

# Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD

José Miguel Morales Asencio<sup>a</sup> / Candela Bonill de las Nieves<sup>b</sup> / Miriam Celdrán Mañas<sup>b</sup> / Juan Carlos Morilla Herrera<sup>b,c</sup> /

ilar papers at [core.ac.uk](http://core.ac.uk)

Universitaria de Enfermería, Universidad de Málaga, España; <sup>b</sup>Servicio de Enfermería, Distrito Sanitario Costa del Sol, Málaga, España; <sup>c</sup>Enfermería Comunitaria de Enlace, Distrito Sanitario Costa del Sol, Málaga, España.

(Design and validation of a home care satisfaction questionnaire: SATISFAD)

## Resumen

**Objetivos:** Construir y validar un instrumento que evalúe la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria en versión autoadministrada y telefónica.

**Método:** Estudio observacional transversal en población con atención domiciliaria de los distritos sanitarios de Málaga, Costa del Sol, Almería y Granada. Se diseñó un cuestionario por parte de expertos en la técnica Delphi. Posteriormente, se evaluó la fiabilidad entre las versiones telefónica y autoadministrada y, por último, se comprobó su validez de constructo y la consistencia interna.

**Resultados:** La fiabilidad entre las versiones telefónica y autoadministrada fue alta (coeficiente de correlación intraclass = 0,876; intervalo de confianza del 95%, 0,726-0,941;  $p = 0,0001$ ). La consistencia interna también fue adecuada (alfa de Cronbach de 0,853 y 0,799 para las distintas versiones, con o sin cuidadora, respectivamente). El análisis factorial explicaba un 66,80 y un 67,81% de la varianza observada para las distintas versiones (con o sin cuidadora). Se aislaron 2 factores que tenían que ver con la relación interpersonal, el rol de la cuidadora y la toma de decisiones.

**Conclusiones:** La evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria puede realizarse con dimensiones habitualmente utilizadas en los estudios de satisfacción, aunque han de ser evaluadas mediante instrumentos diseñados al efecto. La accesibilidad, la comunicación y las relaciones interpersonales adquieren un alto valor explicativo en la satisfacción de este tipo de población.

**Palabras clave:** Satisfacción. Atención domiciliaria. Poblaciones vulnerables.

## Abstract

**Objectives:** To design and validate an instrument to assess satisfaction with home care services, in both self-administered and telephone versions.

**Methods:** We performed a cross-sectional observational study of the population using home care services in the health districts of Malaga, Costa del Sol, Almeria and Granada (Spain). A questionnaire was designed by an expert panel using a Delphi technique. Reliability between the self-administered and telephone versions was analyzed. Finally, internal consistency and construct validity were assessed.

**Results:** Reliability between the self-administered and telephone versions was high (intraclass correlation coefficient = 0.876; 95% CI, 0.726-0.941;  $p = 0.0001$ ). Internal consistency was adequate (Cronbach's alpha: 0.853 and 0.799 for both versions, with or without caregiver, respectively). The factorial analysis explained 66.80% and 67.81% of the observed variance for the two versions (with or without caregiver, respectively). Two factors were isolated and related to interpersonal relationships, the role of the carer, and decision making.

**Conclusion:** Assessment of satisfaction with home care can be performed with the dimensions routinely used in satisfaction studies, but these should be evaluated with instruments designed *ad hoc*. Accessibility, communication and interpersonal relationships have a high explanatory value in satisfaction among this population.

**Key words:** Satisfaction. Home care. Vulnerable populations.

**Correspondencia:** José Miguel Morales Asencio.  
Distrito Sanitario Málaga.  
Sevilla, 23, 5.ª pl. 29009 Málaga. España.  
Correo electrónico: [josem.morales.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:josem.morales.sspa@juntadeandalucia.es)

**Recibido:** 30 de enero de 2006.

**Aceptado:** 13 de noviembre de 2006.

## Introducción

La satisfacción con la atención sanitaria es una medida de resultado de uso creciente en los Servicios de Salud<sup>1</sup>. La justificación de este interés radica en el efecto que la satisfacción tiene en

la fidelización del paciente a su tratamiento y a los proveedores, así como su utilidad a la hora de planificar los servicios de salud<sup>2,3</sup>.

