

Niveles de Satisfacción y  
Estrés Laboral en Médicos  
de la  
Unidad de Cuidados Intensivos



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
AREA DE ESTUDIOS DE POST GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ESPECIALIDAD EN:  
MEDICINA CRÍTICA  
AREA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO  
ANGEL LARRALDE**

Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de la  
Unidad de Cuidados Intensivos

VALENCIA, 2011



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
AREA DE ESTUDIOS DE POST GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ESPECIALIDAD EN:  
MEDICINA CRÍTICA  
AREA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO  
ANGEL LARRALDE**

**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de la  
Unidad de Cuidados Intensivos**

AUTOR: Dr. José Alberto Izaguirre O.

VALENCIA, 2011





**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
AREA DE ESTUDIOS DE POST GRADO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ESPECIALIDAD EN:  
MEDICINA CRÍTICA  
AREA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO  
ANGEL LARRALDE**

**CONSTANCIA DE ACEPTACION**

**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de la  
Unidad de Cuidados Intensivos**

AUTOR: Dr. José Alberto Izaguirre O.

Aceptado en el área de estudios de postgrado de la Universidad de  
Carabobo

Por: .....  
C.I. ....

VALENCIA, 2011

**¡ A**  
**todas las personas**  
**que AMO,**  
**QUIERO y RESPETO ¡**  
**Por ellos finalice este TRABAJO**  
***GRACIAS, mil veces GRACIAS***  
**Por su apoyo y confianza, que en mi depositaron**  
**Espero nunca defraudarlos**  
**¡Los AMO, los QUIERO a TODOS¡**

¡ Caminante no hay camino  
se hace camino al andar  
al volver la vista atrás.

Caminante no hay camino  
sino estelas en la mar !

Antonio Machado y Ruiz  
(1871 – 1939)

¡ Tu verdad no !  
La verdad, vayamos juntos a buscarla  
La tuya guárdatela.

Antonio Machado y Ruiz.  
(1871 – 1939)

## INDICE GENERAL

|   |    |
|---|----|
| <b>RESUMEN:</b> .....   | 10 |
| <b>ABSTRACT:</b> .....  | 11 |
| <b>Introducción:</b> .....  | 12 |
| <b>Diseño y Método de Investigación:</b> .....                            | 25 |
| <b>Contexto:</b> .....  | 27 |
| <b>Principales Parámetros:</b> .....                                      | 27 |
| <b>Análisis de los Datos:</b> .....                                       | 27 |
| <b>Principios Éticos:</b> .....   | 27 |
| <b>Presentación y Análisis de los Resultados:</b> .....                   | 28 |
| <b>Discusión, Conclusiones y Recomendaciones:</b> .....                   | 45 |
| <b>Bibliografía:</b> .....  | 57 |
| <b>Anexos:</b> .....  | 66 |
| <b>Anexos - Tablas:</b> .....   | 66 |
| <b>Anexos - Consentimiento y Cuestionarios:</b> .....                     | 68 |
| <b>Consentimiento Informado:</b> .....                                    | 68 |
| <b>Cuestionario Socio demográfico:</b> .....                              | 68 |
| <b>Escala de Satisfacción Laboral (S 20/23):</b> .....                    | 70 |
| <b>Inventario de Síntomas de Derogatis Revisado (SCL – 90 – R):</b> ..... | 71 |

## RESUMEN

**Introducción:** se considera que la satisfacción y el estrés laboral de los médicos es un factor que influye en la salud de los médicos, en la calidad de la asistencia al paciente y los servicios sanitarios, de esta situación tan delicada no se escapa una organización tan compleja como es unidades de cuidados intensivos.

**Objetivo:** conocer el nivel de satisfacción y estrés laboral de los médicos que tiene su labor en las unidades de cuidados intensivos, lo cual puede traducirse en una medición de la calidad del servicio.

**Diseño y método de investigación:** prospectivo, descriptivo, exploratorio y trasversal de casos, en cuatro centros con unidades de cuidados intensivos (dos privadas y dos públicas), en médicos intensivistas, se utilizan tres cuestionarios que evalúan la parte demográfica, la satisfacción laboral (S 20/23); el estrés laboral y a su vez los rasgos psicopatológicos (SCL – 90 – R).

**Contexto:** en la población de médicos que laboran en las unidades de cuidados intensivos de adultos y pediátricos del Centro Médico Dr. Rafael Guerra Méndez, Centro Policlínico Valencia, del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde y de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, estuvieron dispuestos a contestar el cuestionario.

**Principales parámetros:** nivel de satisfacción y estrés laboral de los médicos que tiene su labor en las unidades de cuidados intensivos.

**Análisis de los datos:** la información recolectada fue tabulada, analizada e interpretada a través de la estadística descriptiva, las frecuencias absolutas y relativas, con la aplicación de las pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas correspondientes para el fin.

**Resultados:** Población n-68 médicos, femenino n-38 (55,9%), masculino n-30 (44,1%), edad entre de 24 a 73 años, entre la tercera y cuarta década, un n° de 51 (75%) del total, media de 41,10 años, mayor edad los hombres, un 69,1% casados, solteros el 26,5% y divorciados 4,4%, tienen hijos 63,2% (predominio de dos hijos), trabajan los dos cónyuges el 76,6%, la convivencia familiar 91,2% familia completa, posesión de vivienda un 70,6%, vehículo propio el 80,8%, uso del transporte público el 26,5%, actividad laboral en centros privados 60,3% y centros públicos con el 39,7%, trabajando en una institución el 38,2%, 2 o más instituciones 61,8%, de residente 58,8%, de adjunto el 41,2%. Una especialidad el 72,1%, dos especialidades el 41,2%, realizando post grado el 27,9%, antigüedad como profesional media de 16,6 años. Los factores laborales con valor para la muestra las relacionadas la oportunidad, supervisión, ambiente, autonomía y las relaciones personales, predominando los factores higiénicos sobre los motivacionales, (privados > públicos). IGS media de 2,75, (privados de 2,93 > públicos 2,55). Factores riesgo más percibidos las infecciones, radiaciones, ruido, frío, limpieza o baños, ventilación, iluminación, eléctricos, calor. Los rasgos psicopatológicos, más valor se dio las obsesiones - compulsión, depresiones, somatizaciones, ideación paranoide, sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad, psicoticismo, fobia, la hostilidad tiene una discreta superioridad el hombre, (CPV una mayor percepción y el menor en la CHET). Niveles de estrés 42,8%, mujeres 45,2%, hombres 39,7%, (CPV 63,5%; HUAL 44%; CMGM 43%; CHET 32,2%), pediatras 53,3%, adultos 41,6%, emergencia 32%.

**Conclusión:** los niveles satisfacción y estrés laboral son moderados, los hombres puntuaron discretamente más que las mujeres, en los centros privados más con respecto a los públicos, nivel de estrés del CPV más elevado. Más estrés en los pediatras que en los adultos. Incremento en el número de mujeres que trabajan en la UCI, menor edad que los hombres, con multiempleo. De rasgos psicopatológicos elevados en dimensiones de depresión, obsesión-compulsión y somatizaciones, siendo la hostilidad la predominante en el hombre.

**Palabras Clave:** satisfacción laboral, estrés laboral, médicos, unidades de cuidados intensivos, Escala de Satisfacción Laboral (S 20/23), Inventario de Síntomas de Derogatis Revisado (SCL-90-R).

## **ABSTRACT**

## **Introducción:**

El trabajo ha tomado diversas interpretaciones, en la mayor parte de las sociedades, la generalidad de las personas debe adecuarse de alguna manera a la exigencia del trabajo, sin embargo, las modificaciones económicas, unido a los cambios que se efectúan constantemente en las sociedades a través de los tiempos, han revalorizado lentamente el papel del trabajo, considerando una obligación el trabajar, con exaltación del trabajo y minusvaloración del ocio. Por que las personas pasan más de la mitad de su tiempo de vigilia, durante las dos terceras parte de la vida, desempeñando algún tipo de trabajo. (Ardilla, 1986; Omaña, Piña, 1995; Larraguibel, Paravic, 2003).

Esta tradición del trabajo ha puesto a menudo el acento en las relaciones entre el trabajo y la emancipación humana, una actividad de grandes alcances que se refleja e influye sobre casi todos los aspectos de la conducta humana, por lo que los individuos al desempeñar un trabajo no sólo trasladan a él sus habilidades intelectuales y motrices, sino también sus individualidades, por lo tanto el trabajo pasó a ser la manera de ganar dinero para satisfacer necesidades básicas, obtener estatus, imponerse a los demás y sobresalir (Ardilla, 1986; Larraguibel, Paravic, 2003; Hernández, Quintana, Mederos, Guedez, García, 2006).

Del mismo modo la vida laboral está en cambio permanente, en realidad, la única constante que sigue persistiendo es, precisamente, el cambio está en todos lados, lo afecta profundamente la ciencia, la misma tecnología, la medicina, por lo tanto las condiciones de trabajo y las estructuras de los hospitales y empresas, los valores y las costumbres de la sociedad, la filosofía y aún la religión.

A la luz de los conocimientos actuales, existe un interés creciente entre los médicos, los hospitales, administradores y las mismas instituciones de gobierno, por mejorar la calidad de vida en el trabajo de la medicina, existe consenso, de la necesidad de estudiar al médico en relación con su medio ambiente laboral en el cual está inserto, ya que cualquier variación en el conjunto integrado por el hombre, la organización y el medio ambiente, afectara forzosamente a los demás, de ahí deriva la necesidad de investigar cientos de fenómenos que ocurren a diario dentro del hospital, las situaciones de satisfacción laboral, de estrés que se

presenta durante su ejercicio; ya que extensos y variados estudios han indicado una serie de relaciones que estos fenómenos tienen con la calidad de vida del médico, con la organización en sí y como efecto final con la sociedad que lo rodea.

Es por esto, en nuestra era de las grandes investigaciones medicas, el conocimiento que corre tan vertiginosamente, en la cual cada minuto o segundo cuenta, con esta nueva visión de la medicina se ha desarrollado un nuevo concepto de atención al paciente, un enfoque que busca disminuir al máximo los efectos devastadores de enfermedades agudas o crónicas, traumas (físicos o psicológicos), a fin de reducir o evitar secuelas incapacitantes que afectan, principalmente, a la población y por tanto a la carga productiva del país. (Parra, Paravic, 2002).

Así, la demanda creciente de atenciones de alta complejidad, especialmente en el área traumáticas y otras de urgencia que destacan por su letalidad, como las enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares y complicaciones por diabetes, hipertensión, quirúrgicos, infecciosos, etc., han llevado a la justificación de la existencia de las áreas de atención del paciente crítico, estas Unidades de Cuidados Intensivos tanto generales como específicas, planificadas para poder dar una respuesta eficientes a estos pacientes que necesitan un mayor cuidado.

Por lo que ha surgido la Medicina Crítica, como especialidad, donde el médico intensivista aplica los conocimientos médicos a la asistencia de pacientes en situaciones potencialmente críticas o ya críticas, constituyendo el escalón más avanzado de un esquema gradual de atención del paciente.

Con esta presencia del especialista en medicina crítica se reduce la estancia del paciente en la Unidades de Cuidados Intensivos, en los hospitales, además de reducir la mortalidad hospitalaria en 29 %, con lo que se puede afirmar que no existe ninguna otra intervención médica que tenga un mayor impacto en la mortalidad hospitalaria, (Pronovost, Angus, Doman, Robinson, Dremsizov, Young, 2002), esto además supone según estimaciones que cada año la presencia de del médico intensivista en las áreas críticas, podría salvar 160.000 vidas, Leapfrog Group (2002).

Con lo que la existencia una especialidad con una polivalencia reflejada en trabajo diario del médico tanto dentro del área de las unidades como fuera de ellas, todo ello avalado por un cuerpo doctrinario, una formación continua, el trabajo en equipo y la utilización de tecnología de punta, sin contar con la investigación que se realiza en las unidades y la docencia tanto medica como del resto del personal, sin olvidarnos de un aspecto tan importante como son los pacientes y sus relaciones humanas.

Otra de las características de la que se realiza referencia es el dinamismo del área donde una gran partes de las acciones realizadas obtienen una respuesta más o menos inmediata (feed – back rápido), que ofrece al médico especialista en el área crítica una posibilidad de ver como su trabajo repercute sobre el paciente, familia y la sociedad que lo rodea, (Ruiz, Martín, Morillas, Ricart, Blanch, Armengol, Díaz, Jam, (2002).

En un espacio de tanta calidad de atención, no es factible conseguir que una persona realice un trabajo de calidad y eficacia si no se encuentra satisfecha durante su realización y con los mismos resultados de ejercicio, (Velarde, Priego, López, 2004).

Del mismo modo la satisfacción del médico especialista en medicina crítica ha sido considerada como determinante el desempeño de sus labores, el tipo de paciente atendido y la manera de hacerlo de forma global y continua, desde un punto de vista multidisciplinario es una de las referencias tanto profesional como personal reportadas como más gratificantes y considerada por muchos como base de la calidad asistencial en la medicina crítica, (Ruiz, Martin, Morillas, Ricart, Blanch, Armengol, Díaz, Jam, (2002).

Igualmente se puede referir que la calidad de las Unidad de Cuidados Intensivos, es directamente proporcional a los servicios médicos prestados, con el nivel de satisfacción de los médicos que trabajen en ella y la motivación de estos profesionales, es más un elemento que forma parte de la definición de la calidad de la atención y que también influye en el entorno familiar y social. (García, Gonzales, 1995; Saturno, Quintana, Varo, 1997; Olivar, González, Martínez,

1999; Fernández, Monielo, Villanueva, Andrade, Rivera, Gómez, Parrilla, 2000; Varela, Ferreiro, Fontao, Martínez, 2004; Velarde, Priego, López, 2004; Martin, Ruiz, Sánchez, 2005; Escriba, Artazcoz, Pérez, 2008; Chacin, Gonzales, 2009).

