

Adaptación de la escala Q-Labors a atención primaria

Juana Casas^a, José Ramón Repullo^a, Carlos Mingo^b, Paz Sánchez^b, Marta Aguilera^c, Alicia Pérez-Hervada^d y Javier Guerra^c

^aDepartamento de Planificación y Economía de la Salud. Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid. ^bGerencia Área 10 Atención Primaria. Madrid. ^cInstituto Madrileño de la Salud. Madrid. España. ^dConsejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Noblejos. Toledo. España.

Correspondencia: Dra. Juana Casas Anguita.

Dpto. Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad.

Sinesio Delgado, 8. 28029 Madrid. España.

Correo electrónico: jcasas@isciii.es

Trabajo realizado con una Beca Modalidad Formación, Nivel Perfeccionamiento, del Instituto de Salud Carlos III, con número de expediente 00/0003.

Resumen

Objetivo: El objetivo de este trabajo es la adaptación y validación de la escala Q-Labors, elaborada para la evaluación de la calidad de vida laboral en hospitales, al contexto de la atención primaria.

Material y métodos: Para una mejor adaptación al nuevo contexto, el equipo investigador, previa consulta a un grupo de 20 expertos en gestión, realizó cambios en los términos y en la redacción de algunos de los ítems e incluyó 2 más, de modo que la escala quedó compuesta por 58 frases a las que se puede responder mediante una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta. La escala, preparada en un formato que permitía la lectura óptica, fue entregada por correo interno a médicos, pediatras, DUE/ATS, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores del Área 10 de Madrid que reunían los requisitos de inclusión. Se estudió la fiabilidad por el método de las 2 mitades, el alfa de Cronbach y el coeficiente de correlación intraclass, así como la validez de criterio concurrente. La estructura factorial se estudió mediante un análisis de componentes principales, rotación varimax.

Resultados: Contestaron 267 sujetos en total. Uno de los ítems fue eliminado, de modo que la nueva versión con 57 ítems obtuvo una fiabilidad de 0,9345 con la corrección de Spearman-Brown, un alfa de Cronbach de 0,9379, un coeficiente de correlación intraclass de 0,8757 y una validez de criterio concurrente de 0,745. En el análisis factorial se confirmaron 11 factores, que explican en esta ocasión el 63,4% de la varianza.

Conclusión: Los resultados psicométricos obtenidos en este estudio proporcionan fiabilidad y validez adecuadas para el uso de la escala en atención primaria.

Palabras clave: Calidad de vida laboral. Escala. Validación. Atención primaria.

Abstract

Objective: To adapt and validate the Q-Labors scale (designed to evaluate quality of worklife in hospitals) in the context of primary care.

Material and methods: To improve the adaptation of the scale to primary care, the research team consulted 20 experts in management. Several changes were introduced in the writing of the items of the original scale, and 2 new items were included. There were 58 sentences with responses in the form of a Likert scale with 5 options. The questionnaire, prepared in an optically readable form, was sent through internal mail to family doctors, pediatricians, nurses, nurses' assistants, clerks and ancillary personnel in Health Area 10 of Madrid who met the inclusion criteria. Reliability was assessed by the half-split method, Cronbach's-alpha, and intra-class correlation coefficient. Concurrent validity was also assessed. The factorial structure of the items was studied through analysis of the main components with varimax rotation.

Results: There were 267 respondents. One of the new items was eliminated and the final version contained 57 items. Reliability was 0.9345 (Spearman Brown correction), Cronbach's-alpha was 0.9379, the intra-class correlation coefficient was 0.8757, and concurrent validity was 0.745. In the factorial analysis, 11 factors were sufficiently robust, explaining 63.4% of the variance.

Conclusion: The psychometric results obtained with the Q-Labors 57 in this study showed sufficient reliability and validity for the use of this scale in primary care.

Key words: Quality of worklife. Scale. Validation. Primary care.

Introducción

En la actualidad, la gestión de los recursos humanos implica el reconocimiento de la importancia que tiene para la organización la satisfacción de las necesidades, demandas y expectativas de los trabajadores, ya que están directamente relacionadas con la calidad de los servicios que éstos prestan y con el uso que realizan de los recursos sanitarios^{1,2}.

Los aspectos relevantes para la satisfacción, la motivación y el rendimiento laboral están directamente relacionados con el concepto de calidad de vida laboral (CVL), que tiene como propósito conciliar los objetivos organizacionales y los aspectos del trabajo que tienen que ver directamente con las

experiencias humanas. Así, la CVL podría definirse como un proceso dinámico y continuo en el que la actividad laboral está organizada objetiva y subjetivamente, tanto en sus aspectos operativos como relacionales, de modo que contribuya al más completo desarrollo del ser humano³. De esta definición se desprende que la CVL comprende 2 grandes dimensiones: las relacionadas con el entorno en el que tiene lugar el trabajo y las relacionadas con las experiencias subjetivas de los trabajadores.

Sin embargo, los aspectos que componen cada una de estas grandes dimensiones no son universalmente generalizables, como queda demostrado en los numerosos estudios realizados sobre el tema³.

En un trabajo anterior⁴ se establecieron los aspectos relevantes para la CVL en el medio hospitalario con el fin de elaborar una escala que permitiera determinar, tanto de modo global como por dimensiones, los aspectos que se deben mejorar en las organizaciones, identificar problemas, medir resultados y realizar comparaciones, aunando los objetivos de los trabajadores y los de la organización. Este marco teórico fue contrastado mediante un estudio realizado en 3 hospitales⁵ que obtuvo, en lo referente a las condiciones objetivas y subjetivas, los factores que se presentan en la tabla 1.

Se consideró que estos factores eran, en general, apropiados para estudiar la CVL en atención primaria (AP), por lo que se planteó la posibilidad de la adaptación de la escala Q-Labors a este ámbito. Un valor añadido a esta adaptación sería la posibilidad de comparar resultados con la atención especializada y analizar el comportamiento de los factores concordantes y discrepantes entre ambos niveles asistenciales.

El objetivo fundamental del presente trabajo es la adaptación de esta escala a AP, así como el análisis de la nueva estructura interna y de sus propiedades psicométricas. Se analizan también los resultados obtenidos por los profesionales que han participado en la investigación.

