

## **EVALUACION DE LA SATISFACCION DEL PACIENTE HOSPITALIZADO. EMPLEO DE UNA MATRIZ MULTIRRASGO-MULTIMETODO REDUCIDA <sup>1 2</sup>**

**Julio Cabrero García (\*)**

**Miguel Richart Martínez (\*)**

**Abilio Reig Ferrer (\*\*)**

(\*) Departamento de Enfermería.

(\*\*) Departamento de Psicología de la Salud. UNIVERSIDAD DE ALICANTE

### **RESUMEN**

*En esta investigación sobre la satisfacción del paciente con la hospitalización y los cuidados de enfermería se hace uso de la estrategia "matriz multirrasgo-multimétodo". Los sujetos (n=116) fueron personas ingresadas en los hospitales del Servicio Valenciano de Salud de Alicante y Elche. Se midieron dos rasgos: satisfacción con los cuidados de enfermería y satisfacción con la hospitalización. Los métodos fueron: escalas con formato de respuesta "acuerdo-desacuerdo" con clave positiva (AD+), escalas con formato de respuesta "acuerdo-desacuerdo" con clave negativa (AD-), y escalas con formato de respuesta "excelente-malo" (EM). Los tres métodos se manifiestan casi con la misma cantidad de varianza, el método con formato EM aporta mayor fiabilidad, y la covariación entre el formato con clave positiva (AD+) y el formato EM es mayor que cualquier otra combinación.*

**Palabras clave:** SATISFACCION DEL PACIENTE, MATRIZ MULTIRRASGO-MULTIMETODO.

---

<sup>1</sup> Estudio subvencionado con las ayudas a la investigación B.6/89 de la Diputación Provincial de Alicante, y PM 89-0022 del Ministerio de Educación y Ciencia.

<sup>2</sup> Este estudio se presentó en las I Jornadas de Psicología de la Salud. Granada, diciembre de 1992.

## SUMMARY

*A reduced Multitrait-Multimethod Matrix is used in a study of consumer satisfaction with nursing care and hospitalization. The sample (n=166) were patients from hospitals of Alicante and Elche (Spain). Two traits were measured: satisfaction with nursing care and satisfaction with hospitalization. The methods were: keyed positive items with format "agreement-disagreement" (AD+), keyed negative items with format "agreement-disagreement" (AD-), and items with format "excellent-poor" (EM). In conclusion, all methods showed approximately equal variance of method, the EM method had most reliability, and AD+ EM covariance were the greatest.*

**Key words:** CONSUMER SATISFACTION, MULTIMETHOD-MULTITRAIT MATRIX, NURSING CARE.

## INTRODUCCION

La satisfacción del paciente es una cuestión esencial cuando se trata de evaluar la calidad de la asistencia sanitaria. Es clásico citar, en este sentido, a Donabedian (1980), que considera que "la efectividad del cuidado... en lograr y producir salud y satisfacción, definidas por los miembros individuales de una sociedad o subcultura particular, es el valor último de la calidad del cuidado". Si los pacientes están insatisfechos, el cuidado está lejos de ser ideal, al margen de cuan alta pueda ser la calidad según criterio clínico u otros ajenos al propio consumidor. La satisfacción del paciente es, por tanto, un indicador final del éxito de la prestación del servicio.

La atención sanitaria, el cuidado médico, el cuidado de enfermería, la accesibilidad de los servicios, su disponibilidad, son algunos de los aspectos que pueden evaluarse para determinar el nivel de satisfacción que producen en el usuario los servicios de salud. La mayoría de la investigación se ha centrado, en cuanto a proveedores específicos, en los profesionales médicos y en mucha menor medida en los demás, profesionales de enfermería principalmente; a pesar de que la satisfacción con estos últimos ha mostrado ser el mejor predictor de la satisfacción general con los servicios de salud y de

la intención de retornar al mismo hospital si fuera necesario (Meterko et al. 1991).