Pero en la actualidad el clima organizacional de las Unidades de Cuidados Intensivos, se vincula a sus estructuras y a las condiciones de vida del grupo laboral que lo integra, que no se ajusta de la misma forma que una empresa, esta última se encuentra reduciendo plantilla de trabajadores, en un mercado con tendencia a la baja, o a punto de cerrar, en cambio las unidades se encuentran en expansión, con reorganización de sus esquemas de trabajo, incrementando sus necesidades de personal y cada día más especializado, con un conjunto de problemas demográficos (altas demandas de ocupación con pocas camas que ofrecer), económicos y sociales presentes, con resultados sobre los pacientes que puede ser incierto, (Pronovost, Angus, Doman, Robinson, Dremsizov, Young, 2002; Rivas, Alejo, 2008; Martin, Cabré, Ruiz, Blanch, Blanco, Castillo, Galdós, Roca, Saura, et al., 2008; Santana, Sánchez, Rodríguez, Hernández, Casamitjana, Fernández, 2008).

En el día de hoy, el rol que interpreta el médico intensivista dentro de la asistencia sanitaria es muy ignorada por parte del público en general e inclusive por otros médicos especialistas, ellos no son reconocidos por sus logros, habilidades y experiencias acumuladas en diversos campos de la medicina, a pesar de ser expertos en el manejo de la vía aérea, ventilación mecánica prolongada, control de los líquidos endovenosos, en el control del dolor, antibioterapia, las causas de esta falta de reconocimiento no es clara y esto podría influir en el descontento del médico intensivista para la realización de su tarea, (Panagopoulos, SchianodiCola, 1998; Santana, Sánchez, Rodríguez, Hernández, Casamitjana, Fernández, 2008).

Así, la suma de una serie de problemas que la aquejan en estos momentos, el poco aporte económico de las Unidades de Cuidados Intensivos, públicas como privadas, el actual progreso técnico, al cual se hecho referencia, a los cambios que se están produciendo en los distintos ámbitos, la necesidad de estar adaptando nuevas tecnologías, el aumento del número de pacientes y estabilidad de la

organización, dependencia de los medios logísticos que posean para la atención de estas personas, de las condiciones de trabajo del médico y demás personal sanitario, de los estilos de vida de sus integrantes, así como del nivel de salud y bienestar del personal que labora en la misma, todas estas situaciones pueden afectar en la percepción en mayor o menor medida de la satisfacción laboral, el estrés laboral y demás consecuencias, (Blandin, Martínez, 2005; Escriba, Artazcoz, Pérez, 2008; Martin, Cabré, Ruiz, Blanch, Blanco, Castillo, Galdós, Roca, Saura, et al., 2008; Chacin, Gonzales, 2009).

Además para el médico intensivista el permanecer diariamente largas horas dentro de las unidades de cuidados intensivos, en un entorno hostil, atendiendo a pacientes graves, con pronósticos reservados en la mayoría de los casos, con circunstancias negativas y alienantes del trabajo, las muchas demandas de los jefes de servicios o la misma dirección hospitalaria, para acelerar el trabajo, presiones en la productividad, la coacción de los superiores, con falta de preparación para funcionar y diseñar una organización humana compleja, excesiva responsabilidad, problemas medico legales, así como la inherente responsabilidad de la especialidad y muchas veces la falta de insumos, relacionados con tu tarea, la falta de medicación y de equipos adecuados para trabajar, de contratar seguros contra la mala práctica, en ocasiones escuálida imagen profesional, los problemas inherentes a las dificultades para alcanzar la promoción profesional, una pobre paga o los aumentos salariales que no siguen el ritmo de inflación, el de los distintos gastos que se generan de la estancia del paciente en la unidades de cuidados intensivos, sobre todo en la parte privada donde es la lucha con los seguros de salud no públicos, por las relaciones de preexistencia de las enfermedades o falta de cobertura de las patologías, del mismo paciente, que acarrea con la cobertura de los mismos, (Blasco, Huet, 1998; Gómez, 2004; Bascuñán, 2005; Blandin, Martínez, 2005; Flórez, Flores, 2005).

De tal modo que el médico intensivista se enfrenta cotidianamente a las patologías de los pacientes, las relaciones medico – pacientes, cambios tecnológicos, además los múltiples fracasos del sistema en la parte público, con la consiguiente sobrecarga del privado, los cuales, a su vez, desprestigian a estos profesionales. Además de la nube de protestas y reclamaciones que estos profesionales sanitarios

han realizado ante las autoridades sanitarias, han encontrado en la mayoría de los casos el silencio como respuesta, lo cual ha contribuido a potenciar la sensación de frustración, decepción y desasosiego en relación con la actividad del médico, (Blasco, Huet, 1998; Bascuñán, 2005; Rivas, Alejo, 2008).

Sin contar que en los hospitales, clínicas y sobre todo servicios críticos como las unidades de cuidados intensivos son organizaciones donde los médicos, los enfermeros y los familiares se enfrentan diariamente con problemas de alto contenido emocional, situaciones con capacidad de generar un gran malestar como consecuencias del contacto con la enfermedad, al sufrimiento la muerte de algunos pacientes, las exigencias y la demanda asistencial cada días más habituales, (Blasco, Huet, 1998; Bascuñán, 2005).

A estos se suman los problemas de comunicaciones que surgen entre enfermos, familia y médicos u otro personal sanitario, todas estas situaciones son percibidas por los profesionales, como una tarea más añadida a su quehacer diario, cuando esta se realiza forma inadecuada ocasiona daños a la salud psicológica y física del médico como del paciente, (Gómez, 2004; Bascuñán, 2005; Escriba, Artazcoz, Pérez, 2008; Santana, Sánchez, Rodríguez, Hernández, Casamitjana, Fernández, 2008).

Incluso el médico puede desencadenar una lucha de poder (¿inconsciente?) y a partir de aquí, convertirse en el pararrayos de las desgracias del sistema sanitario privado como público, con el acoso laboral de colegas, jefes o burócratas, que puede traer como consecuencia el bloqueo de los logros personales.

Otra variable que influye de forma considerable las características de la personalidad del médico intensivista los rasgos de personalidad tipo A, neuroticismo, pesimismo, optimismo o de la misma empatía, pueden actuar como mediadora o moderadora y o exacerbadora de las mismas respuestas psicológicas, (Bethelmy, Guarino, 2008).

Del mismo modo, a lo largo de su carrera, el médico puede tener capacidades, competencia, necesidades y expectativas extremadamente variables que deben

ajustarse y reajustarse constantemente, en su relación con el tipo afrontamiento que realice el individuo, igualmente de su empatía, de su propio prestigio, a su vez con la interacción del médico con un entorno laboral, el cual es poco entusiasta o motivador, muchas veces desilusionante e igualmente la tensión del trabajo, el sostenimiento y los efectos acumulativos del mismo ambiente, frente a esta degradación del ambiente socio laboral experimentado en estos últimos años, en el que se desarrolla el trabajo del médico intensivista y donde se ve afectado su estado de satisfacción laboral, existiendo la presencia de estrés, todas estas relaciones son las que puede producir un desgaste emocional y patológico, que al final minaran la salud de este profesional de la salud, (Revicki, May, 1985; Flórez, Flores, 2005).

También todas estas situaciones y la repetición sistemática de tales comportamientos a lo largo de un tiempo prolongado, son capaces de alterar el estado eutímico, llegando a sentirse sin ánimo, tiene la sensación de que no vale nada, su autoestima se queda por los suelos, se apodera la duda acerca de su competencia profesional y capacidades, se instala en su mente y le atormenta de continuo; se siente culpable, desaparece la satisfacción por labor realizada y acaba por ser incapaz de acudir a su trabajo, produce un fuerte estrés laboral y personal, que desgasta psíquicamente, lo que va a causar los graves efectos psicopatológicos en su personalidad.

El inicio de este proceso se sitúa en los imperativos laborales del médico y los estresores que desencadenan una serie de reacción de estrés cuya intensidad, duración y frecuencia se ven influidas por una serie de moduladores individuales e interpersonales, estas efectos estresantes pueden ser fisiológicas, psicológicas o del comportamiento, este proceso acarrea consecuencias, individuales, para el hospital y el mismo paciente, (Escriba, Artazcoz, Pérez, 2008).

Si observamos los planteamientos realizados por algunas organizaciones como la del Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) (1999), de los Estados Unidos, y adaptando estos planteamientos a nuestra Unidades de Cuidados Intensivos como áreas críticas, el enfoque que realiza la NIOSH (figura 1), sobre el estrés laboral, en base a las investigaciones realizadas parte de que la exposición a las condiciones de trabajo (causa de estrés) de los

médicos que laboran en las Unidades de Cuidados Intensivos, juegan un papel importante en las causas de estrés, en el trabajo que realiza el mismo médico intensivista, sin ignorar los estímulos indeseables y de otras situaciones que puedan intervenir para fortalecer o debilitar esta influencia directa en la salud y seguridad del médico intensivista, los factores y capacidad del respuesta que tenga la persona ante los estímulos desarrollados.

### **Adaptación del esquema NIOSH (1999), del estrés de trabajo en las Unidades de Cuidados Intensivos**



(Figura 1)

Cada estímulo afecta al individuo (en nuestro caso al médico intensivista), el organismo guiado por estados mentales y por reflejos pre frontales – meso – cefálicos – hipotalámicos, las distintas situaciones van generando en lo físico alteración del eje hipotálamo - hipofisario - cortico adrenal, donde observamos un incremento al mismo tiempo de la secreción de hormonas catecolaminas y cortisol, dentro de la psiquis da presencia de una situación amotivacional y como consecuencia, fenómenos de ansiedad, irritabilidad, síntomas de depresiones, ataques de pánico e fatiga crónica, etc, que desgastan los mecanismo de defensas orgánicas y psíquicas del individuo, con destrucción de los sistemas de defensa, que en la medida que se repiten, degeneran y la forma personal de enfrentamiento a los problemas produce un alto grado de enfermedad, (NIOSH, 1999; Flórez, 1998; Thompson, Cupples, Sibbett, Skan, Bradley, 2001, Ruiz, Martin, Morillas, Ricart, Blanch, Armengol, Díaz, Jam, 2002; Flórez, Flores, 2005).

Fischer, Calame, Dettling, Zeir, Fanconi, (2000), observaron un incremento en los valores de cortisol en 139 médicos de un servicio de medicina crítica, esta elevación independientemente de la consideración que los produce, es variable y la

experiencia profesional solo aminora la respuesta endocrina cuando aquella es superior a los 8 años de ejercicio.

Las alteración del eje hipotálamo - hipofisario - cortico adrenal, donde observamos un incremento de las secreción de hormonas catecolaminas y cortisol, ayudaría a explicar parcialmente la alta frecuencia de las cambios humorales y psicológicos en las mujeres por las modificaciones hormonales que pueden suceder durante su vida y que se complican con el estrés generado durante las situaciones laborales, (Flórez, 1998; Firth-Cozens, 1998; Fischer, Calame. Dettling, Zeir, Fanconi, 2000; Thompson, Cupples, Sibbett, Skan, Bradley, 2001; Ruiz, Martin, Morillas, Ricart, Blanch, Armengol, Díaz, Jam, 2002; Flórez, Flores, 2005).

Los episodios de estrés laboral que tienen una limitación en el tiempo o son infrecuentes, representan poco riesgo para el profesional, pero cuando estas situaciones continúan o no se resuelven, se queda el cuerpo en un estado de constante activación, lo que aumenta la tasa del desgaste de los sistemas biológicos, naturalmente todas estas situaciones que afectan al médico inician una cadena de acontecimientos dentro del propio organismo, que en última instancia resulta en la fatiga o en el daño de la habilidad se arreglarse y defenderse del organismo, generando un fenómeno de apoptosis una destrucción programada, como resultado de tales hechos aumenta el riesgo de padecer enfermedades físicas como psíquicas, con consecuencias para su salud que pueden ser muy graves, (Flórez, 1998; NIOSH, 1999; Thompson, Cupples, Sibbett, Skan, Bradley, 2001; Flórez, Flores, 2005).

Estos estímulos van actuando sobre el cuerpo del médico y a su vez facilitando la aparición de procesos somáticos, como son las enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infartos), cirrosis hepáticas, procesos inmunológicos y tumorales, accidentes, una mayor tendencia al consumo de analgésicos, estimulantes, tranquilizantes e inductores del sueño, constatándose que los médicos padecen mayores porcentajes de estas enfermedades que la población general, (Flórez, 1998; Thompson, Cupples, Sibbett, Skan, Bradley, 2001; Hiroyasu, Chigusa, Akio, Hideaki, Naohito, Shogo, et al, 2002; Rosengren, Hawken, Ounpuu, Sliwa, Zubaid, Almahmeed, Blackett, Sitthiamom, Sato, Yusuf, 2004; Gómez, 2004; Tizón, 2004; Ohlin, Nilsson, Berglund, 2004; Flórez, Flores, 2005; Chandola,

Britton, Brunner, Hemingway, Kumari, Badrick, Kivimaki, Marmot, 2008; Ovalles, Moreno, 2010).

También están los procesos psíquicos donde vemos evitaciones sutiles, conductas agorafobias, de abandono y sentimientos de soledad, aplanamiento afectivo, inhibición, anhedonia, regresión y empobrecimiento de la personalidad, llegar a presentar, episodios de heteroagresividad e ideación autolítica, que van evolucionando progresivamente hacia la incapacidad psicológica total, el médico que acaba disminuyendo la calidad asistencial y lesionando los intereses de los enfermos, (Flórez, 1998; Thompson, Cupples, Sibbett, Skan, Bradley, 2001; Tizón, 2004; Flórez Flores, 2005).