La complejidad de la medición de este resultado es amplia. Destaca la conceptualización clásica de Carr-Hill, que incluía los estilos de vida, las expectativas futuras, los antecedentes de la persona y los valores individuales y culturales, así como la diferencia entre las expectativas y la percepción del servicio recibido como determinantes de la satisfacción<sup>4</sup>. Posteriormente, otros autores han confirmado y ampliado el importante papel que desempeñan las expectativas de la persona en la relación con los servicios de salud<sup>5-7</sup>.

Asimismo, la introducción de la percepción como dimensión clave a la hora de evaluar la calidad de un servicio ha facilitado en materia de salud la transición hacia modelos orientados al cliente<sup>8</sup>, asimilando estrategias de otros sectores de provisión de servicios<sup>9</sup>.

Los estudios realizados en nuestro país hasta el momento han ofrecido productos diversos, con una amplia disparidad en cuanto a la calidad metodológica; por tanto, permanecen grandes incógnitas en este terreno. Además, pese a que en la revisión sistemática de Barrasa y Aibar<sup>10</sup> una gran parte de los estudios se han realizado en atención primaria (casi la mitad), muy pocos se centran en determinar específicamente la satisfacción de unos usuarios tan distintivos como los de los servicios de atención domiciliaria. La dificultad principal estriba en que muchos de los instrumentos usados se basan en adaptaciones de cuestionarios desarrollados para la atención aguda, en la cual la percepción de satisfacción está muy mediatizada por factores que nada tienen que ver con la vivencia diaria de una situación de dependencia en el domicilio, en la que cobran especial protagonismo determinados agentes, como las cuidadoras o el soporte familiar, o la propia percepción de funcionalidad.

Por otra parte, es frecuente el sesgo sistemático en el diseño de instrumentos de satisfacción por la falta de validación clínica adecuada<sup>11</sup>. Además, se ha descrito la tendencia frecuente de los encuestados a proporcionar respuestas socialmente aceptables<sup>12</sup> y se desconoce cómo se distribuye este posible sesgo en poblaciones tan vulnerables como las de atención domiciliaria.

Por último, aunque se han construido instrumentos específicos para la evaluación de la satisfacción en atención domiciliaria, éstos se han diseñado y validado en entornos en los que los dichos servicios tienen un desarrollo mayor que en nuestro país y distintas características de los proveedores, por lo que resulta difícil su adaptación transcultural<sup>13,14</sup>.

El estudio Efectividad de un Nuevo Modelo de Atención Domiciliaria en Andalucía (ENMAD) es un estudio quasi-experimental multicéntrico, financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias y la Consejería de

Salud de la Junta de Andalucía, que se está realizando desde el año 2003 en Andalucía por parte de un equipo de investigadores de la Escuela Andaluza de Salud Pública, cuyo principal objetivo es evaluar la efectividad del nuevo modelo de atención domiciliaria implantado en dicha comunidad e incluye entre sus variables de evaluación la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria.

Conscientes de la dificultad de estimar adecuadamente este resultado y de la necesidad de mejorar el conocimiento del impacto de este servicio, se generó un subestudio dentro del proyecto global con los siguientes objetivos: *a)* construir un instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria, adaptado a las características de nuestro entorno y utilizable en versión autoadministrada y telefónica, en el formato más reducido posible, y *b)* analizar su fiabilidad y validez.

---

## Métodos

El estudio fue desarrollado en los distritos de atención primaria de Málaga, Costa del Sol, Granada y Almería, durante el año 2004. La población total que aglutinan los 4 Distritos es de 1.032.333 habitantes y se dispuso la recolección de la muestra en 45 centros de salud de un total de 67 (los que participaban como grupo control o intervención en el estudio ENMAD).

### *Construcción del cuestionario*

Los miembros del equipo investigador elaboraron un listado de aspectos a evaluar a partir de su experiencia personal en atención domiciliaria, complementados con algunas dimensiones que recogía el Home Care Satisfaction Measure de Geron et al<sup>15</sup>, instrumento validado en Estados Unidos que mide específicamente la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria y que goza de una gran validez, aunque evalúa algunos atributos no aplicables a nuestro modelo de organización y provisión de los servicios de atención domiciliaria, por lo que se descartó desde el principio su posible adaptación con traducción-retrotraducción al español.

