



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

***SATISFACCIÓN LABORAL EN ATENCIÓN
TEMPRANA: ESTUDIO REALIZADO EN LAS
COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE MURCIA,
VALENCIA Y CASTILLA LA MANCHA***

Noelia Orcajada Sánchez



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

***SATISFACCIÓN LABORAL EN ATENCIÓN
TEMPRANA: ESTUDIO REALIZADO EN LAS
COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE MURCIA,
VALENCIA Y CASTILLA LA MANCHA***

**Dña. Noelia Orcajada Sánchez
Dr. D. Francisco Alberto García Sánchez
Dra. Dña. M^a Cristina Sánchez López**

Dpto. Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación

Murcia, Octubre de 2011

Para las dos personas que han sido, son y seguirán siendo los dos pilares más importantes en mi vida, mi abuela y mi tía Conchita, por enseñarme a ser persona, con todo lo que ello conlleva y por dirigir todos sus esfuerzos a darme una vida “entre algodones”. Todavía hoy siento sus múltiples besos y sus tiernos abrazos. Siempre seréis la guía de mi camino.

AGRADECIMIENTOS

Quiero darle las gracias a todos los docentes, familiares y amigos que me han brindado su apoyo incondicional en este riguroso trabajo.

En primer lugar, quiero agradecer al Dr. D. Francisco Alberto García Sánchez, Catedrático de esta Facultad, el haber confiado en mí para la realización de este estudio. Para mí ha sido un auténtico privilegio haberlo conocido y haber podido aprender de sus conocimientos y de su actitud como profesor, como director y como persona.

Mi más sincero agradecimiento a la Dra. Dña. M^a Cristina Sánchez López, por haber intentado transmitirme su alegría y entusiasmo dentro de esta vertiginosa aventura y por haberme brindado su ayuda y amistad desde el primer momento.

A la Dra. Dña. Fuensanta Hernández Pina, Catedrática y Directora del Departamento MIDE, le brindo mi más sincero agradecimiento por hacerme sentir su afecto y afinidad en las contadas ocasiones en las que he tenido el privilegio de gozar de su compañía.

Al Dr. D. Javier J. Maquilón Sánchez, muchas gracias por haberme ofrecido, siempre que ha tenido ocasión, sus consejos y sus enseñanzas de una manera totalmente gratuita, altruista y sin condiciones. Mi más sincero agradecimiento por haber depositado su confianza en mí y, junto al Dr. D. Andrés Escarbajal Frutos y el Dr. D. Tomás Izquierdo Rus, por haberse cruzado en mi camino, o haber dejado que yo me

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

cruzara en el suyo, y haberse detenido a conocerme.

Una mención especial merece el agradecimiento que siento hacia Dña. Ana Belén Mirete Ruiz, becaria del Departamento, futura Doctora, compañera de despacho y de Congresos y con la que he iniciado una gran amistad, por su capacidad de resolución de problemas, por haber allanado mi camino ante cualquier dificultad presentada y por permitirme gozar de su afecto y descubrir la gran persona que es.

A todo el Departamento MIDE, por haberme acogido como una más desde el primer momento, gracias a todos y cada uno de los miembros que lo forman.

A mi familia, por haber creído en mí y haberme apoyado con su gran cariño y sus sabios consejos en todas y cada una de las decisiones que he ido tomando en la vida, aunque ello pudiese suponer el no compartir muchos momentos juntos. En especial a mi madre, por tener el gran corazón que tiene, por su gran valor ante la vida y por la educación que me ha dado. A mi hermano, por empezar a creer en él y porque quiero que lo siga haciendo, su actitud y su conducta han sido fundamentales para mí en la última etapa de este trabajo. A mi tía Amelia, a mi tío Paquito y a mi primo Francisco, mil gracias por el gran amor que sienten hacia mí y por hacerme sentir el gran apoyo que me brindan en cada paso que doy.

Gracias a Cayetano por “soportarme” en determinadas ocasiones de nervios, estrés y entusiasmo y por darme los pequeños “empujones” que necesito, a veces, para seguir adelante en esta tarea.

Gracias a mi “seño”, la Srta. Encarnita, por transmitirme el amor y la pasión por la docencia y por hacerme creer en numerosas ocasiones que soy capaz y que me lo merezco.

También quiero expresar mi más sincera gratitud a todo el grupo de amigos que, desde hace años, comparten conmigo parte de mi vida, con mis inquietudes, mis dudas y mi entusiasmo por seguir haciendo, en especial a Helena y Damien, por haberme dado su apoyo, comprensión y consejo en algunos de los momentos más duros de mi vida. Gracias a Margot y a Joaqui, por el gran cariño y afecto que ha ido creciendo entre

nosotros y por querer que ese cariño siga creciendo.

Finalmente, reiterar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han participado, de alguna manera, en la realización de este trabajo, ofreciéndome su apoyo y colaboración de forma desinteresada.

A todos, mil gracias.

INDICE

1. Introducción	9
2. Satisfacción Laboral	9
3. Estudios y encuestas sobre Satisfacción Laboral	14
4. Atención Temprana	24
5. Atención Temprana y Satisfacción Laboral: elementos a considerar	30
6. Objetivos	34
7. Método	34
7.1. Participantes	34
7.2. Instrumento	35
7.3. Procedimiento	37
7.4. Análisis de datos	39
8. Resultados	39
8.1. Características de los profesionales encuestados	39
8.1.1. Perfiles ocupacionales	39
8.1.2. Cargos de responsabilidad	46
8.1.3. Experiencia profesional	49
8.1.4. Tipo de centro	53
8.2. Análisis factorial del ISPAT	59
8.2.1. Análisis de ítems y fiabilidad	60
8.2.2. Validez de constructo	60
8.3. Información sobre las dimensiones del inventario	63
8.4. Dimensiones en función del tipo de gestión de CDIAT	66
8.5. Dimensiones en función de la experiencia profesional	68
8.6. Dimensiones en función de las comunidades autónomas	72
9. Discusión y conclusiones	75
10. Referencias bibliográficas	85
11. Anexos	90
Anexo 1: Listado de centros que forman parte de la muestra invitada	91
Anexo 2: Clasificación de los ítems iniciales	94
Anexo 3: Estadísticos descriptivos	97
Anexo 4: Carta de presentación	98
Anexo 5: Distribución de los ítems del ISPAT aplicado	99

1. INTRODUCCIÓN

Esta investigación surge del interés de conocer el grado de satisfacción laboral que tienen los profesionales de un campo de trabajo aún en vías de conseguir una regulación uniforme en todo el territorio español. Nos referimos al de aquellos que se dedican a la Atención Temprana (AT). En un primer momento se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sobre aquellos cuestionarios que se hubiesen utilizado previamente para medir la satisfacción laboral en cualquier ámbito profesional: Atención Temprana, sanidad, educación, etc. A partir de ahí, emprendimos la tarea de construir nuestro propio instrumento para cubrir nuestros objetivos.

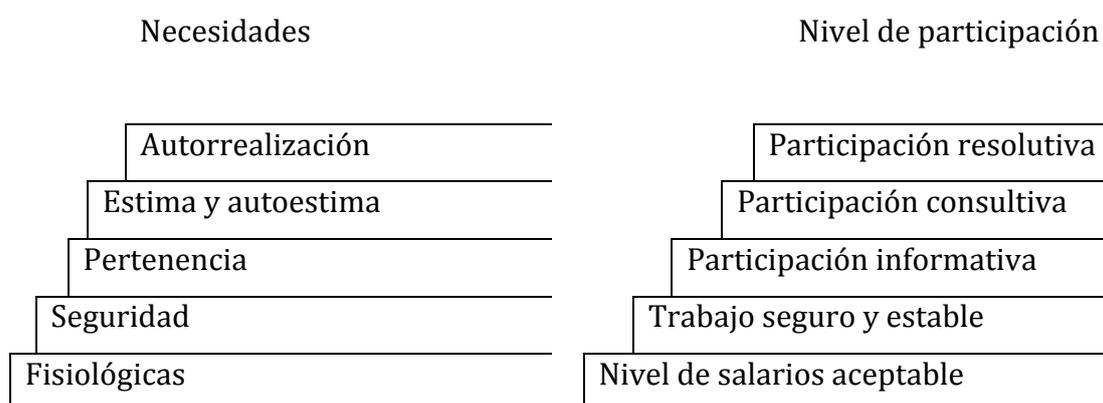
La presente investigación toma como punto de partida indagar sobre aspectos que tienen que ver con las relaciones entre compañeros y con los superiores, con el ambiente/clima laboral, con el horario, el salario, etc. Estos aspectos son los que reiteradamente aparecen recogidos en cuestionarios sobre satisfacción laboral que hemos podido localizar y analizar (Chiang, Salazar, Huerta & Núñez, 2008, García Peña, 2006; García Sánchez, Mendieta & Rico, 2009; Meliá, 1998; Meliá & Peiró, 1998; Núñez, Estévez, Hernández & Marrero, 2007; Ripoll, Falguera & Urrutia, 2006, entre otros). Sin embargo, es importante señalar que todos estos cuestionarios han sido específicamente elaborados para la realidad concreta del ámbito laboral en el que se iban a emplear. Por ello en la presente investigación hemos procedido, también, a la estructuración de un cuestionario específico, teniendo en cuenta la bibliografía localizada sobre instrumentos similares y la realidad laboral de la AT en nuestro país.

2. Satisfacción Laboral

Satisfacción laboral es un concepto mucho más complejo de lo que puede inicialmente parecer. Está afectado por la escala de necesidades de cada persona, por la percepción que se tenga del clima organizacional o laboral de la empresa donde se trabaja y, finalmente está influido por el bienestar subjetivo percibido por cada persona.

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

Debemos referirnos en este apartado a la escala de necesidades de Maslow (Rodríguez, 2005) donde las necesidades más básicas se ubican en la parte más baja de la pirámide y las de menos prioridad en la parte superior de la misma:



El clima organizacional o laboral es clave para el éxito de una empresa porque condiciona las actitudes y el comportamiento de sus trabajadores (Robles et al., 2005). Cuando hablamos de clima organizacional, hablamos de un conjunto de apreciaciones que los miembros de la organización tienen de su experiencia “en” y “con el” sistema organizacional (Rodríguez, 2005).

Por otra parte, Locke en 1976 y 1984, define la satisfacción laboral como una respuesta emocional positiva al puesto desempeñado y que resulta de la evaluación de si el puesto cumple o permite cumplir los valores laborales del individuo (citado por Salgado, Remeseiro & Iglesias, 1996).

Profundizando más detenidamente en el constructo de “satisfacción laboral”, hay que señalar que la satisfacción laboral percibida por los distintos miembros que forman parte de un equipo es un elemento clave que va a influir para que los profesionales se comprometan en un verdadero trabajo en equipo que permita desarrollar una intervención de calidad. Además, esa satisfacción laboral será determinante para que el equipo se plantee, no sólo hacer su trabajo, sino caminar hacia metas de Gestión de Calidad Total (García Sánchez, 2008a; García Sánchez, Mendieta et al., 2009 y Palomo,

2008). En este mismo sentido se pronuncian Velarde, Priego & López, 2004 (citados en Molina, Avalos, Valderrama & Uribe, 2009) cuando dicen que la satisfacción laboral ha sido estimada como un factor causal en la calidad de la atención, pues no es probable conseguir que una persona realice un trabajo con calidad y eficacia si no se encuentra satisfecha durante su realización y con los resultados del mismo.

Dentro y fuera del campo de la AT se señala que, para el buen funcionamiento de los equipos no basta tener buenos profesionales si no hay un buen equipo (Borrell, 2000; García-Sánchez, 2008a; García-Sánchez, Mendieta et al., 2009; Goberna, 2001 y Palomo, 2008). Y para que un buen equipo sea considerado como tal, podemos decir que debe cumplir una serie de características (Goberna, 2001). Como por ejemplo, que las habilidades de sus miembros sean complementarias, siendo la suma de todas esas habilidades la clave para que la tarea pueda ejecutarse con una mayor calidad. También, es necesario un nivel de compromiso con el objetivo del grupo; un enfoque claro y asumido por todos los miembros, etc. Por otro lado, también se ha señalado que el desarrollo profesional en el mundo de la atención a la discapacidad, además de ser altamente especializado, tiene necesariamente un importante componente vocacional y, por tanto, es difícil aplicar parámetros puramente empresariales a la hora de organizar la disposición y desempeño de los profesionales (Candel, 2003 y García-Sánchez et al., 2009). El profesional de AT tiene que trabajar en una estructura de equipo y colaborar con distintos profesionales; ha de desarrollar una historia o trayectoria profesional, atendiendo diversidad de casos y recibiendo una formación determinada; implementará un estilo profesional enmarcado dentro de un modelo de intervención y una forma concreta de cómo desarrollarlo; y habrá de enfrentarse a todo un conjunto de emociones que también están implícitas en el proceso de intervención (Candel, 2003).

Por otro lado, parece adecuado para nuestros intereses profundizar también en los distintos factores que influyen en el constructo psicológico de “bienestar subjetivo”. Se ha definido este bienestar subjetivo como una evaluación cognitiva y afectiva que hace el individuo de su vida (Kashdan, 2004). En esta misma línea, Veenhoven (citado por Kashdan, 2004), definió este constructo como un conjunto de valoraciones cognitivas y afectivas sobre la vida de uno mismo que incluye autovaloraciones como si se siente bien, si conoce sus expectativas, qué quiere aparentar ser, etc. (Kashdan,

2004). La investigación sobre dicho constructo, que proviene del campo de la psicología social, se ha centrado sobre todo en tres líneas de trabajo, según primen éstas un modelo ambientalista, psicológico o interaccionista (Eid & Larsen, 2008). El modelo ambientalista, para explicar el bienestar subjetivo, tiene en cuenta el contexto profesional y las condiciones externas al propio sujeto. Así, dentro de esta línea, se incluirían las variables económicas que correlacionan con el bienestar subjetivo y que han dado lugar a numerosas investigaciones (Fuentes & Rojas, 2001), así como la creación en 1974 del *Social Indicators Research* (una revista interdisciplinar sobre calidad de vida). De la misma manera, el modelo ambientalista ha llevado a la elaboración de indicadores objetivos de calidad de vida que se han ido asimilando a bienestar social.

Por otra parte, el modelo psicológico se centra en las características personales de los sujetos como el causa del bienestar subjetivo. Por eso, desde esta perspectiva, se intenta identificar aquellas variables de la personalidad que están relacionadas con el bienestar subjetivo. Los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas parecen hallar relaciones entre la extroversión y el bienestar subjetivo (Harris & Lightsey, 2005).

Finalmente, el *modelo interaccionista* explica el bienestar subjetivo como una relación entre factores personales y características situacionales. Para este planteamiento, en la determinación de la conducta, no es tan importante el peso que tenga cada uno de los factores (persona y situación), sino cómo interactúan los dos (Cabanyes, 2003). Precisamente es este enfoque interactivo de la personalidad el que está logrando dar explicaciones más sólidas a manifestaciones de comportamiento tan complejas como las reacciones de ansiedad, el liderazgo o el altruismo (Caughlin, Huston & Houts, 2000; Elovaino, Kivilmyaki, Steen & Kalliomyiaki, 2000; Parker, Roy, Wilhelm & Mitchell, 2000 y Reis, Capobianco & Tsai, 2002).

Ahora bien, de estos tres modelos, los dos primeros son los que han sido objeto de un mayor número de investigaciones empíricas, siendo por el contrario escasas las investigaciones centradas en el último modelo.

¿Cómo medir, pues, el bienestar subjetivo, que es personal y psicológico y que

va a estar influyendo también en el bienestar profesional? En primer lugar podemos recordar que el concepto de bienestar subjetivo hace referencia a una “estimación cognitiva” del grado de satisfacción con la propia vida (Quintero & González, 1997). Esa satisfacción se expresa o se concreta en el grado de correspondencia entre metas obtenidas y deseadas. Para otros, va a influir también mucho el tono emocional, que es el núcleo de la satisfacción del sujeto con su vida presente al compararla con su ajuste en el pasado (Quintero et al., 1997).

Es en este punto donde cabe introducir también el concepto de motivación. Según describen Whittaker & Whittaker (citados por García, 2006) la motivación es una palabra utilizada para comprender las condiciones o estados que activan o dan energía al organismo, que llevan una conducta dirigida hacia determinados objetivos. Esto se refiere a la fuerza impulsora que hace que nosotros queramos hacer determinada acción para lograr un objetivo específico. Por ejemplo, para sentir el deseo de superación personal es necesario estar motivado, ya que es una fuerza interna que nos impulsa a hacer algo, (García, 2006).

Siguiendo con García (2006), los investigadores han descrito dos tipos de motivación de acuerdo a la fuente del refuerzo para el trabajo: motivación extrínseca e intrínseca. En la motivación extrínseca, el empleado muestra conductas de trabajo atribuibles a resultados derivados de fuentes diferentes del trabajo mismo como los compañeros de trabajo, supervisor del empleado o la organización misma. En un estado de motivación intrínseca, el empleado muestra comportamientos de trabajo atribuibles a resultados derivados del trabajo mismo. En general, se asocia a la necesidad de completar las propias potencialidades, el deseo de las personas por investigar, explorar y dominar su entorno y la importancia para el individuo de triunfar en tareas desafiantes y en asumir responsabilidades. Además, las teorías de la motivación intrínseca asumen que las personas atribuyen la causa de sus acciones a fuentes internas o externas. Las personas dicen estar más intrínsecamente motivadas cuando se perciben a sí mismas como la fuente de su comportamiento.

Estudiosos del tema (Carr, 2007 y Marchesi, 2007) apuntan a que la motivación intrínseca es un factor claramente asociado al bienestar docente y de forma análoga

puede ocurrir lo mismo con los profesionales de la Atención Temprana, en cuyo trabajo también encontramos una importante vertiente educativa y psicopedagógica. Los docentes que desarrollan su labor empujados por una motivación intrínseca muestran más interés, más entusiasmo y más confianza en su trabajo diario, mostrando un mayor rendimiento, más perseverancia y más creatividad. Y como consecuencia, manifiestan una mayor autoestima y un mayor bienestar. Por otra parte la motivación intrínseca está relacionada con los niveles de habilidad para la realización de una determinada actividad. A su vez, la alta habilidad produce emociones positivas y la baja habilidad origina ansiedad, preocupación y apatía.

Como apuntan Robles et al. (2005) disponer de personas motivadas y satisfechas con su trabajo y con la organización aumenta claramente su rendimiento y la calidad del servicio que prestan.

3. Estudios y encuestas sobre satisfacción laboral

En este apartado vamos a hacer un repaso de un conjunto de estudios e instrumentos para la valoración de la satisfacción laboral que hemos consultado y que entendemos representativos de lo que puede incluir un instrumento de este tipo. A la vez, este breve repaso nos permitirá observar la variabilidad que podemos encontrar en los instrumentos utilizados, todos ellos creados y adaptados por sus autores a la realidad concreta sobre la que iban a ser aplicados.

De Pablos, Colás & González (2011), elaboraron un instrumento para medir el bienestar docente, este instrumento constaba de sesenta y seis cuestiones tipo Likert de 5 puntos, donde 1 es nada y 5 mucho, y se estructuraban en siete dimensiones:

1. Motivaciones, hace referencia a las causas de las acciones, puesto que las acciones se llevan a cabo en base motivaciones.

2. Emociones, estas siempre van asociadas a estados de bienestar o malestar. Son sentimientos, fruto de procesos evaluativos respecto al logro de metas una vez desarrollada la actividad.
3. Competencias, son el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con cierto nivel de eficacia (Bisquerra, 2005).
4. Satisfacción personal, es consecuencia de la evaluación de los logros alcanzados en función de los retos y las expectativas que se poseen. Tiene un carácter valorativo y cognitivo.
5. Satisfacción con el contexto profesional, la investigaciones más actuales destacan la necesaria concordancia entre la identidad docente e identidad cultural del centro para que se consiga una efectiva satisfacción.
6. Proyectos (valores) vitales-profesionales, Sagiv y Schwartz (2000) encuentran relaciones positivas entre el bienestar subjetivo y valores innovadores, así como correlaciones negativas entre valores tradicionales y bienestar.
7. Cultura e identidad del centro, el clima laboral es una de las dimensiones importantes a valorar en la medición del bienestar docente.

Como conclusión a este estudio los resultados indicaron que el bienestar de los docentes es un constructo multidimensional que está explicado por 13 factores que corroboran el modelo explicativo del bienestar docente propuesto dentro de los modelos interaccionistas. Otro de los hallazgos de este estudio es que, atendiendo a características personales de los profesores, dos ejes modulan las actividades de innovación: los valores vitales-profesionales que orientan su actividad y las motivaciones. Estos dos ejes son explicados tanto por factores de referencia externa (exigencia de la administración, requisitos para la obtención de recursos e infraestructuras, reconocimiento, etc.) como interna (mejora de la autoestima, reto de superación personal, etc.).

Una última conclusión a este estudio apunta que la valoración cognitiva se constata y manifiesta en las satisfacciones que adquieren distintas formas: personal, ambiental, administrativa y material y que la consiguiente satisfacción deriva en la manifestación de las emociones.

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

Por su parte, Chiang et al. (2008) elaboraron un instrumento para medir las variables del clima organizacional y de la satisfacción laboral en trabajadores de instituciones del sector estatal. Este instrumento constaba de 39 ítems tipo Likert de 6 puntos, donde 1 era totalmente en desacuerdo y 6 muy de acuerdo. Estos 39 ítems estaban distribuidos en 6 factores:

FACTOR I: Satisfacción por el trabajo en general, dentro de este factor se recogen todos aquellos ítems que hacen referencia a las relación con los compañeros, la autonomía de cada profesional dentro de su puesto de trabajo y el reconocimiento que reciben dentro del mismo.

FACTOR II: Satisfacción con el ambiente físico del trabajo, donde se recogen todos los ítems referidos a las condiciones físicas del puesto de trabajo.

FACTOR III: Satisfacción con la forma en que realiza su trabajo, dentro de este factor se encuentran todas aquellas cuestiones referidas al apoyo que el profesional recibe de sus superiores y si el trabajo que realiza cubre sus necesidades.

FACTOR IV: Satisfacción con las oportunidades de desarrollo, los ítems que se recogen aquí hacen referencia a las oportunidades de promoción y la formación continua.

FACTOR V: Satisfacción con la relación subordinado-supervisor, las cuestiones que se agrupan en este factor tienen en cuenta la forma en que se lleva a cabo la supervisión y la dirección del profesional.