Son diversas las cuestiones de índole conceptual y metodológicas que están planteadas en este campo (Pascoe, 1983; Locker y Dunt, 1978). Sólo son relevantes aquí, sin embargo, algunas de naturaleza metodológica. Así:

(1) Gran parte de la investigación ha sido observacional (Hall y Dornam 1988) y mediante cuestionarios y escalas de estimación (Rubin, 1990). Las puntuaciones de estas escalas conforman distribuciones muy sesgadas y siempre a la derecha, lo que significa que la mayoría de las personas se expresan entre satisfechas y muy satisfechas. Es difícil discernir qué grado de artefacto metodológico puede estar presente en este hallazgo.

(2) Los estudios analíticos-factoriales sugieren la presencia de efectos de halo en muchas escalas, incluso en aquellas más laboriosamente realizadas (p. ej. Meterko et al. 1991).

(3) De entre las diferentes escalas de respuesta empleadas: acuerdo-desacuerdo, excelente-malo, satisfecho-insatisfecho, etc, las hay (acuerdo-desacuerdo) que son proclives a mostrar soluciones factoriales rotadas bidimensionales, sin otra característica aparente que su enunciación en clave positiva o negativa. Esta formulación, por otra parte, se emplea con frecuencia para controlar la tendencia a dar respuestas aquiescentes, una eventualidad frecuente en la investigación con escalas de satisfacción (Ware et al. 1983).

Algunos trabajos han abordado directamente algunos de estos aspectos (Ware & Snyder, 1975; Ware y Hays 1988, Meterko et al. 1991, etc ) e incluso. Meterko et al. (1991) han empleado la estrategia matriz multirrasgo-multimétodo, aunque parcialmente.

En nuestra investigación sobre la satisfacción del paciente con los cuidados de los profesionales de enfermería y con la hospitalización en general, hemos empleado la escala de La Monica et al. (1986); un cuestionario con 41 ítems, unos con enunciados positivos y otros negativos, todos con referente enfermero, y una escala de respuesta de 7 puntos, desde totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo. Los primeros resultados con nuestra versión (Cabrero y Richart, (1990) adolecen de los problemas ya enunciados en los puntos 1 y 2, y son similares a los del estudio original, (y tan frecuentes en la bibliografía sobre satisfacción, y en concreto el punto 3, también en la bibliografía psicológica con cuestionarios tipo Likert con clave positiva y negativa (Schmitt & Stuls, 1985):

Para estudiar centralmente estos problemas métricos hemos empleado la estrategia de Campbell y Fiske (1959/1984). La estrategia de la matriz multirrasgo multimétodo apenas se ha empleado en este ámbito. Las recomendaciones originarias acerca de la independencia de métodos y rasgos no han sido respetadas habitualmente (cf. Cote y Buckley, 1987), y de hecho el interés mayor puede recaer en aquellas situaciones donde se intenta discernir entre rasgos relacionados pero substantivos. Asimismo, los métodos distintos pueden dar lugar a operacionalizaciones de un concepto que desborden su unidad (Fiske, 1982), por lo que no siempre será aconsejable la independencia apriorística recomendada por Campbell y Fiske.

Nuestro objetivo ha sido determinar, en la medición de la satisfacción del paciente, qué formatos de ítem/respuesta son más eficientes, esto es, permiten escalas más fiables y con menor varianza de método. Los métodos (tres formatos de respuesta) y los rasgos (satisfacción con enfermería y satisfacción con la hospitalización) están, apriorísticamente, correlacionados.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **Sujetos**

Los sujetos participantes son pacientes ingresados en los hospitales de Alicante y Elche. La extracción de la muestra se ha realizado por muestreo al azar simple, mediante la numeración de las camas hospitalarias, quedando fuera de la población las unidades de urgencias, observación, intensivos y aislamiento. De las demás unidades, se han excluido aquellos pacientes que llevasen menos de 48 horas ingresados, los que no estuviesen conscientes y orientados y tuviesen 16 o menos años de edad. En total se contactó con 180 personas, de los que 116 accedieron a participar en la cumplimentación de los cuestionarios, y 62 sólo accedieron a facilitar datos sociodemográficos. En la tabla 1 pueden verse las características del grupo que participó totalmente.