Para agrupar las áreas de exploración propuestas, se utilizaron las dimensiones SERVQUAL del modelo de Parasuraman, Zeithmal y Berry<sup>16</sup> (accesibilidad: facilidad de contacto, facilidad de acceso físico y telefónico, tiempos de espera, horario adecuado; capacidad de respuesta: prontitud de trámites, diligencia; fiabilidad: realizar las cosas bien a la primera, exactitud; comunicación: comprensión del lenguaje, escucha, opinión del paciente; cortesía: amabilidad y consideración;

competencia: conocimientos y habilidades del personal para proveer el servicio, coordinación interna de la organización; seguridad: seguridad física y fluctuaciones con la provisión del servicio, intimidad; credibilidad: reputación, confianza; tangibilidad: evidencia física del servicio).

Se obtuvo un listado de 39 ítems que fue sometido a técnica Delphi de consenso entre 11 expertos, entre los que figuraban enfermeras comunitarias de enlace (ECE) con funciones de gestión de casos, enfermeras comunitarias, gestores enfermeros de atención primaria, docentes y expertos en calidad. Tras esta primera ronda, el cuestionario se redujo a 21 ítems y fue sometido a una nueva ronda Delphi, tras la cual se obtuvo un cuestionario de 16 ítems.

Para determinar la validez de contenido, se remitió este cuestionario resultante a otro panel de 7 expertos distinto del anterior, compuesto por ECE, investigadores en atención domiciliaria y docentes relacionados con la materia en cuestión. Tras las sugerencias de redacción y las observaciones pertinentes de los expertos consultados, quedó una versión final de 15 ítems (anexo 1), 12 que evaluaban la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria en general, y 3 ítems específicos: uno para evaluar la atención en el caso de que hubiese intervenido la ECE y 2 destinados a evaluar la satisfacción específica de las cuidadoras. De este modo, se diferenciaron el SATISFAD 12 (versión para pacientes sin cuidadoras), el SATISFAD 13 (versión para pacientes sin cuidadoras que reciben servicios de ECE), el SATISFAD 14 (versión para pacientes con cuidadoras, sin servicios de ECE) y el SATISFAD 15 (versión completa que recoge todas las situaciones). Esta distinción se hizo por la diversidad de situaciones que se podían presentar, de cara a facilitar su generalización en entornos múltiples. Aunque en la muestra hubiese pacientes que recibieran servicios de ECE, de cara a analizar la aplicación en entornos diversos, se analizaron sólo las versiones SATISFAD 12 y SATISFAD 14, excluyendo el ítem relativo a la ECE en todos los análisis.

Cada ítem se puntuaba mediante una escala de Likert, que comprendía 4 niveles ordenados categóricamente de 0 a 3 (0 correspondía al mínimo valor de cada ítem y 3 al máximo), con lo cual, los rangos de puntuaciones posibles resultantes, en función del número de ítems, eran los siguientes: SATISFAD 12 (0-36), SATISFAD 13 (0-39), SATISFAD 14 (0-42) y SATISFAD 15 (0-45). Se optó por un formato que emplease un rango de puntuaciones lo más estrecho posible, debido a las características de la mayoría de los destinatarios del cuestionario (población de edad avanzada, con limitación funcional importante y una menor capacidad cognitiva), y así facilitarles la discriminación entre niveles. Se evitó la inclusión de un valor central de neutralidad, ya que la escala definida se diseñó desde una perspectiva de frecuencia de ocurrencia del

ítem que se evaluaba (nunca, casi nunca, algunas veces, siempre), y un valor neutro no aportaría mucha información desde este punto de vista, sino que hubiera dificultado el proceso de discriminación en personas cuyos procesos cognitivos son más disfuncionales habitualmente.

El cuestionario se validó en formato autoadministrado y telefónico, para comprobar la fiabilidad entre ambas versiones.

Para realizar la validación general, se aplicó el cuestionario en una muestra extraída de forma aleatoria de la población de cartera de servicios de atención domiciliaria de los distritos Costa del Sol, Almería, Granada y Málaga (población elegible total de 45.717 sujetos). El cálculo muestral se realizó con arreglo al método sugerido por Streiner y Norman<sup>17</sup>: para una fiabilidad hipotética de 0,85 y un umbral mínimo de fiabilidad de 0,75, con un error estándar de 0,05 y 2 observaciones por sujeto, se precisaba un total de 56 sujetos, incluida una tasa de reposición del 33%.