Material y métodos

Adaptación de la escala

El primer paso en la adaptación de la escala original al contexto de la AP fue sustituir en los ítems el término "unidad", habitual en atención especializada (AE), por términos como centro y equipo de trabajo. Para tratar el aspecto referido a la coordinación con la AE, se añadió un nuevo ítem ("la relación entre mi equipo y los servicios de atención especializada es fluida") y se modificaron los 2 que aludían a la coordinación entre unidades en la escala original. También se introdujeron algunos cambios en la formulación de los ítems referentes al trato con los pacientes. El equipo investigador eliminó el ítem 34 de la esca-

la original, referente a la posibilidad de acceder a nuevas categorías profesionales mediante méritos y/o pruebas objetivas, por considerar que no era pertinente para el nuevo contexto.

Además de estas modificaciones, para comprobar la idoneidad de los factores de la escala original en AP se realizó un estudio cualitativo con un grupo de informadores clave⁶, compuesto por 20 expertos en gestión (miembros del Grupo Clínico Asesor del IMSALUD). Se solicitó a estos expertos que clasificaran en orden de importancia los 5 factores que consideraran más influyentes para la CVL en los centros de AP. En las respuestas obtenidas no se observaron aspectos no contemplados en el estudio anterior, salvo en lo referente a la seguridad ante alteraciones del orden en los centros de salud, que no fue contemplado en la escala original, lo que supuso la inclusión de 2 nuevos ítems.

Con estas modificaciones se elaboró la nueva escala compuesta por 58 ítems que fue sometida al juicio crítico de una muestra de 51 sujetos, constituida por 44 coordinadores de equipo de AP y 7 profesionales de AP del Área 10 (médicos de familia, pediatras, enfermeras y auxiliares administrativos), miembros de un grupo de trabajo sobre "reconocimiento", para comprobar si las frases eran interpretadas correctamente por todos ellos y si encontraban alguna otra deficiencia de contenido o forma.

Como ocurría en la escala original, se podía contestar a los ítems mediante una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta: desde el total desacuerdo (valorado con 1) hasta el total acuerdo (valorado con 5).

Igualmente, previendo las dificultades y los inconvenientes de una segunda aplicación de la escala para el estudio de la fiabilidad, se mantuvo la misma disposición de los ítems originales, de modo que la primera mitad tuviera su equivalente en la segunda.

En la carátula se añadieron las siguientes variables: sexo, edad, estado civil, número de hijos, situación laboral, ubicación del centro de trabajo (urbano o rural), años de ejercicio en la profesión y en el puesto actual, funciones de mando intermedio, colectivo, turno y centro de salud con uno o más equipos de AP.

Tabla 1. Factores relevantes en la calidad de vida laboral en el medio hospitalario

Condiciones objetivas	Condiciones subjetivas
Medio físico y tecnológico o impacto de las condiciones del medio para el desarrollo de las actividades laborales	Realización profesional, el balance individual entre expectativas y realidades de desarrollo y realización profesional (motivaciones intrínsecas)
Incentivación y promoción, reflejada en los marcos contractuales, sistemas de vinculación y promoción durante la vida profesional, así como discriminación de desempeños	Relación pacientes, refleja el mantenimiento de la motivación o aparición del desgaste o "quemadura" (motivaciones trascendentes)
Sobrecarga laboral, que muestra las condiciones de insuficiencia o desbordamiento del individuo para hacer frente a su carga de trabajo	Relaciones interpersonales o ambiente entre compañeros y capacidad de resolución de conflictos en la unidad
Horario y vida personal o posibilidades de compatibilizar los horarios laborales y la vida personal	Relaciones jerárquicas, las relaciones con el responsable de la unidad y su influencia en el clima laboral
	Planificación y gestión o condiciones de adecuada organización, información y planificación en el trabajo
	Cooperación entre unidades, la actitud de colaboración y apoyo entre las unidades del centro

Los formularios iban acompañados de instrucciones para su correcta cumplimentación, en las que se hacía hincapié en la garantía del anonimato, la importancia de hacer las valoraciones con sinceridad, la necesidad de contestar a todas las frases, así como una breve explicación sobre los juicios valorativos que podían emplearse para contestar a los ítems.

Las instrucciones y el formulario se presentan en el anexo 1.

Sujetos y recogida de datos

La escala, dirigida a todos los médicos, pediatras, DUE/ATS, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores del Área 10 de AP, se entregó en julio de 2003 mediante correo interno, añadiendo una carta de presentación en la que se explicaban los objetivos del estudio, se solicitaba la cooperación de los profesionales y se agradecía la colaboración. Previamente, en mayo, se habían expuesto los objetivos de la investigación a todos los coordinadores en Consejo de Gestión. Se consideró como criterio de inclusión ocupar el puesto de trabajo como mínimo durante los 6 meses anteriores a la fecha de inicio del estudio. En el momento del inicio del estudio, el número de trabajadores que reunían estos requisitos, y a los que se envió el formulario, era de 607.

Una vez cumplimentados, los formularios se remitieron al equipo investigador por correo interno.

La escala se preparó en un formato que permitía la lectura óptica, así que se pudo obtener las respuestas de modo automatizado.

Análisis

Las respuestas, obtenidas mediante lectura óptica, se presentaban en hoja de cálculo de Excel, y se exportaron al programa SPSS 6.1 para Windows. Para el estudio de la estructura interna y las propiedades psicométricas de la escala se ha seguido el mismo proceso que se utilizó en la escala original. El estudio de la fiabilidad se realizó mediante el método de las 2 mitades, utilizando la correlación de Pearson y la corrección de Spearman-Brown; además se calculó la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach. Se estudió la concordancia de las respuestas a las 2 mitades mediante el coeficiente de correlación intraclase, con el modelo de efectos aleatorios. Para el estudio de la validez de criterio concurrente se utilizó el cuestionario Font Roja adaptado a AP⁷ y se correlacionaron (Pearson) los resultados totales obtenidos en ambas pruebas. Se verificó la idoneidad del análisis factorial mediante la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Se estudió la estructura factorial de la escala mediante un análisis de componentes principales, utilizando el método de rotación varimax. Los resultados del análisis factorial se validaron con el 50% de los casos seleccionados al azar. Posteriormente, para cada uno de los factores obtenidos se calculó el alfa de Cronbach y la correlación entre la puntuación obtenida en el factor y la obtenida en el total de la escala.