Existe un ligero predominio de las mujeres sobre los hombres (56% vs 44%). La edad media es de 46.4 años y la mediana de 46. La mayoría están casados (76%). El nivel de estudios es bajo, ya que el 84% o no tienen estudios o sólo primarios, y la cualificación ocupacional refleja esta tendencia.

TABLA 1. Descripción de la muestra (n=115)

SEXO:		fr	%
	Hombres	48	44
	Mujeres	60	56
	en blanco	7	
EDAD:	Media:	46.4	
	Mediana:	46	
	D.T.:	19.6	
	Recorrido escalar:	15-85	
		fr	%
	de 16-24	20	19
	de 25-44	31	29
	de 45-64	33	31
	más de 65	23	21
	en blanco	8	
ESTADO CIVIL:		fr	%
	Casado	83	76
	Viudo	6	5
	Separado/div.	3	3
	Soltero	17	16
	en blanco	6	
ESTUDIOS:		fr	%
	Sin estudios	39	36
	Primarios	42	39
	EGB, Bach. el.	10	9
	BUP, Bach. sup.	13	12
	Universitarios	5	4
	en blanco	6	
OCUPACION PRINCIPAL:		fr	%
	Técnico superior	3	3
	Técnico medio	3	3
	Especializado no manual	10	10
	Especializado manual	14	14
	Semiespecializado	8	8
	No especializado	20	21
	Ama de casa, estudiante	34	35
	No contesta	19	

## Instrumentos de medida

### 1) *Escala de Satisfacción del Paciente con los Cuidados de Enfermería.* (LOPSS, La Monica et al, 1986)

La escala de satisfacción del paciente (LOPSS) de La Monica et al. (1986) es un instrumento compuesto de 41 ítemes que describen conductas de enfermería. 17 de ellos están redactados en forma negativa (p. ej. "Las enfermeras no están lo atentas que deberían"), y los restantes en forma positiva (p. ej. "Están disponibles cuando necesito apoyo"). Cada uno de los enunciados es seguido por una escala de siete puntos, desde "totalmente de acuerdo" (1) hasta "totalmente en desacuerdo" (7). La escala en su versión original, ofrece una fiabilidad por consistencia interna de  $\alpha = 0.95$ , y su factorización (componentes principales y rotación varimax) muestra una estructura de tres factores, uno de ellos de insatisfacción, y los otros dos, de apoyo interpersonal y de buena impresión, altamente correlacionados. La versión española (Cabrero y Richart, 1990) ha mostrado una fiabilidad  $\alpha$  de 0,92, y una estructura bifactorial, resultados muy similares a los originales.

### 2) *Cuestionario de Satisfacción con la Hospitalización E.M. (ESG-EM)*

Este cuestionario consta de seis ítemes y mide dos rasgos: satisfacción general (ESG-EMg, cuatro ítemes) y satisfacción con los cuidados de enfermería (ESG-EMe, dos ítemes) y presenta un método distinto: una formulación neutra y escala de respuesta desde excelente a malo, incluyéndose la opción "no se".

### 3) *Escala de Satisfacción General con la Hospitalización A-D. (ESGH-AD)*

Este cuestionario está formado por 8 ítemes con una formulación similar a la de la LOPSS. Tiene una escala de respuesta de siete alternativas: desde totalmente de acuerdo, hasta totalmente en desacuerdo, pasando por un punto central de incertidumbre. Los 8 ítemes forman parejas de contenido con formulación positiva (ESGH-AD+) un miembro y formulación negativa (ESGH-AD-) el otro.

Este instrumento está basado en el de Hall et al (1990). Hall et al, nos informan de una estructura monofactorial y una fiabilidad alfa de 0,89.