FACTOR VI: Satisfacción con la remuneración, los ítems recogidos en este factor indagan sobre las condiciones laborales y si el salario cubre las necesidades del profesional.

Estos autores hallaron que las dimensiones de clima organizacional: Autonomía, Cohesión, Confianza, Apoyo, Reconocimiento, Equidad e Innovación, tienen relaciones estadísticamente significativas con las variables de satisfacción laboral: trabajo en general, forma en que realiza su trabajo y relación subordinado-supervisor.

Por otra parte, García (2006) utilizó una encuesta de 35 ítems con tres opciones de

respuesta, sí, no, poco. El objetivo de este trabajo era determinar el tipo de relación entre la motivación y la satisfacción laboral de los empleados y la jerarquía del puesto que ocupan en el trabajo, haciendo una comparación entre sí de los resultados obtenidos por el grupo de doctores, enfermeras y personal administrativo del Hospital Otorrino y Oftalmológico, donde fue desarrollado el estudio.

Estos 35 ítems fueron agrupados en tres factores, el primer factor recogía los indicadores de motivación, tales como el salario, las prestaciones, la seguridad, el ambiente laboral y las aspiraciones personales. En el segundo factor se recogieron los indicadores de satisfacción, esto es la importancia del trabajo, las expectativas de exigencias del trabajo y las expectativas entre esfuerzo y desempeño. Finalmente, el tercer y último factor se refiere al sentido de posición y jerarquía y recoge los ítems referidos a la importancia del estatus o jerarquía y el reconocimiento de los demás hacia el cargo.

Los autores de este estudio concluyeron que la relación entre edad y satisfacción laboral se da en forma de U. Es decir, durante los primeros años de empleo la satisfacción va declinando moderadamente para incrementarse hasta el retiro.

Por otra parte, según este trabajo, son el cumplimiento de las aspiraciones y la importancia que la persona da a su trabajo los responsables de la motivación y la satisfacción de los empleados.

También Ripoll, Falguera & Urrutia (2006), llevaron a cabo la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo con la finalidad de disponer de una retrospectiva de la satisfacción laboral desde el año 2000 y, al mismo tiempo, hacer comparaciones entre los datos de cada Comunidad Autónoma respecto a los del conjunto del Estado, además de analizar los factores más determinantes del nivel de satisfacción de los encuestados que declaran estar suficientemente satisfechos.

Esta encuesta cuenta con una serie de ítems divididos en 5 bloques:

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

Bloque 1: motivaciones especiales del puesto de trabajo. Se pregunta dentro de este bloque sobre el grado de acuerdo o desacuerdo con aspectos relacionados con el trabajo.

Bloque 2: monotonía y aburrimiento. Dentro de este bloque se obtiene información sobre la frecuencia en que suceden ciertas situaciones relacionadas con el horario laboral y el tiempo de descanso.

Bloque 3: seguridad en el trabajo.

Bloque 4: ingresos netos personales y familiares.

Bloque 5: nivel de satisfacción personal en la vida privada.

Según estos autores, las 3 variables más discriminantes de calidad de vida en el trabajo, a nivel estatal, son el trabajo atractivo e interesante, la satisfacción con el salario y la satisfacción con el entorno físico del puesto de trabajo. En segundo lugar en orden de importancia, se encuentra el grupo de variables formado por el entorno físico agradable, la posibilidad de trabajar con independencia y la satisfacción con la seguridad e higiene. Y, en último lugar, se encuentran la participación en las decisiones y tareas, la jornada aburrida y la estabilidad en el trabajo. Finalmente, hay que resaltar el papel de la satisfacción con el salario como una de las variables más determinantes de la satisfacción laboral.

Concluye este trabajo informándonos de la estabilidad de estos resultados a lo largo de los años, lo que significa que la opinión subjetiva de los trabajadores hacia ciertas variables sigue un patrón regular respecto al nivel de satisfacción o especial satisfacción en el trabajo.

Por su parte, Núñez et al. (2007), pusieron en práctica un estudio con el objetivo de completar el cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral, añadiendo dos nuevos ítems que evalúan el entorno físico del trabajo, y conocer el grado de satisfacción laboral.

Este cuestionario consta de un total de 26 ítems tipo Likert de 5 puntos, 24 de los cuales son recogidos del mismo cuestionario de Font-Roja. Y se agrupan en 5 dimensiones:

- a) Satisfacción por el trabajo.
- b) Tensión relacionada con el trabajo.
- c) Competencia profesional.
- d) Presión en el trabajo.
- e) Promoción profesional.
- f) Relación interpersonal con los superiores.
- g) Relación interpersonal con compañeros.
- h) Características extrínsecas de status.
- i) Monotonía laboral.

Como conclusión de este trabajo, los autores aconsejan utilizar en futuros estudios preguntas relacionadas con el entorno físico de trabajo, realizar el análisis de su inclusión o no, y comparar los resultados obtenidos.

Meliá (1998) y Meliá et al. (1998), realizan un cuestionario de 26 y 12 ítems respectivamente, con 2 opciones de respuesta, verdadero o falso, sobre las características físicas del puesto de trabajo, la relación con los compañeros y los superiores y la satisfacción con el trabajo.

Además, al final de este cuestionario, se pregunta por una serie de datos descriptivos como la ocupación, la categoría laboral, sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, horario y antigüedad en la empresa.

No disponemos de los resultados obtenidos en estos trabajos, pero Meliá & Peiró (1989), realizaron otro estudio con el objetivo de obtener una evaluación útil y rica del contenido de la satisfacción laboral, teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo y motivacionales de los sujetos dentro de una organización.

Este trabajo constaba de 23 ítems tipo Likert de 7 puntos, donde 1 era muy insatisfecho y 7 muy satisfecho. Estos 23 ítems se repartieron en 5 factores:

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

Factor I: satisfacción con la supervisión. Se recogían aquí todos los ítems referidos a la forma en que los superiores juzgan la tarea, la proximidad y la frecuencia de supervisión y la relación con los superiores.

Factor II: satisfacción con el ambiente físico. Todos los ítems que formaban parte de este factor pretendían indagar sobre la satisfacción en la limpieza, higiene, ventilación e iluminación del puesto de trabajo.

Factor III: satisfacción con las prestaciones recibidas. Los ítems que se recogían en este factor atendían al cumplimiento de convenios, la forma de negociación, el salario recibido, la promoción y la formación.

Factor IV: satisfacción intrínseca. Se indaga dentro de este factor sobre la satisfacción que da el trabajo por sí mismo y las oportunidades que da de hacer lo que al profesional le gusta.

Factor V: satisfacción con la participación. Se incluyen dentro de este factor los ítems sobre participación en las decisiones del grupo de trabajo.

Los resultados obtenidos por estos autores muestran que las medias más bajas aparecen en los ítems relativos a la formación, promoción y negociación, mientras que las medias más altas se obtienen en aspectos intrínsecos del trabajo y en ambiente físico.

Robles et al. (2005), realizaron un trabajo con el fin de conocer la gestión de recursos humanos del Hospital de Sierrallana (Torrelavega) y la influencia que tienen las circunstancias laborales y personales en la alta satisfacción de los profesionales.

Para llevar a cabo este estudio aplicaron una encuesta que se dividía en 3 partes. La primera parte estaba compuesta por 7 preguntas sobre las características sociodemográficas y laborales de los profesionales encuestados.

La segunda parte constaba de 35 preguntas agrupadas como sigue:

Condiciones de trabajo

- Condiciones físicas y ambientales.
- Condiciones de seguridad.
- Horario de trabajo.

Formación

- Formación recibida para el desarrollo profesional.
- Posibilidades de formación para el desarrollo profesional.
- Respuesta a las peticiones de formación.

Promoción y desarrollo profesional

- Satisfacción con el trabajo desempeñado.
- Grado de aprovechamiento de la capacidad profesional.
- Satisfacción de las expectativas de promoción o desarrollo profesional.

Reconocimiento

- Reconocimiento del trabajo en la propia unidad.
- Reconocimiento de las personas en función del cumplimiento de sus responsabilidades.

Retribución

- Retribución en relación con el trabajo desarrollado.
- Retribución en relación con el resto de categorías.
- Retribución en relación con otros sectores.

Relación jerárquica

- Capacitación del superior directo para ejercer sus funciones organizativas.
- Orientación y apoyo suministrado por el superior directo para el desempeño.
- Trato personal recibido por el superior directo.
- Valoración de la relación profesional con el superior directo.

Participación

- Posibilidades de participación en la mejora del funcionamiento de la unidad.

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

- Frecuencia con la que el superior directo discute los proyectos que afectan a la unidad.

Organización y gestión del cambio

- Grado de conocimiento sobre la estructura, las unidades y las actividades del hospital.
- Organización del trabajo en la unidad.
- Coordinación entre las distintas unidades.

Clima de trabajo

- Relación entre compañeros y ambiente de trabajo en la unidad.
- Relación entre compañeros y ambiente de trabajo entre distintas unidades.

Comunicación interna

- Información recibida para la correcta ejecución del trabajo.
- Información sobre las decisiones tomadas por la dirección con repercusión en el trabajador
- Repercusión de las sugerencias/aportaciones realizadas para la mejora de la unidad

Conocimiento e identificación con los objetivos

- Adecuación de los objetivos y planes de actuación de la unidad
- Nivel de conocimientos sobre los objetivos, proyectos y resultados

Percepción de la dirección

- Adecuación de las decisiones tomadas por el equipo directivo
- Receptividad de la dirección a problemas/demandas de los trabajadores.

Política e impacto medioambiental

- Adecuación de la política medioambiental.
- Importancia del plan de gestión medioambiental.
- Grado de implicación en el plan de gestión medioambiental.

En la tercera y última parte se planteaban 2 preguntas relacionadas con la satisfacción general con el trabajo realizado y con la percepción de la calidad del

servicio que el hospital ofrece a sus pacientes.

Los resultados de este trabajo muestran que no existen diferencias en la satisfacción laboral según el sexo, sin embargo sí existe una mayor satisfacción general en los profesionales mayores de 43 años.

Por otro lado, este trabajo muestra que los aspectos mejor considerados son el plan medioambiental, la relación jerárquica, la promoción y el desarrollo profesional. Mientras que los apartados peor valorados son la retribución, el conocimiento y la identificación con los objetivos y la formación.

Finalmente, los autores concluyen este trabajo afirmando que la satisfacción está fuertemente asociada a la valoración positiva de características propias de la organización.

Molina et al. (2009), emplean 2 cuestionarios para analizar el grado de satisfacción laboral de los profesionales de enfermería que trabajan en un hospital médico-quirúrgico y establecer los factores sociodemográficos y profesionales relacionados con la misma.

En el primer cuestionario se pregunta sobre los datos sociodemográficos y organizacionales: sexo, edad, estado civil, años con su pareja, hijos, situación laboral, turno de trabajo, tiempo ejerciendo la profesión y tiempo en el servicio actual.

El segundo cuestionario es una adaptación del Font-Roja, agrupando 24 ítems en los 9 factores que ya mencionábamos para el cuestionario de Font-Roja.

Los resultados de este estudio señalan que no existen diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas y laborales. La promoción profesional es la dimensión peor valorada, mientras que la dimensión mejor valorada es la que se refiere a la relación interpersonal con los compañeros.

4. Atención Temprana

Al igual que ocurre con otros países, España ha visto un cambio esencial en los principios conceptuales de la Atención Temprana (Shalk, 1989; Speck & Warnke, 1983, citados por Peterander, 2003). Inicialmente, se siguió una concepción directiva uniforme que buscaba sus referencias en las teorías del aprendizaje conductual, la psicología del desarrollo, etc. Después, se caminó hacia concepciones más interactivas para comprender el desarrollo del niño, lo que llevó a buscar una mayor colaboración con los padres, un énfasis en la autonomía de los niños, etc. (Peterander, 2003).

Para definir la Atención Temprana, tenemos que resaltar, en primer lugar, que se trata de una disciplina que carece de una legislación específica y uniforme que la regule a nivel nacional, por ello podemos encontrar situaciones laborales y organizativas diferentes en las distintas Comunidades Autónomas. Uno de los motivos que favorecen esta problemática es que en las leyes, programas y normas de desarrollo del sector, cada Comunidad Autónoma ha valorado de forma diferente la importancia de los distintos principios que se consideran básicos en la disciplina. Y ello a pesar de que dichos principios fueron oportunamente establecidos en el Libro Blanco de la AT (Grupo de AT, 2000), publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social a través de su Real Patronato sobre Discapacidad. En este sentido, sabemos que para recibir AT, nueve autonomías cuentan con una legislación específica en AT, en 15 comunidades se contempla la edad de 0-6 años, en 16 comunidades no se necesita la condición de minusvalía, en 10 comunidades está sectorizada la AT, en 11 comunidades tienen autonomía los recursos (CDIATs, Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana) para la recepción de casos y en 11 comunidades es requisito que los casos sean acreditados por la administración (Grupo de AT, 2009).

Siguiendo en la misma línea podemos ver, concretamente, que la Comunidad Valenciana y la Región de Murcia, por ejemplo, basan su intervención en un modelo orientado por la descentralización y coordinación interdisciplinar de las prestaciones, dando prioridad a las intervenciones comunitarias y a la aproximación del apoyo

psicosocial o los medios terapéuticos al domicilio familiar. Mientras, en Castilla La Mancha encontramos un modelo basado más en equipos centralizados e interdisciplinarios de valoración y servicios terapéuticos periféricos (Ponte, 2003). Estos dos modelos podemos igualmente verlos desarrollados en otras Comunidades Autónomas. Por este motivo, nos planteamos la necesidad de incluir en nuestra escala para administrar a los distintos profesionales y testar su satisfacción laboral, un número de ítems que hiciera referencia tanto a la extensión del trabajo interdisciplinar, como a la libertad de actuación. Además, nuestro instrumento buscaría identificar la Comunidad Autónoma y el tipo de centro donde cada profesional desarrolla su labor, cuya gestión puede ser dependiente de una corporación municipal, una asociación de padres, la propia administración regional o comunitaria, o de iniciativa profesional privada.

Por otro lado, al ser la AT una disciplina que implica distintas especialidades, tenemos la posibilidad de comparar si la formación profesional de base marca diferencias en el grado de satisfacción de estos profesionales. En este sentido podemos señalar que el perfil de quienes trabajan en este campo debe tener, además de los conocimientos científicos necesarios, una especial predisposición vocacional y actitudinal, ya que son profesionales que trabajan con seres humanos en unas circunstancias especialmente complejas, debiendo enfrentar sentimientos de inseguridad, frustración, culpa, duda, entusiasmo, etc. (Candel, 2003). La preparación científica y laboral de este colectivo implica la formación académica en una disciplina específica, la titulación de base, y la formación en un marco conceptual común a todas ellas (Arizcun, Gutierrez & Ruiz, 2005; Elósegui, Von Schmitterlöw & Casquero, 2003 y Pérez, 2003). Sin embargo, se ha señalado cierta indefinición de los perfiles profesionales (Arizcun et al., 2005). Es decir, no hay una correspondencia entre el perfil demandado y la formación inicial que este profesional puede haber recibido en el campo de la AT. Así mismo, en relación con la formación específica tan sólo se apunta la necesidad de tener conocimientos acerca del desarrollo infantil y la AT. En cuanto a la formación continua, se menciona reiteradamente su importancia, pero sin más indicaciones al respecto (Arizcun et al., 2005). Por otro lado, se resalta la importancia de la coordinación interinstitucional (Candel, 2003 y Grupo de AT, 2000, 2005), lo cual supone que las propias instituciones deben dotarse de un modelo de funcionamiento que

de modo flexible, funcional y coordinado, ofrezca una respuesta eficaz para mejorar la calidad de la atención, evitando así las deficiencias que se puedan originar a causa de la descoordinación.

Señaladas estas situaciones, antes de adentrarnos en el desarrollo del presente trabajo y para que se pueda comprender mejor el sentido de nuestra investigación, entendemos que es necesario definir el concepto de AT. Igualmente parece oportuno hacer una breve introducción a aquellos principios sobre los que se fundamenta la disciplina y su estado actual de implementación en nuestro entorno.

Así pues, cabe decir que la AT posee su propia historia, vinculada al avance de varias disciplinas como pueden ser la Neurología, la Genética, la Neurofisiología, la Pedagogía y la Psicología (Millá, 2002). Ahora bien, la atención adecuada a un niño con dificultades en su desarrollo y a su familia no es tarea exclusivamente médica, ni psicológica, ni educativa. Muy al contrario, al producirse las necesidades que presenta el niño por una combinación de defectos del desarrollo y al ser ese niño una compleja unidad donde lo físico, lo afectivo, lo psicológico, etc. se van desarrollando simultáneamente, éste necesita de todas aquellas especialidades que deben actuar, en estrecha colaboración, para mejorar tanto su salud como sus posibilidades de desarrollo físico, psicológico, cognitivo, afectivo, social, etc. (Candel, 2003 y Mendieta & García-Sánchez, Castellanos & Mendieta, 1998).

En un primer momento, en la historia de la AT, se entendía la intervención como una mera rehabilitación. Aquel primer concepto, que llegó a nuestro país en torno a la década de los 70, ha ido evolucionando paralelamente a la evolución de servicios e instituciones. De esta forma, y debido a las necesidades cambiantes de las personas a las que iba dirigido este servicio, llegamos a lo que en el año 2000 nos define su Libro Blanco como AT:

“Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de

ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (Grupo de AT, 2000; p. 7).

De esta definición, vamos a extraer la importancia que se quiere dar a la necesidad de que, detrás de las actuaciones a llevar a cabo, haya un equipo de trabajo de orientación inter o transdisciplinar. Si la interdisciplinariedad es un concepto que nos habla ya de una importante coordinación entre los componentes del equipo, la transdisciplinariedad lleva dicha coordinación hasta un extremo a veces casi utópico. En un equipo transdisciplinar, se llegaría a la compartición de roles especialmente en las disciplinas limítrofes. De tal forma que la comunicación, interacción y cooperación se maximicen entre los miembros del equipo y estos adquieran un compromiso para enseñar, aprender y trabajar en equipo a la hora de implementar los servicios coordinados (Fewell, 1983; King et al., 2009; Peterson, 1987; United Cerebral Palsy National Collaborative Infant Project, 1976). En esta misma línea tomamos las palabras de Fuertes & Palmero (1998) cuando dicen que la formación de los profesionales que trabajan en los programas de intervención temprana tiene que ir más allá de los contenidos tradicionales acerca de estimulación y aprendizaje. Es necesario incorporar dentro de los programas de formación aspectos que tengan que ver con las habilidades sociales y de trabajo en equipo.

Somos conscientes de que la transdisciplinariedad está lejos aún de ser una realidad en la AT de nuestro país. Al menos una realidad reconocida. Pero a la vez, entendemos que la tendencia actual de acercar la AT al entorno natural del niño conlleva necesariamente (y por cuestión de recursos económicos) al desarrollo de actuaciones profesionales con un cierto grado de transdisciplinariedad. Por otro lado, nuestro contacto con profesionales experimentados, que desarrollan su trabajo en distintos CDIATs, nos permite percibir cómo ese cierto grado de transdisciplinariedad aparece en el quehacer diario de profesionales de equipos consolidados con un buen ambiente laboral, aunque ello no sea reconocido.

Si tomamos las palabras de García-Sánchez et al. (1998), definen la Atención Temprana como un conjunto de intervenciones dirigidas al niño, su familia y su entorno, desarrolladas desde la acción coordinada de profesionales y equipos

interdisciplinarios, con la finalidad de asegurar los recursos necesarios para prevenir, detectar y dar una respuesta inmediata, planificada con carácter global, sistemática, dinámica e integral a las necesidades transitorias o permanentes de la población infantil que, en la primera infancia (0-6 años), presenta trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos.

Analizando la definición anterior, cabe decir que la etapa infantil es la más plástica y vulnerable a las condiciones y factores ambientales, por tanto no se puede tratar un problema infantil sin abordar simultáneamente a la familia y demás condiciones socioambientales en que está inmersa, viendo en ese conjunto la unidad mínima de riesgo y tratamiento (Fuertes et al., 1998). Por ello, la intervención debe ser inmediata, con el fin, por un lado, de aprovechar la alta plasticidad del sistema nervioso inmaduro durante las primeras etapas de su evolución. Y por otro lado, con el fin de atender cuanto antes las necesidades de una familia que está comenzando a enfrentarse quizás al mundo de la discapacidad. Y esa intervención, por la familia y por el niño, se entiende en el tiempo hasta los 6 años (comienzo en nuestro país de la escolaridad obligatoria). Sin embargo, hay comunidades que, aún contemplando estas edades para recibir Atención Temprana, priorizan el tramo de 0-3 años, como es el caso de Castilla La Mancha.

Siguiendo con el análisis de la definición de AT planteada, se apunta a una intervención planificada, es decir diseñada de antemano y global, en el sentido de que debe incidir sobre todas las áreas de desarrollo del niño, buscando que este sea lo más armónico posible. Esta actuación, también debe ser sistemática, en tanto en cuanto no puede ser una intervención puntual en un momento determinado, sino una actuación continuada, tanto en el tiempo como en los diferentes contextos en los que el niño se desenvuelve, de ahí se deriva, también su carácter integral.

Finalmente, se trata de una respuesta dinámica. Se interviene para producir cambios y en función de esos cambios, los objetivos de la intervención también se verán frecuentemente modificados. Por tanto a pesar de la planificación y la sistematicidad, se debe tener prevista la posibilidad y necesidad de modificación en función de los cambios producidos.

De todo esto podemos destacar que se ha producido un cambio en la concepción de la Atención Temprana, desde un modelo centrado en el servicio a un modelo centrado en los recursos con el fin de facilitar el acceso a los mismos y no duplicar aquellos que se facilitan desde otros dispositivos sociales (Fuertes et al., 1998). Además, el hecho de focalizar el tratamiento exclusivamente en el niño con dificultades es tener una visión muy reducida de la realidad, por ello se hace necesario el compartir conocimientos e información, asistencia física y material, la transmisión de actitudes, el apoyo psicológico y emocional, etc. (Fuertes et al., 1998).