Por último, para el estudio bivalente de las variables de la carátula y la puntuación total obtenida en la escala y en cada uno de los once factores, se utilizó la correlación de Pearson, la *t* de Student y el análisis de la varianza.

Resultados

De los formularios remitidos a los trabajadores, un total de 267 resultaron válidos para la investigación (el 43,9% de respuesta).

Los resultados obtenidos en las variables de la carátula se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. **Resultados de los datos iniciales (n = 267)**

Sexo, n (%)	
Varones	69 (25,8)
Mujeres	197 (73,8)
NS/NC	1 (0,4)
Edad, media \pm DT	40,51 \pm 9,02
Estado civil (%)	
Solteros	18,7
Casados	67
Otros	10,5
NS/NC	3,7
Hijos, media \pm DT	1,42 \pm 1,03
Situación laboral (%)	
Fijos	66,3
Eventuales/interinos	25,8
NS/NC	7,8
Centro de trabajo (%)	
Urbano	90,6
Rural	5,2
NS/NC	4,1
Años de profesión, media \pm DT	16,25 \pm 6,74
Años de empleo actual, media \pm DT	8,79 \pm 7
Mando intermedio (%)	
Sí	19,1
No	78,3
NS/NC	2,6
Colectivo (%)	
Médicos	29,2
Pediatras	9,0
DUE/fisio	27,0
Auxiliares de enfermería	22,1
Auxiliares administrativos	3,4
Celadores	5,6
NS/NC	3,7
Turno (%)	
Mañana	50,6
Tarde	46,4
NS/NC	3
Más de un equipo (%)	
Sí	44,6
No	45,7
NS/NC	9,7

DT: desviación típica; NS/NC: no sabe o no contesta.

A continuación se presentan las características psicométricas de la escala en cuyos análisis no se ha considerado el ítem 48 (“en mi equipo se incentiva a los empleados que alcanzan los objetivos marcados”), como se explicará más adelante.

La puntuación media \pm desviación típica obtenida en la escala Q-Labors-57-AP con 267 sujetos fue de $174,3 \pm 28,5$. La primera mitad de la escala obtuvo $86,1 \pm 14,3$ y la segunda mitad, $88,2 \pm 15,1$. La fiabilidad, estudiada por el método de las 2 mitades, fue 0,877; el resultado final con la corrección de Spearman-Brown obtuvo 0,9345. El alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0,9379; el coeficiente de correlación intraclase, 0,8757, y la validez de criterio concurrente, 0,745.

Se procedió al análisis factorial mediante un análisis de componentes principales, y la prueba KMO obtuvo 0,873 y el test de Barlett, 8557,6 ($p < 0,00001$). Los factores fueron rotados mediante el método varimax. Se obtuvieron 11 factores que explican el 63,4% de la varianza.

En la tabla 3 se presenta la estructura factorial y las características de cada uno de los factores. El ítem 48 presentó cargas factoriales semejantes en varios factores y fue eliminado de los análisis.

Se consideró importante validar los resultados de la estructura factorial, y para ello se seleccionó al azar el 50% de

los casos. Los resultados obtenidos confirmaron la estructura, aunque los ítems 26 (inseguridad ante alteraciones del orden), 33 (insuficiencia de materiales) y 47 (descoordinación del área de AP) aparecen en el factor 8, sobrecarga laboral.

En lo que respecta a la puntuación total obtenida y las variables dicotómicas de la carátula, no se ha observado ninguna diferencia significativa en la comparación de medias, salvo en la variable “función de mando intermedio”, donde los que han respondido afirmativamente obtienen una media significativamente más alta en la escala ($\bar{X} = 185,35$; $t = 3,75$; $p = 0,000$). La variable “número de hijos” fue recodificada y convertida en dicotómica (“con hijos”/“sin hijos”), sin diferencia significativa en la puntuación total obtenida en los 2 grupos.

No se observa ninguna diferencia significativa en el análisis de la varianza de la variable “estado civil” y puntuación total ni en la variable recodificada “edad” (“grupo 1 = hasta 35 años”; “grupo 2 = 36-50”; “grupo 3 = 51-64”), pero sí aparece esta diferencia en la variable “colectivo” ($F = 4,8924$; $p = 0,0003$). El grupo que obtiene una media más baja es el de los médicos ($n = 78$; $\bar{X} = 163,60$) y son los auxiliares de enfermería los que obtienen la media más alta ($n = 9$; $\bar{X} = 192,33$).

En lo que respecta a los resultados obtenidos en la comparación de medias de las variables dicotómicas de la carátu-

Tabla 3. Estructura factorial de la escala Q-Labors-57(AP)

Factor y nombre	N.º del ítem en la escala y descripción breve	Saturación	Varianza explicada	Media \pm DT del factor	α de Cronbach	Correlación con p total
Factor 1: Relaciones jerárquicas	25. Jefe estimula innovación	0,748	24,254	$29,62 \pm 7,47$	0,9227	0,729*
	27. Responsable potencia trabajo equipo	0,803				
	30. Jefe apoya	0,811				
	42. Poca comunicación con jefe	0,747				
	45. Jefe accesible apoya el trabajo	0,728				
	51. Felicitación del jefe por buen trabajo	0,789				
	52. Comunicación habitual con jefe	0,79				
	54. Jefe no aprecia buen trabajo	0,701				
	55. Objetivos consensuados jefe directo	0,475				
Factor 2: Realización profesional	3. Trabajo no permite desarrollo personal	0,664	7,523	$21,4 \pm 5,3$	0,8451	0,758*
	6. Uso de conocimientos	0,685				
	11. Expectativas cumplidas con el trabajo	0,616				
	18. Creatividad e innovación en trabajo	0,536				
	43. Trabajo interesante	0,545				
	48. Trabajo infrautiliza preparación	0,61				
Factor 3: Relaciones interpersonales	49. Alta satisfacción con el trabajo	0,661	5,939	$16,38 \pm 5,13$	0,8818	0,588*
	8. Unidad trabaja en equipo	0,593				
	15. Comunicación fluida en el equipo	0,675				
	21. Ambiente trabajo grato	0,764				
	31. Trato impersonal en el equipo	0,717				
	38. Conflictos frecuentes en el equipo	0,771				
	39. Ayuda mutua en el equipo	0,659				