#### 4) *Cuestionario sociodemográfico*

Compuesto de cinco ítemes que recogen la siguiente información: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, ocupación principal. Para su redacción se siguió el modelo que emplea habitualmente el Centro de Investigaciones Sociológicas.

### **Procedimiento**

Diez estudiantes de enfermería realizaron el trabajo de campo, presentando el estudio y entregando el cuadernillo con los cuestionarios a los pacientes para su cumplimentación o, en los casos en los que se requería, realizando por entrevista la administración de los cuestionarios.

Para homogeneizar la situación de medida, estos encuestadores recibieron un entrenamiento específico. Este se llevó a cabo en tres sesiones de alrededor de tres horas de duración cada una. Ya que los cuestionarios son estructurados, el entrenamiento atendió primordialmente a la presentación del estudio por parte de los encuestadores a los potenciales participantes, y al atenimiento de los primeros a la literalidad de los ítemes y de las alternativas de respuesta en las situaciones de entrevista.

### **Diseño**

Es un estudio transversal, con medidas de autoinforme como técnica de recogida de datos. Se pone a prueba una matriz multirrasgo-multimétodo con las siguientes escalas componentes:

- Satisfacción con los cuidados de enfermería, ítemes positivos.
- Satisfacción con los cuidados de enfermería, ítemes negativos.
- Satisfacción con los cuidados de enfermería, los dos ítemes de la escala excelente-malo.
- Satisfacción general, ítemes positivos.

- Satisfacción general, ítems negativos.
- Satisfacción general, ítems excelente-malo.

Los métodos contrastados han sido, pues, diferentes escalas de respuesta mediante autoinforme, lo que hace presumir una falta de independencia entre los métodos. Esta conceptualización de método está dentro de la enunciada por Campbell y Fiske, que, con escasa precisión, definieron método como "un esfuerzo por medir un concepto". López Feal (1986) distingue un sentido restricto y otro amplio para el término multimétodo. Según el primero, y de forma similar a nuestra operacionalización, múltiples métodos pueden ser distintos formatos de ítems de un test. En la revisión de Buckley et al. (1990), se puede observar una amplia gama en la operacionalización del concepto método. Y dentro de la literatura sobre satisfacción, Meterko et al. (1990) emplearon métodos que fueron dos procedimientos de autoinforme con idéntica escala de respuesta y sólo distintos números de ítems y de expresión sintáctica.

Relacionada con lo anterior es la cuestión del grado de independencia que deben guardar entre sí los métodos. Campbell y Fiske recomendaron que estos fueron independientes entre sí, pero ellos mismos recogen en su artículo diversos ejemplos de matrices en las que presumiblemente los métodos serían poco independientes. En un trabajo reciente (Fiske y Campbell, 1992) refieren que las únicas matrices publicadas que son razonablemente buenas son aquellas que emplean métodos similares (o rasgos distintos o una combinación de ambos). En la misma dirección, la revisión de Buckley et al. (1990) muestra que aquellas matrices que emplean métodos altamente correlacionados no impiden elevada varianza de rasgo. Y en el caso antes citado de Meterko et al., podemos también presumir una elevada relación entre los métodos.

Los diseños de matrices multirrasgo y multimétodo son infrecuentes en la literatura (Buckley et al., 1990), y cuando se emplean, se hacen extensivamente, esto es, contrastando todas las implicaciones para los diferentes métodos y rasgos. Pero nuestro planteamiento pretendió economizar al máximo el esfuerzo de los respondientes y la complejidad conceptual, de forma que sólo estudiamos a fondo un rasgo: satisfacción con los cuidados de enfermería en sus tres métodos. Esquemáticamente:

- |                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| Método 1 : formulación positiva | 7 alternativas       |
| Método 2 : formulación negativa | de RR en los 3 casos |
| Método 3 : formulación E M      |                      |