En consecuencia, todo esto explica, que pueda invadir totalmente el psiquismo del médico una tela de araña construida en base a la espesura de la burocracia y el contacto directo con el sufrimiento y el dolor del paciente tiene lugar el decaimiento, llegando sentirse con una reacción mixta de ansiedad y estrés, con el monstruo de la depresión mordiéndole las entrañas, que en muchas ocasiones se traduce en múltiples síntomas como sensación de ansiedad, pensamientos obsesivos, sueños repetitivos, muestra poca atención o falta de motivación, el agotamiento que siente, la apatía, la desilusión o desesperación, descenso en la calidad del trabajo, hastío hacia su trabajo y responsabilidades, por lo tanto no satisfacción laboral, resentimiento, se acompañada además de otra serie de síntomas tales como: bulimia, hiporexia con pérdida de peso, hiperfagia, insomnio de conciliación y mantenimiento, irritabilidad, bolo esofágico, palpitaciones, hipertensión arterial y falta de atención, asociado a ciertas adicciones sociales como es la ludopatía, compras compulsivas y las adicciones químicas (consumo de alcohol, drogas y medicamentos), además desaparece el autocontrol emocional y en consecuencia, se suceden continuos enfados, molestias y explosiones de cólera, (Flórez, 1998; Flórez, 2002; Thompson, Cupples, Sibbett, Skan, Bradley, 2001; Tizón, 2004; Flórez, Flores, 2005).

Al final muchos de estos procesos se convierten en crónicos, puede provocar un cuadro de agotamiento emocional, con distanciamiento afectivo, trato despersonalizado y a un sentimiento general de ausencia de logros personales, baja realización personal, como se describe en el caso del Síndrome de Burnout, toda esta

situación como una respuesta a las fuentes de estrés y fracaso de los mecanismos de afrontación del individuo (Tizón, 2004; Chacín, Gonzales, 2009; Ovalles, Moreno, 2010).

Incluso, mientras el estrés es experimentado por muchas personas en el algún momento de su vida y en el cumplimiento de alguna labor, el burnout es experimentado por aquellas personas que tienen alguna motivación, expectativas y objetivos elevados, de manera que estos individuos sin estas expectativas experimentarían estrés laboral, pero no burnout, otro elemento diferencial es que mientras el estrés tiene elementos positivos y negativos, el burnout solo está asociado a elementos negativos, (Farber, 1983; Chacín, Gonzales, 2009).

Aunque si analizamos toda la sintomatología que presenta el burnout, está se encuentra descrita dentro de la misma patología psiquiátrica que se ido analizando con anterioridad, ya que el médico ha necesitado de una terminología especial para describirse en muchas ocasiones, sobre todo en la enfermedad mental del médico se refiere, la cual ha sido considerada como un tema tabú, ¿será por necesidad científica para describir nuevos fenómenos o por puro narcisismo del médico?, o para no sentir la herida por la verdad que nos arrojan a la cara, (Gómez, 2004; Tizón, 2004; Flórez, 2005; Schwenkglens, 2007).

Mientras el estrés laboral repercute en la población general generando estados de ansiedad entre un 5 a 10%, se he detectado que esta situación tiene una gran repercusión en la práctica del medica, más del 90% de los médicos reconoce que sufre un estrés exagerado, de tal forma, muy lentamente, el médico se da cuenta de su situación, manifestando además un 70 % de los médicos un estado de ansiedad media en el trabajo, con respecto de 18 % de la población que lo manifiesta de forma alta, así mismo se detecta cuadros de depresión en 5 %, (Flórez, 2002; Gómez, 2004; Tizón, 2004; Flórez, Flores, 2005).

La mayoría de los estudios confirman que los servicios sanitarios tienen un elevado porcentaje de personal con conductas patológicas, consumo de alcohol, drogas o medicamentos, con una mayor prevalencia de suicidios, llegando a dos

a tres veces más que la población general, (Mc Cue, 1982; Flórez, 2003; Gómez, 2004; Escriba, Artazcoz, Pérez, 2008).

Todo estos estados psicológicos que padece el médico intensivista, posiblemente la falta de tiempo y las modificaciones drásticas en la relación médico-enfermo, son los factores que más han contribuido firmemente para alterar su salud y a la caída vertical del prestigio profesional de la Medicina, (Flórez, Flores, 2005).

Lo infrecuente es que el propio médico lo reconozca y busque tratamiento médico, de esta forma, el médico general como el intensivista se va volviendo cada vez más susceptible y agresivo, lo cual va adquiriendo unas características de grave deterioro de su personalidad: conflictos interpersonales, irritabilidad y labilidad emocional, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, suspicacia, aislamiento social, elevada ansiedad e insomnio y marcadas dificultades en las relaciones familiares y con toda su fuerza sorprendiendo a pacientes, a lo familiares, compañeros e incluso a sus propios seres queridos, (Flórez, 2002; Gómez, 2004; Flórez, Flores, 2005; Bethelmy, Guarino, 2008).

Un artículo publicado en la revista *British Medical Journal* y realizado por William Thompson, de la Universidad de Belfast hace pocos años, en el 2001, ha puesto de manifiesto que el médico al enfermarse en lo somático como lo psicológico, tiene tendencia a pasar por alto, reprimir, despreciar la sintomatología y o minimizarlos por lo que el proceso tiene tendencia a avanzar y prestar atención cuando las complicaciones son tan evidentes que no pueden ser ocultas, por lo que concluye que el médico en una proporción no se cuida cuando cae enfermo, esto es corroborado por otros estudios, en diferentes áreas y épocas, (Comisión Europea, Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales, 1999; Helm, 2000; Thompson, Cupples, Sibbett, Skan, Bradley, 2001; Gómez, 2004; Tizón, 2004; Flórez, Flores, 2005; Bethelmy, Guarino, 2008).

Si el común de los profesionales de la medicina tiene dificultades para gestionar bien su propia salud física, cuando lo que se resiente es la salud mental, los problemas son aún más difíciles, así podemos observar en un estudio muy reciente, se ha podido mostrar que un 81,6% de los médicos se auto medica.

(Gomez, 2004; Tizón, 2004; Flórez, Flores, 2005; Escriba, Artazcoz, Pérez, 2008; Schwenkglens 2007; Bethelmy, Guarino, 2008).

Curiosamente, los médicos, a menudo, recomiendan a sus pacientes descanso en su domicilio, pero la mayoría de facultativos no asumen ese consejo cuando enferman, el médico se siente presionado para mostrar una imagen saludable que no tiene por qué corresponderse siempre con la realidad, como si los médicos fueran inmunes a la enfermedad y la falta de salud cuestionara su competencia profesional, no será que duele decir de nosotros mismos o de nuestros compañeros que están padeciendo alguna enfermedad natural o como consecuencia de la calidad de vida que llevamos.

Los médicos argumentan que los pacientes cuestionarían su competencia, además se sienten presionados por los directores del hospital o jefes de servicios para no faltar al trabajo y generalmente, exhiben un elevado sentimiento de culpabilidad hacia los compañeros, que en esas circunstancias deberían hacerse cargo de las asignaciones no atendidas.

Sospecho que lo descrito anteriormente ilustra suficientemente que el médico se encuentre con falta de tiempo y de energía para sentarse a la cabecera del enfermo y poder aliviar sus temores o impartir (¡recetar!) optimismo y esperanza, con una ruptura de las relaciones medico pacientes; (Bascañán, 2005; Escriba, Artazcoz, Pérez, 2008).

El médico intensivista frente a ese estrés que no logra apagar, reacciona con un comportamiento inadecuado, la despersonalización, el anonimato, el apresuramiento, llega a producir en el sujeto una situación anómica, es decir, una carencia de significados de la vida y del propio deseo de existir, que se puede resumir en la tríada neurótica (depresión, agresión y adicción), esto puede conducir a un empeoramiento en términos de salud, este lúdico impulso destructor, avivado muchas veces desde la propia institución, tiene su tremendo coste, y por cierto, no lo paga solamente el médico, sino también sus pacientes; (Flórez, Flores, 2005; Escriba, Artazcoz, Pérez, 2008).

Las situaciones que se generan dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos, por la gravedad de los pacientes y las emociones que se producen, las interacciones con los otros elementos que se encuentran en ellas, originan estímulos de satisfacción o de estrés, que conllevan a la presencia de una respuesta física como psicológica (la ansiedad, depresión), influyen sobre el médico intensivista que ejerce sus funciones diarias en la Unidad y por ende afecta a los pacientes que en ella se encuentran.

Por estas razones, hoy en día, se considera imprescindible incluir estos aspectos de satisfacción y de estrés laboral al evaluar la eficacia de una institución ya sea servicio o hospital, ya que la aparición de estos estados en el personal sanitario puede producir serios problemas para los proveedores de salud y los mismos pacientes.

En vista de lo anterior, se lleva a cabo una investigación con la finalidad de profundizar en la percepción de la satisfacción y el estrés laboral en los médicos intensivistas que desempeñan sus funciones en las Unidades de Cuidados Intensivos, pero pueden estos sentimientos variar, tomando en cuenta variables como las relaciones entre el sexo, el tipo de centro, cargo, la sensibilidad, en una muestra de profesionales de la medicina (residentes y especialistas) que laboran en las Unidades Críticas de centros asistenciales privados y públicos.

Por tanto lo primero que se hace evidente la poca presencia los mismos, la carencia de estudios que evalúan las situaciones (satisfacción o estrés laboral) y comportamientos de nuestros médicos intensivistas y sus diferentes relaciones, en segundo lugar las manifestaciones de rasgos psicopatológicas del estrés que se pueden evaluar en la realización de las labores en las Unidades de Cuidados Intensivos.

#### **Diseño y Método de Investigación:**

El diseño del estudio es de tipo cualitativa, prospectivo, no experimental, descriptivo, correccional, exploratorio y transversal de casos, se utilizó el muestreo no-probabilístico e intencional, por conveniencia en cuatro centro con unidades de

cuidados intensivos (dos privadas y dos publicas), con médicos que laboran en el área.

La selección del instrumento se hizo de acuerdo a los referentes bibliográficos y de investigación que existen respecto al estudio, para tal fin, se considera una serie de instrumentos propios de la evaluación clínica psicológica, que pretende recolectar la información de los sujetos, (Meliá, Peiro, 1998; Montufar, Muñoz 2005; Febres, Távara, Pizarro, 2007), están diseñado para ser contestado de forma individual, auto aplicado con varios niveles de información, sobre los diferentes síntomas que pueden presentar, el mismo se estructuro en tres partes, primer lugar una información general del personal médico con la descripción demográfica, segundo una sobre situaciones relacionadas con la satisfacción laboral utilizando la Escala de Satisfacción Laboral S 20/ 23 (Meliá, Peiro, 1998) evaluándose cinco dimensiones primarias de síntomas y un índice global de satisfacción y tercero relacionado con el estrés y los rasgos psicopatológicos, todo relacionado con el ámbito laboral, donde se desarrolla sus actividades medicas y que en un momento dado que pueden desencadenar la sintomatología a través del Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (SCL – 90 R) (Derogatis, 1977; Derogatis, 1983; Derogatis, Melisaratos, 1983; Derogatis, 1994; Gonzales, De las Cuevas, Abuin, Pulido, 2002; González, De las Cuevas, Rodríguez, Rodríguez, 2002; Casullo, 2004), evaluándose nueve dimensiones primarias de síntomas psicopatológicos y tres índices globales de malestar.

Las investigaciones utilizando la herramienta de estos cuestionario han comprobado, que la estrategia de solicitar al respondiente una estimación de la cuantía de los malestares experimentados durante las últimas semanas, constituye un procedimiento válido para detectar patrones psicopatológicos, la valoración de la intensidad que se realiza por cada síntoma positivo le da categoría de escala (rating scale), (Derogatis, 1977; Derogatis, 1983; Derogatis, Melisaratos, 1983; Derogatis, 1994; Gonzales, De las Cuevas, Abuin, Pulido, 2002; González, De las Cuevas, Rodríguez, Rodríguez, 2002; Esteban, Reyes, Díaz, Gonzales, Guevara, Sandoval, Charcape, 2007), la ventaja de esta técnica, donde son los mismos participantes o actores sociales quienes proporcionan los datos referidos a sus conductas, opiniones, actitudes, intereses, expectativas y aspiraciones, (Alvarado, 2004).

La recopilación de los datos se hizo mediante observación directa simple, además de la colaboración se indica la importancia de la investigación, se solicita el consentimiento informado para la realización de la misma, aunque el anonimato también es posible, estableciendo la confidencialidad de las respuestas en todo el proceso a los médicos colaboradores, en ambos casos.

### **Contexto:**

Basado en la población de médicos que laboran habitualmente en las unidades de cuidados intensivos de adultos y pediátricos del Centro Médico Dr. Rafael Guerra Méndez, Centro Policlínico Valencia, del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde y de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, estuvieron dispuestos a contestar el cuestionario.

### **Principales Parámetros:**

Nivel de satisfacción y estrés laboral de los médicos que tiene su labor en las unidades de cuidados intensivos.

### **Análisis de los Datos:**

Los resultados de la aplicación de los instrumentos de recolección de la información fueron tabulados, analizados a través de la aplicación del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences, Inc, Chicago, IL) versión 16.0 para Windows e interpretados a través de la estadística descriptiva, las frecuencias absolutas y relativas, con la aplicación de las pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas correspondientes para el fin.

### **Principios Éticos:**

En el estudio las medidas de seguridad son consideradas a través de la Declaración de Helsinki como de bajo riesgo para el personal médico participante, no viola ninguno de los principios básicos y éticos de la investigación en seres humanos, siendo los datos obtenidos de tipo confidencial, (Declaración de Helsinki. Oct 2008).