La individualidad de los niños y la complejidad de las discapacidades o retrasos que pueden aparecer en su desarrollo, requiere una cooperación interdisciplinar intensiva (Peterander, 2003). De ahí que una característica definitoria de los CDIATs, sea la composición de sus equipos. Se trata de equipos multiprofesionales de carácter interdisciplinar o transdisciplinar. Es decir, supone la interrelación de muchas disciplinas con un marco común de actuación. Por ello es imprescindible el trabajo en equipo y la formación específica, no sólo en Atención Temprana, sino también en técnicas de trabajo en equipo (Millá & Mulas, 2005). En este sentido, una de las principales consecuencias de los cambios que estamos viviendo en AT y que nos encaminan también hacia modelos cada vez más ecológico-transaccionales, es la necesidad de ir acercándonos a un modelo transdisciplinar de funcionamiento de los CDIATs. Dicho modelo requiere un alto grado de confianza entre los representantes de las diferentes disciplinas, así como actitudes y habilidades personales de cooperación (Fuertes et al., 1998). Por supuesto, la consecución de estas metas e ideales puede verse altamente favorecida por buenos climas laborales y altos grados de satisfacción laboral y subjetiva entre los profesionales de los equipos.

En esta misma línea Peterander (2003) ya nos dice que los centros de Atención Temprana regionales tienen un equipo multidisciplinar y trabajan juntos sobre una base inter- y transdisciplinar. Este sistema facilita el intercambio de información entre los miembros del equipo y hace posible el feedback y la supervisión mutua.

Para terminar con nuestro repaso de lo que es el concepto actual de AT, decir que las actuaciones a que hace referencia la definición de AT, deben desarrollarse en tres

vertientes: prevención, detección e intervención propiamente dicha (García-Sánchez et al., 1998). Así, la prevención se lleva a cabo a través del desarrollo de programas de información y formación al público en general, los cuales permiten la generalización de conceptos de calidad estimular física y socioafectiva y la promoción del desarrollo infantil. Por su parte, la detección se llevaría a cabo a través de las mismas estrategias que para la prevención, pero dirigiéndose al conjunto de profesionales que tienen acceso a la población infantil, pudiendo realizarse en distintos momentos y por distintos servicios para intentar conseguir y asegurar óptimos niveles de detección precoz de necesidades de AT. Finalmente, la intervención se desarrolla a través de programas individualizados atendiendo a los objetivos de la AT, pudiendo desarrollarse desde tres facetas diferentes de intervención: educativa o psicoeducativa, psicológico-clínica y médico-rehabilitadora. De aquí, que el elemento más importante para el éxito del programa de intervención integral en AT no está en la actuación individual de ninguno de los agentes que en él participan, sino en una auténtica coordinación entre ellos y la asunción de unas metas comunes (Mendieta et al., 1998 y García Sánchez, 2002).

5. Atención Temprana y satisfacción laboral: elementos a considerar

Los requerimientos de trabajo en equipo que implican la actuación en AT nos llevan a plantearnos la necesidad de incluir, en el cuestionario que pretendemos elaborar para la evaluación de la satisfacción laboral de estos profesionales, un número de ítems que se refieran a ese trabajo en equipo y al conocimiento que los profesionales tienen de lo que hacen los otros compañeros. Todo ello teniendo en cuenta, obviamente, los elementos que se consideran claves para una adecuada formación y mantenimiento de un equipo profesional. En términos generales, podemos hablar de roles de liderazgo compartidos, responsabilidad individual y colectiva, propósitos específicos que el propio equipo desarrolla, productos de trabajos colectivos, etc. (Ander-Egg & Aguilar, 2001). Más centrado en el campo de la AT, se ha señalado también que la eficacia de los centros dedicados a la intervención, dentro de esta disciplina, viene determinada en gran medida por el estilo y estructura de la organización de los propios centros: cooperación de los profesionales en equipos interdisciplinarios, liderazgo de la gestión,

planificación y puesta en marcha de las diferentes fases del trabajo, forma de cooperación con las familias y con otros centros, etc. (Peterander, 1998, 1999).

Un trabajo en equipo con un funcionamiento de esta calidad sólo se puede conseguir cuando sus miembros están altamente motivados. Algo para lo que la satisfacción laboral y personal serán requisitos imprescindibles. De lo que llevamos expuesto, podemos extraer ya, como hemos ido apuntando, conclusiones que nos orienten sobre qué tipo de ítems podríamos o deberíamos incluir en una escala que buscase indagar sobre esa satisfacción laboral de los profesionales del campo de la AT. Nuestra escala, además de recabar información general sobre aspectos como la Comunidad Autónoma en la que se inserta el centro, tipo de centro, años de experiencia del profesional encuestado, cargo que desempeña y perfil profesional, deberá incluir ítems que aborden cuestiones referidas al adecuado y necesario trabajo en equipo dentro de la disciplina. Entre ellos incluiríamos, por ejemplo, ítems sobre aspectos del trabajo en equipo que nos permiten valorar su grado de cohesión e intensidad. Entre ellos, por ejemplo, podemos hablar del reconocimiento del trabajo bien realizado entre los compañeros del equipo, de la posibilidad de expresar ideas con libertad, la búsqueda de apoyo y consejo entre compañeros ante una situación difícil en el trabajo, el planteamiento y aceptación de críticas como constructivas, la compartición de conocimientos con los compañeros, etc.

Todo esto nos lleva a indagar y profundizar un poco más sobre la satisfacción del profesional al que, desde la perspectiva de la Gestión de la Calidad Total, podemos considerar como cliente interno de la organización en que trabaja. Con ello llegamos a una serie de criterios que cualquier equipo de trabajo debería tener en cuenta tratando de caminar hacia esa Gestión de la Calidad Total. Estos criterios, centrados en el campo de la AT, incluirían aspectos como perseguir la unificación y clarificación de metas, una comprensión común de esas metas, relaciones de trabajo positivas y un intenso espíritu de equipo, intercambio de sentimientos positivos, y la habilidad de expresar los sentimientos negativos y hacerles frente (Peterander, 1999, 2003). Pero al mismo tiempo y, debido a que los profesionales son personas y no recursos de la organización, ello obliga a plantear políticas de personal basadas en el respeto al plan de vida individual. La filosofía de la Calidad Total ha introducido la noción de calidad de vida

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

laboral como una variable que influye en los procesos y resultados de calidad. De ahí que en nuestro cuestionario nos planteemos incluir ítems referidos a la gestión del personal. Nos referimos al conjunto de actividades encaminadas al proceso de provisión de servicios a clientes internos, cuyo resultado es la satisfacción de las necesidades de cada profesional, así como la compatibilidad con su vida y desarrollo personal (Candel, 2003; López Sobejano, 2007; Medina, 2003; Pérez-Campdesuñer, Noda, García Vidal & De Miguel, 2004 y Peterander, 2003). Por ello en nuestra escala incluiremos ítems que hagan referencia a esta satisfacción del profesional de la AT e indaguen, por ejemplo, sobre la libertad para elegir los cursos de formación que le interesa realizar, la satisfacción percibida dentro del centro en relación al salario recibido, a la flexibilidad y disponibilidad de los horarios, etc.

A la hora de intentar medir la satisfacción profesional, Cummins et al. (2007) identifican siete dominios comunes vinculados a la satisfacción laboral: bienes materiales (retribución económica), salud, autonomía, productividad, bienestar emocional, relaciones interpersonales laborales y seguridad. Hulin & Judge (2003) profundizan en el tema y concluyen que se trata de una respuesta multidimensional a la profesión que incluye un componente cognitivo (evaluativo), otro afectivo (emocional) y otro conductual (comportamental). De ahí que estudios empíricos demuestren que las actitudes profesionales están relacionadas con las conductas profesionales.

Por tanto, podemos decir que las variables emocionales, actitudinales y cognitivas están íntimamente relacionadas con el concepto de bienestar subjetivo y que la percepción que cada uno de los profesionales tenga sobre su propio bienestar, va a influir significativamente en el desempeño de su labor.

De acuerdo con ello y puesto que el bienestar subjetivo sirve como un importante resultado en los programas de prevención en intervención (Kashdan, 2004), entendemos que resultará interesante introducir en nuestro cuestionario ítems referidos a la percepción de estabilidad en el puesto de trabajo, la concordancia entre el trabajo que se desempeña y la titulación o perfil profesional, la posibilidad de promoción profesional, el sentimiento de realización o satisfacción a la hora de desarrollar el trabajo, la posibilidad de satisfacer sus necesidades con el salario recibido, etc.

En este mismo sentido, García (2006) menciona una serie de aspectos referidos a las actitudes de los empleados y que van a influir en la satisfacción laboral y que nosotros hemos tomado en consideración a la hora de elaborar nuestro cuestionario. Estos aspectos son los siguientes:

- Pago: Suele existir una tendencia de concederle demasiada importancia al pago como factor determinante de satisfacción en el empleo. La importancia que le dan los empleados suele estar relacionada con lo que pueden adquirir con lo que ganan, comparación del salario que reciben con respecto a otros que desempeñan la misma labor, etc.
- Seguridad del empleo: La importancia relativa de la seguridad en comparación con otros aspectos intrínsecos del empleo, tales como el pago o el reconocimiento de los méritos personales varía en función de la clasificación del empleo y del grado efectivo de seguridad que los trabajadores sienten en su empleo.
- Participación y reconocimiento personal: La sensación de satisfacción y de orgullo personal que le produce al artesano de su capacidad de transformar la materia prima en un producto acabado, muy pocas veces se experimenta dentro de la estructura fabril actual. No obstante, el empleado del presente tiene la misma necesidad que su predecesor artesano de experimentar una sensación de realización, orgullo y valía personal.
- Posición profesional: Cuanto más alta sea su posición dentro de la jerarquía profesional, tanto más probable es que informe sentirse satisfecho con su empleo.
- Supervisión: Es posible modificar las actitudes de los empleados mediante el desarrollo de un espíritu de cooperación entre trabajadores y supervisores. Una relación amistosa entre supervisores y subordinados parecía generalizarse en un clima favorable de trabajo.

6. OBJETIVOS

- Elaborar un instrumento que nos permita testar el grado de satisfacción laboral de los profesionales de las distintas disciplinas que podemos encontrar en los servicios de AT.
- Valorar la fiabilidad y validez de dicho instrumento.
- Conocer la distribución de diferentes características que presentan los profesionales que desarrollan su labor en Centros y Servicios de AT, considerando sus perfiles profesionales, cargos de responsabilidad y experiencia profesional
- Conocer el grado de satisfacción laboral de los profesionales de las distintas disciplinas que podemos encontrar en los servicios de AT.
- Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de satisfacción laboral de los profesionales, en función de variables como la comunidad autónoma, el tiempo de experiencia profesional, el tipo de centro en el que desarrollan su actividad, el perfil ocupacional y cargos de responsabilidad.

7. MÉTODO

7.1. Participantes

La muestra invitada no puede determinarse con exactitud ya que no existe un censo de profesionales de AT. Ahora bien, se invitó a participar a los profesionales de un total de 106 CDIATs o Servicios de AT, que constituían la totalidad de estos recursos que se pudieron identificar en las Comunidades Autónomas de la Región de Murcia (34 de estos CDIATs o Servicios de AT), Valencia (34 recursos) y Castilla la Mancha (38 recursos). Un cálculo inicial de una media de entre 5 y 6 profesionales por Centro o Servicio, nos llevó a estimar una población invitada de entre 530 y 630 profesionales de AT.

Para identificar los Centros y Servicios existentes que trabajan directamente en el ámbito de la AT, consultamos censos de este tipo de servicios facilitados por las Consejerías de Política Social de las tres Comunidades Autónomas (las cuales, en los tres casos, financian la AT dispensada a la población infantil y sus familias), así como

listados de recursos de este tipo referidos por Federaciones de Asociaciones sin ánimo de lucro, normalmente regidas por padres de niños afectados por algún tipo de discapacidad y Asociaciones de Profesionales de AT (ATEMP, Asociación de Profesionales de AT de la Región de Murcia; AVAP, Associació de Professionals d'Atenció Precoç de la Comunitat Valenciana; APATCAM, Asociación de Profesionales de AT de Castilla la Mancha). A partir de la información conseguida se creó una base de datos con todas las direcciones de los distintos centros identificados en las tres Comunidades Autónomas mencionadas anteriormente.

En el Anexo 1 se presenta una tabla con la relación de los Centros y Servicios a los que se invitó a participar, clasificados por Comunidades Autónomas.

Finalmente, la presente investigación ha contado con una muestra participante de 386 profesionales de AT, repartidos en 66 centros o servicios. De ellos 126 profesionales (32.6 % de la muestra encuestada) desarrollaban su labor en 19 Centros de la Región de Murcia, 126 profesionales (32.6% de la muestra encuestada) en otros 20 centros de la Comunidad Valenciana y 134 profesionales (34.7 % de la muestra encuestada) en 27 centros o servicios de la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha.

A nivel de Centros y Servicios, atendiendo al censo realizado para las tres Comunidades Autónomas, podemos decir que hemos recibido contestación del 50% de los Centros de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y de la Comunidad Valenciana y del 68.4% de los Centros de la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha.

7.2. Instrumento

Para la evaluación del grado de satisfacción de los profesionales de la AT de las tres Comunidades Autónomas mencionadas de Murcia, Valencia y Castilla la Mancha, fue creada una escala que hemos denominado *Inventario de Satisfacción de los Profesionales de la Atención Temprana (ISPAT)*. Para su desarrollo hemos integrado cuestiones planteadas en diferentes escalas relativas a la satisfacción laboral en distintos

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

ámbitos de trabajo como la sanidad, las instituciones públicas, en la administración y servicios, geriatría, etc. (Chiang et al., 2008; De Pablos, Colás & González, 2011; García, 2006; Meliá, 1998; Meliá et al., 1989; Meliá et al., 1998; Molina et al., 2009; Núñez et al., 2007; Ripoll et al., 2006 y Robles et al., 2005). Las preguntas incluidas en estas escalas fueron adaptadas, siempre que se estimó oportuno, a las características del trabajo en AT. Además se tuvieron en cuenta para su elaboración otros trabajos realizados en el campo de la AT y centrados en la calidad del servicio en general y del trabajo en equipo en particular (García-Sánchez et al., 2009; Peterander, 1998, 1999, 2003 y Ponte, 2004). El inventario creado pretende ofrecer una aproximación al grado de satisfacción de los profesionales que desarrollan su labor dentro de esta disciplina, y quedó constituido inicialmente por 33 ítems tipo Likert de 4 puntos (nunca, a veces, frecuentemente y siempre), repartidos en cinco dimensiones:

- Clima y relaciones con compañeros y superiores (10 ítems).
- Condiciones laborales referentes a materiales, salarios, horarios (9 ítems).
- Trabajo en equipo y delimitación de funciones (6 ítems).
- Formación continua (3 ítems).
- Satisfacción percibida y expectativas (5 ítems).

En el Anexo 2 se recoge la redacción definitiva de los ítems del ISPAT administrado, ordenados por estas dimensiones. A la hora de ser aplicado, los ítems se presentaron aleatoriamente distribuidos, con un encabezamiento en el que se explicaba que el cuestionario anónimo buscaba valorar las condiciones de satisfacción laboral de los profesionales de AT, se explicaba cómo cumplimentarlo y se pedía sinceridad. Todos los ítems, además de las cuatro opciones de respuesta, disponían de un apartado de observaciones para la libre expresión del encuestado.

Previamente a los ítems, el cuestionario incluía un breve conjunto de preguntas referidas a la Comunidad Autónoma donde se trabajaba, los años de experiencia laboral en AT y en el Centro/Servicio actual de trabajo, el desempeño o no de cargo de responsabilidad, el tipo de Centro/Servicio donde se trabaja y el perfil profesional/laboral. Estas dos últimas cuestiones presentaban varias opciones cerradas

de entre las que el encuestado podía marcar las que entendiera necesario así como especificar otra opción en el apartado de respuesta abierta previsto para ello. En el Anexo 3 se pueden consultar estos estadísticos descriptivos que se planteaban previos al cuestionario.

Todo el proceso de construcción y adaptación del instrumento se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones publicadas por la International Tests Comisión (ITC) para la construcción y adaptación de tests (Muñiz & Hambleton, 1996, ITC, 2000).

7.3. Procedimiento

Elaboración del ISPAT

Para la elaboración del instrumento se procedió, en un primer momento, a la revisión bibliográfica de estudios centrados en la satisfacción laboral en diversos ámbitos de trabajo como sanidad, educación, administración, etc. y de artículos y documentos que ponen de relieve la situación actual de la disciplina de la AT en base a las leyes que la regulan y la zona geográfica en la que nuestro estudio se ha centrado. Así mismo también se recabó información sobre diferentes escalas ya utilizadas en los ámbitos antes mencionados (Chiang et al., 2008; De Pablos, Colás & González, 2011; García, 2006, Meliá, 1998; Meliá et al., 1989; Meliá et al., 1998; Molina et al., 2009; Núñez et al., 2007, Ripoll et al., 2006 y Robles et al., 2005). Entre los documentos consultados, han sido especialmente relevantes para la elaboración de los primeros listados de posibles ítems, los trabajos de Peterander (1998, 1999, 2003) y la consulta de la encuesta de Satisfacción del Cliente Interno que se viene utilizando en el CDIAT de ASTRAPACE en Murcia y que ha sido elaborada por su Departamento de Documentación, Investigación y Desarrollo (García-Sánchez, 2008a, 2008b, García-Sánchez et al., 2009).

A partir del listado inicial de posibles ítems y a través de diversas reuniones del Equipo de Investigación implicado en este proyecto, se fueron delimitando los 33 ítems iniciales del ISPAT.

Antes de la aplicación del ISPAT a la muestra del estudio realizado, los ítems

fueron sometidos a un proceso de juicio de expertos a dos niveles. Por un lado, tres profesionales altamente experimentados en AT (con 25 años de experiencia en la disciplina, cada uno) evaluaron la claridad y concreción de la redacción de los ítems y, especialmente su adecuación a los constructos teóricos que pretendían medir. Por otro lado, dos Profesoras de Universidad, habituadas al uso y preparación de cuestionarios pero ajenas al trabajo realizado para la preparación del ISPAT, evaluaron también los mismos aspectos de los ítems, si bien prestando especial atención a los aspectos más técnicos del cuestionario. Las aportaciones que estos cinco jueces realizaron sobre los ítems del cuestionario y su presentación fueron tenidas en cuenta en la versión analizada del ISPAT.

Aplicación del ISPAT

A la hora de aplicar el ISPAT se optó por su remisión, por vía postal, a las direcciones técnicas de los 106 Centros y Servicios identificados en las tres Comunidades Autónomas (Murcia, Valencia y Castilla-La Mancha). En cada sobre se incluyeron un número mínimo de cinco copias del cuestionario, un sobre franqueado para su devolución y una carta de presentación.

La carta de presentación, que se recoge en el Anexo 4, se envió firmada por el responsable del estudio y con los membretes de la Universidad de Murcia y del Grupo de Investigación E07-74 Educación, Diversidad y Calidad de la Universidad de Murcia. En ella se señalaba la finalidad del estudio, se pedía la colaboración de los profesionales del Servicio (incluyendo el fotocopiado de más cuestionarios si era preciso) y se explicaba el mecanismo para la devolución de las encuestas de forma anónima, especificándose una fecha límite para su devolución.

7.4. Análisis de datos

Se ha realizado un análisis inicial de los datos recogidos a través de procedimientos de estadística descriptiva mediante análisis de frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas.

Para el cálculo de la fiabilidad de la escala se ha utilizado el procedimiento clásico propuesto por Cronbach (Martínez Arias, 1995). Los ítems de la escala se han sometido a un análisis factorial realizado mediante extracción de componentes principales y rotación varimax.

Para la comparación entre medias se realizarán ANOVAS simples de un factor.

Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el paquete de software científico SPSS 17.0.

8. Resultados

8.1. Características de los profesionales encuestados

La muestra final participante estuvo compuesta por 386 profesionales de AT. Estos profesionales presentan una media de 7,6 años trabajados en AT y 7,3 años de experiencia en el centro actual en el que desarrollan su labor profesional.

En la encuesta realizada incluimos una serie de ítems encaminados a obtener información sobre las características de la muestra: Comunidad Autónoma donde el profesional está trabajando, perfiles ocupacionales, cargos de responsabilidad y experiencia profesional acumulada.

8.1.1 Perfiles ocupacionales

En la Tabla 1 se recoge la distribución por Comunidades Autónomas de cada uno

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

de los diferentes perfiles ocupacionales de la muestra, calculando los porcentajes sobre el total de encuestas en cada caso.

Tabla 1. Perfiles ocupacionales por Comunidades Autónomas.

PERFIL	COMUNIDAD AUTÓNOMA				
	Totales (386 encuestas)	Murcia (126 encuestas)	Valenciana (126 encuestas)	Castilla La Mancha (134 encuestas)	
PSICOLOGIA	n	99	31	36	32
	%	25.6	24.6	28.6	23.9
PEDAGOGÍA	n	51	30	11	10
	%	13.2	23.8	8.7	7.5
LOGOPEDIA	n	119	48	31	40
	%	30.8	38.1	24.7	29.9
FISIOTERAPIA	n	84	26	27	31
	%	21.8	20.6	21.4	23.1
ESTIMULACIÓN	n	108	32	40	36
	%	28.0	25.4	31.7	26.9
PSICOMOTRICIDAD	n	31	10	4	17
	%	8.0	7.9	3.2	12.7
TERAPIA OCUPACIONAL	n	13	3	7	3
	%	3.4	2.4	5.6	2.2
TRABAJO SOCIAL	n	5	4	1	—
	%	1.3	3,2	.8	—
EDUCACIÓN SOCIAL	n	1	1	—	—
	%	0.3	0.8	—	—
OTROS	n	17	4	9	5
	%	4.4	3.2	7.1	3.7

El perfil profesional que más se repite es el de Logopedia (lo desempeñan el 30.8% de la muestra total encuestada). Es un perfil que aparece con mayor frecuencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Le siguen, en orden de frecuencia, los perfiles de Estimulación, Psicología y Pedagogía. Entre ellos, los de Estimulación y Psicología aparecen con mayor porcentaje de casos en la Comunidad Valenciana.

El número de Licenciados en Pedagogía que desarrolla su labor profesional en Atención temprana es superior en Murcia que en el resto de Comunidades participantes. Los perfiles de Psicomotricidad, Terapia Ocupacional, Trabajo Social y Educación

Social son los que menos se dan entre los profesionales. Son inexistentes los profesionales que han marcado las dos últimas opciones en las Comunidades de Valencia y Castilla La Mancha.