Rasgo 1 : satisfacción con los cuidados de enfermería

Rasgo 2 : satisfacción con la hospitalización

Esto ha supuesto que la muestra quedara dividida en dos grupos. Se diferencian sólo en que un grupo recibe el cuestionario general de satisfacción con el formato E M, y el otro, en su lugar, el cuestionario general de satisfacción con el formato AD. Por tanto, no pueden establecerse correlaciones entre ambos cuestionarios, pero sí todas aquellas concernientes al cuestionario LOPSS, entrando los tres métodos, pudiendo verificarse 3 de los 4 criterios que propusieron Campbell y Fiske (1956) para valorar estas matrices, con respecto al rasgo en estudio. El cuarto criterio, sobre el mantenimiento o no del patrón de correlaciones entre los rasgos a través de los métodos, sólo es pertinente cuando se estudian más de dos rasgos. Sin embargo, un análisis cuantitativo de la matriz, por ejemplo mediante análisis de estructuras de covarianzas, sí exigiría una matriz completa. Es éste un acercamiento exploratorio a esta estrategia.

## **RESULTADOS**

### **Descripción de las respuestas al cuestionario LOPSS**

En casi todos los casos se observa que las medias y medianas de las puntuaciones denotan entre moderada y alta satisfacción de los sujetos (ver tabla 2). Las escalas con formato negativo, empero, dan lugar a valores más bajos que las positivas, y en el caso de la escala ESGH-AD tanto su media como su mediana se sitúan por debajo del punto central del recorrido escalar. La dispersión es mayor en el caso de las escalas negativas que en las restantes, formato positivo y formato neutro.

### **La matriz multirasgo-multimétodo**

Atendiendo a los cuatro criterios propuestos por Campbell y Fiske (1959 / 1984), se puede observar en la tabla 3 que los coeficientes de convergencia son algo inferiores a los de monométodo, con lo que no se logra el criterio de orden más exigente: si son mayores, en cambio, los coeficientes de convergencia que los de heterorasgo heterométodo, criterio este más relajado.

Los coeficientes de convergencia son más elevados que los de heterométodo-heterorrasgo. El cuarto criterio, mantenimiento del patrón de covariaciones entre rasgos a través de métodos, no es pertinente dado que solamente hay dos rasgos.

**TABLA 2. Estadísticos descriptivos de las escalas y subescalas de satisfacción**

Escala	Media	D.T.	Mediana	Min.	Max.	N
LOPSS	5.32	.87	5.35	3.27	6.71	108
LOPSS +	5.86	.83	6.06	3.21	7.00	108
LOPSS -	4.55	1.28	4.76	1.00	6.47	108
ESGH-AD	4.64	1.07	4.75	2.13	7.00	48
ESGH-AD +	6.01	1.03	6.50	3.00	7.00	49
ESGH-AD -	3.29	1.36	3.00	1.00	7.00	49
ESG-EM	4.75	.79	4.50	3.67	6.00	49
ESG-EMe	4.64	.96	4.50	3.00	6.00	53
ESG-EMg	4.82	.81	4.75	3.50	6.00	51

**TABLA 3. Matriz multirrasgo-multimétodo. (1)**

	LOPSS+	LOPSS-	ESG-EMe	ESGH-AD+	ESGH-AD-	ESG-EMg
LOPSS+	<b>0.82</b>					
LOPSS-	<i>0.49</i>	<b>0.82</b>				
ESG-EMe	<i>0.60</i>	<i>0.38</i>	<b>0.71</b>			
ESGH-AD+	<i>0.57</i>	0.32		<b>0.54</b>		
ESGH-AD-	<i>0.47</i>	<i>0.58</i>			<b>0.52</b>	
ESG-EMg	0.50	0.31	<i>0.66</i>			<b>0.72</b>
Cursiva=	coeficientes de convergencia					
Negrita=	coeficientes de fiabilidad					
Subrayado=	coeficientes monométodo					
Normal=	coeficientes multirrasgo-multimétodo					
(1)	Todas las correlaciones son significativas para $p < 0.05$ .					