(Continúa en pág. siguiente)

Tabla 3. Estructura factorial de la escala Q-Labors-57(AP) (continuación)

Factor y nombre	N.º del ítem en la escala y descripción breve	Saturación	Varianza explicada	Media ± DT del factor	α de Cronbach	Correlación con p total
Factor 4: Horario y vida personal	4. Posibilidad armonizar trabajo y familia	0,809	4,601	20,26 ± 4,94	0,8872	0,713 ^a
	12. Horario afecta a la salud	0,782				
	34. Horario dificulta la vida familiar	0,888				
	40. Horario adaptado a la persona	0,695				
	46. Desatención de la vida personal	0,744				
Factor 5: Cooperación entre unidades	9. Descoordinación con AE	0,464	3,947	12,76 ± 3,76	0,8313	0,615 ^a
	20. Escasa cooperación con otros equipos	0,731				
	23. Relaciones fluidas con otros equipos	0,796				
	35. Relación fluida con AE	0,665				
	50. Cooperación con otros equipos	0,776				
Factor 6: Medio físico y tecnológico	5. Medio ambiente dificulta el trabajo	0,792	3,505	22,88 ± 5,91	0,8141	0,651 ^a
	10. Adecuación recursos materiales	0,542				
	16. Mantenimiento de materiales correcto	0,403				
	26. Inseguridad ante alteraciones del orden	0,389				
	32. Medio ambiente adecuado	0,758				
	33. Insuficiencia de materiales	0,45				
	37. Seguridad frente a contagios-tóxicos	0,656				
	57. Garantía seguridad física ante agresiones	0,585				
Factor 7: Relación con los pacientes	7. Relación fácil con los pacientes	0,66	3,455	21,65 ± 3,92	0,7722	0,442 ^a
	28. Evitar relación con familiares	0,62				
	29. Respeto a pacientes	0,721				
	36. Indiferencia hacia pacientes	0,734				
	44. Pacientes y perder los nervios	0,604				
Factor 8: Sobrecarga laboral	53. Pacientes producen satisfacciones	0,626	3,111	7,50 ± 2,43	0,6835	0,537 ^a
	2. Esfuerzos extraordinarios	0,652				
	13. Sin tiempo para relajarse	0,591				
Factor 9: Planificación y gestión	24. Sobrecarga mental	0,757	2,668	13,54 ± 2,93	0,7274	0,709 ^a
	19. Desconocimiento objetivos	0,595				
	22. Buena planificación objetivos	0,598				
	47. Descoordinación del área de AP	0,317				
Factor 10: Salario	56. Bien informado objetivos unidad	0,656	2,295	3,92 ± 1,96	0,7358	0,195 ^a
	1. Salario insuficiente para puesto	0,815				
Factor 11: Promoción	17. Salario inferior a responsabilidad	0,845	2,098	4,44 ± 1,85	0,6687	0,474 ^a
	14. Se ignora la promoción	0,533				
	41. Vida profesional sin promoción	0,673				

DT: desviación típica; AE: atención especializada; AP: atención primaria; ^ap < 0,01.

la y los 11 factores, en la variable "sexo" se observa diferencia significativa en el factor 5, cooperación entre unidades (t = 2,089; p = 0,038), y 10, salario (t = 2,975; p = 0,003); en ambos casos, los varones obtienen una puntuación menor.

No existe ninguna diferencia significativa en lo que respecta a las variables "situación laboral", "centro de trabajo" y "con hijos/sin hijos" y cualquiera de los 11 factores.

En la variable "funciones de mando intermedio", los que han respondido afirmativamente obtienen medias significati-

vamente más altas en los factores 1, relaciones jerárquicas (t = 3,235; p = 0,002); 2, realización personal (t = 3,271; p = 0,001); 3, relaciones interpersonales (t = 2,659; p = 0,009); 4, horario y vida personal (t = 2,333; p = 0,021); 9, planificación y gestión (t = 3,455; p = 0,001), y 11, promoción (t = 3,370; p = 0,001).

El turno de mañana ha obtenido una media significativamente más alta en los factores 3, relaciones interpersonales (t = 9,467; p = 0,000); 5, cooperación entre unidades (t =

2,505; $p = 0,013$), y 6, medio físico y tecnológico ($t = 2,619$; $p = 0,009$).

En la variable “más de un equipo de AP”, los que han contestado afirmativamente han obtenido una media significativamente mayor en el factor 1, relaciones jerárquicas ($t = 2,423$; $p = 0,016$).

No se ha observado ninguna diferencia significativa en el análisis de la varianza de la variable “estado civil” y los 11 factores, salvo en el factor 7, relación con los pacientes ($F = 4,916$; $p = 0,008$), en el que el grupo “otros” ha obtenido la media más alta.

En lo que respecta a los grupos profesionales, se han obtenido diferencias significativas en el factor 2, realización profesional, y la puntuación más alta era la de los auxiliares de enfermería y la más baja, la de los auxiliares administrativos ($F = 5,022$; $p = 0,000$); en los factores 3, relaciones interpersonales, y 5, cooperación entre unidades, las puntuaciones más altas corresponden de nuevo a los auxiliares de enfermería, mientras el grupo de médicos presenta las más bajas ($F = 4,925$; $p = 0,000$ y $F = 14,197$; $p = 0,000$, respectivamente); en el factor 6, medio físico y tecnológico, los auxiliares de enfermería presentan la puntuación más alta, mientras que la más baja es la del grupo de celadores ($F = 3,086$; $p = 0,010$); en el factor 7, relación con los pacientes, la puntuación más alta es la del grupo DUE/ATS, mientras la más baja, la del grupo de auxiliares administrativos ($F = 6,7353$; $p = 0,0000$). Por último, en el factor 8, sobrecarga laboral, los auxiliares de enfermería son los que obtienen la puntuación mayor, mientras el grupo de médicos obtiene la puntuación más baja ($F = 9,237$; $p = 0,000$).

Las medias y desviaciones típicas de los distintos grupos profesionales de los 11 factores se presentan en la tabla 4.