En la Tabla 2 se muestra el número de perfiles ocupacionales que acumulan los profesionales de Atención temprana participantes en nuestro estudio.

Tabla 2. Número de Perfiles ocupacionales de los profesionales de AT.

Número de perfiles señalados	Frecuencia	% sobre el total de encuestas
1	268	69.4
2	95	24.6
3	21	5.4
4	2	0.5

Según los resultados obtenidos, el 69.4% de los participantes cuenta con un único perfil profesional, mientras que el 30.5% tienen 2 ó más perfiles ocupacionales.

En la tabla 3 se resumen simultáneamente los perfiles laborales únicos o múltiples, que presentan los profesionales que contestaron nuestra encuesta.

Tabla 3. Distribución perfiles laborales.

Perfil	Total	Perfil único	%	Perfil múlt.	%
Ps	99	56	56.6	43	43.4
Ped	51	18	35.3	33	64.8
Log	119	70	58.8	49	41.0
Fis	84	72	85.7	12	14.3
Est	108	36	33.3	72	66.7
Psicom	31	3	9.7	28	90.4
TOcup	13	5	38.5	8	61.5
Tr.Soc	5	5	100		
Ed.Soc	1	1	100		

De los perfiles más frecuentes, Fisioterapia es el perfil laboral/profesional que con

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

más frecuencia aparece como perfil único entre los terapeutas de AT encuestados. A continuación están los perfiles de Logopedia (que aparece en solitario en el 59.7% de estos profesionales) y el de Psicología (que aparece en solitario en el 58.8% de estos profesionales). Ambos perfiles se unen con frecuencia al de Estimulación o entre sí combinando la formación de Psicología y Logopedia en el mismo terapeuta.

Por el contrario, los perfiles de Pedagogía, Estimulación, Psicomotricidad y Terapia Ocupacional aparecen con más frecuencia dentro de una combinación de perfiles que como perfiles únicos.

En la Tabla 4, se detalla el tipo de perfil único o múltiple que tienen los profesionales de AT que han participado en nuestro estudio.

Tabla 4. Perfiles de los profesionales de AT.

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Frecuencia	Porcentaje	
PSICOLOGÍA (Ps)	----	----	----	56	14.5	
	Ped	----	----	2	.5	
		Log	Est	1	.3	
	Log	----	----	6	1.6	
		Est	----	Psm	4	1
			Psm	1	.3	
	Fisio	Est	----	1	.3	
Est	----	----	21	5.4		
	Psm	----	6	1.6		
PEDAGOGÍA (Ped)	----	----	----	18	4.7	
	Log	----	----	18	4.7	
		Psm	----	1	.3	
	Est	----	----	7	1.8	
		Psm	----	3	.8	
Psm	----	----	1	.3		
LOGOPEDIA (Log)	----	----	----	70	18.1	
	Fisio	----	----	1	.3	
	Est	----	----	12	3.1	
		Psm	Ed. Esp.	----	3	.8
			----	1	.3	
	Psm	----	----	1	.3	
Ed. Inf	----	----	2	.5		
FISIOTERAPIA (Fisio)	----	----	----	72	18.7	
	Est	----	----	1	.3	
		Psm	----	1	.3	
Psm	----	----	7	1.8		

	T. Ocp	----	----	2	.5
ESTIMULACIÓN (Est)	----	----	----	36	9.3
	PSm	----	----	3	.8
	T. Ocp	----	----	4	1
	Ed. Esp	----	----	3	.8
PSICOMOTRICIDAD (Psm)	----	----	----	3	.8
	T. Ocp	----	----	2	.5
TERAPIA OCUPACIONAL (T.Ocp)	----	----	----	5	1.3
TRABAJO SOCIAL (T.Soc)	----	----	----	5	1.3
EDUCACIÓN SOCIAL (Ed. Soc)	----	----	----	1	.3
MEDICINA (Med)	----	----	----	1	.3

Analizando los datos obtenidos de forma global, el mayor número de profesionales que desempeñan su labor dentro de esta disciplina cuentan con una única titulación. Fisioterapia supone la titulación con el porcentaje más elevado de aquellos profesionales que sólo cuentan con un perfil profesional (18.7% del total de encuestados), seguido de Logopedia con el 18.1% y Psicología con un 14.5%.

Entre los profesionales que cuentan con más de un perfil, la combinación de Pedagogía y Logopedia, es la que aparece con más frecuencia, concretamente en el 4.7% del conjunto de profesionales que forman parte de la AT, seguidos de Logopedia y Estimulación (3.1%).

Los porcentajes bajan considerablemente, como es lógico, cuando observamos la combinación de tres o más perfiles, dándose el porcentaje más elevado en aquellos que poseen las tres titulaciones de Psicología, Logopedia y Estimulación.

En las Tablas 5, 6 y 7 se observa el tipo de perfil que manifiestan los profesionales de AT según la Comunidad Autónoma en la que desempeñen su labor.

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

Tabla 5. Perfiles de los profesionales de Atención Temprana de Murcia

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Frecuencia	Porcentaje
	----	----	----	12	9.5
Ps	Ped	----	----	1	.8
		Log	Est	1	.8
	Log	----	----	5	4
		Est	----	Psm	3
				1	.8
Est	----	----	7	5.6	
		Psm	----	1	.8
			Log	1	.8
Ped	----	----	----	9	7.1
	Log	----	----	12	9.5
	Est	----	----	2	1.6
			Psm	----	3
Psm	----	----	1	.8	
Logo	----	----	----	19	15.1
	Est	----	----	4	3.2
			Psm	----	2
Ed. Inf	----	----	1	.8	
Fisio	----	----	----	23	18.3
	Est	----	----	1	.8
			Psm	----	1
T. Ocp	----	----	1	.8	
Est	----	----	----	6	4.8
T.Ocp	----	----	----	2	1.6
T.Soc	----	----	----	4	3.2
Ed. Soc	----	----	----	1	.8

Tabla 6. Perfiles de los profesionales de Atención Temprana de la C. Valenciana.

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Frecuencia	Porcentaje
	----	----	----	25	19.8
Ps	Logo	----	----	2	1.6
		Est	----	1	.8
	Fisio	Est	----	1	.8
		Est	----	----	6
		Psm	----	1	.8
Ped	----	----	----	5	.4
	Log	----	----	2	1.6
	Est	----	----	3	2.4
Log	----	----	----	18	14.3
	Est	----	----	5	4
			Ed. Esp.	----	1
	Ed. Inf.	----	----	1	.8
Fisio	----	----	----	22	17.5

	T. Ocp	----	----	1	.8
	Psm	----	----	3	2.4
Est	----	----	----	17	13.5
	T. Ocp	----	----	3	2.4
	Ed. Esp.	----	----	2	1.6
T.Ocp	----	----	----	3	2.4
T.Soc	----	----	----	1	.8
Med	----	----	----	1	.8

Tabla 7. Perfiles de los profesionales de Atención Temprana de Castilla La Mancha.

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Frecuencia	Porcentaje
Ps	----	----	----	19	14.2
	Ped	----	----	1	.7
	Est	----	----	8	6
Ped	----	----	----	4	3
	Log	----	----	1	.7
	Est	----	----	2	1.5
Log	----	----	----	34	24.4
	Est	----	----	2	1.5
		Psm	----	1	.7
Fisio	----	----	----	27	20.1
	Est	Psm	----	2	1.5
	Psm	----	----	4	3
Est	----	----	----	13	9.7
	Psm	----	----	3	2.2
	T. Ocp	----	----	1	.7
	Ed. Esp	----	----	1	.7
Psm	----	----	----	2	1.5
	T. Ocp	----	----	2	1.5

Entre los profesionales con una única titulación, en la Región de Murcia, hay un mayor porcentaje de los titulados en Fisioterapia (18.3%), seguidos de los Logopedas (15.1%) y los Psicólogos (9.5%). En las otras dos comunidades, esos porcentajes y, por consiguiente, el lugar que ocupan las distintas titulaciones cambian. Así, en la Comunidad Valenciana, el perfil único que aparece con mayor frecuencia es el de Psicología (19.8%), seguido de los de Fisioterapia (17.5%) y Logopedia (14.3%). Mientras que en Castilla La Mancha aparece un mayor porcentaje de Logopedas como una única titulación (24.4%), seguidos de los Fisioterapeutas con un 20.1% y los Psicólogos con un 14.2%.

Si analizamos los resultados obtenidos para aquellos profesionales que poseen más de una titulación, de nuevo y como es lógico, los porcentajes van disminuyendo a medida que se van sumando perfiles ocupacionales en un mismo profesional. Los porcentajes mayores se obtienen, en la Región de Murcia, para los profesionales con las titulaciones Pedagogía y Logopedia (9.5%) seguidos de los profesionales titulados en Psicología y Estimulación (5.6%). Sin embargo, la presencia al mismo tiempo de los dos primeros perfiles en las Comunidades de Valencia y Castilla La Mancha cuenta con porcentajes muy bajos, dándose en estas dos comunidades un mayor porcentaje de los profesionales que tienen las dos titulaciones de Psicología y Estimulación, con un 4.8% para la Comunidad Valenciana y un 6% para Castilla La Mancha.

Sí hemos encontrado diferencias entre los perfiles ocupacionales de cada profesional en las distintas Comunidades Autónomas, estas diferencias son aún más elevadas cuando tenemos en cuenta la presencia de dos perfiles. Murcia posee un mayor porcentaje de profesionales con dos titulaciones (27.1%), siendo Castilla La Mancha la que posee un menor porcentaje de profesionales con dos titulaciones (18.5%), frente al 23.2% de la Comunidad Valenciana.

Finalmente, mientras en la Comunidad Valenciana y en Castilla La Mancha no existen profesionales con cuatro titulaciones, sí existe un pequeño porcentaje en Murcia de profesionales con este perfil.

8.1.2 Cargos de responsabilidad

Un total de 84 de los profesionales encuestados señalan que desarrollan un cargo de responsabilidad en su Centro o Servicio. En la Comunidad de Murcia son 26 los profesionales que desempeñan un cargo de responsabilidad, lo que supone el 20.6% de la muestra de profesionales encuestados en esa Comunidad Autónoma, mientras que en la Comunidad de Valencia son 29 (el 23.01% de los profesionales encuestados de esa Comunidad) y otros 29 en Castilla la Mancha 29 (que supone el 21.6% de los profesionales de esa Comunidad).

En la Tabla 8 podemos apreciar el tipo de perfil ocupacional que muestran los

profesionales de AT que asumen cargos de responsabilidad.

Tabla 8. Perfil profesional que desempeña cargos de responsabilidad.

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Frecuencia	Porcentaje
	----	----	----	36	42.9
Ps	Ped	----	----	2	2.4
		Est	Logo	1	1.2
	Log	Est	----	2	2.4
	Fisio	Est	----	1	1.2
	Est	----	----	6	7.1
		Psm	----	3	3.6
Ped	----	----	----	12	14.3
	Log	----	----	3	3.6
Log	----	----	----	5	6
	Est	----	----	2	2.4
	Ed. Inf	----	----	1	1.2
Fisio	----	----	----	3	3.6
Est	----	----	----	2	2.4
T. Soc	----	----	----	2	2.4
Med	----	----	----	1	1.2

Aquellos profesionales que desempeñan un cargo de responsabilidad son, en un mayor porcentaje (42.9%), los profesionales con la titulación de Psicología, seguidos por los Logopedas en un 14.3%. En cuanto a los profesionales con más de un perfil profesional y que desempeñan cargos de responsabilidad dentro de la AT, nos encontramos con un 7.1% que poseen las titulaciones de Psicología y Estimulación. Los demás perfiles profesionales con cargos de responsabilidad presentan unos porcentajes muy por debajo de los que ya hemos mencionado, sin embargo en todos ellos está presente la figura del psicólogo y del pedagogo, a excepción de los profesionales con las titulaciones de Logopedia y Educación Infantil y Logopedia y Estimulación.

En las Tablas 9, 10 y 11 se observa el tipo de perfil ocupacional que tienen los profesionales de AT que asumen cargos de responsabilidad en las diferentes Comunidades Autónomas que participan en el estudio.

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

Tabla 9. Perfil profesional y cargos de responsabilidad en Murcia.

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Frecuencia	Porcentaje
	----	----	----	8	30.8
Ps	Ped	----	----	1	3.8
		Log	Est	1	3.8
	Log	Est	----	2	7.7
	Est	----	----	1	3.8
Ped	----	----	----	5	19.2
	Log	----	----	1	3.8
Logo	----	----	----	2	7.7
Fisio	----	----	----	1	3.8
Est	----	----	----	1	3.8
T. Soc	----	----	----	2	7.7

Tabla 10. Perfil profesional y cargos de responsabilidad en la Comunidad Valenciana.

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Frecuencia	Porcentaje
	----	----	----	15	51.7
Ps	Fisio	Est	----	1	3.4
	Est	----	----	1	3.4
		Psm	----	----	1
Ped	----	----	----	3	10.3
	Log	----	----	1	3.4
Logo	----	----	----	1	3.4
	Est	----	----	1	3.4
	Ed. Inf	----	----	1	3.4
Fisio	----	----	----	2	6.9
Est	----	----	----	1	3.4

Tabla 11. Perfil profesional y cargos de responsabilidad en Castilla La Mancha.

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Frecuencia	Porcentaje
	----	----	----	13	44.8
Ps	Ped	----	----	1	3.4
	Est	----	----	4	13.8
		Psm	----	----	2
Ped	----	----	----	4	13.8
	Log	----	----	1	3.4
Logo	----	----	----	2	6.9
	Est	----	----	1	3.4

En las tres Comunidades Autónomas que participan en el presente estudio, los cargos de responsabilidad son desempeñados por los psicólogos en un mayor porcentaje: 51.7% para la Comunidad Valenciana; 44.8% para Castilla La Mancha y 30.8% para la Región de Murcia. En Castilla La Mancha no existen cargos de responsabilidad con el perfil de Fisioterapia o Estimulación, mientras que en Murcia y en la Comunidad Valenciana sí existe un mínimo porcentaje de estos cargos de responsabilidad, el 3.8% en la Región de Murcia para ambos perfiles y el 6.9% en la Comunidad Valenciana para Fisioterapia y el 3.4% para Estimulación.

En Castilla La Mancha existe un mayor porcentaje, con respecto a las demás comunidades, de profesionales con cargos de responsabilidad que poseen dos perfiles profesionales, siendo el perfil profesional formado por las titulaciones de Psicología y Estimulación el que obtiene un mayor porcentaje (13.8%).

En la región de Murcia existe un pequeño porcentaje de profesionales con cargos de responsabilidad que cuentan con cuatro titulaciones, siendo dos de ellas Psicología y Pedagogía, mientras que en la Comunidad Valenciana y en Castilla La Mancha no existen cargos de responsabilidad con más de tres perfiles.

8.1.3 Experiencia profesional

Otro dato importante, en una encuesta como la que hemos aplicado, es la experiencia laboral o veteranía de los profesionales que la han contestado. En nuestro caso, pedíamos a los encuestados que señalaran los meses de experiencia acumulada en AT. La media obtenida es de 89.48 meses (lo que equivale a 7.5 años). La distribución por Comunidades Autónomas marca algunas diferencias, ya que esta media sube a 119,51 meses (9,95años) en la Comunidad de Murcia; queda en 86,70 meses (7,22 años) en la Comunidad Valenciana y baja a 63,27 meses (5,27 años) en la Comunidad de Castilla La Mancha.

A partir de los datos de años de experiencia profesional establecimos tres rangos o niveles de experiencia profesional: noveles, experimentados y veteranos. Así, los profesionales que llevan trabajados entre 0 y 24 meses dentro de la AT fueron incluidos

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

en el grupo de noveles; aquellos que llevan trabajando entre 25 y 72 meses, fueron incluidos en el grupo de profesionales experimentados; y los profesionales que llevan desempeñando su labor dentro de este campo durante más de 73 meses, conformaron el grupo de veteranos. Los resultados de esta agrupación, nos indican que existe un mayor porcentaje de profesionales veteranos, hallándose diferencias de un 10.1% respecto a los experimentados y de un 13.5% respecto a los noveles. En la Tabla 12 quedan recogidos los resultados sobre el total de encuestas que recogían este dato.

Tabla 12. Experiencia profesional en las diferentes Comunidades Autónomas.

	MURCIA		VALENCIA		CASTILLA LA MANCHA		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Noveles	30	23.81	34	26.98	43	32.09	107	27.72
Experimentados	24	19.05	43	34.13	53	39.55	120	31.09
Veteranos	72	57.14	49	38.89	38	28.36	159	41.19

Como vemos, el conjunto de profesionales que han respondido al cuestionario y constituyen nuestra muestra participante está formado, fundamentalmente, por profesionales experimentados y veteranos. A nivel de Comunidades Autónomas, la que tiene una plantilla profesional más veterana es la Comunidad de la Región de Murcia, en la Comunidad Valenciana también existe un mayor porcentaje de veteranos con respecto a los otros dos niveles de experiencia profesional, sin embargo este porcentaje es mucho menor que en Murcia. Por su parte, en Castilla La Mancha existe una plantilla constituida por un mayor número de profesionales experimentados, mientras que es en esta Comunidad Autónoma donde encontramos el porcentaje mayor de profesionales noveles.

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia es especialmente bajo porcentaje de profesionales que hemos denominado “nivel experimentado” (correspondiente a una antigüedad de entre 25 y 72 meses, es decir entre 2 y 6 años).

En la Tablas 13, 14 y 15 se observa el tipo de perfil ocupacional que tienen los participantes según su experiencia profesional.

Tabla 13. Perfil para el profesional novel.

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Frecuencia	Porcentaje	
Ps	----	----	----	8	7.5	
	Log	----	----	1	.9	
		Est	Psm	----	1	.9
	Est	----	----	2	1.9	
Psm		----	3	2.8		
Ped	----	----	----	2	1.9	
	Log	----	----	3	2.8	
		Est	----	----	1	.9
	Est	Psm	----	1	.9	
Log	----	----	----	24	22.4	
	Est	----	----	2	1.9	
		Psm	----	2	1.9	
		Ed. Esp	----	1	.9	
Fisio	----	----	----	26	24.3	
	Psm	----	----	4	3.7	
	T. Ocp	----	----	2	1.9	
Est	----	----	----	7	6.5	
	Psm	----	----	2	1.9	
		T. Ocp	----	----	2	1.9
		Ed. Esp	----	----	1	.9
Psm	----	----	----	1	.9	
	T. Ocp	----	----	2	1.9	
T. Ocp	----	----	----	4	3.7	
T. Soc	----	----	----	2	1.9	
Ed. Soc	----	----	----	1	.9	

Tabla 14. Perfil para el nivel profesional experimentado.

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Frecuencia	Porcentaje	
Ps	----	----	----	16	13.3	
	Ped	----	----	1	.8	
	Log	----	----	----	1	.8
		Fisio	----	----	1	.8
			Est	----	----	1
Est	----	----	----	9	7.5	
	Psm	----	----	2	1.7	
Ped	----	----	----	2	1.7	
	Log	----	----	4	3.3	
		Est	----	----	3	2.5
Log	----	----	----	23	19.2	
	Est	----	----	6	5	
Fisio	----	----	----	24	20	
	Psm	----	----	2	1.7	
Est	----	----	----	15	12.5	

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

	Psm	----	----	1	.8
	T. Ocp	----	----	2	1.7
	Ed. Esp	----	----	1	.8
Psm	----	----	----	1	.8
T. Ocp	----	----	----	1	.8
T. Soc	----	----	----	2	1.7
Ed. Soc	----	----	----	1	.9

Tabla 15. Perfil para profesional veterano.

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Frecuencia	Porcentaje
Ps	----	----	----	32	20.1
	Ped	----	----	1	.6
		Log	Est	1	.6
	Log	----	----	5	3.1
		Est	----	3	1.9
Ped	Est	----	----	10	6.3
		Psm	----	1	.6
	----	----	----	14	8.8
	Log	----	----	8	5
	Est	----	----	3	1.9
Logo		Psm	----	2	1.3
	Psm	----	----	1	.6
	----	----	----	24	15.1
	Fisio	----	----	1	.6
	Est	----	----	6	3.8
		Psm	----	1	.6
Fisio	Psm	----	----	1	.6
	Ed. Inf	----	----	2	1.3
	----	----	----	22	13.8
	Est	----	----	1	.6
Est		Psm	----	1	.6
	Psm	----	----	1	.6
	----	----	----	14	8.8
T. Soc	Ed. Esp	----	----	1	.6
	----	----	----	1	.6
Med	----	----	----	1	.6

Dentro del grupo de profesionales noveles, hay un alto porcentaje con la única titulación de Fisioterapia (24.3%) y Logopedia (22.4%). Dentro de los experimentados hay un 20% de profesionales con estos mismos perfiles ocupacionales, mientras que en el grupo de veteranos el mayor porcentaje de profesionales con una única titulación los forman los Psicólogos (20.1%) y los Logopedas (15.1%).

Tanto en el grupo de experimentados como en el de veteranos, el porcentaje más alto de profesionales con dos titulaciones lo forman el grupo de profesionales que poseen las titulaciones de Psicología y Estimulación, mientras que este grupo presenta un porcentaje muy bajo dentro de los noveles.

En el grupo de los noveles existe un mínimo porcentaje de profesionales que poseen cuatro titulaciones, mientras que para los experimentados y los veteranos no existen profesionales con este perfil ocupacional.

En la Tabla 16 se reflejan los cargos de responsabilidad asumidos según la experiencia profesional.

Tabla 16. Cargos de responsabilidad según experiencia profesional.

Experiencia profesional	Frecuencia	Porcentaje
Noveles	6	5.6
Experimentados	18	15.3
Veteranos	60	38.2

La mayoría de profesionales que ejercen cargos de responsabilidad (38.2%) cuentan con una alta experiencia dentro de la AT, pues son los profesionales veteranos, es decir aquellos que llevan más de 6 años en la disciplina. Además se observa que, a medida que baja el nivel de experiencia, disminuye el porcentaje de profesionales con cargos de responsabilidad dentro de ese grupo.

8.1.4. Tipo de centro

En la tabla 17 se presenta la relación de profesionales que dedican su labor en los distintos tipos de centro atendiendo a su gestión, municipal, asociación o privado.

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

Tabla 17. Tipo de centro.

Tipo de centro	Frecuencia	Porcentaje
MUNICIPAL	146	37.8
ASOCIACION	232	60.1
PRIVADO	8	2.1
Total	386	100.0

Más del 60% de los profesionales desempeñan su labor en servicios de AT gestionados por Asociaciones de padres, mientras que los profesionales que trabajan en servicios privados no llegan a superar el 2.5%.