### Presentación y Análisis de los Resultados:

En el estudio, participan 68 médicos que cumplieron con los criterios de selección y aceptaron realizar la encuesta que se les proporciono, donde se realiza el siguiente análisis de los datos aportados.

**Tabla I**  
**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos**  
**Descripción Socio Demográfica de la muestra.**

|                        |            |             |         |        |
|------------------------|------------|-------------|---------|--------|
| Genero                 | Masculino  | 30          | 44,1 %  |        |
|                        | Femenino   | 38          | 55,9 %  |        |
| Edad                   | Media      | 41,10 a     | DT 9,22 |        |
| Estado Civil           | No Cónyuge | 21          | 30,9 %  |        |
|                        |            | Solteros    | 18      | 26,5 % |
|                        |            | Divorciados | 3       | 4,4 %  |
|                        | Si Cónyuge | 47          | 69,1 %  |        |
| Hijos                  | No Hijos   | 25          | 36,8 %  |        |
|                        | Si Hijos   | 43          | 63,2%   |        |
|                        | 1          | 15          | 34,9 %  |        |
|                        | 2          | 21          | 48,9 %  |        |
|                        | 3          | 6           | 13,9 %  |        |
| > 4                    | 1          | 2,3 %       |         |        |
| Cónyuge Trabaja        | Si Trabaja | 36          | 76,6 %  |        |
|                        | No Trabaja | 11          | 23,4 %  |        |
| Convive                | Solo       | 5           | 7,3 %   |        |
|                        | Familia    | 62          | 91,2 %  |        |
|                        | Residencia | 1           | 1,5 %   |        |
| Posee Vivienda         | No         | 20          | 29,4 %  |        |
|                        | Si         | 48          | 70,6%   |        |
| Tipo de Vivienda       | Propio     | 38          | 55,8 %  |        |
|                        | Alquilada  | 15          | 22,0 %  |        |
|                        | Prestada   | 9           | 13,2 %  |        |
|                        | Hipotecada | 6           | 8,8 %   |        |
| Posee Vehículo         | Si         | 55          | 80,8%   |        |
|                        | No         | 13          | 19,2 %  |        |
| Usa transporte Publico | Si         | 18          | 26,5 %  |        |
|                        | No         | 48          | 70,6 %  |        |
|                        | Otros      | 2           | 2,9 %   |        |

Fuente: Encuesta aplicada, UCI. Autor: Izaguirre J. A. (2009)

Las características socio demográficas generales de los médicos se describen en la Tabla I, donde observamos en cuanto al sexo en la muestra global predominó el sexo femenino n - 38 (55,9 %), en relación con el masculino n-30 (44,1 %), con una edad menor de 24 años y la mayor de 73 años, y media de 41,10 años. Los participantes se agrupan en cuatro quinquenios representando un n° de 51 (75 %) de los individuos, predominando en los años 41 – 45 con un n° de 15 (22,1 %).

Con una diferencia de edad en el género masculino presenta una media de 43,53 (DT 9,9090) y en el femenino con media de 41,10 (DT 8,2719), el análisis

estadísticos de la prueba de muestras independientes (T-Test para igualdad de las medias con una  $p < 0,05$ ), esta muestra una casi significancia con sig 0,053, a favor del género masculino con respecto al femenino, pero con escasa significancia y entre los diferentes centros donde laboran los individuos encuestados, el CPV tiene una media etaria mayor que el resto de los otros centros, no tiene significado estadístico.

El estado civil está compuesto por un 69,1 % casados, solteros el 26,5 % y divorciados 4,4 %, teniendo hijos en un 63,2 % (con predominio de dos hijos), no tiene de hijos 36,8 %. En el aporte económico del grupo familiar, de los participantes casados, el 76,6 % trabaja el otro cónyuge, mientras el restante 23,4 % de los cónyuges no realiza ningún trabajo, además la convivencia familiar tenemos que el 91,2 % lo hacen con la familia completa, estando en posesión de vivienda un 70,6 %, en contraste con los no poseedores de vivienda 29,4 %, las características de esta es propia en un 55,8 %, alquilada en un 22,0 %, prestada en un 13,2 %, en carácter de hipotecada un 8,8 %. Poseen vehículo propio el 80,8 %, el restante no posee vehículo un 19,2 %, con uso del transporte público el 26,5 %, el resto no utiliza transporte público.

**Tabla II**  
**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de**  
**la Unidad de Cuidados Intensivos**  
**Descripción Socio Demográfica del tipo de centro donde laboran, distribución**  
**por centro asistencial y el género de la muestra.**

| Característica                         | Tipo           | Total | %      | Centros            | Total | %     | Masculino | %     | Femenino | %     |
|--|----------------|-------|--------|--------------------|-------|-------|-----------|-------|----------|-------|
| <b>Tipo de Centro en el que Labora</b> | <b>Privado</b> | 41    | 60,3 % | <b>CMGM</b>        | 30    | 44,2  | 14        | 20,6  | 16       | 23,5  |
|  |                |       |        | <b>CPV</b>         | 11    | 16,1  | 5         | 7,5   | 6        | 8,8   |
|  | <b>Publico</b> | 27    | 39,7 % | <b>CHET</b>        | 21    | 30,9  | 8         | 11,7  | 13       | 19,1  |
|  |                |       |        | <b>HUAL</b>        | 6     | 8,8   | 3         | 4,4   | 3        | 4,4   |
| <b>Cuantos Centros donde laboran</b>   |                |       |        | <b>Un centro</b>   | 26    | 38,2% | 11        | 16,2% | 15       | 22%   |
|  |                |       |        | <b>Dos centros</b> | 42    | 61,8% | 19        | 28 %  | 23       | 33,8% |

*Fuente: Encuesta aplicada, UCI. Autor: Izaguirre J. A. (2009)*

La Tabla II nos permite evaluar la distribución con respecto al tipo de actividad laboral, está compuesto por dos centros privados con el 60,3 % y dos centros públicos con el 39,7 %, la distribución por los centros asistenciales y el respectivo sexo, en el CMGM con el 44,2 %, (femenino es de un 23,5 % y el masculino esta en 20,6 %), el CPV con el 16,1 %, (repartido con el femenino 8,8 % y el masculino en 7,5%), la CHET con un 30,9 %, (el sexo femenino es

19,1 % y el masculino esta en un 11,7 %), HUAL con un 8,8 %, (repartido el femenino es de un 4,4 % y el masculino esta en un 4,4 %), en la evaluación estadísticas al realizar la prueba de Anova y el Test de Post Hoc para la homogeneidad de los grupos estudiados, con una  $p < 0,05$ , no muestran diferencias.

**Tabla III**  
**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de**  
**la Unidad de Cuidados Intensivos**  
**Descripción Socio Demográfica de la muestra en referencia al grado de**  
**formación profesional.**

|                              |    |        |                          |    |           |           |           |
|------------------------------|----|--------|--------------------------|----|-----------|-----------|-----------|
| <b>No tiene Especialidad</b> | 19 | 27,9 % | <b>Med. General</b>      | 17 | 25 %      |           |           |
|                              |    |        | <b>Med. Integral</b>     | 2  | 2,9 %     |           |           |
| <b>Si tiene Especialidad</b> | 49 | 72,1 % | <b>Med. Interna</b>      | 27 | 39,7 %    |           |           |
|                              |    |        | <b>M. Critica Adulto</b> | 8  | 11,8 %    |           |           |
|                              |    |        | <b>M. Pediatría</b>      | 10 | 14,7 %    |           |           |
|                              |    |        | <b>Anestesiólogo</b>     | 3  | 4,4 %     |           |           |
|                              |    |        | <b>Cirugía General</b>   | 1  | 1,5 %     |           |           |
|                              |    |        | <b>Especialidad II</b>   |    |           |           |           |
|                              |    |        | Una                      | 21 | 30,9      |           |           |
|                              |    |        | Dos                      | 28 | 41,2      |           |           |
|                              |    |        | <b>M. Critica Adulto</b> | 24 | 35,3 %    |           |           |
|                              |    |        | <b>M. Critica Ped.</b>   | 4  | 5,9 %     |           |           |
| <b>Cursante post</b>         | 19 | 27,9 % |                          |    | <b>1a</b> | <b>2a</b> | <b>3a</b> |
| Medicina Critica Adultos     | 11 | 57,9 % |                          |    | 7         | 4         | -         |
| Medicina Interna             | 1  | 5,3 %  |                          |    | -         | -         | 1         |
| Medicina Critica Pediátrica  | 3  | 15,8 % |                          |    | -         | 3         | -         |
| Cirugía                      | 4  | 21,0 % |                          |    | -         | -         | 4         |
| <b>Área donde laboran</b>    |    |        | <b>UCI Pediátrica</b>    | 10 | 14,7 %    |           |           |
|                              |    |        | <b>UCI Adultos</b>       | 54 | 79,4 %    |           |           |
|                              |    |        | <b>Emergencia</b>        | 4  | 5,9 %     |           |           |
| <b>Cargo que ocupan</b>      |    |        | <b>Adjunto</b>           | 28 | 41,2 %    |           |           |
|                              |    |        | <b>Residente</b>         | 40 | 58,8 %    |           |           |

*Fuente: Encuesta aplicada, UCI. Autor: Izaguirre J. A. (2009)*

En la Tabla III permite evaluar el grado de formación profesional, con una primera especialidad esta el 72,1 %, (dividiéndose en medicina interna un 39,7 %, en medicina critica de adultos 11, 8 %, médicos pediatras un 14,7 %, anestesiólogos un 4,4 % y cirugía general un 1,5 %), de este mismo grupo tienen dos especialidades el 41,2 %, (repartido en medicina critica adultos un 35,3 % y en medicina critica pediátrica un 5,9 %), mientras el 30,9 % tiene una especialidad. Son médicos generales el 27,9 % (médicos generales 25 % y médicos integrales 2,9 %), realizando estudios de post grado el 27,9 %, en el postgrado de medicina critica de adultos 57,8 %, (en primer año el 36,8 %, en el segundo año 21 %), en medicina interna en el tercer año de postgrado el 5,2 %, en medicina critica pediátrica en el segundo año del postgrado el 15,7 % y cirugía general en el tercer año del postgrado el 21 %. Las áreas en las cuales

laboran están repartida en las unidades de cuidados intensivos de adultos en un 79,4 %, y pediátricos en un 14,7 %, en la emergencia de adultos un 5,9 %, el cargo que ocupan como residente un 58,8 % y como adjunto un 41,2 %.

**Tabla IV**  
**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de**  
**la Unidad de Cuidados Intensivos**  
**Descripción Socio Demográfica de la muestra en referencia al tiempo de**  
**antigüedad como médico, la distribución por género y el centro asistencial.**

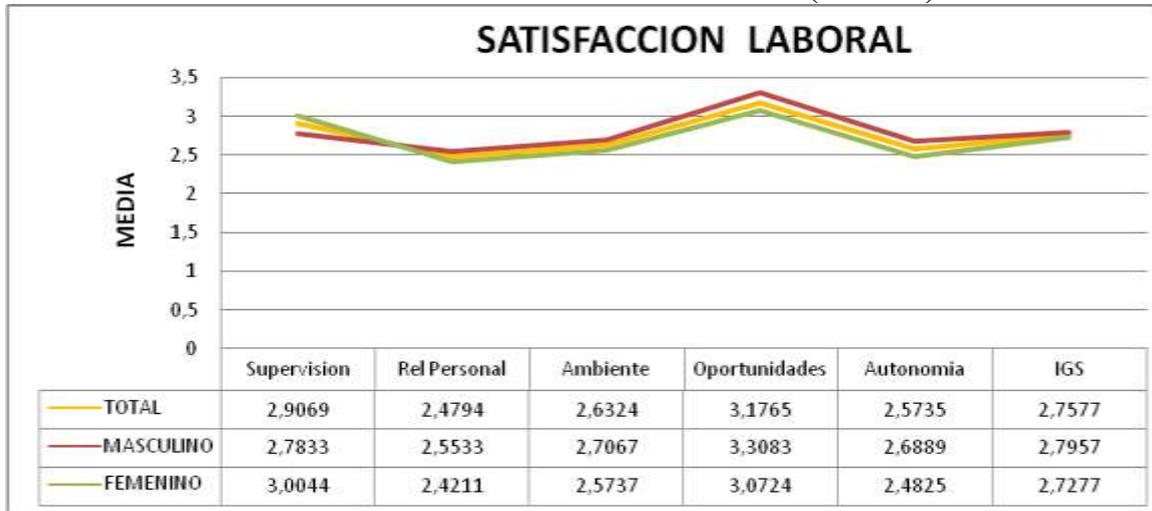
|           |      | Numero muestra | EDAD |     |       |             |           |       |       |
|-----------|------|----------------|------|-----|-------|-------------|-----------|-------|-------|
|           |      |                | Min  | Max | Media | Desv Típica | Std Error | Bajo  | Alto  |
| POBLACION |      | 68             | 3    | 50  | 16,58 | 9,0425      | 1,0965    | 14,39 | 18,77 |
| MASCULINO |      | 30             | 6    | 50  | 18,96 | 10,5976     | 1,9348    | -     | -     |
| FEMENINO  |      | 38             | 3    | 32  | 14,71 | 7,1995      | 1,1679    | -     | -     |
| CENTRO    | CMGM | 30             | 6    | 34  | 16,16 | 7,3488      | 1,3417    | 13,42 | 18,91 |
|           | CPV  | 11             | 6    | 50  | 21,00 | 14,6150     | 4,4066    | 11,18 | 30,81 |
|           | CHET | 21             | 7    | 28  | 15,52 | 6,2977      | 1,3742    | 12,65 | 18,39 |
|           | HUAL | 6              | 3    | 37  | 14,33 | 11,9107     | 4,8625    | 1,833 | 26,83 |

*Fuente: Encuesta aplicada, UCI. Autor: Izaguirre J. A. (2009)*

La Tabla IV permite observar el tiempo de graduación de médico tiene un mínimo de 3 años y un máximo de 50 años, con una media total de 16,58, donde el género masculino tiene una media de 18,96 superior al femenino con media de 14,71, (T-Test para igualdad de las medias), con una  $p < 0,05$ , no tiene significancia, con un promedio mayor en el CPV con media de 21,00, con respecto a los otros centros, que en el análisis estadísticos (prueba de Anova y el Test de Post Hoc, entre los diferentes grupos, con una  $p < 0,05$ ), no muestran significancia.