En la variable recodificada “edad” no se han observado diferencias en ninguno de los factores salvo en el factor 10, salario, donde el grupo de edad 3 (51-64 años) ha obtenido la media más alta ($F = 7,2070$; $p = 0,0009$).

En lo que respecta a las variables cuantitativas “años de ejercicio en la profesión” y “años de permanencia en el puesto actual” y puntuación total y en cada uno de los 11 factores, en la tabla 5 se presentan las correlaciones de Pearson obtenidas y su significación estadística.

Discusión

Como cabía esperar, los resultados psicométricos de la escala son muy semejantes a los de la escala original, y proporcionan fiabilidad y validez adecuadas para su uso en AP.

Aunque el tamaño muestral cumple prácticamente la regla de un número de observaciones por lo menos 5 veces mayor que el número de variables que se va a analizar⁸, es deseable una muestra mayor, que permitiría la validación de la estructura factorial al utilizar el 50% de los casos seleccionados al azar, ya que 3 de los ítems, 2 de ellos del factor 6, medio físico y tecnológico y 1 del factor 9, planificación y gestión, se situaron en el factor 8, sobrecarga laboral. En futuros estudios tendrá que comprobarse si se valida completamente la estructura factorial.

Salvando las modificaciones en la redacción de los ítems, para una mejor adaptación a las peculiaridades del nuevo contexto, la estructura factorial es semejante a la de la escala original en los siguientes factores: “realización profesional”, “relaciones interpersonales”, “horario y vida personal”, “cooperación entre unidades”, “relación con los pacientes” y “sobrecarga laboral”.

Las diferencias aparecen en el factor “relaciones jerárquicas” que incorpora el ítem “los objetivos que debo alcanzar están consensuados con mi responsable directo”, procedente del factor “planificación y gestión” de la escala original. Por otro lado, en el factor “medio físico y tecnológico” se han incluido los 2 nuevos ítems sobre seguridad ante

Tabla 4. Medias y desviaciones típicas (DT) obtenidas por los distintos grupos profesionales en cada uno de los 11 factores

Factores	Profesionales					
	Médicos	Pediatras	DUE/ATS	Auxiliares de enfermería	Auxiliares administrativos	Celadores
Relaciones jerárquicas	28,06 ± 7,63	28,54 ± 8,15	30,96 ± 7,64	29,78 ± 7,81	30,27 ± 6,9	30,26 ± 7,88
Realización profesional	20,77 ± 5,17	22,92 ± 5,44	23,31 ± 5,19	23,67 ^b ± 4,3	19,49 ± 4,7	19,93 ± 4,82
Relaciones interpersonales	14,13 ± 5,06	16,92 ± 4,53	17 ± 4,99	19,33 ^b ± 4,24	17,68 ± 5,03	16,93 ± 5,49
Horario	19,41 ± 5,15	20,67 ± 5,36	20,43 ± 5,19	23,11 ± 3,14	20,46 ± 4,18	20,27 ± 5,59
Cooperación unidad	10,41 ± 3,26	12,38 ± 3,89	13,24 ± 3,07	16,11 ^b ± 2,2	14,46 ± 3,43	14,93 ± 4,17
Medio físico y tecnológico	22,12 ± 5,3	24,46 ± 5,39	24 ± 6,34	26,33 ^a ± 3,87	21,32 ± 5,71	20,87 ± 5,87
Relación con los pacientes	20,86 ± 3,65	21,75 ± 4,23	23,66 ^b ± 3,67	22,55 ± 2,83	20,29 ± 3,65	22,13 ± 3,74
Sobrecarga	6,1 ± 2,02	8,08 ± 2,36	8,11 ± 2,23	9,44 ^b ± 1,94	7,91 ± 2,51	8 ± 2,51
Planificación y gestión	13,54 ± 2,77	13,75 ± 3,49	14,07 ± 2,71	12,78 ± 3,73	12,97 ± 2,93	13,27 ± 3,17
Salario	3,81 ± 1,89	3,54 ± 1,69	3,83 ± 2,14	4,56 ± 2,65	4,22 ± 1,89	3,93 ± 1,87
Promoción	4,4 ± 1,85	4,46 ± 1,84	4,85 ± 2,02	4,67 ± 1,41	4,03 ± 1,71	4,2 ± 1,86

^a $p < 0,05$; ^b $p < 0,01$.

alteraciones del orden. Los 2 ítems sobre salario se agrupan formando un nuevo factor del mismo nombre, y lo mismo ocurre con los 2 ítems referentes a la promoción. Por último, el ítem 47, "la descoordinación es la característica de esta área de AP", presenta una carga factorial insuficiente para el tamaño muestral⁸, y en futuros estudios se deberá decidir si se elimina o puede permanecer formando parte de la escala.

A continuación se presentan los factores detallados y clasificados según su pertenencia a las condiciones objetivas y subjetivas de la CVL para el contexto de la atención primaria.

Condiciones objetivas

1. Medio físico y tecnológico (factor 6) (entre paréntesis se presenta el orden de los factores atendiendo a la varianza explicada en el análisis factorial). Engloba los aspectos relacionados con el suministro y mantenimiento de material (tecnológico) y los relacionados con la seguridad por contagio y la seguridad física ante agresiones. La seguridad ante agresiones no se había explorado en hospitales, pero en el último año se ha percibido como un factor importante en la CVL, por lo que se consideró adecuada su inclusión.

Tabla 5. **Correlaciones entre las variables "años de profesión" y "años en el puesto actual" y puntuación total en la escala y en los 11 factores**

Factores	Años de profesión	Años en el puesto actual
Relaciones jerárquicas	0,105 0,093	-0,014 0,827
Realización profesional	0,176 ^b 0,005	0,14 0,82
Relaciones interpersonales	0,198 ^b 0,001	0,082 0,188
Horario	0,033 0,602	-0,134 ^a 0,031
Cooperación unidad	0,081 0,195	-0,045 0,467
Medio físico y tecnológico	0,227 ^b 0	0,083 0,183
Relación con los pacientes	0,105 0,093	0,028 0,652
Sobrecarga	0,142 ^a 0,023	0,114 0,066
Planificación y gestión	0,149 ^a 0,017	0,06 0,336
Salario	-0,089 0,153	-0,176 ^a 0,004
Promoción	0,065 0,297	-0,099 0,109
P. total	0,187 ^b 0,003	0,003 0,963

^ap < 0,05; ^bp < 0,01.

