysis: its role in item analysis. *J Pers Asses* 1997; 68: 532-560.
40. MORET L, CHWALOW J, BAUDOIN-BALLEUR C. Evaluer la qualité construction d'une échelle. *Rev Epidem Santé Publ* 1993; 41: 65-71.
41. CERVANTES V. Interpretaciones del coeficiente de alpha de Cronbach. *Avances en Medición* 2005; 3: 9-25.
42. VELARDE E, ÁVILA C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Mex* 2002; 44: 448-463.
43. CAMPO-ARIAS A, OVIEDO H. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Pública* 2008; 10: 831-839.
44. CAMPO-ARIAS A. Usos del coeficiente de alfa de Cronbach (carta al editor). *Biomedica* 2006; 26: 585-588.
45. JAJU A, CRASK M. The perfect design: optimization between reliability, validity, redundancy in scale items and response rates. *Am Market Assoc* 1999; 10: 127-131.
46. CARVAJAL A, CENTENO C, WATSON R, MARTÍNEZ M, SANZ RUBIALES A. Cómo validar un instrumento de medida de la salud. *An Sist Sanit Navar* 2011; 34: 63-72.
47. CAMPO-ARIAS A, OVIEDO H. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Pública* 2008; 10: 831-839.
48. HERENCIA A, PRIETO A, MARCH J. Las falacias presentes en la medición de la satisfacción laboral. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 61-65.
49. THOMPSON B. Educational and psychological measurement 2000. Disponible en: <http://www.sagepub.co.uk/journals/details/j0038.html>
50. The Society for Industrial and Organizational Psychology (US). Standards for Educational and Psychological Testing. Berkeley: APA, 1999.

## ANEXO 1

Escala de evaluación de mejora de la satisfacción laboral (CMSL) en profesionales de atención primaria\*

**Mi satisfacción laboral mejoraría...** [Puntuación posible: 1, 2, 3, 4, 5]

1. Totalmente en desacuerdo; 2. En desacuerdo; 3. Indiferente; 4. De acuerdo; 5. Totalmente de acuerdo	1	2	3	4	5
1. Si mi sueldo fuera superior					
2. Si hubiera posibilidades de promoción					
3. Si mi relación con los compañeros médicos/enfermeras del EAP fuera mejor					
4. Si mi relación con otros compañeros no médicos/enfermeros del EAP fuera mejor					
5. Si hubiera menos demanda o presión asistencial					
6. Si no tuviera que hacer asistencia domiciliaria					
7. Si dedicara un tiempo mínimo, en horario laboral, para mi formación					
8. Si pudiera actuar en actividades de investigación					
9. Si pudiera eliminar "de mi cupo" unos pocos pacientes con quienes no logro empatizar					
10. Si pudiera NO hacer partes de baja-alta por enfermedad					
11. Si pudiera NO hacer otros trámites administrativos-burocráticos (partes de incapacidad, certificado de reconocimiento)					
12. Si mis relaciones con atención especializada fueran mas ágiles y fluidas					
13. Si mis pacientes valoraran el trabajo y el esfuerzo					
14. Si mis jefes valoraran el trabajo y el esfuerzo					
15. Si mis jefes supieran que existo (por ej. mediante una llamada telefónica)					
16. Si fuera capaz de trabajar sin hacer una medicina defensiva					
17. Si tuviera más vacaciones					
18. Si los pacientes se preocuparan más de su propia salud					
19. Si los pacientes siguieran las recomendaciones/tratamientos que aconsejo					
20. Si la consulta fuera más espaciosa-luminosa					
21. Si tuviera facilidad de mis jefes para acudir a congresos y actividades de formación					
22. Si sintiera un menor control (gasto farmacia) de mis superiores					
23. Si pudiera trabajar más con programas y menos con demanda de atención aguda					
24. Si los pacientes no "me presionaran" para realizar actividades que considero injustificadas (bajas injustificadas, Rx y analítica injustificadas...)					
25. Si pudiera disponer de más tiempo para cada paciente					
26. Si las cargas de trabajo entre los miembros del equipo (médico-enfermera) fueran más equitativas, con una correcta distribución de las tareas a realizar por los diferentes estamentos					
27. Si trabajáramos en equipo					
28. Si mi trabajo no fuera tan monótono (mismos pacientes y mismos problemas)					
29. Si tuviera flexibilidad para las agendas de citación					
30. Si pudiera eliminar los hiperfrecuentadores					
31. Si pudiera trabajar en un ambiente tranquilo, sin amenazas ni coacciones					
32. Si pudiera desconectar al acabar la jornada					
33. Si mis pacientes fueran, realmente, con problemas de salud					
34. Si tuviera premios y/o reconocimiento a la labor bien desarrollada					
35. Si hubiera coordinación entre servicios sanitarios y servicios sociales					
36. Si pudiera trabajar sin estrés, sin prisas ni agobios					
37. Si pudiera conciliar vida laboral y familiar					
38. Si pudiera ser mas ágil en aportar solución a mis pacientes					
39. Si pudiera agilizar las listas de espera para pruebas diagnósticas					
40. Si pudiera agilizar las consultas con especialistas					
41. Si mis propuestas fueran escuchadas y estudiadas-aplicadas por mis superiores					
42. Si cada nivel de atención (primaria-especializada) gestionara los procedimientos administrativos de su actividad (baja laboral, pruebas diagnósticas.)					
43. Si hubiera planes de formación en farmacoterapia					
44. Si hubiera modelos de seguimiento de los pacientes polimedicados					
45. Si pudiera eliminar la demanda injustificada					
46. Si pudiera prescindir de realizar algunas actividades (ej: consejo médico) que, por mi propia experiencia, el paciente no me escucha y no hace el más mínimo esfuerzo					
47. Si pudiera contactar con especialistas que puedan resolver dudas "en el momento"					

\* El intervalo de puntuaciones puede ir de 47 a 235 puntos.