La Escala de Satisfacción Laboral S 20/ 23, es un cuestionario donde cada ítem nos da una puntuación, que forma parte de unas dimensiones donde cada medida nos proporciona una visión diferente de la psicología del médico, en cuanto a los aspectos del trabajo que realiza el sujeto, la aplicación se realizó de acuerdo con el procedimiento establecido para su determinación, en el análisis estadístico realizado, en el mismo evaluamos cinco dimensiones, que abarcan tres factores higiénicos o extrínsecos que son la supervisión, relaciones personales, ambiente y dos los factores motivacionales o intrínsecos que son la autonomía y la oportunidad así como en el índice global de satisfacción laboral.

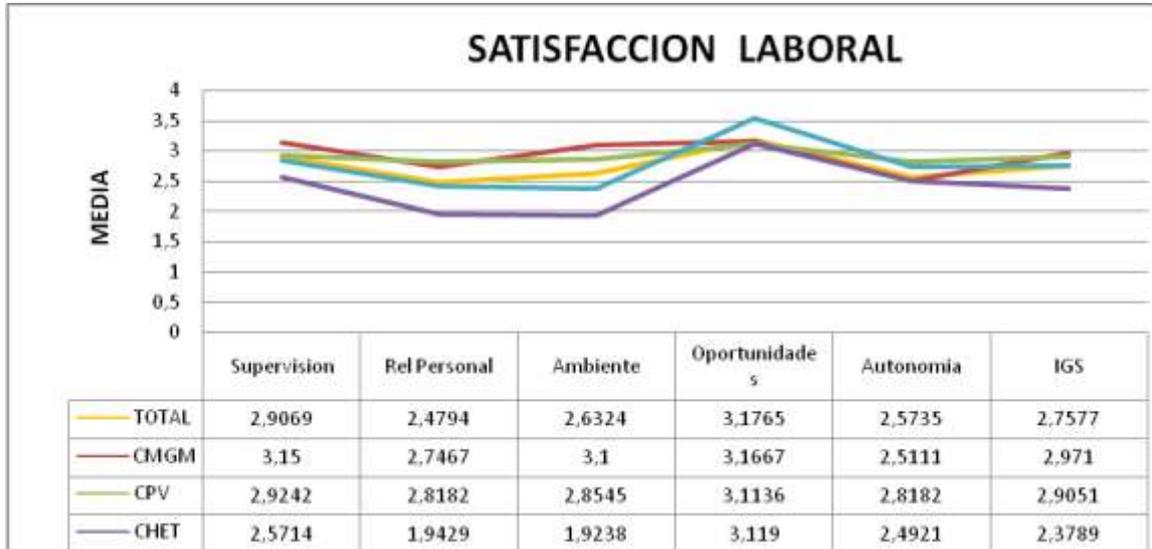
**Tabla V**  
**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de**  
**la Unidad de Cuidados Intensivos**  
**Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra a las dimensiones que**  
**evalúan la Escala de Satisfacción Laboral (S 20/23).**



*Fuente: Encuesta aplicada, UCI. Autor: Izaguirre J. A. (2009)*

La Tabla V permite evaluar de forma global los factores laborales que más importancia son dados por la muestra, las cuales son las relaciones con la oportunidad, supervisión, ambiente, autonomía y por último las relaciones personales, donde los factores higiénicos o extrínsecos del trabajo, los hombres puntuaron significativamente más en las dimensiones de ambiente, relaciones personales, salvo en la dimensión de supervisión donde el género femenino tiene una mayor puntuación, en los factores motivacionales o intrínsecos del trabajo en la mayoría de las dimensiones, el género masculino tiene una discreta superioridad sobre el femenino, en cuanto al índice global satisfacción esta si mantiene la misma relación en cuanto al género, pero al realizar las pruebas correspondientes todas estas relaciones no dan significado estadístico, salvo en una de las pruebas estadística (prueba no paramétrica de U de Mann Whitney, W de Wilcoxon con una  $p < 0,05$ ), el aspecto de oportunidad, donde la variable agrupación del sexo masculino dio significación.

**Tabla VI**  
**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de**  
**la Unidad de Cuidados Intensivos**  
**Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra a las dimensiones que**  
**evalúan la Escala de Satisfacción Laboral (S 20/23) en su distribución por los**  
**centros asistenciales.**



*Fuente: Encuesta aplicada, UCI. Autor: Izaguirre J. A. (2009)*

La Tabla VI permite evaluar los valores en los centros aplicados el estudio, de las distintas dimensiones de la Escala de satisfacción S 20/23, en los médicos del CMGM, los factores higiénicos van dando una percepción mejor en orden de supervisión, ambiente y relaciones personales, en cuanto a los factores motivacionales las oportunidades y la autonomía, en el CPV los factores higiénicos mantienen una apreciación mayor de las relaciones personales, seguido por la supervisión y ambiente, en cuanto a los motivacionales es la autonomía y las oportunidades, seguido por los centros públicos donde los médicos del HUAL, en los factores higiénicos se dispone en orden de valores primero la supervisión, relaciones personales, ambiente, en los motivacionales de tipo oportunidades y después la autonomía, en la CHET tiene la puntuación más baja en comparación a los otros centros, en los factores higiénicos supervisión, ambiente, relaciones personales, en los motivacionales de tipo oportunidades presenta un ascenso seguido por la autonomía.

De igual forma el índice global de satisfacción en el CMGM presenta la mayor percepción de satisfacción laboral con una mayor puntuación en relación a los otros centros, seguido por el CPV, en relación a los otros centros públicos

el HUAL tiene una puntuación muy cercana a la media general y en la CHET la puntuación del índice es la más baja en comparación a los otros centros.

La prueba de Anova entre los grupos de factores higiénicos, con una  $p < 0,05$ , da significancia en la dimensiones de ambiente y en las relaciones personales, pero evaluando el aspecto de supervisión e índice global de satisfacción el resultado es de escasa significancia, la relación entre los factores motivacionales no muestra diferencias significativas.

Con la prueba de Post Hoc para determinar las diferencias entre las medias de los distintos centros asistenciales, con una  $p < 0,05$ , reporta ser significativas entre el CMGM y la CHET en las dimensiones de ambiente, relaciones personales y el índice global de satisfacción laboral, observándose diferencia entre el CPV y la CHET en la dimensión de las relaciones personales.

La Correlación no paramétrica Rho de Spearman constata que existe una relación directa y de índole positiva, con presencia de significancia estadística bilateral (al nivel de  $< 0,01$ ), entre los cinco factores de la Escala de satisfacción S 20/23, el índice global de satisfacción, de igual manera observándose entre las relaciones personales y los mismos recursos laborales ofertados en el trabajo de la encuesta demográfica con los de la escala de satisfacción e índice general .

Pero la asociación de las relaciones personales con los factores de supervisión, ambiente, relaciones personales, la autonomía y el índice global de satisfacción y los recursos laborales que tiene en su área de trabajos y los factores tanto de ambiente, relaciones personales y el índice global de satisfacción mantiene una relación directa pero de índole negativa, con significancia estadística.

La Correlación paramétrica de Pearson de tendencia directa y positiva entre la edad de los médicos con la antigüedad en el ejercicio, asimismo la antigüedad con el factor motivacional de la autonomía y cada una de las variables clínicas utilizadas en el cuestionario S 20/23, las misma son estadísticamente significativa, del resto de asociaciones no tienen significado estadístico.

Para establecer cuáles pueden ser los principales factores de estrés en la unidad de cuidados intensivos, se plantea la posibilidad de varios elementos que pueden influir sobre el personal médico que labora en área, donde las relaciones interpersonales, los recursos para el trabajo, los riesgos inherentes a la labor realizada pueden tener una gran influencia en esta percepción.

**Tabla VII**  
**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos**  
**Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra de las relaciones personales, los recursos en el trabajo, la existencia y la presencia de riesgos distribuidos por género.**

| Característica           |               | Total | %      | Masculino | %     | Femenino | %     |
|--------------------------|---------------|-------|--------|-----------|-------|----------|-------|
| Relaciones en el Trabajo | Muy Buenas    | 18    | 26,5 % | 6         | 8,8%  | 12       | 17,6% |
|                          | Buenas        | 41    | 60,3 % | 20        | 29,4% | 21       | 30,9% |
|                          | Regulares     | 8     | 11,8 % | 4         | 5,9%  | 4        | 5,9%  |
|                          | Malas         | 1     | 1,5 %  | -         | -     | 1        | 1,5%  |
| Recursos en el Trabajo   | Excelentes    | 10    | 14,7 % | 5         | 7,4%  | 5        | 7,4%  |
|                          | Suficientes   | 29    | 42,6 % | 11        | 16,2% | 18       | 26,4% |
|                          | Insuficientes | 26    | 38,2 % | 13        | 19,1% | 13       | 19,1% |
|                          | Muy escasos   | 3     | 4,4 %  | 1         | 1,5%  | 2        | 2,9%  |
| Existen Riesgos          | Si            | 68    | 100 %  | 30        | 44,1% | 38       | 55,9% |
| Presentes Riesgos        | Si            | 50    | 73,5 % | 22        | 32,3% | 28       | 41,2% |
|                          | No            | 18    | 26,5 % | 8         | 11,8% | 10       | 14,7% |

*Fuente: Encuesta aplicada, UCI. Autor: Izaguirre J. A. (2009)*

En la Tabla VII se realiza la evaluación de las relaciones personales en el área de trabajo, donde los médicos manifiestan tener un predominio de las buenas relaciones con un 60,3 %, muy buenas relaciones, con un 26,5 %, son regulares en un 11,8 %, manifestando que son malas en un 1,4 %, el género femenino tiene buenas relaciones en 30,9 % y el género masculino con buenas relaciones en 29,4 %, el resto de las decisiones mantiene un predominio femenino sobre el masculino.

Los recursos que tiene el médico en su entorno laboral y le permiten ejercer su acción dentro del área de las unidades cuidados intensivos son estimados como de suficientes un 42,6 %, de insuficientes un 38,2 %, como excelentes un 14,7 %, con un sentimiento de que los recursos que tiene son muy escasos en un 4,4 %, el género femenino tiene recursos suficientes en 26,4 % y recursos insuficientes en 19,1 %, el género masculino con recursos insuficientes en 19,1 % y recursos suficientes en 16,2 % el resto de las decisiones mantiene un predominio femenino sobre el masculino.

En el renglón de existencia de riesgos en área de trabajo, el 100 % de los participantes donde fue aplicada la encuesta, están de acuerdo en la presencia de los mismos, sin diferencia por géneros, pero si la pregunta es la presencia de riesgos en el área tenemos un 73,5 % con respuesta afirmativa, refiriendo la no presencia de riesgos tenemos un 26,5 %, con predominio del género femenino sobre el masculino.

La Tabla VIII se observa la evaluación de los médicos de los diferentes centros que respondieron la encuesta, manifiestan que las relaciones en el trabajo en el CMGM (30 encuestados), son buenas en 28 %, muy buenas en 15 % y regulares en 1,5 %, no reportándose la existencia de malas relaciones; en el CPV (11 encuestados), las relaciones son buenas en 8,8 %, muy buenas en 7,3 % no reportándose la existencia de regulares o malas relaciones en ambos casos, en la CHET (21 encuestados), las relaciones son buenas un 17,6 %, regulares un 8,8 %), muy buenas en 3 % y como malas relaciones un 1,5 %; el HUAL (6 encuestados), la percepción de las relaciones son buenas en 5,8 %, muy buenas en 1,5 %, como regulares un 1,5 %, no reportándose la existencia de malas relaciones.

**Tabla VIII**  
**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de**  
**la Unidad de Cuidados Intensivos**  
**Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra de las relaciones**  
**personales, los recursos en el trabajo, la existencia y la presencia de**  
**riesgos distribuidos por los centros asistenciales.**

| Característica           | Total         | %  | CMGM  |    | CPV    |    | CHET  |    | HUAL   |   |      |
|--------------------------|---------------|----|-------|----|--------|----|-------|----|--------|---|------|
| Relaciones en el Trabajo | Muy Buenas    | 18 | 26,5% | 10 | 15%    | 5  | 7%    | 2  | 3%     | 1 | 1,5% |
|                          | Buenas        | 41 | 60,3% | 19 | 28%    | 6  | 8,8%  | 12 | 17,6%  | 4 | 5,8% |
|                          | Regulares     | 8  | 11,8% | 1  | 1,5%   | -  | -     | 6  | 8,8%   | 1 | 1,5% |
|                          | Malas         | 1  | 1,5%  | -  | -      | -  | -     | 1  | 1,5%   | - | -    |
| Recursos en el Trabajo   | Excelentes    | 10 | 14,7% | 5  | 7,3%   | 3  | 4,4%  | 2  | 3%     | - | -    |
|                          | Suficientes   | 29 | 42,6% | 18 | 26,4%  | 6  | 8,8%  | 2  | 3%     | 3 | 4,4% |
|                          | Insuficientes | 26 | 38,2% | 7  | 10,2%  | 2  | 3%    | 14 | 20,6%  | 3 | 4,4% |
|                          | Muy escasos   | 3  | 4,4%  | -  | -      | -  | -     | 3  | 4,4%   | - | -    |
| Existen Riesgos          | Si            | 68 | 100 % | 30 | 44,2%  | 11 | 16,1% | 21 | 30,9%  | 6 | 8,8% |
| Presentes Riesgos        | Si            | 50 | 73,5% | 19 | 27,94% | 6  | 8,8%  | 19 | 27,94% | 6 | 8,8% |
|                          | No            | 18 | 26,5% | 11 | 16,1%  | 5  | 7%    | 2  | 3%     | - | -    |

*Fuente: Encuesta aplicada, UCI. Autor: Izaguirre J. A. (2009)*

En líneas generales, los médicos intensivistas encuestados de los centros asistenciales manifiestan que sus relaciones de trabajo con los otros miembros del equipo de trabajo son buena o muy buena, pocos interpretan estas

relaciones como regulares o muy escasos (solo es reportado por unos participante de la CHET como muy escasos).