## DISCUSION

Una de las estrategias más exigentes para evaluar la validez de constructo es el empleo de la matriz multirrasgo-multimétodo. Esta estrategia se ha empleado escasamente en la literatura sobre satisfacción del paciente, y cuando se ha hecho (Meterko et al, 1990) su valoración no ha sido central al estudio y no se han empleado criterios exigentes. El examen de nuestra matriz nos revela que, probablemente, exista una mayor varianza de método -formato de ítem y de escala de respuesta- que de rasgo -satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería-, y esto puede explicar que una solución factorial de un cuestionario con ítemes positivos y negativos coincida con esta distinción formal, que no de contenidos. De los tres métodos empleados, el de los ítemes con formato positivo y el de los negativos, aproximadamente, producen el mismo tamaño de varianza de método; el formato excelente-malo les supera ligeramente. Por tanto los tres métodos son casi comparables en cuanto a la cantidad de varianza; no obstante, los ítemes negativos frente a los positivos pueden constituir escalas menos fiables (Scriesheim et al, 1991), aunque en nuestro estudio esto no ha sido así. Si es evidente, que la escala EM con muy pocos ítemes logra niveles de fiabilidad relativamente superiores a las otras dos.

Los tres métodos no son equidistantes en cuanto a su covariación. El formato de ítemes positivos, y el de excelente-malo (EM) están más relacionados entre sí que el formato negativo con cualquiera de ellos. En principio podría pensarse que el formato EM estaría equidistante con los otros dos, ya que sus enunciados son neutros, pero claramente no ha sido este el caso.

Examinando globalmente la matriz, el criterio más exigente, de mayores coeficientes de validez convergente que los de monométodo-multirrasgo, no se alcanza: sí el más ligero de mayores coeficientes de validez convergente que los de multirrasgo-multimétodo, pero esto sólo significa que existe mayor varianza de rasgo en las mediciones que covarianza entre los rasgos.

No se debe perder de vista que los formatos positivo y negativo han ocupado un mismo contexto (en un mismo cuestionario se ha dado la presencia de ítemes con formulación positiva y negativa ) y la valoración de estos dos métodos es deudora de los efectos que puedan presentarse por este hecho, que en principio serán los de romper o entorpecer la tendencia a dar respuestas aquiescentes. Estos efectos contextuales podrían equipararse a la considera-

ción conjunta de ambos formatos como un sólo método, esto es, la combinación de ítemes positivos y negativos, que propiamente constituyen un único método. Sucede, sin embargo, que este método estaría artificialmente sobrecovariado con los métodos positivo y negativo. Sólo una estrategia que emplease distintos ítemes para el método combinado y los otros dos, permitiría hacer una valoración aquilatada de todos ellos: formulación combinada, ítemes positivos, ítemes negativos.

Resumidamente, la matriz multirrasgo-multimétodo nos ha enseñado que los tres métodos se manifiestan casi con la misma intensidad, que los formatos positivo y EM son más similares entre sí que el formato negativo con cualesquiera de ellos, y que el formato EM produce escalas más fiables que los otros dos.

El empleo de matrices multirrasgo-multimétodo es una vía fructífera para dilucidar algunos de los problemas metodológicos que tiene planteada la investigación sobre satisfacción. Pero para que esta estrategia de mejores rendimientos es conveniente: disponer de escalas con niveles mayores de fiabilidad -en nuestro caso esto es prioritario que se logre con las escalas de satisfacción general AD-; perfilar la comparabilidad de los métodos -debemos crear ítemes con referente enfermero en la escala general AD, tal y como ocurre con la escala general EM-; tender a igualar el número de ítemes por escala (Schweizer, 1991) -hay que abreviar la escala de La Monica et al.(1986); completar la matriz -nuestro diseño no permite comparar rasgos- empleando todos los cuestionarios con todas las muestras; cuantificar los efectos mediante técnicas analíticas como el análisis factorial confirmatorio -se precisa una matriz completa y preferiblemente con un diseño al menos de tres métodos por tres rasgos; y, por último, mayor potencia estadística (nuestra muestra era de pequeño tamaño).