En la tabla 18 vemos la distribución de los profesionales en los distintos tipos de centros según la Comunidad Autónoma en la que nos centremos.

Tabla 18. Distribución en Comunidades Autónomas según tipo de centro.

Tipo de Centro	Comunidad Autónoma	Frecuencia	Porcentaje
MUNICIPAL	C.A. de la Región de Murcia	41	28.1
	Comunidad Valenciana	54	37.0
	C.A de Castilla La Mancha	51	34.9
	Total	146	100.0
ASOCIACION	C.A. de la Región de Murcia	85	36.6
	Comunidad Valenciana	64	27.6
	C.A de Castilla La Mancha	83	35.8
	Total	232	100.0
PRIVADO	Comunidad Valenciana	8	100.0

El mayor porcentaje de profesionales que trabajan en centros municipales que han contestado nuestro estudio, es la Comunidad Valenciana. Por su parte, el mayor porcentaje de profesionales que desarrollan su labor profesional en asociaciones lo encontramos en la Región de Murcia (36.6%, seguidas muy de cerca por Castilla La

Mancha (35.8%). Los únicos profesionales de centros privados que han participado en nuestro estudio se encuentran todos en la Comunidad Valenciana.

En la tabla 19 podemos ver la distribución de los tipos de centro atendiendo a la Comunidad Autónoma.

Tabla 19. Distribución de los tipos de centros dentro de cada Comunidad Autónoma.

Comunidad Autónoma	Tipo de centro	Frecuencia	Porcentaje
MURCIA	Municipal	41	32.5
	Asociación	85	67.5
	Total	126	100.0
COMUNIDAD VALENCIANA	Municipal	54	42.9
	Asociación	64	50.8
	Privado	8	6.4
	Total	126	100.0
CASTILLA LA MANCHA	Municipal	51	38.1
	Asociación	83	61.9
	Total	134	100

La Comunidad Región de Murcia posee un mayor porcentaje de centros regidos por Asociaciones de Padres (67.5% del total de centros que han participado en nuestro estudio dentro de la Región de Murcia), seguida muy de cerca en porcentaje por Castilla La Mancha (61.9%) y en un porcentaje considerablemente menor por la Comunidad Valenciana (50.8%), siendo esta última Comunidad Autónoma la que cuenta con un porcentaje mayor de centros municipales, seguida por Castilla La Mancha y finalmente por la Región de Murcia. Sin embargo, si observamos los resultados obtenidos por cada Comunidad Autónoma por separado, las Asociaciones de Padres son los servicios mayoritarios en todas ellas.

En la tabla 20 podemos ver el nivel de experiencia profesional con el que cuenta cada tipo de centro.

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

Tabla 20. Tipo de centro y experiencia profesional.

Tipo de Centro	Experiencia profesional	Frecuencia	Porcentaje
MUNICIPAL	Noveles	37	25.3
	Experimentados	40	27.4
	Veteranos	69	47.3
ASOCIACION	Noveles	66	28.4
	Experimentados	77	33.2
	Veteranos	89	38.4
PRIVADO	Noveles	4	50.0
	Experimentados	3	37.5
	Veteranos	1	12.5

Tanto en los centros municipales como en las asociaciones hay un mayor porcentaje de profesionales veteranos, siendo mayor este porcentaje en los centros municipales. Por su parte, en los centros privados el porcentaje mayor se encuentra entre los profesionales noveles.

En la tabla 21 se presentan las frecuencias y porcentajes de los profesionales que desempeñan cargos de responsabilidad dentro de cada tipo de centro.

Tabla 21. Cargo de responsabilidad distribuidos por tipo de centro.

Tipo de centro	Cargos de responsabilidad	Frecuencia	Porcentaje
MUNICIPAL	SI	31	21.4
	NO	114	78.6
ASOCIACIÓN	SI	49	21.4
	NO	180	78.6
PRIVADO	SI	4	50.0
	NO	4	50.0

El mayor porcentaje de profesionales con cargos de responsabilidad se concentra de

forma similar en las asociaciones y en los centros municipales (21.4%), dándose un mayor porcentaje de profesionales que no desempeñan dichos cargos. En los centros privados hay el mismo número de profesionales desempeñando cargos de responsabilidad como de profesionales que no desempeñan estos cargos.

En la tabla 22, 23 y 24 se muestran los distintos perfiles ocupacionales que existen dentro de cada tipo de centro.

Tabla 22. Perfiles ocupacionales en Centros regidos por Asociaciones.

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Frecuencia	Porcentaje
Ps	----	----	----	23	15.8
	Ped	----	----	1	.7
		Log	Est	1	.7
	Log	----	----	2	1.4
		Est	----	3	2.1
	Fisio	Est	----	1	.7
Ped	Est	----	----	11	7.5
		Psm	----	3	2.1
Ped	----	----	----	9	6.2
	Log	----	----	3	2.1
	Est	----	----	5	3.4
Logo	----	----	----	24	16.4
	Est	Ed. Esp	----	1	.7
	Ed. Esp	----	----	2	1.4
Fisio	----	----	----	28	19.2
	Est	Psm	----	1	.7
	Psm	----	----	1	.7
Est	----	----	----	10	6.8
	Psm	----	----	1	.7
	T. Ocp	----	----	2	1.4
	Ed. Esp	----	----	2	1.4
Psm	----	----	----	2	1.4
	T. Ocp	----	----	2	1.4
T. Ocp	----	----	----	3	2.1
T. Soc	----	----	----	2	1.4
Ed. Soc	----	----	----	1	.7
Med	----	----	----	1	.7

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

Tabla 23. Perfiles ocupacionales en Centros Municipales.

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Frecuencia	Porcentaje	
Ps	----	----	----	31	13.4	
	Ped	----	----	1	.4	
	Log	Est	Psm	----	5	2.2
				----	1	.4
	Est	Psm	----	1	.4	
----			9	3.9		
			3	1.3		
Ped	----	----	----	9	3.9	
	Log	----	----	12	5.2	
	Est	Psm	----	2	.9	
			----	3	1.3	
Psm	----	----	1	.4		
Log	----	----	----	46	19.8	
	Fisio	----	----	1	.4	
	Est	Psm	----	13	5.6	
			----	3	1.3	
Psm	----	----	1	.4		
Fisio	----	----	----	42	18.1	
	Est	----	----	1	.4	
	Psm	----	----	6	2.6	
	T. Ocp	----	----	1	.4	
Est	----	----	----	26	11.2	
	Psm	----	----	2	.9	
	T. Ocp	----	----	2	.9	
	Ed. Esp	----	----	1	.4	
T. Ocp	----	----	----	2	.9	
T. Soc	----	----	----	2	1.9	
Ed. Soc	----	----	----	3	1.3	

Tabla 24. Perfiles ocupacionales en Centros Privados.

Perfil 1	Perfil 2	Perfil 3	Perfil 4	Frecuencia	Porcentaje
Ps	----	----	----	2	25
	Est	----	----	1	12.5
Logo	----	----	----	1	12.5
	Est	----	----	1	12.5
Fisio	----	----	----	2	25
	T. Ocp	----	----	1	12.5

Dentro de los centros municipales existe un mayor porcentaje de profesionales con la única titulación de Logopedia (19.8%), seguidos muy de cerca por los titulados en

Fisioterapia (18.1%). Mientras, en las asociaciones ocurre lo contrario, se mantienen los mismos perfiles con mayor porcentaje, pero el orden se ve invertido, así los profesionales con una única titulación que presentan un mayor porcentaje son los Fisioterapeutas (19.1%) seguidos de los Logopedas (16.4%). En los centros privados los profesionales con la única titulación de Psicología y Fisioterapia, presentan los porcentajes más altos, siendo similares entre ellos (25%).

Por otra parte, en los centros privados no existen profesionales con una única titulación, cuando esta titulación es Estimulación, Pedagogía, Trabajo Social, Psicomotricidad, Logopedia o Educación Social, aunque sí aparecen las combinaciones de Estimulación con Logopedia o con Psicología.

En cuanto a los profesionales que poseen más de una titulación, en los centros privados no existen profesionales con más de dos titulaciones, mientras que sí aparecen profesionales con dos, tres y cuatro titulaciones en los centros municipales y en las asociaciones.

En centros municipales hay un mayor porcentaje de profesionales con las titulaciones de Logopedia y Estimulación, mientras que en las asociaciones el porcentaje es mayor para los profesionales con las titulaciones de Psicología y Estimulación.

Vemos que la titulación de Estimulación siempre está presente, sobre todo como formación complementaria para aquellos profesionales con más de un perfil ocupacional.

8.2. Análisis factorial del ISPAT

El análisis exploratorio de los datos obtenidos tras la aplicación de la escala se ha centrado en el estudio de las propiedades psicométricas tradicionales del instrumento de medida: análisis de ítems, fiabilidad y validez (Crocker & Algina, 1986; Martínez Arias, 1995).

8.2.1. Análisis de ítems y fiabilidad

Tras la elaboración de los diferentes ítems correspondientes a los constructos teóricos que se determinaron en la construcción de la escala, dicha estructura fue nuevamente sometida al análisis y depuración por parte de diferentes expertos de la línea de investigación a la cual se vinculó el presente estudio. Las aportaciones establecidas por el grupo de expertos nos llevó a la reestructuración de la escala, quedando compuesta para la aplicación del análisis exploratorio por 23 ítems, que quedan recogidos en el Anexo 5.

Estos 23 ítems, que finalmente estructuraban la escala, fueron sometidos a un análisis de sus propiedades psicométricas y al estudio de la fiabilidad. Tras dicho análisis, la escala definitiva quedó conformada por 16 ítems, después de suprimir aquellos que no alcanzaron al menos una correlación con la escala global de 0,50. Para el cálculo de la fiabilidad total de la escala se utilizó el procedimiento clásico propuesto por Cronbach (Martínez Arias, 1995) y que implementa el paquete SPSS 17.

El coeficiente \forall debe interpretarse como un indicador de la consistencia interna de los ítems, puesto que se calcula a partir de la covarianza entre ellos. Nos informa del límite inferior de la fiabilidad de la prueba, es decir $\forall' = \Delta_{xx}$. El valor obtenido ha sido de $\forall' = 0.860$. Utilizando la correspondiente prueba de significación podemos afirmar, con un nivel de confianza del 95%, que la fiabilidad obtenida resulta estadísticamente significativa. Además, los coeficientes de fiabilidad para cada uno de los subconstructos que definen la escala han sido los siguientes: para el subconstructo 1 que define la calidad del trabajo en equipo ha sido $\forall' = .885$, para el subconstructo 2 que define la calidad de las condiciones físicas para el trabajo ha sido de $\forall' = .709$, y para el subconstructo 3 que define la satisfacción subjetiva ha sido de $\forall' = .626$. Todos estos valores también resultaron significativos con un nivel de confianza del 95%. Por lo tanto, la fiabilidad de la prueba global resulta aceptablemente alta y significativa desde un punto de vista estadístico.

8.2.2. Validez de constructo

El constructo que hemos determinado es el grado de satisfacción de los profesionales de la AT, entendido como tal un constructo que implica tanto el clima y las relaciones humanas, como las condiciones físicas para el trabajo, pasando por el

adecuado funcionamiento del equipo de trabajo y por la percepción subjetiva de la persona sobre su propia satisfacción.

Una vez realizado el análisis factorial exploratorio se confirma la estructura de tres subescalas o subconstructos que definen el grado de satisfacción de los profesionales de la Atención Temprana.

Tabla 25. Prueba psicométrica de fiabilidad de los ítems y de la escala.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
3. Clima de trabajo	48.92	33.64	0.61	8.47
6. Reconocimiento entre compañeros	49.91	32.57	.63	.84
10. Apoyo y consejo de otros compañeros	48.77	33.75	.59	.85
12. Critica constructiva	49.29	32.91	.56	.84
14. Se comparten conocimientos con compañeros	48.99	33.46	.60	.85
11. Reuniones instructivas	49.04	32.91	.56	.85
19. Trabajo coordinado	48.92	33.73	.6	.85
21. conozco el trabajo que hacen los demás	48.86	34.25	.51	.85
1. Condiciones ambientales	49.16	34.56	.33	.86
4. Recursos necesarios	49.30	34.60	.41	.86
7. Espacios para realizar trabajos	49.15	34.43	.37	.86
23. Recibo salario en fecha acordada	48.86	35.66	.29	.86
15. Funciones delimitadas	48.99	33.96	.48	.85
2. Convencido de mi profesión	48.61	35.89	.34	.86
13. Mi trabajo me satisface	48.82	34.05	.58	.85
20. Salario para atender a mis necesidades	49.75	34.18	.35	.86

El resultado de nuestro análisis factorial se presenta en la Tabla 26. Dicha prueba muestra la concepción de la satisfacción laboral en las tres dimensiones propuestas (calidad del trabajo en equipo, calidad de las condiciones físicas para el trabajo y satisfacción subjetiva). Los ítems se agrupan en tres factores principales y estadísticamente independientes. El factor I recibe las principales cargas de los ítems referidos a la calidad del trabajo en equipo. En el factor II cargan mayoritariamente los ítems referidos a la calidad de las condiciones físicas para el trabajo y esa sería la dimensión que representa; y en el factor III se obtienen las cargas más elevadas de los ítems que representan la dimensión de la satisfacción subjetiva.

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

Los tres factores explican una varianza del 54.5% del total, situándose en niveles aceptables para este tipo de pruebas.

Tabla 26. Análisis factorial con rotación varimax.

Matriz de componentes principales			
	Componentes		
	1	2	3
3 Clima de trabajo	.692	.113	.225
6 Reconocimiento entre compañeros	.717	.134	.228
10 Apoyo y consejo de otros compañeros	.763	.032	.120
12 Critica constructiva	.774	.122	.185
14 Se comparten conocimientos con compañeros	.723	.074	.189
11 Reuniones instructivas	.676	.039	.218
19 Trabajo coordinado	.766	.101	.056
21 Conozco el trabajo que hacen los demás	.690	.121	-.016
1 Condiciones ambientales	.091	.747	.005
4 Recursos necesarios	.123	.684	.189
7 Espacios para realizar trabajos	.097	.773	.076
23 Recibo salario en fecha acordada	.067	.638	.048
15 Funciones delimitadas	.398	.060	.527
2 Convencido de mi profesión	.089	.035	.787
13 Mi trabajo me satisface	.401	.149	.661
20 Salario para atender mis necesidades	.072	.395	.475

En resumen, el análisis factorial que aparece en la Tabla 27 nos revela que puede aceptarse para nuestro inventario la siguiente estructura factorial:

Tabla 27. Análisis factorial exploratorio.

Factor	% varianza	Interpretación
I	28.65	Calidad del trabajo en equipo
II	14.32	Calidad de las condiciones físicas para el trabajo
III	11.51	Satisfacción subjetiva

Como se observa, tanto la fiabilidad de la escala como la estructura obtenida por el análisis factorial exploratorio, apoyan nuestra propuesta del Inventario de Satisfacción Laboral en Profesionales de la Atención Temprana como instrumento psicométricamente adecuado para la valoración de la satisfacción laboral de estos profesionales.

8.3. Información sobre las dimensiones del Inventario

A continuación recogemos los resultados de los ítems que componen los tres subconstructos resultantes del análisis factorial exploratorio realizado sobre el ISPAT: calidad del trabajo en equipo (Tabla 28), calidad de las condiciones físicas para el trabajo (Tabla 29) y satisfacción subjetiva (Tabla 30).

Tabla 28. Ítems del subconstructo Calidad del trabajo en equipo.

Ítem		Nunca	A veces	Frecuente-mente	Siempre	Media (sd)
3	n	1	22	191	171	3.38 (0.61)
	%	.3	5.7	49.6	44.4	
6	n	3	55	170	156	3.25 (0.72)
	%	.8	14.3	44.3	40.6	

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

10	n	—	25	134	227	3.52
	%	—	6.5	34.7	58.8	(0.62)
11	n	7	54	163	161	3.24
	%	1.8	14.0	42.3	41.8	(0.76)
12	n	7	80	204	91	2.99
	%	1.8	20.9	53.4	23.8	(0.72)
14	n	--	38	190	156	3.31
	%	--	9.9	49.5	40.6	(0.64)
19	n	1	26	189	168	3.36
	%	0.3	6.8	49.2	43.8	(0.62)
21	n	—	28	164	193	3.43
	%	—	7.3	42.6	50.1	(0.63)

Dentro del subconstructo que incluye todos aquellos ítems que hacen referencia a la calidad del trabajo en equipo, vemos que las medias obtenidas han sido siempre altas, por encima de 3 puntos. El ítem que ha obtenido la media más alta es el número 10: *Ante una situación difícil en el trabajo se busca el apoyo y consejo de otros compañeros*. Le sigue de cerca en puntuación el ítem 21, que hace referencia al conocimiento que cada profesional tiene del trabajo que realizan sus compañeros en los casos compartidos. El ítem 12, por su parte, es el que ha obtenido una puntuación media más baja. Dicho ítem quedó redactado con el enunciado: *Cualquier crítica se plantea y se acepta como constructiva*.

Tabla 29. Ítems del subconstructo Calidad de las condiciones físicas para el trabajo.

Item		Nunca	A veces	Frecuente- mente	Siempre	Media (sd)
1	n	7	79	152	146	3.14 (0.80)
	%	1.8	20.6	39.6	38.0	
4	n	2	84	210	88	3.00 (0.69)
	%	0.5	21.9	54.7	22.9	
7	n	9	61	181	132	3.14 (0.76)
	%	2.3	15.9	47.3	34.5	
23	n	1	29	154	202	3.44 (0.64)
	%	0.3	7.5	39.9	52.3	

Dentro de este subconstructo, que hace referencia a la calidad de las condiciones físicas para el trabajo, el ítem que obtiene una puntuación media más alta es el 23: *Recibo mi salario en la fecha acordada en mi contratación*. Por el contrario, el ítem con la media más baja es el 4: *El Centro/Servicio dispone de los recursos necesarios (test, ordenadores, material didáctico, etc.) para hacer el trabajo*. En este caso, un 22.4% de los profesionales señalan las opciones de Nunca / A veces.

Tabla 30. Ítems del subconstructo de Satisfacción subjetiva.

Item		Nunca	A veces	Frecuente- mente	Siempre	Media (sd)
2	n	—	13	94	278	3.69 (0.53)
	%	—	3.4	24.4	72.2	
13	n	—	19	169	197	3.46 (0.59)
	%	—	4.9	43.9	51.2	
15	n	3	46	165	171	3.31

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

	%	.8	11.9	42.9	44.4	(0.71)
20	n	—	15	169	202	3.48
	%	—	3.9	43.8	52.3	(0.57)

El último subconstructo que compone nuestra escala se refiere a la Satisfacción subjetiva. Dentro de este subconstructo vemos, que el ítem que obtiene una puntuación media más alta es el 2, cuyo enunciado es: *Estoy convencido de que he elegido bien mi profesión*. Por el contrario, el de menor media (aunque es de 3.31 puntos) es el ítem 15: *Las funciones de mi puesto de trabajo están bien definidas y delimitadas*.

Finalmente, si analizamos los resultados obtenidos comparando entre si los tres subconstructos, observamos que el tercero de ellos, referido a la satisfacción subjetiva, es el que obtiene una puntuación media global más alta (las medias y desviaciones típicas se recogen en la Tabla 31). Mientras, el segundo subconstructo, referido a la calidad de las condiciones físicas para el trabajo, es el que obtiene la puntuación media más baja. En cuanto a la media global de la escala, vemos que esta es de 3.24 puntos sobre un máximo posible de 4. Es importante señalar que todas las medias son altas.

Tabla 31. Medias y desviaciones típicas globales de cada subconstructo y de la escala.

	N	Media	Dt
CONSTRUCTO 1.	386	3.31	.498
CONSTRUCTO 2	386	3.18	.531
CONSTRUCTO 3	386	3.25	.461
Media global de los ítems	352	3.24	.382

8.4. Dimensiones en función del tipo de Centro.

En la Tabla 32 se aprecian las puntuaciones medias de las dimensiones valoradas para los profesionales de AT que desempeñan su labor profesional en un CDIAT dependiente de una asociación de padres y los que la desempeñan en un CDIAT dependiente de otro tipo de gestión administrativa (servicio municipal, o de la

administración regional). En esta tabla no se han recogido los centros privados porque no suponen un número representativo para el estudio.

Tabla 32. Descriptivos de dimensiones según tipo de Centro.

	Tipo de centro	N	Media	DT
calidad del trabajo en equipo	No asociación	146	3.34	.531
	Asociación	232	3.27	.476
calidad condiciones físicas trabajo	No asociación	146	3.27	.486
	Asociación	232	3.10	.543
satisfacción subjetiva	No asociación	146	3.34	.465
	Asociación	232	3.18	.452

Tal y como se aprecia en la Tabla 33, existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción que tienen los profesionales de AT sobre la calidad de las condiciones físicas para el trabajo y su satisfacción subjetiva en función de que su centro de trabajo se trate de una asociación o no. Perciben una mayor satisfacción entorno a la calidad del trabajo en equipo y la calidad de las condiciones físicas del trabajo los profesionales que están en centros que no dependen de Asociaciones de Padres. Pero no existen diferencias estadísticamente significativas en la percepción que los profesionales tienen sobre la calidad del trabajo en equipo.

Tabla 33. Prueba T para las dimensiones según tipo de centro.

	T	Sig.
Calidad trabajo en equipo	1.153	.250
Calidad condiciones físicas trabajo	3.183	.001
Satisfacción subjetiva	3.272	.001

Los grados de libertad para la prueba T fueron 376

8.5. Dimensiones en función de la experiencia profesional

La Tabla 34 incorpora la media de los tres niveles considerados en la variable “experiencia profesional” de cada una de las dimensiones valoradas. Dichas medias son las que vamos a contrastar a través del ANOVA de un factor.

Tabla 34. Descriptivos de las dimensiones según experiencia profesional.

		N	Media	DT
Calidad trabajo en equipo	Noveles	107	3.43	.460
	Experimentados	120	3.28	.493
	Veteranos	159	3.24	.512
Calidad condiciones físicas trabajo	Noveles	107	3.25	.545
	Experimentados	120	3.05	.545
	Veteranos	159	3.22	.495
Satisfacción subjetiva	Noveles	107	3.34	.424
	Experimentados	120	3.20	.435
	Veteranos	159	3.22	.494

Tal y como podemos apreciar en la Tabla 35, los resultados nos informan que existen diferencias estadísticamente significativas en las tres dimensiones valoradas según el nivel de experiencia profesional que tienen los participantes.