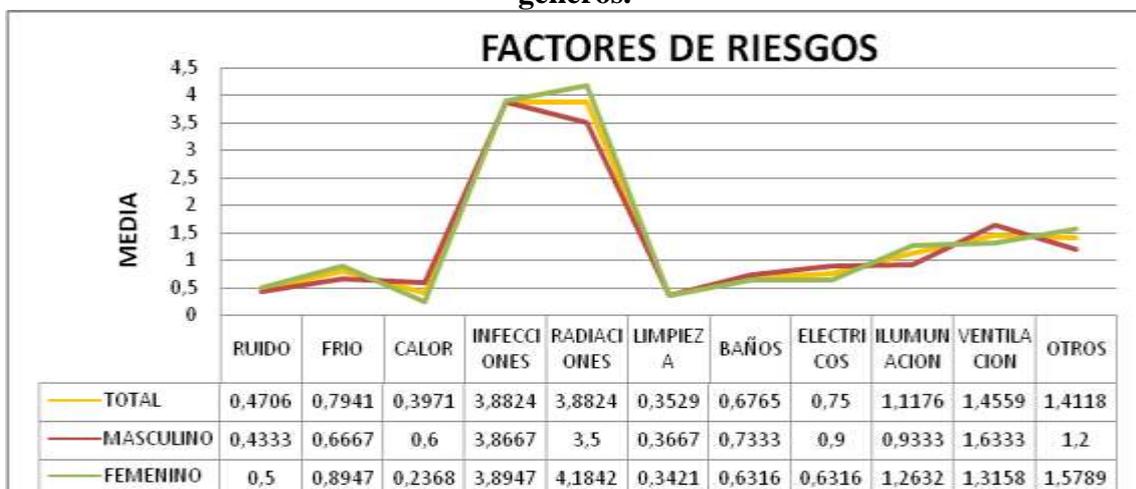
La evaluación de los recursos que realiza el personal de las distintas unidades de cuidados intensivos, se observa que en el CMGM los recursos en el trabajo son excelentes en 7,3 %, suficientes en un 26,4 %, insuficientes un 10,2 %, no reportándose la existencia de muy escasos recursos en el trabajo; en el CPV son excelentes en 4,4 %, suficientes un 8,8 %, insuficientes un 3 %, no reportándose la existencia de muy escasos recursos; la CHET la percepción de los recursos son excelentes en 3 %, suficientes un 3 %, insuficientes en un 20,6 %, muy escasos recursos 4,4 %, y en el HUAL la suficientes un 4,4 %, insuficientes un 4,4 %, no reportándose la existencia de excelentes o malas recursos.

De forma general, de los centros asistenciales privados (CMGM, CPV) la mayoría de los participantes encuestados manifiestan que sus recursos en el trabajo son suficientes, pocos reportan tener una excelencia, no refieren la escases de los mismos, en comparación con los centros asistenciales públicos donde manifiestan que sus recursos en un buen porcentaje son insuficientes, con un pequeño número de excelentes y suficientes, pocos reportan escases de los mismos.

En cuanto al renglón de existencia de riesgos en área de trabajo el 100 %, de los distintos centros donde fue aplicada la encuesta, están de acuerdo en la percepción, con la respuesta de presencia de riesgos, llama la atención que en los dos centros privados y en uno público (CHET) presenta médicos que refieren no tener presentes riesgos en sus áreas de trabajo.

En el área laboral una de las causas que más puede influir en originar situaciones de estrés son los factores ambientales los cuales actúan sobre el individuo de diversas formas, pero en el ámbito psicológico es una de las que más acción tiene, en el análisis estadístico realizado del cuestionario de los Factores de Riesgo existentes y presentes, tenemos.

**Tabla IX**  
**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de**  
**la Unidad de Cuidados Intensivos**  
**Descripción Socio Demográfica con respecto a la evaluación que realiza la**  
**muestra de los Factores de Riesgo y la distribución de la media por**  
**géneros.**



*Fuente: Encuesta aplicada, UCI. Autor: Izaguirre J. A. (2009)*

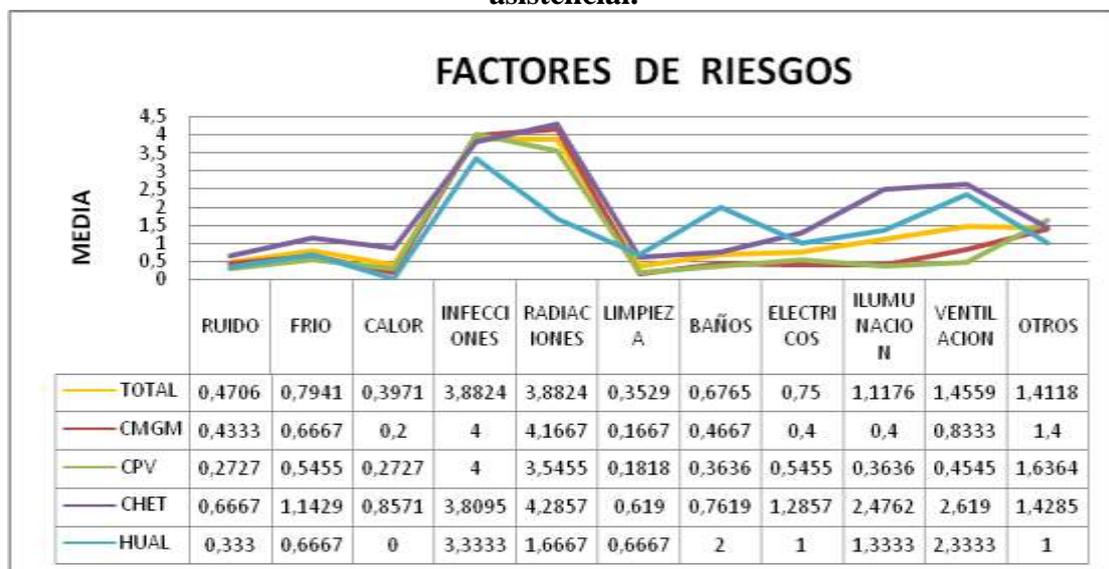
El análisis de la Tabla IX, evaluamos una serie de categorías que refieren los individuos, sobre los factores de riesgo y la distribución de la media por el total de los encuestados y por géneros, en orden de importancia: las infecciones (m 3,8824, radiaciones (m 3,8824), ventilación (m 1,4559), iluminación (m 1,1176), frío (m 0,7941), eléctricos (m 0,7500), baños (m 0,6765), ruido (m 0,4706), calor (m 0,3971), limpieza (m 0,3529). Donde las mujeres puntuaron significativamente más en las dimensiones de radiaciones (m 4,1842), infecciones (m 3,8947), iluminación (m 1,2632), frío (m 0,8947), ruido (m 0,5), en cambio las manifestaciones de la ventilación (m 1,6333), problemas eléctricos (m 0,6319), los baños (m 0,7333), el calor (m 0,6) y la limpieza (m 0,3667), son los factores que más le preocupan al género masculino donde tienen una media discretamente superior, aunque los análisis con la prueba no paramétrica de Z Kolmogorov Smirnov y Sig asintot (bilateral) con una  $p < 0,05$ , esta no dio significación estadística.

La Tabla X se observa la evaluación de los médicos de cada área de trabajo, perciben los factores de riesgos según las circunstancias que lo rodean, en orden de interés en los centros asistenciales los que tienen una mayor media son las infecciones, las radiaciones y la ventilación. En la CHET tiene

una media mayor en los factores de radiaciones (m 4,2857), infecciones (m 3,8095), ventilación (m 2,619), iluminación (m 2,4762), eléctricos (m 1,2857), frio (m 1,1429), calor (m 0,8571), baños (m 0,7619), ruido (m 0,6667) y limpieza (m 0,6190); el HUAL tiene media menor, en las infecciones (m 3,3333), ventilación (m 2,3333), baños (m 2), radiaciones (m 1,667), iluminación (m 1,3333), eléctricos(m 1), frio (m 0,6667), limpieza (m 0,6667), ruidos (m 0,3330), llamando la atención el interés por la existencia de baños; en el CMGM la media es baja, en las radiaciones (m 4,1667), infecciones (m 4), ventilación (m 0,8333), frio (m 0,6667), baños (m 0,4667), ruidos (m 0,4333), eléctricos (m 0,4), iluminación (m 0,4), siendo los menores los factores de calor (m 0,2) y limpieza (m 0,1667); en el CPV tiene el menor reporte esta en las infecciones (m 4), radiaciones (m 3,5455), frio (m 0,5455), eléctricos (m 0,5455), ventilación (m 0,4545), baños (m 0,3636), iluminación (m 0,3636), ruidos (m 0,2727), calor (m 0,2727), limpieza (m 0,1818).

**Tabla X**  
**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de**  
**la Unidad de Cuidados Intensivos**

**Descripción Socio Demográfica con respecto a la evaluación que realiza la muestra de los Factores de Riesgo y la distribución de la media por centro asistencial.**



Fuente: Encuesta aplicada, UCI. Autor: Izaguirre J. A. (2009)

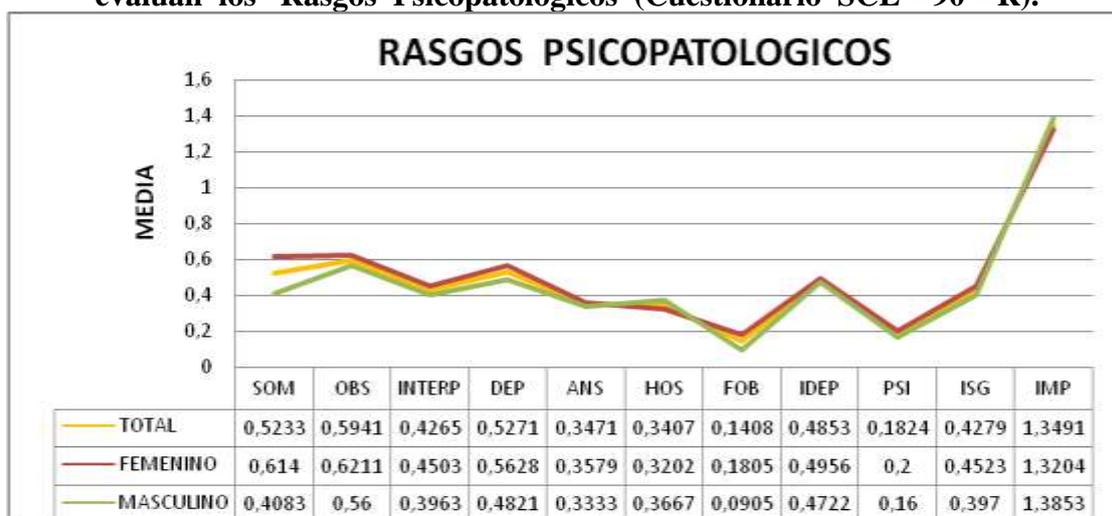
Los valores más bajos de los cuatro centros asistenciales lo reportan los factores de riesgo frio, ventilación, baños, iluminación, ruidos, limpieza, aunque los análisis con la prueba no paramétrica de Kruakal Wallis (Chi cuadrado, Gl, Sig

asintótica) a la variable de agrupación por centro, con una  $p < 0,05$ , esta no dio significación alguna en las distintas dimensiones evaluadas.

La aplicación del cuestionario SCL – 90 – R, se realizó de acuerdo con el procedimiento establecido para su determinación. En el análisis estadístico realizado del cuestionario en el mismo evaluamos las dimensiones, así como en los tres índices globales en relación con el género de los participantes de la encuesta.

La Tabla XI evalúa los datos obtenidos en el Cuestionario SCL – 90 – R, (la prueba de la media y la desviación típica) en la muestra los médicos intensivistas manifiestan mayor valor a las obsesiones – compulsión (m 0,5940), depresiones (m 0,527), somatizaciones (m 0,523), ideación paranoide (m 0,485), sensibilidad interpersonal (m 0,426), ansiedad (m 0,347), hostilidad (m 0,340), Psicoticismo (m 0,182), fobia (m 0,140), presentando pocas variaciones en el orden de percepción por los diferentes géneros.