La fiabilidad entre las versiones autoadministrada y telefónica se comprobó en una muestra específica del Distrito Costa del Sol de pacientes que no participarían en el estudio, y evitar así un posible sesgo de expectativas. Esta muestra fue extraída a partir del listado de pacientes incluidos en la cartera de servicios de atención domiciliaria del año 2003. Se administró el cuestionario, en su versión completa, para su cumplimentación autoadministrada a pacientes incluidos en algún programa de atención domiciliaria y sus cuidadoras. Se excluyeron los pacientes que no pudiesen atender a preguntas telefónicas por cualquier causa derivada de una posible pérdida de funcionalidad (p. ej., incapacidad para acudir a coger el teléfono) y pacientes con cuidadoras profesionales.

Antes de realizar las llamadas, se envió a los pacientes una carta del investigador principal en la que se le explicaba el procedimiento y se le pedía su consentimiento para participar. Diversos ECE del Distrito Sanitario Costa del Sol realizaron las encuestas por teléfono. Posteriormente, a los 15 días, se les remitió el cuestionario por correo para su cumplimentación por escrito, que podían devolver por correo en sobre franqueado o entregándolo en su centro de salud. Las enfermeras que realizaron la validación telefónica participaron en una sesión con los investigadores del estudio para aclarar las posibles dudas y consensuar el contexto y la estructura de la llamada telefónica con el cuestionario.

El análisis de datos incluyó las pruebas siguientes: estadística descriptiva, análisis factorial exploratorio con extracción de componentes principales, test de esfericidad de Bartlett, análisis Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), consistencia interna mediante alfa de Cronbach, y fiabilidad mediante coeficientes de correlación intraclase.

## Resultados

La edad media (desviación estándar [DE]) de los pacientes de la muestra fue de 79,09 (0,84) años. La distribución por sexos se detalla en la tabla 1. El 78,1% de los pacientes disponía de cuidadora familiar. La distribución por programas de atención domiciliaria fue la siguiente: un 84,8% de inmobilizados, un 12,7% de altas hospitalarias y un 1,3% de enfermos terminales. Un 39,2% de la muestra total había recibido servicios adicionales por la ECE.

### Fiabilidad de versiones

Se remitieron un total de 50 cuestionarios por correo, obteniéndose 33 (tasa de respuesta del 66%). La edad media y el sexo de los no respondientes no difería de la muestra obtenida (77,78 [8,9] años: un 30% de hombres frente a un 70% de mujeres). Se consiguió contactar telefónicamente con los 33 pacientes que respondieron para realizar la validación telefónica.

La correlación y la estabilidad test-retest entre su aplicación telefónica y su aplicación autoadministrada se evaluó, mediante el coeficiente de correlación in-

traclase, para las puntuaciones globales de SATISFAD. Los resultados de correlación se detallan en la tabla 2. Se comprobaron mediante el test de Wilcoxon las posibles diferencias de medias en cada ítem de la encuesta, sin que éstas fuesen significativas.

### Consistencia interna

Para la validación global del instrumento, se administró el cuestionario a 79 pacientes incluidos en atención domiciliaria de los distritos reseñados anteriormente.

Mediante el coeficiente alfa de Cronbach, se determinó la consistencia interna del cuestionario, para los pacientes que no tenían cuidadora (versión SATISFAD 12) y para los que sí disponían de ella (SATISFAD 14), obteniéndose un valor de 0,799 para la primera y de 0,853 para la segunda versión (tabla 3).

### Validez

Para la validez de constructo, se realizó un análisis factorial exploratorio mediante una extracción de componentes principales realizadas con rotación varimax. Se realizó el test de KMO y el test de esfericidad de Bartlett para comprobar la pertinencia del mismo (el valor KMO para SATISFAD 12 fue de 0,768 y para SATISFAD 14 de 0,670, y el test de esfericidad de Bartlett mostró una aproximación  $\chi^2$  significativa;  $p < 0,001$ ). La diagonal de la matriz antimagen también corroboró la adecuación de la muestra para cada una de las variables por separado.

### SATISFAD 12

Tras el análisis de consistencia interna de esta versión, de acuerdo con el principio de parsimonia, se su-

**Tabla 1. Distribución de la muestra por edad y sexo**

Muestra global	Edad media (DE)	IC del 95%
Hombre (31,1%)	73,79 (13,94)	65,74-81,83
Mujer (68,9%)	81,48 (8,31)	78,43-84,53
Muestra de validación telefónica	Edad media (DE)	IC del 95%
Hombre (29,7%)	73,67 (7,59)	67,83-79,51
Mujer (70,3%)	79,48 (9,44)	75,58-83,38

IC: intervalo de confianza; DE: desviación estándar.