2. Salario (factor 10). Tal y como se ha comentado anteriormente, los 2 ítems que constituyen este factor estaban incluidos en el factor "incentivación y promoción" en la escala original aplicada en el medio hospitalario.

3. Promoción (factor 11). Consta de 2 ítems, ya que no se consideró adecuado para el contexto de AP el ítem referente al posible ascenso por méritos; por otro lado, el referente a la incentivación se eliminó de la escala porque presenta cargas factoriales semejantes en varios factores.

4. Sobrecarga laboral (factor 8). Los 3 ítems incluidos en este factor, iguales a los de la escala original, reflejan el insuficiente tiempo para atender a la demanda asistencial. El aumento de la demanda asistencial, en gran parte debido al incremento de la población, no conlleva un adecuado ritmo de crecimiento de recursos, lo que supone una sobrecarga laboral para el personal sanitario.

5. Horario y vida personal (factor 4). Al igual que en hospitales, refleja la relación entre la vida personal y familiar con el horario laboral. Los 5 ítems se consolidan y forman parte del cuestionario sin ninguna diferencia respecto a la escala original.

Condiciones subjetivas

Los factores subjetivos o intrínsecos son los que están más ligados a la satisfacción de las necesidades superiores de la persona y están relacionados con el esfuerzo, el desarrollo de la propia actividad, la responsabilidad de lo que se hace, las expectativas cumplidas en el puesto de trabajo, y demás.

En la escala Q-Labors-57 para atención primaria se han identificado 6 factores subjetivos que contemplan ítems muy similares a los de la escala utilizada para hospitales, que se comentan a continuación:

1. Realización profesional (factor 2). Que el profesional pueda utilizar sus conocimientos y habilidades y desarrollar sus potencialidades en su puesto de trabajo es una de las fuentes de satisfacción más importantes para los trabajadores. La vivencia de que el trabajo permite el desarrollo personal, así como que uno vea cumplidas sus expectativas en este sentido, es un factor de motivación muy importante.

2. Relaciones con los pacientes (factor 7). Sea cual sea la perspectiva que se adopte, el paciente siempre será la máxima preocupación de una organización sanitaria como la AP. Situación que se hace cotidiana a través de las miles de visitas que la población realiza a nuestros centros diariamente. Visitas o encuentros que son verdaderos momentos de la verdad, donde se pone en evidencia la capacidad que tienen los profesionales sanitarios para adaptarse a las diferentes circunstancias mediante sus actitudes y conductas para llevar a cabo una atención sanitaria integral que supone un considerable esfuerzo en tiempo y energía.

3. Relaciones interpersonales (factor 3). El trabajo multidisciplinar es uno de los aspectos más relevantes en la organización de todas las unidades funcionales en AP. El trabajo conjunto tiene que ver con las destrezas interpersonales y la sensibilidad para conseguir que se cumplan los diferentes cometidos a través de los modos de influir, de tomar decisiones,

de colaborar y comunicar para lograr en definitiva destacar y reflejar el esfuerzo colectivo.

4. Relaciones jerárquicas (factor 1). Las malas relaciones de los profesionales con su jefe inmediato superior, son fundamentales a la hora de generar insatisfacción, estrés o un clima de tensión. El jefe ha de ser capaz de generar en los profesionales que estén a su cargo afán de colaboración, de trabajo en equipo y de esfuerzo por conseguir los objetivos comunes.

5. Planificación y gestión (factor 9). El conocimiento de los objetivos, sentirlos como propios, permite clarificar expectativas, mejorar el desempeño, aumentar la confianza de los trabajadores y reducir el estrés y la insatisfacción.

6. Cooperación entre unidades (factor 5). La percepción de colaboración y apoyo entre los distintos equipos del centro y la relación fluida con la AE suponen una importante contribución a la CVL de los profesionales de la salud.

Como puede apreciarse de lo comentado hasta aquí, la clasificación de los factores que se presenta en la tabla 1 es muy semejante a la obtenida en la adaptación de la escala a AP, salvo en el apartado de condiciones objetivas, donde el factor "incentivación y promoción" queda desglosado en 2: "salario" y "promoción".

En general, los factores clasificados en las condiciones objetivas han sido los peor valorados. Así, los factores 10, salario, y 11, promoción, son los que obtienen una puntuación media menor. Estos aspectos también son desfavorablemente valorados en otros estudios realizados en este ámbito⁹⁻¹². Lo mismo ocurre con el factor 8, sobrecarga laboral, en el que el grupo profesional de médicos presenta las puntuaciones más bajas^{9,11-13}. El factor 6, medio físico y tecnológico, también se ha valorado de forma insuficiente. Este factor no es habitual en otros estudios, sin embargo, y a pesar de las diferencias de contexto, la media obtenida es semejante a la obtenida en el medio hospitalario. Por último, cabe destacar, dentro de las condiciones objetivas que estamos comentando, el factor 4, horario y vida personal, como el mejor valorado de la escala por los trabajadores.

Dentro de las condiciones subjetivas, los aspectos peor valorados son el factor 5, cooperación entre unidades, y el factor 3, relaciones interpersonales; el turno de tarde obtuvo puntuaciones significativamente más bajas en ambos factores. Una posible explicación para este hecho podría estar en unas condiciones más deficientes de comunicación, ya que la presión asistencial es mayor en el turno de tarde y se dispone de menos tiempo para reuniones. El factor 5, cooperación entre unidades, que en la escala adaptada incluye 2 ítems sobre las relaciones con la AE, generalmente no es un aspecto contemplado en otras escalas; sin embargo, en el trabajo de Molina Siguero et al¹³ aparece consignado por médicos y pediatras de AP en noveno lugar, como uno de los problemas desencadenantes de mal funcionamiento o de estrés. En lo que respecta a las relaciones interpersonales, es éste, en general, uno de los aspectos mejor valorados por los trabajadores en otras investigaciones^{9,11,12} y se puede considerar un factor de gran importancia para la salud personal y organizacional,

ya que el apoyo social percibido contribuye a amortiguar las experiencias estresantes¹⁴.