**Tabla XI**  
**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de**  
**la Unidad de Cuidados Intensivos**  
**Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra a las dimensiones que**  
**evalúan los Rasgos Psicopatológicos (Cuestionario SCL – 90 – R).**



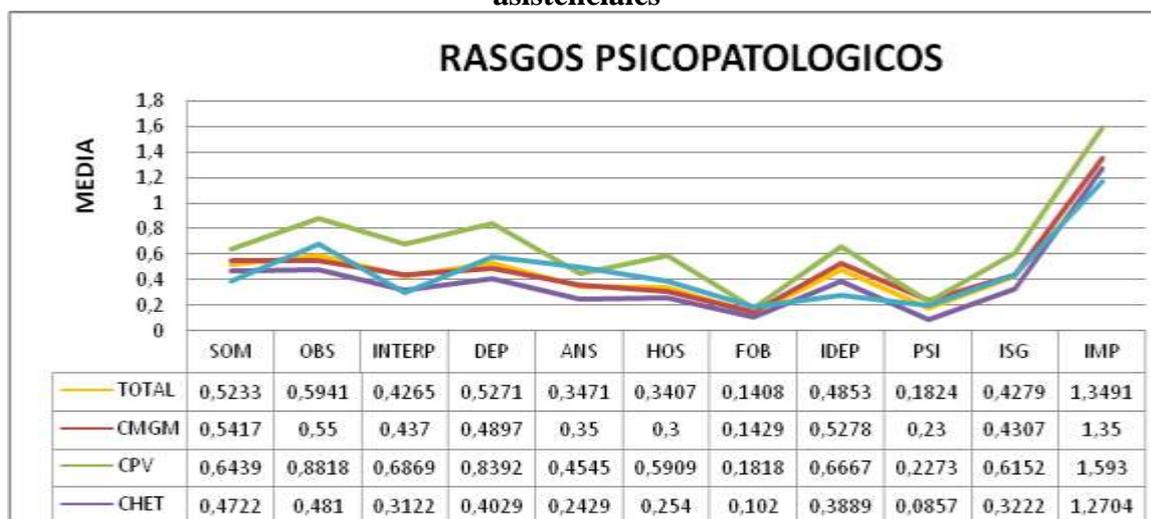
*Fuente: Encuesta aplicada, UCI. Autor: Izaguirre J. A. (2009)*

De forma general las mujeres evaluadas puntuaron significativamente más en la mayoría de las dimensiones de los rasgos psicopatológicos de obsesiones –

compulsión (m 0,621), somatizaciones (m 0,614), depresiones (m 0,562), ideación paranoide (m 0,495), sensibilidad interpersonal (m 0,450), ansiedad (m 0,357), Psicoticismo (m 0,2), fobia (m 0,180) y dos de los índices el de Severidad Global (m 0,452), y el de Total de Síntomas Positivas (m 28,157), el resto, la dimensión de hostilidad (m 0,366) y en el Índice Malestar Positivo (m 1,385), es donde el género masculino tiene una discreta superioridad en la puntuación, al realizar las pruebas estadísticas correspondientes no tiene significado estadístico.

Al aplicar la prueba no paramétrica de Z Kolmogorov Smirnov y Sig asintot (bilateral) con la distribución de contraste que es la normal y la de U de Mann Whitney, W de Wilcoxon a la variable agrupación del sexo, ambas con una  $p < 0,05$ , los rasgos psicopatológicos así como en los tres índices globales, no dio significación alguna en las dimensiones evaluadas.

**Tabla XII**  
**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de**  
**la Unidad de Cuidados Intensivos**  
**Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra a las dimensiones que**  
**evalúan los Rasgos Psicopatológicos (Cuestionario SCL – 90 – R) en su**  
**distribución por los centros**  
**asistenciales**



*Fuente: Encuesta aplicada, UCI. Autor: Izaguirre J. A. (2009)*

La Tabla XII, evalúa los datos obtenidos en el Cuestionario SCL – 90 – R, aplicado en los distintos centros donde prestan sus servicios los médicos manifestando en el CPV, presentan una mayor grado de afectación en las distintas dimensiones que contemplan de obsesión-compulsiva (m 0,8818), depresión

(m 0,8392), de sensibilidad interpersonal (m 0,6869), ideación paranoide (m 0,6667), somatización (m 0,6439), psicótico (m 0,2273), al igual que el Índice Severidad Global (m 0,6152) y el Índice de Malestar Positivo (m 1,5930), con respecto a los demás centros, solo en la dimensión de ansiedad (m 0,4545), y fobia (m 0,1905), que tiene una menor afectación, seguido por el HUAL cuyos médicos tienen una menor respuesta en la obsesión-compulsiva (m 0,6833), depresión (m 0,5769), ansiedad (m 0,5000), somatizaciones (m 0,3889), sensibilidad interpersonal (m 0,2963), ideación paranoide (m 0,2778), psicótico (m 0,2000), fobias (m 0,1905), Índice Severidad Global (m 0,4407), Índice de Malestar Positivo (m 1,1690), en cambio los miembros del estudio que pertenecen al CMGM la obsesión-compulsiva (m 0,550), somatizaciones (m 0,5417), ideación paranoide (m 0,5278), depresión (m 0,4897), sensibilidad interpersonal (m 0,4370), ansiedad (m 0,3500), psicótico (m 0,2300), fobias (m 0,1429), Índice Severidad Global (m 0,4307), Índice de Malestar Positivo (m 1,3500), se mantienen en valores medios en todas las dimensiones, al contrario que la CHET donde se observa una puntuación menor en la mayoría de las dimensiones obsesión-compulsiva (m 0,4810), depresión (m 0,4029), ansiedad (m 0,2540), fobias (m 0,1020), psicótico (m 0,0857), inclusive en el Índice Severidad Global (m 0,3222), solo en las dimensiones de somatizaciones (m 0,4722), sensibilidad interpersonal (m 0,3122), ideación paranoide (m 0,3889) y el Índice de Malestar Positivo (m 1,2704), tienen un discreto aumento de la afectación.

Del Cuestionario SCL – 90 – R, solo dos de las dimensiones de los rasgos psicopatológicos la depresión y la hostilidad tienen un valor, que puede interpretarse con presencia de significación estadística, con las pruebas estadísticas del tipo no paramétrica de (Kruakal Wallis, Chi cuadrado, G1, Sig asintótica) a la variable agrupación del centro con una  $p < 0,05$ , del resto no dio significación alguna en la mayoría de las distintas dimensiones e índices evaluados.

La correlación Rho de Spearman entre cada una de las variables clínicas y los índices que son parte del Cuestionario SCL – 90 – R, en la muestra analizada, con una  $p < 0,01$  (bilateral), están asociadas y que dicha asociación muestra una elevada significancia, directa, con valores positivos, asimismo al realizar la correlación entre el Cuestionario SCL – 90 – R con las dimensiones evaluadas en

la Escala de Satisfacción S 20/23, con una  $p < 0,01$  (bilateral), presenta una relación directa, de índole negativa, de baja significancia, entre la dimensión de depresión, hostilidad, ideación paranoide, somatización y la fobia con respecto a la oportunidad de progreso y la relación de la dimensión de sensibilidad personal con respecto a la supervisión. La misma correlación Rho de Spearman entre los índices del Cuestionario SCL – 90 – R, no tiene correlación alguna con el índice global de satisfacción laboral, tampoco presenta relación con la edad o la antigüedad como médico (pero si existe la correlación entre estos últimos).

Con la prueba no paramétricas del Test de Kruskal Wallis (Chi cuadrado, Sig asintótica), con una  $p < 0,01$ , dio significación estadística entre los relaciones los recursos y el índice global de satisfacción laboral; también se indican en las relaciones con el índice de malestar positivo; el resto de las distintas dimensiones no dieron significancia con esta prueba.

**Tabla XIII**  
**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos**

**Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra en relación a los niveles de estrés encontrados en la muestra total, la diferencia por géneros, por centros donde laboran y el tipo de ejercicio profesional.**



Fuente: Encuesta aplicada, UCI. Autor: Izaguirre J. A. (2009)

En la Tabla XII, a través del análisis del Índice de Severidad Global se realiza la evaluación del estrés, presentando los médicos intensivistas una magnitud de estrés de moderada 42,8 %, donde las mujeres presentan tienen una discreta mayor nivel 45,2 %, con respecto a los hombres donde la percepción es menor con un valor de 39,7 %, la distribución por los centros asistenciales reportan en el CPV con 63,5 %, seguido por los integrantes del HUAL con un 44,1 %, después esta el CMGM con un 43 %, observando un descenso en la

CHET con un 32,2 %, por el tipo de ejercicio profesional, los médicos pediatras con 53,3 %, los médicos adultos 41,6 %, los médicos de la emergencia con 32,5 %.

**Tabla XIV**  
**Niveles de Satisfacción y Estrés Laboral en Médicos de la Unidad de Cuidados Intensivos**  
**Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra de la correlación entre el tipo de ejercicio profesional, la edad, la antigüedad como médico, el índice global de satisfacción laboral (Escala S 20/23) y los índices que evalúan los Rasgos Psicopatológicos (Cuestionario SCL – 90 – R).**

| Test Post Hoc (Homogeneidad) - Scheffe |    |       |            |                            |                         |                            |                          |
|--|----|-------|------------|----------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------|
| N                                      | 68 | Edad  | Antigüedad | Índice Global Satisfacción | Índice Severidad Global | Total Respuestas Positivas | Índice Malestar Positivo |
| Total                                  | 68 | 41,10 | 16,58      | 2,7577                     | ,4279                   | 26,5735                    | 1,3491                   |
| Med Adultos                            | 54 | 41,46 | 16,88      | 2,8406                     | ,4160                   | 25,9259                    | 1,3410                   |
| Med Pediatras                          | 10 | 36,90 | 13,2       | 2,3696                     | ,5333                   | 30,6000                    | 1,4833                   |
| Emergencia                             | 4  | 46,75 | 21         | 2,406                      | ,3250                   | 25,2500                    | 1,1226                   |
| Sig.                                   |    | 41,10 | 16,58      | ,346                       | ,538                    | ,856                       | ,205                     |
| alpha = 0.05                           |    |       |            |                            |                         |                            |                          |

*Fuente: Encuesta aplicada, UCI. Autor: Izaguirre J. A. (2009)*

Del análisis de los datos recogidos en la Tabla XIV, donde se observa la distribución por el tipo de ejercicio de los médicos que trabajan en las unidades cuidados intensivos de adultos se presentan en un nº de 54, con una edad media de 41,46, con antigüedad como medico de 16,88 años, con un índice global de satisfacción laboral con una media de 2,8406, con índice de severidad global con media de 0,4160, el total respuestas positivas 25,9259 y un índice de malestar positivo de 1,3410; los médicos que laboran en las emergencias en un nº de 4 con edad media de 46,75, con antigüedad como medico de 21 años, un índice global de satisfacción laboral con media de 2,406, un índice de severidad global con media de 0,3250, el total respuestas positivas 25,2500 y un índice de malestar positivo de 1,1226; los médicos que laboran en las unidades cuidados intensivos pediátricos se presentan en un nº de 10, con edad media de 36,90, con antigüedad como medico 13,20 años, con un índice global de satisfacción laboral con media de 2,3696, el índice de severidad global con media de 0,5333, el total respuestas positivas 30,6000 y un índice de malestar positivo de 1,4833, al realizar la prueba de One Way, Anova o el Test de Post Hoc (para la homogeneidad de los grupos estudiados), con una  $p < 0,05$ , no muestran significancia.

### **Discusión, Conclusiones y Recomendaciones:**

Actualmente nos encontramos en un contexto político, social sanitario venezolana muy crítico, que está caracterizado por carencias de insumos, ambiente físico inadecuado, la incertidumbre socio laboral, (con el nivel jerárquico, incentivos, las condiciones y problemática de trabajo, retribuciones, reconocimientos salarial como profesional), tanto a nivel privado como público, precarias y conflictivas relaciones entre los distintos niveles de colaboradores y los médico - paciente – familia, cambio de las características de la sociedad y del individuo que se están desarrollando en los actuales momentos, y que en el acontecer diario se presentan todas estas situaciones que pueden originar en algunas ocasiones satisfacción, como ser fuente de estrés laboral, (Uribe, Rodríguez, Mirabal, 2009; Chacin, Gonzales, 2009; Ovalles, Moreno, 2010), pero estas situaciones no solo se presentan en nuestro país, sino que lo observamos en otras regiones y países, muchos de ellos con realidades distintas a las nuestras, (Matsumoto, 2003; Bascuñán, 2005).

De ahí la importancia de estos conceptos (satisfacción o estrés) no solo del punto de vista del profesional sino desde la óptica de la gestión de servicios sanitarios, la eficiencia de la organización y el grado de calidad de los servicios ofertados en un sistema sanitario, está directamente relacionado con el nivel de satisfacción de los profesionales que trabajan en él y en su vinculación con la motivación, (Sobrequés, Cebriá, Segura, Rodríguez, García, Juncosa, 2003).

Incluso podemos interpretar a la satisfacción y el estrés laboral como fenómenos psicosociales, donde hay una gran variedad de estudios que se han conducido para entender estas situaciones en el trabajo, se ve que los individuos que están satisfechos en sus posiciones, lo realizan realmente bien, mientras que los individuos que no están satisfechos con sus actividades, los ejecutan en muchas ocasiones mal, prestan un mal servicio y están siempre con la mirada hacia afuera para cambiar las labores, (Marzabadi, Tarkhorani, 2007; Ben Ruiz, Bauza, Cruz, Calvo, 2009), o padecen de una serie de enfermedades físicas como mentales.

Del mismo modo el médico que ejerce su profesión dentro propia Unidad de Cuidados Intensivos, cuando empieza a padecer insatisfacción laboral repercute en la percepción del estrés, esto a su vez origina ausentismos, aumento de las rotaciones, merma la calidad productiva, lo cual puede variar dependiendo del grado de afectación, que trae como consecuencia descensos del rendimiento de aproximadamente en 25 %, pero cuando está instalado esta situación puede llegar a más de un 40%, pero cuando está presente en su máxima expresión, la disminución del rendimiento puede llegar hasta un 90 % menos de productividad, con otras consecuencias como la elevación de los costos procesales, con desajustes en el clima organizacional, se daña la imagen del área de trabajo, en fin disminuye la competitividad de la propia Unidad de Cuidados Intensivos, (Roche, Mackinnon, 1985; NIOSH, 1999; Hernández, Velasco, Jiménez, 2000; Pera, Serra-Prat, 2002; Flórez, 2003; Montufar, Muñoz, 2005; Blandin, Martínez, 2005; Rivas, Alejo, 2008).