**Tabla 2. Coeficiente de correlación intraclass entre las versiones telefónica y autoadministrada**

	SATISFAD medio <sup>a</sup>	DE	n				
Versión autoadministrada <sup>a</sup>	39,33	5,395	33				
Versión telefónica <sup>b</sup>	37,76	6,245	33				
Coeficiente de correlación intraclass	IC del 95%		Prueba F con valor verdadero 0				
	LI	LS	Valor	Gl1	Gl2	Significación	
Medidas aisladas	0,779	0,574	0,888	9,135	32	32	< 0,001
Medidas promedio	0,876	0,726	0,941	9,135	32	32	< 0,001

IC: intervalo de confianza; DE: desviación estándar; Gl: grados de libertad; LI: límite inferior; LS: límite superior.

<sup>a</sup>5 ítems puntuables de 0 a 3 cada uno. <sup>b</sup>Rango de puntuaciones: 0-45.

**Tabla 3. Consistencia interna de las versiones SATISFAD 14 y 12**

	SATISFAD 14		SATISFAD 12	
	Media de la escala si se borra el ítem	Alfa de Cronbach si se borra el ítem	Media de la escala si se borra el ítem	Alfa de Cronbach si se borra el ítem
Sé que puedo contactar con mi enfermera si lo necesito	34,81	0,855	30,32	0,801
Me siento escuchado/a y comprendido/a por mi enfermera cuando le explico mis problemas de salud y las dificultades que me causa	34,81	0,835	30,29	0,764
Entiendo a mi enfermera cuando me explica las cosas	34,82	0,840	30,33	0,780
Las enfermeras se preocupan por contactar conmigo si no pueden acudir o se van a retrasar	35,00	0,839	30,46	0,771
Mi enfermera es competente en su trabajo, es una buena profesional	34,63	0,857	30,17	0,800
Cuando llamo a mi enfermera, sé que puedo encontrar soluciones a mis problemas	34,88	0,843	30,39	0,787
Confío en mi enfermera y en lo que me dice	34,60	0,855	30,12	0,803
Las enfermeras me enseñan a cuidarme por mí mismo/a	35,23	0,820	30,68	0,741
Mi enfermera es amable conmigo	34,58	0,856	30,11	0,803
Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiero o me vienen mejor	34,63	0,847	30,21	0,786
Las enfermeras se preocupan de mi comodidad mientras me están tratando o cuidando	35,00	0,846	30,56	0,793
Mi enfermera me atiende con la suficiente intimidad, de manera reservada	34,77	0,839	30,28	0,771
En general, la enfermera de enlace hace un buen trabajo organizando la atención que necesito (sólo si recibe atención de ECE)	35,19	0,833	—	—
Mi familiar y yo (cuidadora) hemos participado en la planificación de los cuidados a domicilio	35,12	0,821	—	—
	Alfa de Cronbach total: 0,853		Alfa de Cronbach total: 0,799	

ECE: enfermera comunitaria de enlace.

primieron para el análisis factorial los ítems cuya aportación parcial al alfa de Cronbach no era concluyente (su eliminación elevaba el valor del coeficiente alfa por encima del resto de ítems). De este modo, quedó una versión de 7 ítems a los que se les aplicó rotación varimax y quartimax. El modelo quartimax fue el que mejor explicó la carga factorial de los componentes, detectándose 2 factores que explicaban un total del 66,80% de la varianza. Así, sentirse comprendido y escuchado por la enfermera, que ésta se preocupe por su comodidad mientras le cuida, la claridad de información y las enseñanzas de autocuidado presentaron una carga factorial superior a 0,65 para el primer factor. Por tanto, este primer factor correspondería a la comunicación y el estilo de relación interpersonal entre la enfermera y el paciente, y si se ajusta a las dimensiones de Parasuraman, se corresponderían con la comunicación y la fiabilidad. El segundo factor está vinculado a la facilidad de programar las visitas según las preferencias del paciente, es decir, la accesibilidad (tabla 4).