Tabla 35. Análisis de varianza para las dimensiones según experiencia profesional.

	F	Sig.
Calidad del trabajo en equipo	4.993	.007
Calidad condiciones físicas trabajo	4.954	.008
satisfacción subjetiva	3.424	.034

Los grados de libertad de las pruebas F fueron 2 y 383.

En la Figura 1, 2 y 3 podemos ver representado el perfil de las tres medias en cada

una de las dimensiones: calidad del trabajo en equipo, calidad de las condiciones físicas para trabajar y satisfacción subjetiva.

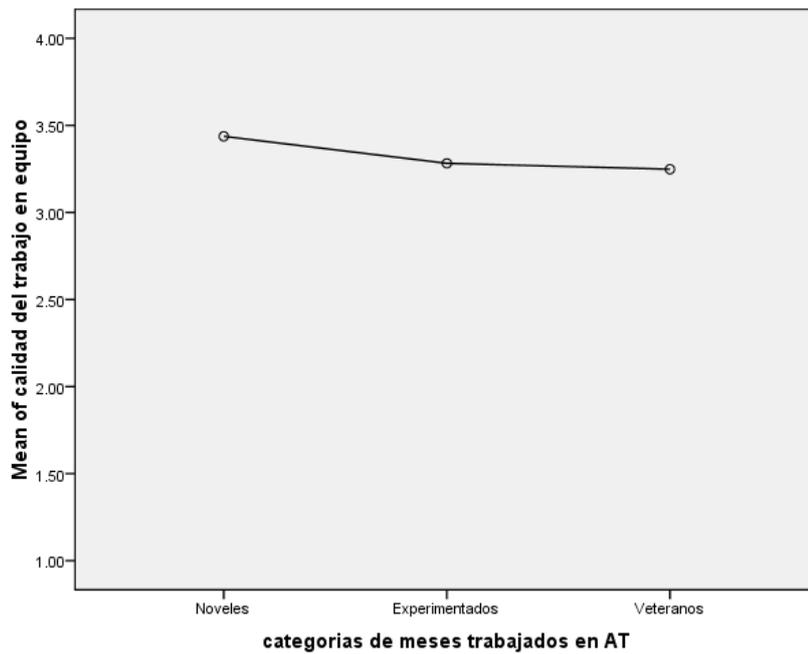


Fig. 1. Gráfico de medias para dimensión calidad del trabajo en equipo según experiencia profesional.

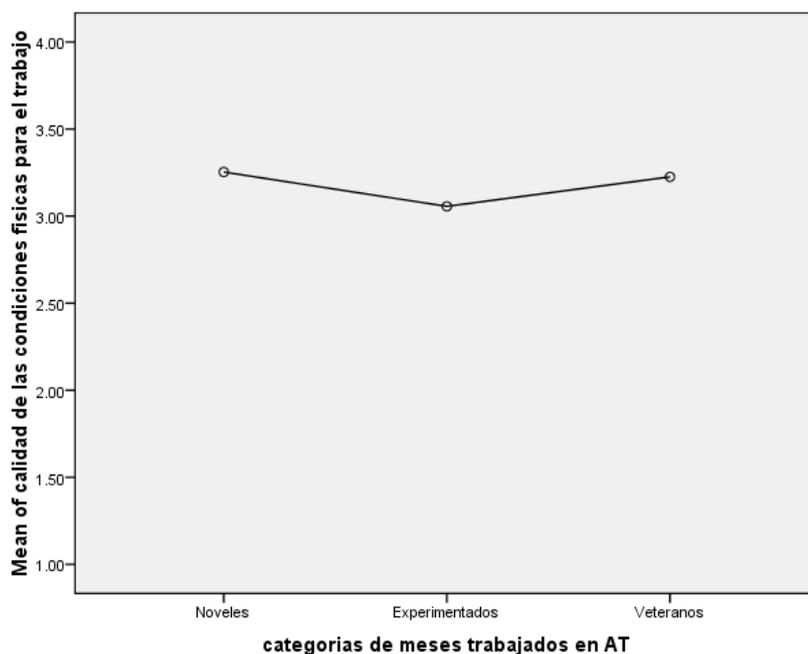


Fig. 2. Gráfico de medias para dimensión calidad de las condiciones físicas para el trabajo según experiencia profesional.

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

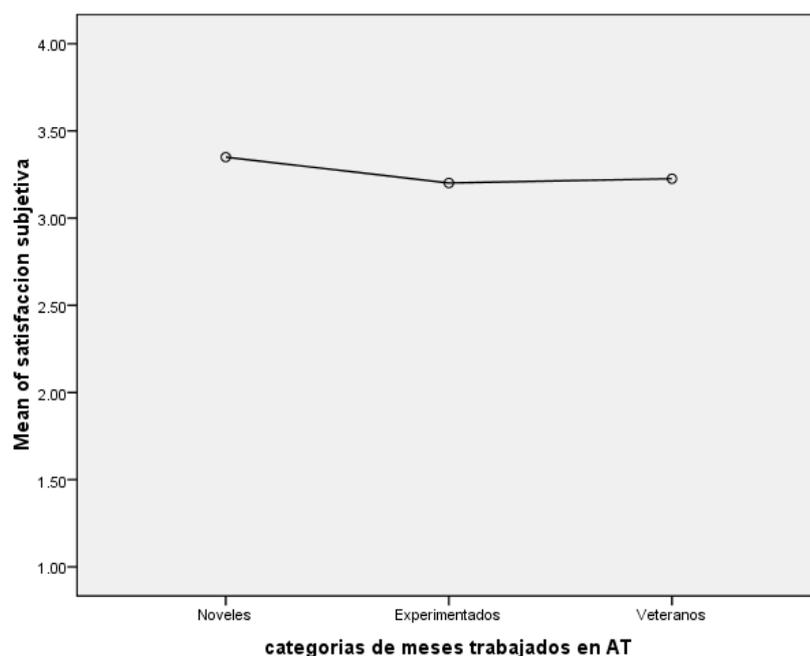


Fig. 3. Gráfico de medias para dimensión satisfacción subjetiva según experiencia profesional.

Comparaciones post-hoc

En los resultados obtenidos al realizar comparaciones simples (dos a dos) entre los tres grupos para la variable calidad en el trabajo en equipo encontramos diferencias estadísticamente significativas entre noveles versus experimentados ($p=.049$) y noveles versus veteranos ($p=.007$). Los profesionales noveles responden señalando una mayor percepción de trabajo en equipo que sus compañeros experimentados o veteranos.

Tabla 36. Post-hoc experiencia profesional-calidad trabajo en equipo.

VARIABLE DEPENDIENTE: calidad trabajo equipo		P
HSD de Tukey		
Noveles	Experimentados	.049
Noveles	Veteranos	.007
Experimentados	Veteranos	.837

En cuanto a la dimensión calidad de las condiciones físicas para el trabajo, al

realizar comparaciones simples entre los tres grupos podemos ver que ha resultado estadísticamente significativa la comparación noveles versus experimentados ($p=.014$) y entre el grupo de experimentados versus veteranos ($p=.022$). (Tabla 37). En esta dimensión del cuestionario, los profesionales noveles y los veteranos perciben por igual una mayor calidad en las condiciones físicas del trabajo que sus compañeros incluidos en el grupo de experimentados (con una antigüedad profesional de entre 25 y 72 meses).

Tabla 37. Post-hoc en experiencia profesional- calidad condiciones físicas para trabajo.

VARIABLE DEPENDIENTE: calidad condiciones físicas		P
HSD de Tukey		
Noveles	Experimentados	.014
Noveles	Veteranos	.906
Experimentados	Veteranos	.022

En cuanto a la dimensión satisfacción subjetiva, al realizar comparaciones simples podemos ver que ha resultado estadísticamente significativa, la comparación noveles versus experimentado ($p=.041$). (Tabla 38). Los profesionales noveles muestran una mayor satisfacción subjetiva que los profesionales experimentados, pero similar a la que muestran los profesionales veteranos (quienes tampoco llegan a alcanzar diferencias significativas en sus puntuaciones con respecto a las de sus compañeros experimentados).

Tabla 38. Post-hoc experiencia profesional-satisfacción subjetiva.

VARIABLE DEPENDIENTE: satisfacción subjetiva		P
HSD de Tukey		
Noveles	Experimentados	.041
Noveles	Veteranos	.079
Experimentados	Veteranos	.898

8.6. Dimensiones en función de las Comunidades Autónomas

La Tabla 39 incorpora las tres medias de cada una de las dimensiones valoradas según las Comunidades autónomas en las que trabajan los profesionales.

Tabla 39. Descriptivos de las dimensiones del ISPAT según Comunidad Autónoma.

		N	Media	Dt
Calidad del trabajo en equipo	C.A.R.M	126	3.18	.516
	Comunidad Valenciana	126	3.40	.461
	C.A Castilla La Mancha	134	3.34	.492
Calidad de las condiciones físicas para el trabajo	C.A.R.M	126	3.08	.584
	Comunidad Valenciana	126	3.22	.477
	C.A Castilla La Mancha	134	3.22	.518
Satisfacción subjetiva	C.A.R.M	126	3.10	.498
	Comunidad Valenciana	126	3.43	.393
	Castilla La Mancha	134	3.22	.424

Los resultados de la prueba F de ANOVA nos muestran diferencias estadísticamente significativas entre dos de las tres dimensiones valoradas: calidad del trabajo en grupo y satisfacción subjetiva (Tabla 40).

Tabla 40. Análisis de varianza para dimensiones según Comunidad Autónoma.

	F	Sig.
Calidad del trabajo en equipo	6.645	.001
Calidad condiciones físicas trabajo	2.910	.056
Satisfacción subjetiva	18.915 ^a	.000

^a Se presenta el valor de la prueba F de Brown-Forsythe al no cumplirse el supuesto de homogeneidad de varianza.

En la Figura 4 y 5 podemos ver representado el perfil de las tres medias en las dos dimensiones: calidad del trabajo en equipo y satisfacción subjetiva.

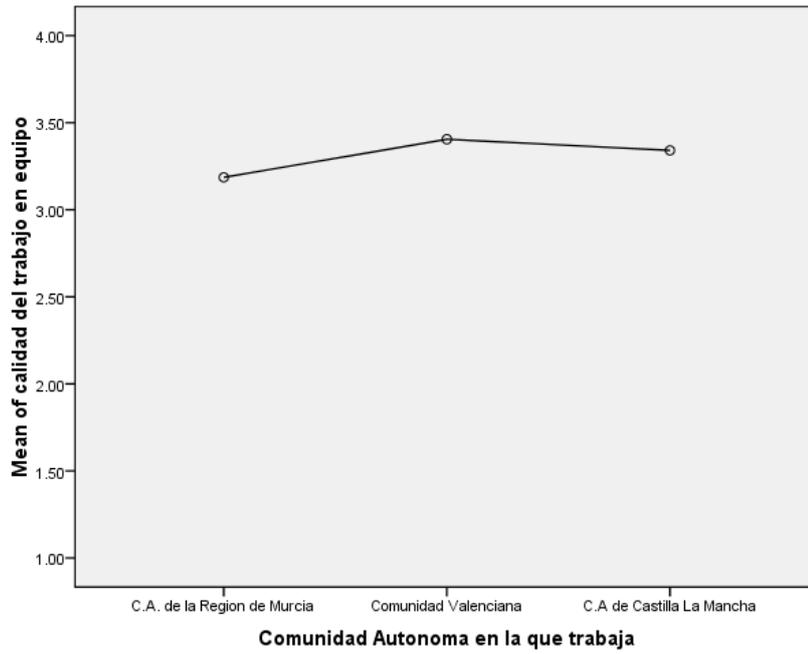


Fig. 4. Gráfico de medias para dimensión calidad del trabajo en equipo según comunidad autónoma.

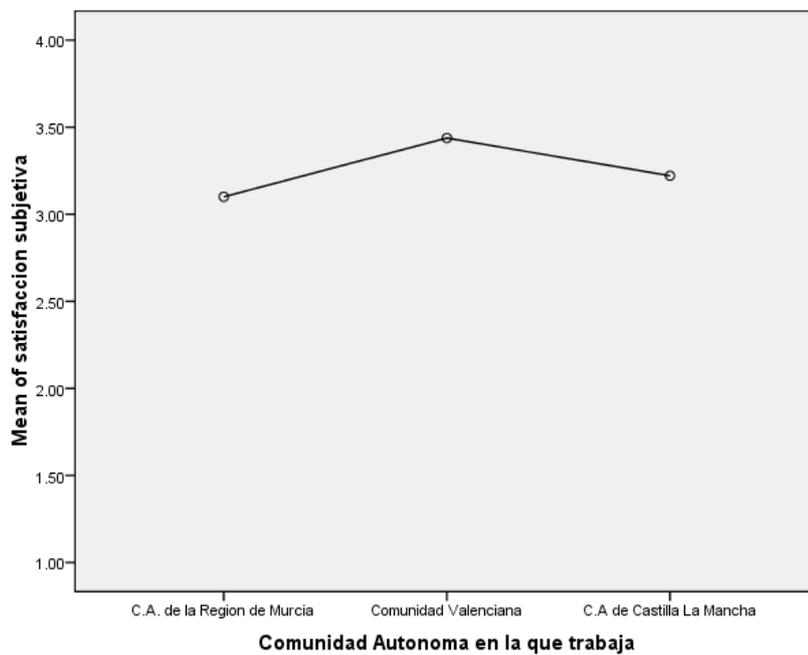


Fig. 5. Gráfico de medias para dimensión satisfacción subjetiva según comunidad autónoma.

Comparaciones post-hoc

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

En los resultados obtenidos al realizar comparaciones simples (dos a dos) entre los tres grupos para la variable calidad en el trabajo en equipo encontramos diferencias estadísticamente significativas utilizando el método de Tukey entre la Comunidad de Murcia versus Valencia ($p = .001$) y Murcia versus Castilla la Mancha ($p = .030$). La percepción de satisfacción con las condiciones de calidad del trabajo en equipo es estadísticamente mayor en las C.A de Valencia y Catilla la Mancha que en la de Murcia.

Tabla 41. Post-hoc en comunidades autónomas para calidad del trabajo en equipo.

VARIABLE DEPENDIENTE: calidad en el trabajo en equipo		
HSD de Tukey		P
Murcia	Valencia	.001
Murcia	Castilla la Mancha	.030
Valencia	Castilla la Mancha	.545

En cuanto a la dimensión satisfacción subjetiva. al realizar comparaciones simples entre los tres grupos de profesionales podemos ver que ha resultado estadísticamente significativa por el método T3 de Dunett, las comparaciones Valencia versus Murcia ($p = .000$) y Valencia versus Castilla la Mancha ($p = .000$). Los profesionales de la Comunidad Valenciana perciben una mayor satisfacción subjetiva que sus compañeros de las otras dos C.A que han participado en nuestra investigación.

Tabla 42. Post-hoc en Comunidades Autónomas para el satisfacción subjetiva.

VARIABLE DEPENDIENTE: satisfacción subjetiva		
T3 de Dunett		P
Murcia	Valencia	.000
Murcia	Castilla la Mancha	.107
Valencia	Castilla la Mancha	.000

9. Discusión y conclusiones

Los objetivos planteados en nuestro trabajo han sido alcanzados satisfactoriamente. La implementación del ISPAT por un volumen representativo de profesionales ha permitido delimitar el conjunto más operativo de ítems para futuras aplicaciones del instrumento, así como determinar su fiabilidad y validez. A la vez, el análisis de las contestaciones a los distintos ítems del instrumento nos permite dibujar un esquema de la satisfacción laboral de estos profesionales. De forma paralela, el conjunto de preguntas que acompañaban al ISPAT aplicado a profesionales de tres Comunidades Autónomas, nos ha permitido disponer de un conjunto de datos de primera mano sobre las características de estos conjuntos profesionales.

Con referencia al ISPAT, la escala de partida de 23 ítems que construimos, respondiendo inicialmente a cinco subconstructos teóricos de acuerdo a la bibliografía consultada y las características particulares de la realidad de la AT en nuestro país, ha sido sometida a análisis y depuración a través de un proceso de juicio de expertos y a través de un análisis estadístico exploratorio. Finalmente ha quedado reducida a 16 ítems que alcanzan un coeficiente de fiabilidad del 0.87 en su conjunto. En ella, los ítems se reparten en tres subconstructos: la calidad del trabajo en equipo, la calidad de las condiciones físicas para el trabajo y la satisfacción subjetiva experimentada por el profesional en su puesto de trabajo. Los resultados de la escala globalmente considerada y los de los tres subconstructos por separado, indican un nivel alto de satisfacción laboral en AT. Las medias se mueven en valores que van de 3.31 a 3.18 puntos sobre 4 posibles. El subconstructo que obtiene una valoración más alta es el de calidad del trabajo en equipo, seguido del subconstructo satisfacción subjetiva. Este es un resultado que iría en la línea esperada atendiendo a las argumentaciones sobre la importancia de los aspectos vocacionales y el trabajo en equipo en esta disciplina (Candel, 2003; García-Sánchez et al., 2009). Además el resultado está en la línea de los encuestados por otros estudios, como el de Molina et al. (2009). Estos autores aplicaron un cuestionario de satisfacción laboral a profesionales de enfermería y encontraron que la dimensión mejor valorada era la referida a la relación interpersonal entre compañeros. Parece claro que en disciplinas donde el trabajo en equipo es importante, esta dimensión debe salir bien valorada. Por su parte, el subconstructo con la valoración más baja en

nuestro estudio es el de la calidad de las condiciones físicas para el trabajo, aunque alcanza una puntuación media de 3.18 puntos sobre 4, lo que equivaldría a una notable-8 en una escala de 10 puntos.

En cuanto a la influencia de la veteranía en el puesto de trabajo en las dimensiones de satisfacción laboral, en nuestro estudio los profesionales más noveles siempre puntúan más alto (perciben más calidad y se sienten más satisfechos) que sus compañeros, especialmente con los experimentados, ya que los veteranos (6 o más años de trabajo en AT) mejoran sus valoraciones con respecto a los experimentados. El efecto de la veteranía sobre la satisfacción laboral ya había sido apuntado por algunos de los otros autores que hemos encontrado en nuestra revisión teórica del tema. Así Robles et al. (2005), analizando la satisfacción laboral en colectivos profesionales de un hospital, encontraron mayor satisfacción en los profesionales de 43 años.

Podría pensarse inicialmente que este resultado de mayor satisfacción entre los profesionales veteranos pudiera estar asociado a una pérdida de esperanza de mejora en las condiciones laborales con la consiguiente conducta de conformismo. Sin embargo, al salir en nuestros resultados incluso una mayor percepción de calidad y satisfacción en los profesionales más noveles, más bien parece que debemos achacar el resultado al comportamiento de las respuestas del grupo de profesionales experimentados (entre 2 y 5 años de experiencia laboral) que han sido los que han puntuado más bajo en nuestras tres dimensiones de calidad/satisfacción laboral.

En cuanto a las diferencias entre las Comunidades Autónomas en los resultados del cuestionario, podríamos hacer el siguiente resumen. Los profesionales encuestados de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia valoran más bajo que los de las otras dos comunidades, la calidad del trabajo en equipo. Por su parte, entre los profesionales de la Comunidad Valenciana encontramos una mayor satisfacción subjetiva que entre los profesionales de las otras dos Comunidades Autónomas. Sin embargo, no hay diferencia entre las tres comunidades autónomas en la calidad percibida de las condiciones físicas del trabajo. Estos resultados en dimensiones de satisfacción laboral, podrían estar reflejando la influencia de otras variables cuya distribución no es equitativa en esas tres

Comunidades Autónomas. Por ejemplo, nuestros propios datos apuntan a un mayor volumen de profesionales que trabajan en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Sin querer quitar méritos al movimiento asociacionista y a su importancia histórica en el desarrollo de recursos y en el impulso decidido a la atención a la discapacidad en todos los niveles, a nadie se le escapa que entre sus equipos profesionales podemos encontrar cierta mayor precariedad laboral que entre los profesionales que dependen de centros municipales o directamente de la Comunidad Autónoma. También, a veces en el mundo del asociacionismo hemos conocido situaciones en las que los gestores económicos de los servicios (que finalmente son padres implicados) han querido inmiscuirse en decisiones técnicas, generando siempre situaciones de malestar laboral. Son todas estas variables las que podrían haber influido también en nuestros resultados, aunque más que como conclusiones, los apuntamos aquí como variables a explorar más a fondo en futuras investigaciones.

Como crítica o autocrítico, debemos recordar que la percepción del bienestar subjetivo puede estar relacionada con variables de personalidad que no hemos controlado (Elovainio, Kivimäki, Steen & Kalliomäki, 2000 y Harris et al., 2005) y estas a su vez estar relacionadas con la elección de una profesión con un compromiso vocacional importante como es la AT o, en general, el trabajo con personas con discapacidad (Candel, 2003).

En cuanto a los resultados obtenidos sobre las características de los conjuntos profesionales en las tres Comunidades Autónomas estudiadas, también hemos encontrado resultados sumamente interesantes. Como era de esperar, los perfiles profesionales que más se repiten entre los profesionales que han contestado al ISPAT son los de Fisioterapia, Logopedia y Psicología, tres disciplinas básicas e indispensables en un CDIAT (Gat, 2000, 2005).

Según los resultados encontrados en las contestaciones al ISPAT referentes a las características del profesional que cumplimentaba el instrumento, existen diferencias en las composiciones de los equipos que desarrollan actuaciones en AT en las diferentes Comunidades Autónomas estudiadas. Se ha encontrado una mayor proporción de

Pedagogos en la Región de Murcia, mientras que en la Comunidad Valenciana la proporción es mayor entre los Psicólogos y en Castilla La Mancha entre los Logopedas.

Las diferencias encontradas en la distribución de los perfiles profesionales entre las diferentes Comunidades Autónomas seguramente está respondiendo en parte a la influencia de variables como la formación impartida en las Universidades de esa Comunidad. En Murcia, la licenciatura en Pedagogía de la Facultad de Ciencias de la Educación tiene una amplia tradición en la formación de sus alumnos en relación a las necesidades de AT y necesidades educativas especiales de personas con discapacidad. Por el contrario, en Castilla la Mancha no existe el título de Pedagogía.