## BIBLIOGRAFIA

- Buckley, MR; Cote, JA. & Comstock, SM. (1990). Measurement errors in the behavioral sciences: the case of personality/attitude research. *Educational and Psychological Measurement*, 50: 447-474.
- Cabrero J. Y Richart, M. (1990). Adaptación española de uña escala para medir la satisfacción

- del paciente con los cuidados de enfermería. En *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones Área 5: Psicología y Salud: Psicología de la Salud*. Madrid, COP.
- Campbell, D.T. & Fiske, D.W.** (1984). Las validaciones convergente y discriminante mediante la matriz multirrasgo-multimétodo. En G.F. SUMMERS (Ed.), *Medición de actitudes*. México, Trillas.
- Cote, J.A. & Buckley, R.** (1987). Estimating trait, method, and error variance: Generalizing across 70 construct validation studies. *Journal of Marketing Research*, 24, 315-318.
- Dimatteo, M.R., & Hays, R.** (1980) The significance of patients' perceptions of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice center. *Journal of Community Health*, 6, 18-33.
- Donabedian A.** (1980). *La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación*. México, Ed. La Prensa Médica Mexicana.
- Fleetti, G.; Firman, D., & Sanson-Fisher, R.** (1986) Patient satisfaction with primary-care consultations. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 389-399.
- Fiske, D.W. & Campbell, D.T.** (1992). Citations do not solve problems. *Psychological Bulletin*, 112(3), 393-395.
- Hall, J.A., & Dornan, M.C.** (1988) Meta-Analysis of Satisfaction with Medical Care: Description of Research Domain and Analysis of Overall Satisfaction Levels. *Social Science and Medicine*, 27, 637-644.
- Hall, J.A.; Feldstein, M.; Fretwell, M.D.; Rowe, J.W., & Epstein, A.M.** (1990). Older Patients' Health Status and Satisfaction with Medical Care in an HMO Population. *Medical Care*, 28, 261-270.
- Hays, R.D.; Larson, C.; Nelson, E.C., & Batalden, P.B.** (1991) Hospital Quality Trends. *Medical Care*, 29, 661-668.
- La Monica, E.L.; Oberst, M.T.; Madca, A.R., & Wolf, R.M.** (1986) Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing and Health*, 9, 43-50.
- Locker, D., & Dunt, D.** (1978) Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science and Medicine*, 12, 283-292.
- López, R.** (1986). *Construcción de instrumentos de medida en ciencias conductuales y sociales*. Barcelona, Alames.
- Meterko, M.** (1990) Patient Judgments of Hospital Quality. *Medical Care*, 28, supplement.
- Pascoc, G.C.** (1983) Patient Satisfaction in Primary Health Care: A Literature Review and Analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Rubin, H.R.** (1990). Can patients evaluate the quality of hospital care?. *Medical Care Review*, 47:267-326.
- Schmitt, N. & Stults, D.M.** (1985). Factors defined by negatively keyed items: The result of careless respondents?. *Applied Psychological Measurement*, 9:367-373.
- Schweizer, C.A.; Eisenbach, R.J., & Hill, K.D.** (1991) The Effect of Negation and Polar Opposite ITEM Reversals on Questionnaire Reliability and Validity: An Experimental Investigation. *Educational and Psychological Measurement*, 51, 67-78.
- Schweizer, K.** (1991) An Equal-Level Approach to the Investigation of Multitrait-Multimethod Matrices. *Applied Psychological Measurement*, 15, 307-317.
- Ware Jr, J.E., & Hays, R.D.** (1988) Methods for Measuring Patient Satisfaction with Specific Medical Encounters. *Medical Care*, 26, 393-402.

- Ware Jr, J.E., & Snyder, M.K.** (1975) Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care*, 13, 669-682.
- Ware Jr, J.E.; Snyder, M.K.; Wright, R., & Davies, A.R.** (1983) Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care. *Evaluation and Program Planning*, 6, 247-263.