#### SATISFAD 14

Del mismo modo, se excluyeron los ítems irrelevantes en la consistencia interna, los cuales coincidían con los de la versión SATISFAD 12. Se realizó un análisis factorial exploratorio con extracción de componentes principales y rotaciones varimax y quartimax, y finalmente la rotación varimax determinó la mejor opción, con un total del 67,31% de la varianza explicada a través de 2 factores. De éstos, el factor 1 tenía que ver, al igual que en la versión 12, con la escucha, la comodidad, la intimidad y la claridad de información, aglutinando, por tanto, comunicación y fiabilidad. El segundo factor estaba íntimamente relacionado con el rol de la cuidadora y la toma de decisiones compartidas, a las que se añaden la posibilidad de decidir la programación de las visitas y la enseñanza autocuidado. Cabe destacar el matiz hacia la participación en la toma de decisiones que adquieren en este factor la programación de visitas y el autocuidado dada la presencia de la cuidadora (tabla 4).

**Tabla 4. Comunalidades y medida de adecuación de la muestra (matrices antiimagen), y análisis de componentes principales con rotación quartimax y varimax del SATISFAD 12 y 14, respectivamente**

SATISFAD 12	Extracción	MAM	Matriz rotada	
			Factor 1	Factor 2
Me siento escuchado/a y comprendido/a por mi enfermera cuando le explico mis problemas de salud y las dificultades que me causa	0,854	0,690	0,921	
Entiendo a mi enfermera cuando me explica las cosas	0,593	0,895	0,770	
Las enfermeras se preocupan por contactar conmigo si no pueden acudir o se van a retrasar	0,471	0,848		
Las enfermeras me enseñan a cuidarme por mí mismo/a	0,708	0,826	0,662	0,519
Mi enfermera me atiende con la suficiente intimidad, de manera reservada	0,522	0,798		0,584
Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiero o me vienen mejor	0,822	0,645		0,898
Las enfermeras se preocupan de mi comodidad mientras me están tratando o cuidando	0,707	0,720	0,841	

  

SATISFAD 14	Extracción	MAM	Matriz rotada	
			Factor 1	Factor 2
Me siento escuchado/a y comprendido/a por mi enfermera cuando le explico mis problemas de salud y las dificultades que me causa	0,808	0,689	0,884	
Entiendo a mi enfermera cuando me explica las cosas	0,562	0,730	0,652	
Interés en contactar si retraso	0,456	0,673		
Las enfermeras me enseñan a cuidarme por mí mismo/a	0,697	0,744		0,694
Mi enfermera me atiende con la suficiente intimidad, de manera reservada	0,711	0,625	0,822	
Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiero o me vienen mejor	0,531	0,688		0,728
Las enfermeras se preocupan de mi comodidad mientras me están tratando o cuidando	0,778	0,601	0,873	
Mi familiar y yo (cuidadora) hemos participado en la planificación de los cuidados a domicilio	0,700	0,639		0,799
Los servicios que recibo me ayudan a hacer mejor mi función de cuidador/a	0,815	0,667		0,836

MAM: medida de adecuación de la muestra.

### Versión final

Como resultado final del proceso de validación, el instrumento ha quedado reducido a una versión global de 10 ítems (SATISFAD 10) que estaría destinada a evaluar la satisfacción en el caso de que concurriera la atención mediante gestión de casos, y el paciente tuviese cuidadora. Esta versión, en función de que falte alguno de estos elementos descritos, adopta dos versiones más reducidas: SATISFAD 9 (en el caso de que haya cuidadora) y SATISFAD 7 (si el paciente no dispone de cuidadora).

### Discusión

En poblaciones vulnerables, de edad avanzada, funcionalidad comprometida, con escaso acceso y utilización de recursos y una importante sobrecarga en los cuidadores familiares, la atención personalizada en el domicilio, de alta capacidad de resolución y coordinación de profesionales y recursos, requiere una valoración específica de la satisfacción que pueda provocar en sus destinatarios, difícilmente comparable a la provisión de servicios en otros entornos, como el ambu-

latorio o el hospitalario. El objetivo del estudio era construir y validar un instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria, adaptado a las características de nuestro entorno y utilizable en versión autoadministrada y telefónica, en el formato más reducido posible.