Así mismo, los resultados obtenidos ponen de manifiesto la importancia que se ha venido dando a la formación continua en la Comunidad de Murcia, puesto que todos los profesionales con 4 titulaciones los encontramos en esta comunidad, mientras que en las otras dos ningún profesional cuenta con más de tres titulaciones, siendo el porcentaje de estos profesionales muy bajo. A nivel teórico, los equipos interdisciplinarios de AT deberían tener una constitución determinada que implicase al mismo nivel al menos las diferentes disciplinas principales. Ello no impediría que cualquiera de esos equipos pudieran dotarse de más recursos en determinado perfil profesional para atender necesidades concretas detectadas una zona geográfica determinada. Esto, que a nivel teórico es comprensible, a nivel empírico ha llegado a comprobarse que en ocasiones no llega a cumplirse de forma adecuada (Rodríguez, Medrano, García-Piñero, García-Sánchez & Peral, 2000). Por tanto, la justificación de este resultado podría ser debida a las diferentes necesidades específicas de las poblaciones a atender en las distintas áreas geográficas. Pero también podría responder a razones históricas del desarrollo de los recursos de AT en cada zona geográfica. Por ello, sería necesario la planificación de estudios concretos que pudieran delimitar las causas de estas diferencias, cruzándolas por ejemplo con las características biopatológicas de las poblaciones en las zonas implicadas y sus necesidades de AT, y delimitar así si estas diferencias pudieran estar repercutiendo negativamente, en algún caso, en la calidad de la atención recibida por los usuarios.

No obstante, en la interpretación del resultado obtenido podría tenerse en cuenta también otra consideración. En concreto nos referimos a que el 30.5 % de nuestra muestra han señalado dos o más perfiles profesionales/ocupacionales. Dado que Logopedia es una disciplina que durante muchos años ha sido adquirida como complemento a una formación de base (normalmente, Psicología, Pedagogía o Magisterio), el elevado porcentaje de este perfil, y así lo muestran los resultados obtenidos, es consecuencia de la doble titulación de los profesionales.

Por otra parte, estos resultados están reflejando posiblemente la realidad histórica de la formación universitaria en estos perfiles. No existe como tal la titulación de Estimulación y de Psicomotricidad, por lo que es lógico que combinen con otros perfiles profesionales reconocidos. En lo que respecta a Pedagogía, quizá la limitación de salidas profesionales específicas para el título, invita a los egresados a buscar una segunda titulación que les haga más competitivos en el mercado laboral.

La AT es un campo de trabajo en donde se prima y demanda una actuación interdisciplinar (Candel, 2003; GAT, 2000, 2005; García-Sánchez, 2008a; Millá, 2005; Peterander, 2003 y Ponte, 2004). Quizás es también por lo que encontramos en nuestra muestra un porcentaje tan alto de trabajadores que reúnen 2 ó más perfiles profesionales (el 30.5% de nuestra muestra). Es más, la información que hemos obtenido sobre estos perfiles profesionales posiblemente no sea del todo exhaustiva. Los terapeutas de AT pueden tener un perfil profesional o varios y estar contratados por uno solo de ellos. Y no podemos saber con exactitud si han sido exhaustivos al marcar la casilla de los perfiles profesionales de nuestro cuestionario o algunos han marcado solo la de aquel perfil por el que están contratados. Esta es precisamente la conclusión que sacamos del hecho de que aparezcan en nuestra muestra 36 profesionales que han marcado sólo el perfil de Estimulación. Un perfil que es laboral, pero que no existe como titulación universitaria específica.

A pesar de ello, es interesante ver cómo los perfiles de psicología, pedagogía, estimulación y logopedia (también psicomotricidad) interaccionan con frecuencia, mientras que el de fisioterapia aparece con mayor frecuencia en solitario y cuando

interactúa con otro perfil lo hace específicamente con terapia ocupacional y logopedia.

Por otro lado, no nos extraña la baja representación que han conseguido otros perfiles, como los de Psicomotricidad, Terapia Ocupacional, Trabajo Social y Educación Social. Psicomotricidad en AT es una actuación que se incluye entre las modalidades de tratamiento (sobre todo lo que sería una Psicomotricidad Grupal), pero que puede ser realizada desde el perfil de Psicología o incluso de Pedagogía. Terapia Ocupacional es un perfil que aún está introduciéndose en AT (Guardiola, 2002 y Pérez, Santamaría & Berges, 2006). Y los perfiles de Trabajo Social y Educación Social muchas veces son utilizados en AT aprovechando recursos transversales disponibles en la Asociación o el Ayuntamiento del que depende el CDIAT, de ahí que haya comunidades como la Comunidad Valenciana y Castilla La Mancha en las que este perfil no aparece ni en un mínimo porcentaje, cosa que sí ocurre en la Comunidad Región de Murcia.

En cuanto a la distribución de cargos de responsabilidad en los Centros y Servicios de AT, el perfil de Psicología es el que con mayor frecuencia ocupa estos cargos, que además recaen entre los profesionales más veteranos, siendo similar la distribución de estos profesionales con cargos de responsabilidad entre las distintas Comunidades Autónomas en las que se ha llevado a cabo nuestro estudio. Esto no es algo que nos tenga que llamar especialmente la atención si tenemos en cuenta que los cargos de responsabilidad han estado siempre desempeñados por licenciados, y Psicología es la licenciatura más antigua.

La muestra de profesionales que han contestado al ISPAT ha resultado ser altamente experimentada en AT (7,6 años de media trabajando en la disciplina). Especialmente y como era de esperar, los perfiles de Psicología, Logopedia y Fisioterapia, perfiles especialmente clásicos en AT. Por otra parte, el perfil de Logopedia cuenta con un alto porcentaje de profesionales noveles, lo que nos hace pensar en la reciente implantación de esta titulación, sobre todo en la Comunidad Región de Murcia y en la Comunidad Valenciana. Podemos añadir, aquí, el hecho de que los profesionales noveles presentan una mayor acumulación de diferentes perfiles profesionales. Esto puede venir justificado por la dificultad de las nuevas generaciones

de titulados para encontrar trabajo en los últimos años, de ahí que un bajo porcentaje de estos profesionales cuenten con cuatro titulaciones en su currículum. La diferencia observada en la media de veteranía de los profesionales de las tres Comunidades Autónomas que han participado en el estudio, coincide en buena parte con la antigüedad de la implantación de estos servicios en los territorios implicados. De ahí que se haya encontrado una mayor veteranía en las muestras de Murcia y Valencia, comunidades con amplia tradición en AT, y menor en la de Castilla la Mancha, donde se cuenta con un recorrido histórico más corto en AT.

Lo que sí nos ha llamado la atención ha sido el bajo porcentaje de profesionales que en la Comunidad de la Región de Murcia llevan trabajando entre 2 y 6 años (aquellos que en nuestra variable hemos considerado como “experimentados”). Este resultado señala una posible discontinuidad generacional entre los profesionales en activo, que podría llegar a repercutir, en el futuro y de mantenerse la tendencia, en la calidad de los servicios. Especialmente cuando los profesionales veteranos lleguen al momento de su retiro laboral, nos encontraríamos con una plantilla profesional descompensada, con muchos profesionales noveles y pocos experimentados y veteranos que puedan servir de apoyo y ejemplo. Este resultado podría estar reflejando prácticas empresariales que no fomentan la permanencia del profesional en el puesto de trabajo y, en ese caso, sería recomendable la corrección de la tendencia. Dichas prácticas es posible que sean más frecuentes en centros seguidos por Asociaciones de Padres, siendo éste un tipo de servicio que ha sido precisamente más habitual entre los profesionales de la Región de Murcia que han contestado a nuestra encuesta (el 67.5% de los encuestados de la Región de Murcia trabajan en centros regidos por Asociaciones; mientras que dicho porcentaje queda en el 54.2% entre los profesionales de la Comunidad Valenciana y el 61.9% entre los de Castilla la Mancha.

Si atendemos al tipo de gestión de los centros/servicios donde trabajan los profesionales que han cumplimentado nuestra encuesta ISPAT, la mayoría de ellos son Asociaciones, existiendo un mínimo porcentaje de centros dedicados a esta labor de forma privada.

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

Las Comunidades Autónomas de Murcia y Valencia siguen un modelo más descentralizado y Castilla la Mancha uno más centralizado, sin embargo no está claro que esto pueda haber influido en los resultados de nuestro estudio. Quizá, esas diferencias en el modelo de funcionamiento pudieran reflejarse más o mejor en la satisfacción de las familias, como usuarios de los servicios, que en la satisfacción de los profesionales. Los profesionales pueden estar satisfechos con su trabajo, aunque no comulguen con el modelo de funcionamiento dentro del cual este trabajo se desarrolla.

De la misma forma, vemos que la Comunidad Valenciana es la Comunidad que cuenta con un mayor porcentaje de centros municipales, seguidos muy de cerca por Castilla La Mancha y quedando en último lugar la Comunidad Región de Murcia, ello refleja el uso que cada comunidad hace de los recursos que posee y los distintos niveles de competencias transferidas desde la administración central a las administraciones autonómicas, además de poner de manifiesto, como ya apuntaban Millá & Mulas (2005), el hecho de que en la mayoría de autonomías los centros dependen económicamente de servicios sociales mediante subvenciones anuales y ayudas para el equipamiento y mantenimiento.

Por otra parte, los únicos profesionales que trabajando en centros privados han participado en nuestro estudio se encuentran todos en la Comunidad Valenciana, mientras que en la Comunidad de Murcia y en Castilla La Mancha no hemos tenido participación de profesionales que trabajan en este tipo de centros aunque sí fueron invitados a participar. Este tipo de Centros o Servicios privados están apareciendo como un recurso más en los últimos años, lo que lleva a plantearnos la necesidad de que estos servicios sean gratuitos para las familias.

En cuanto al nivel de experiencia profesional que encontramos dentro de cada tipo de centro, tanto en los centros dependientes de corporaciones municipales como en aquellos dependientes de asociaciones de padres el porcentaje es mayor para los profesionales veteranos, mientras que en los centros privados este porcentaje es mayor para los profesionales noveles. Este resultado está relacionado con la reciente incorporación a la red de recursos de AT, de los centros de gestión privada. Es posible que dichos servicios sean organizados por profesionales de reciente titulación que no

encuentran otro puesto de trabajo. Con el paso de los años y nuevos estudios similares al que aquí presentamos, el análisis de variables como la antigüedad o veteranía de los profesionales en este servicio nos permitirá valorar en qué tipo de centros el abandono de los profesionales es mayor, quizás debido a la falta de seguridad que pueda crear una gestión determinada. Por ello, es posible pensar por ejemplo, que trabajar en un centro privado genere inseguridad laboral en el profesional y opte por buscar un contrato en Centros municipales o Asociaciones en cuanto tienen la oportunidad de hacerlo. Igualmente, se puede pensar que el profesional de un centro regido por Asociación de Padres, busque también la seguridad del Centro Municipal donde incluso puede llegar a conseguir la estabilidad de un puesto de funcionario. Ello haría que en los centros implicados hubiera un alto porcentaje de profesionales noveles que acaban de obtener su título y que todavía tienen poca experiencia.

En cuanto a los cargos de responsabilidad, hemos de entender que éstos no siempre serán dirección del Centro, aunque aún sean una mayoría de los casos. En los centros grandes puede haber coordinadores de servicios o departamentos, que asumen responsabilidades especiales.

A la hora de cruzar las variables cargo de responsabilidad y tipo de centro, como era de esperar, estos cargos se desempeñan con una distribución similar para los centros municipales y las asociaciones, siendo menor el número de profesionales con cargo de responsabilidad que aquellos que no desempeñan estos cargos. Los centros privados cuentan con un mayor porcentaje de cargos de responsabilidad respecto a los otros dos centros, dándose un reparto equitativo entre profesionales con cargos de responsabilidad y profesionales sin cargos de responsabilidad. La explicación a este hecho, radica por un lado en que el número de centros privados es mucho menor que los centros basados en una gestión municipal y asociaciones y por tanto el número de profesionales que dedican su labor a este tipo de centros es mucho menor, lo que hace que el porcentaje de profesionales con cargo de responsabilidad aumente, al haberse calculado ese porcentaje no sobre el total de la muestra, sino sobre el total de profesionales que dedican su labor para cada tipo de centro. Por otro lado, es obvio que las plantillas profesionales de los centros privados de reciente creación pueden ser mucho más cortas que las de los centros más veteranos dependientes de corporaciones o asociaciones de padres.

En cuanto a los profesionales que dedican su labor dentro de cada tipo de centro, vemos que todos los centros presentan sus mayores porcentajes para los perfiles únicos de Fisioterapia, Logopedia y Psicología, sí nos llama la atención el hecho de que los Psicólogos ocupen el último lugar en este porcentaje, tanto para los centros municipales como las asociaciones. Ello puede deberse al hecho de organizar las plantillas para poder dar respuesta a las necesidades detectadas en cada centro. Pero AT se caracteriza por una intervención global y holística sobre el niño, y nuestros resultados parecen indicar que se está prestando una mayor atención a posibles necesidades dentro del ámbito de la Fisioterapia y la Logopedia, quizás quedando un poco más lejos el apoyo psicológico que necesitan los padres. Obviamente, esta conclusión necesita de futuras investigaciones para poder ser contrastadas. Podemos argumentar, por ejemplo, que la implantación de tendencias transdisciplinares en el desarrollo de la actuación en AT haría menos importante la presencia proporcionalmente igualitaria de los diferentes perfiles profesionales en los equipos de AT (King et al., 2009 y United Cerebral Palsy National Collaborative Infant Project, 1976).

Como corresponde a un trabajo de investigación como el que aquí hemos presentado, su finalización más que cerrar una puerta consigue abrir diversas posibilidades de nuevos estudios. De momento, la profundización en el análisis del conjunto de datos generados en este estudio, a través del cruce de variables y el oportuno análisis estadístico de sus resultados, nos permitirá completar en mayor medida la descripción de la realidad laboral de la AT en las tres Comunidades Autónomas implicadas. Especialmente interesante puede ser indagar como determinadas variables sociodemográficas, que afectan a la realidad de los centros y servicios de AT, pueden estar influyendo en la percepción de satisfacción laboral de sus profesionales. Por otra parte, la delimitación de un conjunto fiable de ítems en el ISPAT nos invita a planificar su implementación en otras Comunidades Autónomas, para poder completar así una mejor visión del panorama de satisfacción laboral en el campo de la AT en nuestro país.

10. Referencias bibliográficas

- Ander-Egg, E. & Aguilar, M.J. (2001). El trabajo en equipo. México: Editorial Progreso.
- Arizcun, J., Guitiez, P. & Ruiz Veerman, E. (2005). La formación de los profesionales de la Atención Temprana. En P. Gutiez Cuevas (Ed.). Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones (pp 935-953). Madrid: Editorial Complutense.
- Bisquerra, R. (2005). La educación emocional en el profesorado. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 54.
- Borrell, F. (2000). Como trabajar en equipo. Barcelona: Gestión 2000.
- Cabanyes, J. (2003). Las teorías interaccionistas, el aprendizaje social y la personalidad. En Cabanyes, J (Dir). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Madrid. Edics Rialp
- Candel, I. (2003). Aspectos generales de la Atención Temprana. En I. Candel (Dir.). *Atención Temprana. Niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo*. Madrid: Federación Española del Síndrome de Down (FEISD), 7-17.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva. La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós
- Caughlin, J.P., Huston, T.L. & Houts, R.M. (2000), How does personality matter in marriage ?. An examination of trait anxiety, interpersonal negativity and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (2), 326-336.
- Chiang, M. M., Salazar C. M., Huerta, P. C., Núñez, A. (2008). Clima organizacional y satisfacción laboral en organizaciones del sector estatal (Instituciones Públicas) Desarrollo, adaptación y validación de instrumentos. *Universium*, 23 (2), 66-85.
- Crocker, L., & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. New York: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers
- Cummins, R. et al (2007). Measures of subjective wellbeing. En Mpopu y Oakland *Assessment in rehabilitation and Health*. New York: Person Allyn and Bacon.
- De Pablos, J. M., Colás, P. & González, M.T. (2011). Bienestar docente e innovación con tecnologías de la información y la comunicación. *Revista de investigación educativa*, 29 (1): 59-81.
- Eid, M. & Larsen, R. (2008): *The science of subjective well.being*. Nueva York: Guilford Press.
- Elósegui, E., Von Schmitterlöw, C. & Casquero, D. (2003). Estudio sobre la necesidad de formación en Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana*, VI, (1), 6-10
- Elovainio, M. Kivilmyaki, M., Steen, N. & Kalliomyaki-Levanto, T. (2000). Organizational and individual factors affecting mental health and job satisfaction: a multi-level analysis of job control and personality. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (2), 269-277.

- Fewell, R. R. (1983). The team approach to infant education. In S. G. Garwood & R. R. Fewell (Eds.), *Educating handicapped infants: Issues in development and intervention* (pp. 299–322). Rockville, MD: Aspen.
- Fuentes, N. & Rojas, M. (2001): Economic theory and subjective well-being: México. *Social Indicators Research*, 53(3), 289-314.
- Fuertes, J. & Palmero, O. (1998). Intervención temprana. En M. A. Verdugo (Dir.) *Personas con Discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (pp. 925-970). Madrid: Siglo XXI (2ª ed.).
- García Peña, C.M. (2006). Estudio ex post facto sobre la motivación y la satisfacción laboral. Obtenido en <http://www.monografias.com/trabajos36/satisfaccion-laboral/satisfaccion-laboral.shtml>
- García Sánchez, F.A. (2002). Atención Temprana: elementos para el desarrollo de un modelo integral de intervención. *Bordón*, 54, 39-51.
- García Sánchez, F.A. (2008a). Implicaciones del trabajo en equipo en Atención Temprana. *VII Simposium Internacional: la Atención Temprana en el Síndrome de Down y otros problemas del desarrollo*. Palma de Mallorca, 21 a 23 de Noviembre.
- García Sánchez, F.A. (2008b). El Departamento de Investigación en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana de ASTRAPACE. En FEAPS (Coord.). *Cada persona un compromiso. Buenas prácticas de calidad FEAPS (IV)* (pp. 447-455). Madrid: FEAPS.
- García Sánchez, F. A., Castellanos, P. & Mendieta, P. (1998). Definición de AT y sus vertientes de intervención desde un modelo integral. *Revista de AT*, 1 (2), 57-62.
- García Sánchez, F.A., Mendieta, P. & Rico, M.D. (2009). Satisfacción del cliente interno en el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana de ASTRAPACE en Murcia. *II Encuentro Autonómico de Buenas Prácticas FEAPS Región de Murcia*. Murcia, 11 de Diciembre. Murcia: DIGITUM. Obtenido en <http://hdl.handle.net/10201/10717>.
- Goberna, R. (2001). *Aprender a liderar equipos*. Barcelona: Paidós.
- Grupo de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Grupo de Atención Temprana (2005). *Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Grupo de Atención Temprana (2009). *La realidad actual de la Atención Temprana en España*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Guardiola, T. (2002). Terapia Ocupacional en Atención Temprana. *Revista de Atención Temprana*, 5 (1), 38-39.
- Harris, P. & Lightsey, O. (2005). Constructive Thinking as a Mediator of the Relationship Between Extraversion, Neuroticism, and Subjective Well-Being. *European Journal of Personality*, 19, 409-426
- Hulin, C, & Judge T. (2003). Job attitudes. En Borman, D. et al, *Handbook of Psychology*. Hoboken. NJ. Wiley
- International Test Commission (ITC) (2000). *International Guidelines for Test Use*.