El aspecto mejor valorado dentro de las condiciones subjetivas es el factor 7, relación con pacientes. Los ítems que componen este factor no miden exclusivamente despersonalización, como ocurre en el caso de la escala de *burnout* de Maslach (MBI), también exploran la capacidad de relación, la satisfacción y la realización personal que se obtiene en el proceso de atención y ayuda a los pacientes, de ahí que los resultados no sean exactamente comparables a los obtenidos en otras investigaciones en las que se ha utilizado la mencionada escala. Sin embargo, el resultado es semejante al obtenido en la aplicación de la escala en el medio hospitalario. Como se ha comentado anteriormente, el paciente es la máxima preocupación de una organización sanitaria como la AP y, por el resultado obtenido en este y otros trabajos¹⁵, podemos pensar que los profesionales consideran muy importante para su realización personal y profesional la calidad de esta relación¹⁶. Los factores "realización profesional" (factor 2), "relaciones jerárquicas" (factor 1) y "planificación y gestión" (factor 9) ocupan posiciones intermedias, semejantes a las obtenidas en el medio hospitalario.

Por último, cabe destacar que, en general, parece que los coordinadores, responsables de enfermería y jefes de grupo se encuentran más realizados desde el punto de vista profesional que los demás.

De acuerdo con los resultados obtenidos, los que han respondido afirmativamente en la variable "función de mando intermedio" han valorado más positivamente que el resto de los profesionales la comunicación, el apoyo y el reconocimiento de su jefe inmediato, coincidiendo con otros estudios¹⁰. Este aspecto es también mejor valorado por los profesionales que trabajan en centros de salud con más de un equipo, ya que en estos casos la coexistencia en turno con los jefes inmediatos es del 100%, algo que puede no ocurrir en equipos de doble turno, en los que la relación con los jefes no es tan directa.

Los mandos intermedios también hacen una mejor valoración del factor referido a planificación y gestión, ya que son los que firman los contratos de gestión asistencial de las unidades funcionales y tienen una mayor capacidad de control, aspecto muy relacionado con la CVL, que en grado deficitario se ha identificado como uno de los factores de riesgo psicosocial más predictivos de enfermedad coronaria¹⁷, síntomas somáticos, distrés emocional, estrés de rol, absentismo y movilidad¹⁸. Por esto mismo, siempre es deseable una mayor claridad en la transmisión de los objetivos tanto del área como del equipo a los demás profesionales, lo que permite más capacidad de planificación y conocimiento de la que se espera de cada profesional para lograrlo.

Las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en la escala y los 11 factores y las variables "años en la profesión" y "años de permanencia en el puesto actual", aunque significativas, en algunos casos debido probablemente al tamaño muestral, tienen poco poder de explicación ya que son muy bajas.

Finalmente, la adaptación de la escala Q-Labors a AP se planteó como una necesidad en un trabajo anterior, y ahora se ofrece a la comunidad científica.

Futuras aplicaciones permitirán crear una base de datos que permitan la consolidación de la escala y sus factores y la creación de un baremo para los distintos grupos profesionales.

Bibliografía

1. Sánchez R, Álvarez R, Lorenzo S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *Medifam* 2003;13:291-6.
2. Cebrià J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria. *Gac Sanit* 2003;17:483-9.
3. González P, Peiró JM, Bravo MJ. Calidad de vida laboral. En: Peiró JM, Prieto F, editores. *Tratado de psicología del trabajo*. Vol. II: Aspectos psicosociales del trabajo. Madrid: Síntesis, 1996; p. 161-86.
4. Casas J, Repullo JR, Lorenzo S, Cañas JJ. Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Rev Admin Sanitaria* 2002;6:143-60.
5. Casas J, Repullo Jr, Lorenzo S, Cañas JJ. Validación de la escala Q-Labors para evaluar la calidad de vida laboral en hospitales. *Rev Admin Sanitaria* 2002;6:161-82.
6. Pineault R. *La planificación sanitaria: conceptos, métodos y estrategias*. Barcelona: Masson, 1990.
7. Fernández MI, Villagrasa JR, Gamo MF, Vázquez J, Cruz E, Aguirre MV, et al. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 1995;69:487-97.
8. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análisis multivariante*. Madrid: Prentice Hall, 2000.
9. Fernández MI, Moinelo A, Villanueva A, Andrade C, Rivera M, Gómez JM, et al. Satisfacción laboral de los profesionales de Atención Primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2000;74:139-47.
10. Alonso M, Iglesias AI, Franco A. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Aten Primaria* 2002;30:483-9.
11. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2003;31:227-33.
12. Cortés JA, Martín J, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Aten Primaria* 2003;32:288-95.
13. Molina A, García MA, Alonso M, Cermeño PC. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria* 2003;31:564-74.
14. Peiró JM. *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide, 1999.
15. Palacio F, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M, Piñol JL. Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Aten Primaria* 2003;32:135-43.
16. Ruiz R, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 2003;32:594-602.
17. Benavides FG, Gimeno D, Benach J, Martínez JM, Jarque S, Berra A, et al. Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gac Sanit* 2002;16:222-9.
18. Parkes KR. Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En: Buendía J, editor. *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1998; p. 79-117.

Anexo 1**Instrucciones para cumplimentar el cuestionario**

Este cuestionario se dirige a todo el personal de atención primaria

Al no serle solicitada ninguna petición de información por la cual pueda ser identificado, esta encuesta garantiza su anonimato

La escala consta de una serie de frases que deben completarse con un juicio valorativo por su parte: es esencial que haga sus valoraciones con sinceridad

Esos juicios valorativos se emitirán empleando una escala con 5 números que se refieren al grado de acuerdo/desacuerdo con el enunciado correspondiente:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

Es muy importante que conteste a todas las frases

Teniendo en cuenta lo anterior, lea atentamente el cuestionario y marque en la casilla correspondiente la respuesta que defina mejor su posición

Muchas gracias

Datos iniciales

Sexo: Varón ☐ Mujer ☐ Edad: _____ Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ Otros ☐ Número de hijos: _____

Situación laboral: Vinculación fija (contrato indefinido) ☐ Eventual-interino ☐ Centro de trabajo: Urbano ☐ Rural ☐

Años ejercicio en la profesión: _____ Años en el puesto actual: _____ ¿Tiene funciones de mando intermedio?: Sí ☐ No ☐