Tras el proceso de validación de contenido y constructo, las versiones finales son de fácil manejo y utilización, tanto de forma telefónica como autoadministrada y con una fiabilidad y validez suficientes, según los límites habitualmente establecidos en la literatura médica<sup>17</sup>. Algunas revisiones han apuntado a que los instrumentos de medición de la satisfacción contruidos expresamente para un determinado estudio, suelen presentar menor validez y fiabilidad que los que gozan de mayor tradición<sup>18</sup>. Para contrarrestar este posible fenómeno, se ha seguido un proceso muy riguroso en su diseño, así como en la obtención de las muestras. Adicionalmente, todos los análisis se realizaron de forma ciega por un evaluador distinto de quienes habían recolectado los datos.

En atención primaria, la evaluación de la satisfacción del cliente ha obtenido resultados coincidentes en el tiempo en cuanto a las fortalezas y las debilidades del servicio. Los profesionales y su atención suelen situarse en los escalafones superiores de satisfacción, mientras que la coordinación entre distintos niveles asistenciales o la accesibilidad aparecen como debilidades manifiestas en la percepción de los usuarios<sup>19</sup>. En este sentido, el análisis muestra cómo la accesibilidad ejerce un papel importante en la ponderación de claves de éxito y emerge como uno de los componentes más explicativos de la satisfacción en atención domiciliaria, por encima de la competencia profesional.

Tradicionalmente, se ha propugnado que los aspectos relacionados con el proceso de atención son más decisivos que los propios resultados de éste en lo que a satisfacción se refiere<sup>20</sup>. Un metaanálisis compendió las dimensiones más frecuentemente evaluadas en los estudios de satisfacción<sup>21</sup>, destacando la humanización de la atención, la información, la competencia y la accesibilidad, entre otras. En nuestro caso, se corroboran estas dimensiones al destacar como factores con mayor peso los relativos a los estilos de relación interpersonal, comunicación y accesibilidad a los servicios de atención domiciliaria.

Es razonable pensar que la percepción por sí misma no basta para explicar la satisfacción y que las expectativas desempeñan un papel primordial. Con arreglo a este hecho, como afirma Mira<sup>22</sup>, la satisfacción es consecuencia no sólo del esfuerzo profesional y organizativo, sino también el resultado de las vivencias, las actitudes y las creencias personales del paciente, todo lo cual conforma sus expectativas.

Respecto al papel de la edad como factor de confusión de las expectativas, en la mayoría de los traba-

jos se menciona como un factor favorecedor de satisfacción a partir de los 65 años, aunque en este estudio no hay tal posibilidad, al tener la muestra una media de edad de 79,09 (0,84) años. En el caso de la atención domiciliaria, la percepción de vulnerabilidad puede marcar más diferencias que la mera edad, en cuanto a expectativas y aspiraciones en materia de satisfacción.

Algunos estudios admiten encontrar mayor satisfacción cuando el género coincide con el del proveedor<sup>23</sup>; en nuestro estudio, la proporción de mujeres fue del 68,9% pero no se controló el de los entrevistadores como posible factor de distorsión, en el caso de las encuestas realizadas por teléfono. Como limitación hay que resaltar que no se tuvieron en cuenta otros ítems de confusión, como el nivel de educación o clase social, también descritos en la literatura médica<sup>24</sup>. Asimismo, la tasa de respuesta es excelente a tenor de los resultados de otros estudios, aunque no se realizaron análisis de las características de los que no respondieron, salvo la edad y el sexo, lo cual, podría restar cierta validez a las conclusiones.

En el marco de la creciente demanda de servicios de atención domiciliaria en que se encuentra inmerso nuestro país (por razones sobradamente descritas en la literatura médica), se están prodigando los mecanismos de provisión de servicios y la búsqueda de alternativas asistenciales. Disponer de un instrumento que evalúe específicamente la satisfacción en este entorno puede aportar una importante información sobre las expectativas de los destinatarios de estos servicios. Si este instrumento, además, es fácilmente administrable (al hilo de cada episodio, bien por vía autoadministrada o por vía telefónica), ofrece un medio rápido y sistemático de obtener resultados en este tipo de poblaciones, tan poco evaluadas desde este punto de vista en las organizaciones sanitarias, y ayudaría a modelar las características de los servicios ofertados.

---

## Agradecimientos

Este estudio está incluido en una línea de investigación sobre atención domiciliaria financiada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (proyecto 134/02) y el Fondo de Investigaciones Sanitarias (Expediente: PI031161).

## Bibliografía

1. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000;114 Suppl 3:26-33.
2. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17:22-9.

3. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16: 276-9.
4. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med*. 1992;14:236-49.
5. Strasser S, Aharony L, Greenberger D. The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Med Care Rev*. 1993;50:219-48.
6. Linder Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 1982;16:577-85.
7. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual Model of Service quality and its implications for future research. *J Marketing*. 1985;49:41-50.
8. Corbella A, Maturana S. Papel del ciudadano en los servicios de salud. Posibilidades y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial*. 2000;15:357-62.
9. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
10. Barrasa JI, Aibar C. Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el período 1986-2001. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18:580-90.
11. Porter EJ. Sources of systematic error in instruments measuring satisfaction with home care. *Home Health Care Serv Q*. 2004;23:19-39.
12. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Med Care*. 1995;33: 392-406.
13. Applebaum RA, Straker JK, Geron SM. Assessing satisfaction in health and long-term care. New York: Springer Publishing; 2000.
14. Long CO. Patient satisfaction in home healthcare: what are the essentials? *Home Healthcare Nurse Manager*. 1999;3: 9-13.
15. Geron SM, Smith K, Tennstedt S, Jette A, Chassler D, Kas- ten L. The home care satisfaction measure: a client-cen- tered approach to assessing the satisfaction of frail older adults with home care services. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55 Suppl B:259-70.
16. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a mul- tiple-item scale for measuring consumer perceptions of ser- vice quality. *J Retailing*. 1988;64:12-24.
17. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales. New York: Oxford University Press; 2003;149-51.
18. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care*. 1999;11: 319-28.
19. Maderuelo JA, Carriedo E, Serrano M, Almaraz A, Berjón AC. Factores de insatisfacción con el sistema sanitario. Un es- tudio Delphi. *Aten Primaria*. 1996;31:348-52.
20. Bolton LB, Aydin C, Donaldson N, Brown DS, Nelson MS, Harma D. Nurse staffing and patient perceptions of nursing care. *J Nurs Adm*. 2003;33:607-14.
21. Hall J, Dornan M. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satis- faction literature. *Soc Sci Med*. 1988;27:935-9.
22. Mira JJ. Satisfecho, sí, gracias... Pero ahora, qué. *Rev Ca- lidad Asistencial*. 2003;18:567-9.
23. Ley P. Doctor-patient communication: some quantitative es- timates of the role of cognitive factors in non-compliance. *J Hypertens*. 1985;3:51-5.
24. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteris- tics as predictors of satisfaction with medical care: a meta- analysis. *Soc Sci Med*. 1990;30:811-18.

### Anexo 1. SATISFAD 10<sup>®</sup>. Encuesta de satisfacción con los servicios de atención domiciliaria (versión autoadministrada)

Este cuestionario intenta conocer si usted está satisfecho/a con la atención que recibe o ha recibido en su domicilio por parte de las enfermeras de su centro de salud. Sólo tiene que contestar a las preguntas que se le hacen, del siguiente modo:

- Si nunca ocurre lo que dice en la pregunta, marque con una equis (x) en la casilla del 0.
- Si ocurre muy pocas veces, marque con una equis (x) la casilla del 1.
- Si ocurre algunas veces, marque con una equis (x) la casilla del 2.
- Si ocurre siempre, marque con una equis (x) la casilla del 3.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Siempre
1. Me siento escuchado/a y comprendido/a por mi enfermera cuando le explico mis problemas de salud y las dificultades que me causa	0	1	2	3
2. Entiendo a mi enfermera cuando me explica las cosas	0	1	2	3
3. Las enfermeras se preocupan por contactar conmigo si no pueden acudir o se van a retrasar	0	1	2	3
4. Las enfermeras me enseñan a cuidarme por mí mismo/a	0	1	2	3
5. Mi enfermera me atiende con la suficiente intimidad, de manera reservada	0	1	2	3
6. Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiero o me vienen mejor	0	1	2	3
7. Las enfermeras se preocupan de mi comodidad mientras me están tratando o cuidando	0	1	2	3
8. En general, la enfermera de enlace hace un buen trabajo organizando la atención que necesito (sólo si usted ha recibido atención por enfermeras de enlace)	0	1	2	3
9. Mi familiar y yo (cuidador/a) hemos podido participar y decidir en cómo organizar los cuidados en el domicilio	0	1	2	3
10. Los servicios que recibo me ayudan a hacer mejor mi función de cuidador/a	0	1	2	3