- Obtenido en [http://www.intestcom.org/Downloads/ITC Test Use Guidelines - Spain.doc](http://www.intestcom.org/Downloads/ITC_Test_Use_Guidelines_Spain.doc)
- Kashdan, T.B., (2004). The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire).
- King, G., Strachan, D., Tucker, M., Duwyn, B., Desserud, S. & Shillington, M. (2009). The application of a transdisciplinary model for early intervention services. *Infants and Young Children*, 22, 3. 211-223.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. En M. D. Dunette (ed). *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago: Rand Mc Nally.
- López Sobejano, J.J. (2007). El cliente interno. *Contribuciones a la Economía*, Enero. Obtenido en: <http://www.eumed.net/ce/2007a/jjls-cli.htm>
- Marchesi, A. (2007). *Sobre el bienestar de los docentes. Competencias, emociones y valores*. Madrid: Alianza Editorial.
- Martínez Arias, R. (1995) *Psicometría: Teoría de los tests psicológicos y educativos*. Madrid. Síntesis.
- Medina, M.E. (2003). *Implantación de la calidad en las ONG*. Murcia: FAMDIF.
- Meliá, J. L. (1989). La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: el cuestionario de satisfacción S20/23. *Psicologemas*, 5: 59-74.
- Meliá J.L. (1998). Cuestionario de satisfacción laboral S21/26. Universitat de València. Unitat d'investigació de psicometria. Línea de investigación Psicología de la seguridad. Obtenido en www.uv.es/meliajl/Research/Cuest_Satisf/S21_26.PDF
- Meliá J.L. & Peiró, J.M. (1998). Cuestionario de satisfacción laboral S10/12. Universitat de València. Unitat d'investigació de psicometria. Línea de investigación Psicología de la seguridad. Obtenido en http://www.uv.es/meliajl/Research/Cuest_Satisf/S10_12.PDF
- Mendieta, P. & García Sánchez, F.A. (1998). Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicios . *Siglo Cero*, 29 (4), 11-22.
- Millá (2002). El asociacionismo en AT. *Boletín del Real Patronato sobre discapacidad*. 99-101.
- Millá, M.G. (2005) Reseña histórica de la Atención Temprana. En M.G. Millá y F. Mulas (Eds.). *Atención Temprana, Desarrollo infantil, trastornos e intervención* (pp. 255-266). Valencia: Promolibro.
- Millá, M.G. (2005). Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana . En M.G. Millá y F. Mulas (Eds.). *Atención Temprana. Desarrollo Infantil, trastornos e intervención* (pp 311-328). Valencia: Promolibro.
- Molina, J.M, Avalos, F., Valderrama, L.J & Uribe, A.F. (2009). Factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en un hospital médico-quirúrgico. *Revista de investigación y educación en enfermería*, XXVII (2), 218-225. Obtenido en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtpdfRed.jsp?;Cve=105213195007>
- Muñiz, J. & Hambleton, R.K. (1996). Directrices para la traducción y adaptación de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70. Obtenido en <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=737>

- Núñez, E., Estévez, G.J., Hernández, P. & Marrero, C. D. (2007). Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral. *Gac Sanit*; 21, 136-141.
- Palomo, M.T. (2008). *Liderazgo y motivación en equipos de trabajo*. Madrid: ESIC.
- Parker, G., Roy, K., Wilhelm, K & Mitchell, P. (2000). Acting out and acting in behaviour stress responses: the relevance of anxiety and personality style. *Journal of Affective Disorders*, 57 (1-3), 173-177.
- Pérez Campdesuñer, R., Noda, M., García Vidal, G. & De Miguel, M. (2004). Cliente interno y externo. Diferencias y semejanzas. *Gestiopolis.com*. Obtenido en: <http://www.gestiopolis.com/recursos2/documentos/fulldocs/mar/difsemclie.htm>
- Pérez López, J. (2003). Formación e investigación en Atención Temprana . *Minusval*, Marzo, 75-77.
- Pérez, R., Santamaría, O. & Berges, L. (2006). Terapia ocupacional en Atención Temprana. *Anales de Ciencias de la Salud*, 9, 61-79.
- Peterander, F. (1998). Factores para una Atención Temprana de calidad. *VIII Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias*. Real Patronato de Prevención y de Atención a personas con discapacidad. Madrid: 16 y 17 de Noviembre. Obtenido en http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/viiiiorp/viii_ca.htm
- Peterander, F. (1999). El futuro de la Atención temprana: calidad y profesionalidad. *IX Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias*. Real Patronato de Prevención y de Atención a personas con discapacidad. Madrid: 18 y 19 de Noviembre. Obtenido en <http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/ixiorp/ixpeter.htm>
- Peterander, F. (2003). Supporting the early intervention team. En Odom, S.L., Hanson, M.J., Blackman, J.A. & Kaul, S. (Eds.). *Early intervention practices around the world* (pp. 301-332). Baltimor: Paul H. Brookes
- Peterson, N. (1987). Early intervention for handicapped and at-risk children: An introduction to early child- hood special education. Denver, CO: Love.
- Ponte, J. (2003). Legislación y Atención Temprana. Notas sobre aspectos sociosanitarios. *Boletín del Real Patronato sobre discapacidad*, 56, 5-19. Obtenido en <http://www.cedd.net/ver-detalle.php?ref=135355&volver=resultados>
- Ponte, J. (2004). *Guía de Estándares de Calidad en Atención Temprana*. Madrid: IMSERSO.
- Quintero, G. & González, U. (1997): Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada. En Buendía, J (ed), *Gerontología y Salud: Perspectivas Actuales*, Madrid.
- Reis, H.T., Capobianco, A. & Tsai, F.F. (2002). Finding the person in personal relationships. *Journal of Personality*, 70 (6): 813-850.
- Ripoll, E., Falguera M. & Urrutia, J., (2006). Factores determinantes de la satisfacción laboral en el trabajo: cinco años del barómetro laboral. *Indice: revista de estadística y sociedad*, 14, 14-16. Obtenido en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1458077>
- Robles García, M., Dierssen Sotos, T., Martínez Ochoa, E., Herrera Carral, P., Díaz

- Mendi, A. R. & Llorca Díaz, J. (2005). Variables relacionada con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gac Sanit*; 19 (2), 127-134.
- Rodríguez Lajarín, L., Medrano, B., García Piñero, I., García Sánchez, F.A. & Peral, M.C. (2000). Análisis de diez años de Atención Temprana en la población de Aguilas (Murcia). *Revista de Atención Temprana*, 3 (2), 95-104.
- Rodríguez M., D. (2005). Diagnóstico del clima organizacional en Diagnóstico organizacional. Alfaomega, México D. F.
- Salgado, J. F., Remeseiro, C. & Iglesias, M. (1996). Clima organizacional y satisfacción laboral en una PYME. *Psicologema*, 2 (8): 329-335.
- Sagiv, L. & Schwartz, SH. (2000). Value priorities and subjectivewell-being: direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology* (30), 77-198.
- Schlack, H. G. (1989). Paradigmshift in early intervention. *Journal of interdisciplinary intervention*, 8: 13-18.
- Speck, O. & Warnke, A. (Ed.) (1983). Early intervention with parents. Munich/Basel, Germany: Erns Reihardt
- United Cerebral Palsy National Collaborative Infant Project. (1976). Staff development handbook: A re- source for the transdisciplinary process. New York: Author.
- Velarde, R.J, Priego, H. & López, N. (2004). Estudio de satisfacción laboral del médico de la consulta externa de medicina familiar del centro médico ISSET. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 27, 55-66.
- Veenhoven, R. (1997). Advances in understanding happiness. *Revue Quebecoise de Psychologie*, 18, 29-79.
- Whittaker, J. & Whittaker, S. (1989). Psicología con adaptación para Iberoamérica (4º edic.) Mexico: McGrawHill.

ANEXOS

ANEXO 1: Listado de Centros que forman parte de la muestra invitada**COMUNIDAD DE MURCIA**

FUNDACIÓN ASINTER Paseo Científico Gabriel Ciscar, 25 30007 Murcia	ASSIDO Plaza Bohemia, 4 30009 Murcia	ASPANPAL C/ Navegante Juan Fernández, 3 30007 Murcia
ASTRAPACE C/ Vicente Alexandre, 11 B 30011 Murcia	ONCE Plaza San Agustín, 1 30005 Murcia	EOEP Murcia-1 C.P. La Paz C/ Puente Tocinos, 12 30006 (Murcia)
EOEP Murcia-2 C.P. La Paz C/ Puente Tocinos, 12 30006 (Murcia)	ASTRAPACE C/ San Vicente Ferrer, s/n Molina de Segura 30500 (Murcia)	ASTRADE C/ Alfonso XII, s/n Plaza Escuelas Viejas Ribera de Molina de Segura 30508 (Murcia)
CDIAT C/ Tranvía, 2 Alcantarilla 30820 (Murcia)	CDIAT C/ Hospital, s/n Mula 30170 (Murcia)	CDIAT C/ Camilo José Cela, Las Torres de Cotillas 30565 (Murcia)
CDIAT C/ Alameda Cervantes, s/n (Residencial Las Palmeras) Lorca 30800 (Murcia)	APANDIS Urbanización La Viña C/ Panadería, 8, bajo Lorca 30800 (Murcia)	ASPAJUNDE Plaza de la Constitución, 10 Jumilla 30520 (Murcia)
ADAMUR C/ Santa Lucía, 21, 1º J San Ginés 30196 (Murcia)	CDIAT C/ Justo Millán, s/n Yecla 30510 (Murcia)	CDIAT Camino Partido de Antigor, s/n Bda. El Tirol Totana 30850 (Murcia)
CDIAT C/ Cánovas del Castillo, 2, bajo Cieza 30530 (Murcia)	CDIAT C/ Isaac Albéniz, 2 Alhama de Murcia 30840 (Murcia)	AVANZA C/ Caballeros Sanjuanistas, 4 Caravaca de la Cruz 30400 (Murcia)
CDIAT C/ Pedro Flores, s/n Fortuna 30620 (Murcia)	CDIAT Avda. de Europa, s/n Bº de la Providencia Archena 30600 (Murcia)	EOEP Noroeste C/ Esparteros, 22 Cehegín 30430 (Murcia)
CDIAT C/ Pizarro, 1 Edif. "La torre", bajo Águilas 30880 (Murcia)	CDIAT Ctra. de la Atalaya, s/n Mazarrón 30870	ADICA C/ Salvador Caballero, 55 Puerto Lumbreras 30890 (Murcia)
AIDEMAR C/ Isaac Peral, 14 San Javier 30730 (Murcia)	ASTUS Hospital "Los Pinos" Los Barreros. Cartagena 30310 (Murcia)	ATEMMUR C/ General Cabanellas, 3 El Albuñón. Cartagena 30330 (Murcia)
ASIDO Avda. Génova, 8 (Polígono Santa Ana) Cartagena 30319 (Murcia)	ONCE Paseo Alfonso XIII, 24 Cartagena 30201 (Murcia)	EOP Cartagena C/ Ribera San Javier, 13 Cartagena 30203 (Murcia)
APANDA C/ Ronda Ferrol, 6 Cartagena 30203 (Murcia)		

Satisfacci3n Laboral en Atenci3n Temprana

COMUNIDAD VALENCIANA

ASPROPACE Ctra. Alcora, km 10 12006 Castell3n	Centre S. de Down Avda. Alcora, 132 12006 Castell3n	ATTEM C/ Peris Brell, 66, baix 46022 Valencia
Centre de Salut « Fonteta de S. Luis » Unitat d'AT C/ Arabista Ambrosio Huici, 30 46013 Valencia	CUDAP C/ Guardia Civil, 22 46020 Valencia	CDIAT ASINDOWN C/ Poeta Jos3 Mar3a Bayarri, 6, baix 46014 Valencia
CEI y AT UCV « La Alqueria » Cam3 del Pouet, s/n (Frente Arturo Ballester) 46015 Valencia	CDIAT AVSPW C/ Arquitecto Segura del Lago, 25 46014 Valencia	AVAPACE Plaza Jos3 Mar3a Orense, 6, bajo 46022 Valencia
Centre de Salut « Nazaret » Unitat d'AT C/ Fernando Morai, 2 46024 Valencia	CDIAP de la Mancomunitat de Municipis de la Safor Plza. Benn3cer, 1 Gand3a 46700 (Valencia)	Centre d'Atenci3 Temprana C/ Rei en Jaume, 10 Alboraya 46120 (Valencia)
CDIAT « Lu3 Su3er » (Prosub) C/ Ronda d'Algemes3, 15 Alzira 46600 (Valencia)	CDIAT de l'Horta Nord C/ Miguel Servet, 23 Massamagrell 46130 (Valencia)	CDIAT SERMESA C/ Madre Mar3a Micaela, 4, bajo Mislata 46920 (Valencia)
Centre d'Atenci3 Precoç « Enrique Riquelme » C/ Continuaci3 Vte. Cardona, s/n Paterna 46980 (Valencia)	CAP « Dignavall » C/ 25 d'Abril, 4 Tavernes de Valldigna 46130 (Valencia)	CDIAT C/ M3sic J. Fayos, 20 X3tiva 46800 (Valencia)
GELFIS C/ Rabasa, 21, bajo 03005 Alicante	APADIS C/ Luciano L3pez Ferr3, 13 Villena 03400 (Alicante)	IDEAT C/ Pintor Gast3n Castell3, 1 Mutxamel 03110 (Alicante)
APSA C/ Alicante, 1 La Vila Joiosa 03570 (Alicante)	APSA Avda. Salamanca, 27 03005 Alicante	Centro Base de Alicante C/ Fernando Madro3al, 52 03007 Alicante
ONCE Avda. de Denia, 171 Apdo. 399 03080 Alicante	Fundaci3n Salud Infantil Avda. de la Juventud, s/n Elche 03201 (Alicante)	ASPANIAS C/ Capit3n Alfonso Vives, 125 Elche 03204 (Alicante)
ASTRAPACE Avda. Teodomiro, s/n Orihuela 03300 (Alicante)	CDIAT C/ Mayor, 30 Callosa de Segura 03360 (Alicante)	El Piccolo C/ Ram3n Valle Incl3n, 23 Torrevieja 031084 (Alicante)
CDIAT C/ Pr3ncipe de Asturias, 4 Elda 03600 (Alicante)	ASPRODIS C/ Malva, 6 Elda 03600 (Alicante)	Servici Municipal d'Estimulaci3 Precoç Ctra. de Aspe, 102 Novelda 03660 (Alicante)
Centre d'Atenci3 Pedi3trica d'Alcoi Ag3ncia Valenciana de Salut C/ Oliver, 23 Alcoy 03802 (Alicante)		

CASTILLA LA MANCHA

ADAPEI C/ Cristóbal Pérez Pastor, 74 02004 Albacete	Centro Base de Atención a Personas con discap. C/ Fátima, 13 02004 Albacete	ASPAS C/ Dr. Fleming, 12, 3º 02004 Albacete
ASPRONA-La Roda C/ Santa Teresa, 6, bajo Hellín 02400 (Albacete)	ASPRONA C/ La Roda, 22 Villarrobledo 02600 (Albacete)	ASPRONA C/ Santa Teresa, 4 Almansa 02640 (Albacete)
ASPRONA C/ Luis Braille, 4 La Roda 02630 (Albacete)	APACE Avda. Boladiez, 32 45007 Toledo	APANDAPT Avda. General Villalba, pabellón 4 45003 Toledo
ASDOWNT0 Bajada Castilla la Mancha, 6 (local 1) 45003 Toledo	Centro Base de Atención a Personas con discap. Avda. Castilla la Mancha, 1 45003 Toledo	ASPRODIQ Ctra. Madrid-Alicante, km 120 s/n Quintanar de la Orden 45800 (Toledo)
CDIAT C/ Liberio González, 2 Torrijos 45600 (Toledo)	CDIAT C/ Emilia Pardo Bazán, 7 Illescas 45200 (Toledo)	AMAFI Ctra. Yepes-Ciruelos s/n Yepes 45313 (Toledo)
APACE C/ San Vicente, 35 Talavera de la Reina 45600 (Toledo)	CDIAT C/ Alto de la Noguera, 16, 1ª pta. Azuqueca de Henares 19200 (Toledo)	MADRE DE LA ESPERANZA C/ Los Úbedas, 5 Talavera de la Reina 45600 (Toledo)
Centro Base de Atención a Personas con discap. Plza. Goya, 3 Talavera de la Reina 45600 (Toledo)	ASODEMA Plza. De Jesús Requejo, 3 Madridejos 45710 (Toledo)	CAMINAR C/ Lanza, 3, 3º C 13001 Ciudad Real
ASPAS Residencial Ronda, bloque 6 13004 Ciudad Real	ASPACECIRE C/ José María de la Fuente, 2 13005 Ciudad Real	AUTRADE C/ Real, 26, 1º C 13002 Ciudad Real
Centro Base de Atención a Personas con discap. Ronda de Ciruela, 32 13071 Ciudad Real	CDIAT Plaza Ruiz Jarabe s/n Mota del Cuervo 16630 (Ciudad Real)	CDIAT C/ Pedro Arias, 106 bis Socuéllamos 13630 (Ciudad Real)
FUENTEAGRIA Ctra. Almodóvar, s/n Puertollano 13500 (Ciudad Real)	AFAS C/ Lugo Tomelloso 13700 (Ciudad Real)	AFAD Travesía Bataneros, 2 Valdepeñas 13300 (Ciudad Real)
ASPANA Ctra. De Arenales, km 2 Campo de Criptana 13610 (Ciudad Real)	ASMINAL C/ Ana Isabel Gil Pérez Almadén 13400 (Ciudad Real)	CDIAT C/ Portugal, s/n Daimiel 13250 (Ciudad Real)
CDIAT Avda. del Deporte, 18 La solana 13240 (Ciudad Real)	Centro Base de Atención a Personas con discap. C/ Fernando Zobel, 1 16002 Cuenca	CDIAT C/ San Gil Abad, 2 Motilla del Palancar 16200 (Cuenca)
ASPRONA Plza. C. la Mancha, 3, 2ª pta. Tarancón 16400 (Cuenca)	Centro Base de Atención a Personas con discap. Avda. Castilla, 12 19002 Guadalajara	

ANEXO 2: Clasificación de los ítems iniciales

CLIMA y RELACIONES CON COMPAÑEROS O SUPERIORES	CONDICIONES LABORALES: Materiales / Salario / Horario	FORMACIÓN CONTINUA	DELIMITACIÓN DE FUNCIONES	EXPECTATIVAS
3. El ambiente/clima de trabajo es bueno.	1. Las condiciones ambientales (iluminación, climatización, ventilación, limpieza...) facilitan la actividad en el centro.	5. Los cursos de formación que realizo son financiados total o parcialmente por el Centro/Servicio.	15. Las funciones de mi puesto de trabajo están bien definidas y delimitadas.	2. Estoy convencido de que he elegido bien mi profesión.
6. El trabajo bien realizado es reconocido entre los compañeros del equipo.	4. El Centro/Servicio dispone de los recursos necesarios (tests, ordenadores, material didáctico, etc) para hacer el trabajo.	9. Tengo libertad para elegir los cursos de formación que me interesa realizar.	17. Tengo pleno conocimiento del Programa de actuación de cada niño/familia que atiendo.	13. Mi trabajo actual dentro del centro me satisface.
8. Las ideas y opiniones se pueden expresar con libertad.	7. El Centro/Servicio dispone de los espacios necesarios para poder realizar el trabajo.	11. Las reuniones de coordinación o de casos clínicos que realiza el equipo sirven para aprender, son instructivas.	19. Los distintos profesionales del centro trabajamos coordinadamente.	25. Me siento animado para realizar adecuadamente mi trabajo.
10. Ante una situación difícil en el trabajo se busca el apoyo	16. Me he planteado abandonar mi trabajo para disponer de un		21. Conozco el trabajo que hacen los distintos	28. El trabajo que desempeño dentro del centro es acorde a mis

y consejo de otros compañeros.	salario mayor.		profesionales del Centro en aquellos casos que compartimos.	capacidades.
12. Cualquier crítica se plantea y se acepta como constructiva.	20. El salario que recibo me permite atender mis necesidades.		27. En los casos compartidos, siento que hago el mismo trabajo que otros profesionales de mi equipo.	33. La promoción profesional es posible dentro de mi Centro/Servicio
14. Los conocimientos se comparten con los compañeros.	23. Recibo mi salario en la fecha acordada en mi contratación.		32. Al trabajar con el niño/familia, puedo tomar decisiones de forma independiente.	
18. Me he planteado abandonar el Centro/Servicio o por dificultades en la relación con mis compañeros.	24 Me he planteado abandonar mi trabajo para disponer de un horario laboral mejor.			
22. El equipo lleva a cabo actividades y reuniones lúdicas y no sólo profesionales.	31. Si necesito disponer de alguna hora o día libre no tengo problema para hacer los cambios oportunos			
26. La plantilla de profesionales del centro sufre cambios frecuentes.	29. Me siento seguro y estable en mi puesto de trabajo.			

Satisfacción Laboral en Atención Temprana

30. Estoy satisfecho/a con mi grado de participación en las decisiones que se toman en el centro.				
---	--	--	--	--

ANEXO 3: Estadísticos descriptivos

¿En qué Comunidad Autónoma trabaja?

¿Cuántos años lleva trabajando en Atención Temprana?

¿Cuántos años lleva trabajando en su actual Centro/Servicio?

¿Tiene cargos de Responsabilidad/Coordinación?

Tipo de Centro/Servicio donde trabaja:

Municipal Comunidad Autónoma/Consejería Asociación de padres

Privado Subvencionado Concertado Otros

Perfil profesional/laboral:

Psicología Pedagogía Logopedia Fisioterapia

Trabajo Social Educación Social Estimulación Psicomotricidad

Terapia Ocupacional Otros, especificar: _____

ANEXO 4: Carta de presentación

Murcia, 22 de Abril de 2010

Estimados profesionales terapeutas de Atención Temprana:

En el Grupo de Investigación de la Universidad de Murcia “Educación Diversidad y Calidad”, dentro de nuestra línea de investigación y trabajo en Atención Temprana, estamos desarrollando un Proyecto de Investigación sobre *Satisfacción Laboral/Motivación de los Profesionales de Atención Temprana*.

Con motivo de ello, nos dirigimos a vosotros para pedir vuestra colaboración en forma de opinión sobre una serie de aspectos que hemos recogido en el cuestionario que os adjuntamos. Os enviamos varias copias de ese cuestionario con el fin de que cada uno de los profesionales de vuestro CDIAT pueda complimentarlo, contestando siempre de forma anónima y con la mayor sinceridad (rogamos que hagáis alguna copia más si es necesario).

Junto a los cuestionarios incluimos un sobre franqueado con nuestra dirección con el fin de que, una vez cumplimentados y reunidos los cuestionarios de vuestro equipo, nos los hagáis llegar a la mayor brevedad posible. Por motivos de organización, nos haría falta que nos enviaseis los cuestionarios cumplimentados antes de que finalice el mes de Mayo de 2010.

Sin más, un cordial saludo y nuestro más sincero agradecimiento de antemano por vuestro interés y colaboración.

Fdo. Francisco Alberto García Sánchez
Catedrático de Biopatología de la Discapacidad
y necesidades de Atención Temprana

ANEXO 5: Distribución de los ítems del ISPAT aplicado – La numeración corresponde a la que aparece en las tablas del análisis exploratorio

1. Las condiciones ambientales (iluminación, climatización, ventilación, limpieza...) facilitan la actividad en el centro.
2. Estoy convencido de que he elegido bien mi profesión.
3. El ambiente/clima de trabajo es bueno.
4. El Centro/Servicio dispone de los recursos necesarios (tests, ordenadores, material didáctico, etc.) para hacer el trabajo.
5. La plantilla de profesionales del centro sufre cambios.
6. El trabajo bien realizado es reconocido entre los compañeros del equipo.
7. El Centro/Servicio dispone de los espacios necesarios para poder realizar el trabajo.
8. Las ideas y opiniones se pueden expresar con libertad.
9. En los casos compartidos, siento que hago el mismo trabajo que otros profesionales de mi equipo.
10. Ante una situación difícil en el trabajo se busca el apoyo y consejo de otros compañeros.
11. Las reuniones de coordinación o de casos clínicos que realiza el equipo sirven para aprender, son instructivas.
12. Cualquier crítica se plantea y se acepta como constructiva.
13. Mi trabajo actual dentro del centro me satisface.
14. Los conocimientos se comparten con los compañeros.
15. Las funciones de mi puesto de trabajo están bien definidas y delimitadas.
16. Estoy satisfecho/a con mi grado de participación en las decisiones que se toman en el centro.
17. Si necesito disponer de alguna hora o día libre no tengo problema para hacer los cambios oportunos.
18. La promoción profesional es posible dentro de mi Centro/Servicio.
19. Los distintos profesionales del Centro/Servicio trabajamos coordinadamente.
20. Me siento realizado/a cuando desarrollo mi trabajo
21. Conozco el trabajo que hacen los distintos profesionales del Centro/Servicio en aquellos casos que compartimos.
22. El equipo lleva a cabo actividades/reuniones lúdicas y no sólo profesionales.
23. Recibo mi salario en la fecha acordada en mi contratación.