Colectivo:

Médicos de familia ☐ Pediatras ☐ DUE/ATS ☐ Aux. enfermería ☐ Aux. administrativo ☐ Celadores ☐
Matronas ☐ Fisioterapeutas ☐ Odontólogos/estomatólogos ☐ Higienistas ☐ Trabajadores sociales ☐ Farmacéuticos ☐

Turno: Mañana ☐ Tarde ☐

¿Su centro de salud tiene más de un equipo de AP? Sí ☐ No ☐

Escala de calidad de vida laboral Q-Labors-57-AP

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
1 El salario que percibo es insuficiente para el puesto que desempeño	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
2 Para obtener resultados satisfactorios debo realizar esfuerzos extraordinarios	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
3 El trabajo que realizo no permite mi desarrollo profesional	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
4 Mi trabajo me permite armonizar mis responsabilidades laborales con las familiares y personales	1	2	3	4	5
5 Las condiciones ambientales (luz, espacio, ruidos, etc.) en que realizo mi trabajo dificultan gravemente su realización	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
6 El trabajo que realizo me permite utilizar mis conocimientos y experiencia	1	2	3	4	5
7 La relación con los pacientes me resulta fácil	1	2	3	4	5
8 En mi centro de salud se trabaja en equipo	1	2	3	4	5
9 Tengo muchas dificultades y retrasos en la realización de mi trabajo debido a problemas de coordinación con la atención especializada	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
10 Los recursos materiales de que dispongo me permiten realizar mi trabajo adecuadamente	1	2	3	4	5
11 Se están cumpliendo las expectativas favorables que tenía respecto a mi puesto de trabajo	1	2	3	4	5
12 El horario de trabajo afecta a mi salud y bienestar físico	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
13 En mi equipo de trabajo no suele haber tiempo para relajarse	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
14 En mi trabajo no existen posibilidades de promoción	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a

(Continúa en pág. siguiente)

Escala de calidad de vida laboral Q-Labors-57-AP (continuación)

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
15 La comunicación con mis compañeros de equipo de trabajo es fluida	1	2	3	4	5
16 El mantenimiento del material y el instrumental que utilizo para la realización de mi trabajo se realiza correctamente	1	2	3	4	5
17 El salario que percibo es insuficiente para la carga de responsabilidad que ejerzo	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
18 Puedo ser creativo e innovador en mi puesto de trabajo	1	2	3	4	5
19 Desconozco los objetivos que debo alcanzar en mi puesto de trabajo	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
20 En general, el intercambio y la cooperación con otros equipos de atención primaria es escaso	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
21 El ambiente de trabajo con mis compañeros es, en general, grato y amistoso	1	2	3	4	5
22 En mi unidad los objetivos que se deben alcanzar están adecuadamente planificados	1	2	3	4	5
23 Mi equipo se relaciona fluidamente con otros equipos de atención primaria	1	2	3	4	5
24 Las exigencias de mi trabajo me suponen una importante sobrecarga mental	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
25 Mi responsable directo me estimula a ser creativo e innovador	1	2	3	4	5
26 Me siento inseguro ante posibles alteraciones graves del orden, agresiones u otras circunstancias similares que puedan tener lugar en mi puesto de trabajo	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
27 Mi responsable directo potencia y valora el trabajo en equipo	1	2	3	4	5
28 Evito, siempre que puedo, relacionarme con los familiares de los pacientes	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
29 Noto que me cuesta sentir hacia algunos pacientes la misma consideración e interés que sentía antes	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
30 Me siento apoyado por mi responsable directo	1	2	3	4	5
31 El ambiente de trabajo entre los compañeros es bastante impersonal	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
32 El entorno en que realizo mi trabajo: luz, espacio, ruido, etc., es adecuado	1	2	3	4	5
33 Carezco del material y el instrumental necesarios para la correcta realización de mi trabajo	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
34 El horario de trabajo dificulta mi vida personal y familiar	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
35 La relación entre mi equipo y los servicios de atención especializada es fluida	1	2	3	4	5
36 En ocasiones, llego a tratar a los pacientes con indiferencia	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
37 Las condiciones ambientales garantizan mi seguridad personal respecto a posibles contagios, manipulación de productos tóxicos, etc.	1	2	3	4	5
38 En mi equipo son frecuentes los conflictos entre compañeros	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
39 En mi equipo los miembros del grupo se ayudan mutuamente	1	2	3	4	5
40 En términos generales, puedo adaptar el horario laboral a mis necesidades personales	1	2	3	4	5
41 En mi trabajo no se considera la promoción como algo necesario a lo largo de toda la vida profesional	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
42 La comunicación con el responsable de mi equipo tiene lugar con poca frecuencia	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
43 En general, considero mi trabajo interesante	1	2	3	4	5
44 En ocasiones, hay pacientes que me hacen perder los nervios	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
45 La comunicación con el responsable de mi equipo supone un apoyo para la realización de mi trabajo	1	2	3	4	5
46 Debido a mi puesto de trabajo, mis responsabilidades familiares y personales están desatendidas	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
47 La descoordinación es la característica de esta área de AP	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
48 En mi trabajo se infrutiliza mi preparación profesional	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
49 Mi nivel de satisfacción en el trabajo es alto	1	2	3	4	5
50 Existe un buen nivel de cooperación entre mi equipo y los demás equipos	1	2	3	4	5

(Continúa en pág. siguiente)

Escala de calidad de vida laboral Q-Labors-57-AP (continuación)

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
51 Mi responsable inmediato me felicita cuando realizo un buen trabajo	1	2	3	4	5
52 La comunicación con el responsable de mi equipo es habitual	1	2	3	4	5
53 Mi relación con los pacientes me proporciona muchas satisfacciones	1	2	3	4	5
54 Mi jefe inmediato no aprecia el trabajo bien realizado	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a
55 Los objetivos que debo alcanzar están consensuados con mi responsable directo	1	2	3	4	5
56 Estoy bien informado de los objetivos que se deben alcanzar en mi unidad	1	2	3	4	5
57 Las condiciones de mi centro de salud garantizan mi seguridad física en caso de agresiones o incidentes graves	1	2	3	4	5

AP: atención primaria.

^aÍtems negativos.