Igualmente la satisfacción laboral en la atención sanitaria ha llegado a un momento en que se iguala en importancia a la preparación científico técnica del profesional o a la disposición de una determinada tecnología, Lomeña, Campaña, Nuevo, Rosas, Berrocal, García, (2004).

También lo refieren las investigaciones de Pilowski, O'Sullivan, (1989), Gjerlow, (2001), Primeras jornadas Europeas PAIMM, (2001), Moreno, Gonzales, Garrosa, (2001), De las Cuevas, (2003), Mingote, Moreno, Gálvez, (2004), Gómez, (2004), Otero, Sevrini, Muxí, Carrizo, Manzino, Asadurián, De Lisa, Otero, Attarián, (2008), donde sugieren la necesidad de establecer los niveles de salud y estrés en los profesionales de la medicina, debido a que se les considera actualmente como una población vulnerable a padecer enfermedades físicas y psicológicas originadas de las situaciones laborales vividas durante el ejercicio de su profesión.

Aunque en líneas generales no existe un acuerdo general de cómo medir la satisfacción laboral o de su relación directa con la calidad de la atención, pero si lo hay de que el médico satisfecho influye sobre los pacientes y al medirla se comprueba la calidad y la eficiencia de la organización y de los servicios que lo componen.

La evaluación de la satisfacción y el estrés laboral en el tiempo ha sido poco estudiada en los trabajadores de la salud, pero en Venezuela este hecho se hace más perceptible al buscar la literatura sobre el tema, queriendo subsanar estos hechos, se evalúa en el estudio la opinión de un grupo de médicos intensivistas, los cuales nos aportan una serie de percepciones tanto de su labor en relación factores de riesgo, con su nivel de satisfacción laboral y la relación con el estrés laboral, en sus área de trabajo, las cuales plasmaron en sus respuestas en la encuesta aplicada.

Con una tasa de respuesta de nuestro personal estudiado mayor al 97%, siendo una medida alta si se compara a las publicadas para otros colectivos hospitalarios, además no se presentaron variaciones en el numero de respuesta significativos para los dos sexos.

El estudio se ejecuta en dos centros privados con el 60,3 % y dos centros públicos con el 39,7 % de los participantes, están repartida en un 79,4 % de adultos, un 14,7 % pediátricos y un 5,9 % en la emergencia de adultos, el cargo ocupado de médico residente un 58,8 % y como adjunto médico un 41,2 %, distribuidos en el CMGM con el 44,2 %, CHET con un 30,9 %, CPV con el 16,1 %, y el HUAL con un 8,8 %, trabajando en 2 o más instituciones 61,8 %, en una sola institución el 38,2 %, encontrándose un predominio del sexo femenino en relación con el masculino, en una relación de 1,2 mas mujeres que hombres.

Con una media de edad de 41,10 años, siendo en el género masculino de 43,53 años y en el femenino media de 41,10 años, en los grupos etarios y entre los diferentes centros donde laboran los individuos los hombres evaluados presenta mayor puntuación con respecto a las mujeres, pero con escasa significancia, el CPV es el que tiene una media etaria mayor que el resto de los otros centros, sin significado estadístico, no existiendo diferencias entre los géneros o los centros asistenciales.

En general la población evaluada predomina el género femenino, al igual cuando se reparte entre los distintos centros asistenciales, esta situación se

observa en otros estudios evaluados, presentando una menor edad que el género masculino, además un gran porcentaje de ellas laboran en varios centros, presentando una menor satisfacción con respecto al género masculino, solo en la supervisión manifiesta tener una mayor percepción de satisfacción.

Los resultados que arrojan este grupo de mujeres médicos intensivistas que no manifiestan una percepción totalmente favorable sobre el trabajo a realizar, de la misma forma que en la investigación de Kravitz, Thomas, Sloss, Hosek, Thomas, (1993), de Briseño, Fernández, Herrera, (2005), de Escriba, Artazcoz, Pérez, (2008), Otero, Sevrini, Muxí, Carrizo, Manzano, Asadurián, De Lisa, Otero, Attarián, (2008), se realiza una encuesta en médicos, donde llama la atención esta divergencia entre la feminización de la profesión médica, manifestando las mujeres experimentar menores índices de satisfacción por la mayor presión de las diferentes responsabilidades que suelen ejercer ante la sociedad, las demandas domésticas y familiares, los aspectos de la actividad laboral, así como una mayor dificultad para obtener desarrollo o capacitación profesional, y a la vez reconocimiento profesional sin olvidarnos, de la influencia de las condiciones ambientales, llevando a la decepción, al agotamiento y la pérdida de interés por la actividad laboral, (Ferris, Mackinnon, Mizgala, McNeill, 1996; Fernández, Pavaric, 2003; Arrizabalaga, Valls-Llobet, 2005; Otero, Sevrini, Muxí, Carrizo, Manzano, Asadurián, De Lisa, Otero, Attarián, 2008).

Una observación que se realiza en el trabajo de McMurray, Linzer, Konrad, Douglas, Shugerman, Nelson, et al, (2000), donde las mujeres médicos que reciben apoyo de su cónyuge o pareja para equilibrar las labores del hogar contribuye en un gran porcentaje a mantener la satisfacción y disminuir el estrés laboral, lo mismo es aportado en los estudios de Parra, Paravic, (2002) Mingote, Moreno, Gálvez, (2004), Arrizabalaga, Valls-Llobet, (2005), Rovik, Tyssen, Hem, Gude, (2007), Uribe, Rodríguez, Mirabal, (2009), Otero, Sevrini, Muxí, Carrizo, Manzano, Asadurián, De Lisa, Otero, Attarián, (2008) y Fuentes Pérez. (2010), es la presencia de un grupo familia estable un soporte importante para la consecución de la satisfacción laboral, así como poder controlar el estrés en el trabajo, lo cual no solo es percibido por la mujer, el hombre también se beneficia de esta situación (Cherniss, 1980; Uribe, Rodríguez, Mirabal, 2009), de

esta manera la ausencia de este apoyo, se constituye un factor coadyuvante más al estrés ya mencionado.

Asimismo los valores obtenidos demuestran que los centros privadas presentan una mejor percepción de la satisfacción que los centros públicos, con diferencias entre los promedios de satisfacción sin significación estadística, aunque presentan una puntuación global más baja en comparación a la de otros centros revisados en la literatura.

Adicionalmente se observa que el médico que trabaja en las unidades cuidados intensivos debe tener un mayor número de empleos, 61,8 % tienen dos trabajos, los motivos económicos son los que más pesan en los médicos que laboran en las unidades, la mayoría de los encuestados no son el sostén único de su familia, aunque muchos de ellos manifestaron espontáneamente ser el principal sostén, así el doble empleo es realizado por el personal médico para obtener un sueldo similar al que tenían en años pasados con un menor número de trabajos, debido a que el poder adquisitivo es francamente menor, por lo tanto se plantea el pluriempleo como un modo natural para mantener su estándar de vida y contrarrestar la falta de incentivo socio económicos aportados por su trabajo en una sola institución o se encuentran en situaciones transitorias en su trabajo, y sin ninguna duda se puede afirmar que cuando los sueldos o salarios no satisfacen las necesidades vitales del médico y su familia, generalmente se busca trabajo en otra institución para compensar el sueldo recibido, (Díaz, Briones, Gómez, Gil, Heredia, Mendoza, Ramírez, 2003; Agrest, 2005; Martínez, Olvera, Castillo, Silva, 2005; Paredes, Sosa, 2006).

Una explicación para los moderados niveles de satisfacción laboral en nuestras unidades de cuidados intensivos privadas a pesar de ser centros hospitalarios de concentración en medio urbano, en muchos casos con personal de confianza y medios logísticos, son debidas probablemente a que un alto porcentaje de los médicos intensivistas trabajan en otra institución, este multiempleo y la sobrecarga horaria (en muchas ocasiones trabajan más de 60 horas por semana), implica mayor responsabilidad para el médico intensivista, llevan a la disminución del tiempo que el médico dedica a sus pacientes,

empobrece la relación médico-paciente además ocasiona cansancio, fatiga, agotamiento, desgaste físico emocional, presenta estrés el médico, a sí mismo aumenta la inversión de tiempo en el trabajo, en detrimento de la familia, poco tiempo en su actualización al año, creando niveles bajos de satisfacción, como lo describen en varios trabajos, (Quiroz, Saco, 1999; Martínez, Olvera, Castillo, Silva, 2005; Otero, Sevrini, Muxí, Carrizo, Manzino, Asadurián, De Lisa, Otero, Attarián, 2008).

Con la evaluación que realizan Sepúlveda, Flores, López, López, (2006), refieren que por lo general, entre 3 al 5 % de los médicos desarrolla algún grado de insatisfacción en su labor diaria, incrementándose hasta 0.5 % cada dos años, sobre todo en áreas de atención primaria, aunque en las evaluaciones que se obtiene actualmente de las situaciones laborales tanto en medio privados o públicos, se puede afirmar que este incremento es mayor y generalmente en forma exponencial, tienden a tener menos posibilidades de satisfacción y más de estrés laboral, por ende de padecer diversas morbilidades tanto físicas como psicológicas.

Además encontramos una población de médicos pediatras, individuos jóvenes con relativamente poco tiempo de graduación, con nivel de satisfacción laboral bajo, con un índice de severidad global, el total respuestas positivas y el índice de malestar positivo con mayor, una percepción del estrés que alcanza valores del 53,3 %, con respecto a los médicos que trabajan en las áreas de adultos que tienen mayor edad (en promedio 5 años), mas antigüedad como médicos, con una mejor percepción de la satisfacción y de los tres índices del SCL – 90 – R, una percepción del estrés menor,

Se ha observado en múltiples evaluaciones que sean realizado sobre el tema de los riesgos en los centros sanitarios, son múltiples y en su mayoría aparecen reflejados en la literatura, (Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997; Bravo Urbina, 1998; Fernández, Pavaric, 2003; Pérez, Martín, Gallego, Correa, Pérez, 2003; Alonso, Pozo, Hernández, Díaz, Martínez, Valera, 2005; Chiang, Krausse, 2008).

De tal manera que la identificación de los estresores más importantes en los médicos es una tarea compleja, muchos de ellos repercuten negativamente en su salud, no afecta por igual a todos los profesionales sanitarios (Pérez, Martín, Gallego, Correa, Pérez, 2003), suscitando mucha controversia aun entre los mismos investigadores, por tanto se considera que la mejor forma de identificar estos factores de estrés es la forma auto percibida por el mismo medico que realiza sus labores en las distintas áreas.

De los participantes de la encuesta el 100 % están de acuerdo en la existencia de riesgos en su área de trabajo, sin obtener diferencia por géneros, aunque a la pregunta de la presencia de riesgos en su área de trabajo, creen que estos riesgos están presentes en sus área de trabajo tenemos un 73,5 % con respuesta afirmativa, pero refiriendo la no presencia de riesgos tenemos un 26,5 %, en ambos casos predomino el género femenino sobre el masculino en esta observación, de mima forma llama la atención que en los dos centros privados, tanto el CMGM con 36,6 %, como en el CPV con 45,5 % y en un centro público la CHET con un 9,5 %, se presentan médicos que refieren no tener presentes riesgos en sus áreas de trabajo.

Todos estos factores influyen en su percepción de la satisfacción laboral que se puede obtener al realizar el trabajo o ser el origen de situaciones de estrés físico como psicológico, entre los primeros encontramos los factores ambientales, ítems relativos a la temperatura, iluminación, espacio físico y otras características similares del lugar de trabajo, otras situaciones pueden ser la cantidad de recursos con los que cuenta el médico para realizar su labor o las mismas relaciones entre el personal, todas estas logran alterar el desempeño asistencial, reportándose una gran asociación entre estas y los niveles de satisfacción o estrés que se pueda generar en el individuo, (Bravo Urbina, 1998; Fernández, Pavaric, 2003; Pérez, Martín, Gallego, Correa, Pérez, 2003; Alonso, Pozo, Hernández, Díaz, Martínez, Valera, 2005; Chiang, Krausse, 2008).

Dentro del estudio se habla de varios factores del tipo ambiental que influyen en los participantes, así las mujeres puntuaron significativamente más los factores de radiaciones, infecciones, iluminación, frio, ruido, en cambio las

manifestaciones ambientales de ventilación, problemas eléctricos, los baños, el calor y la limpieza son los factores que más le preocupan al género masculino y tiene una media superior, en los centros privados (CMGM, CPV), se interesan por las radiaciones, infecciones y los ruidos, lo mismo en la CHET solo en el HUAL donde varia la situación puntuando los baños, limpieza y infecciones como factores conflictivos.

En el estudio los participantes encuestados de los centros asistenciales privados (CMGM y CPV), en su mayoría manifiestan que son suficientes los recursos para su trabajo, no refieren la escases de los mismos, en contraposición con los centros asistenciales públicos (CHET y HUAL) donde expresan que sus recursos en un buen porcentaje son insuficientes pocos reportan escasez total de los mismos, con un pequeño número de excelentes y o suficientes.

Llama la atención que la percepción de las relaciones personales referida por todos los encuestados con los otros miembros del equipo trabajo, de los diferentes centros asistenciales, en líneas generales es buena o muy buena (86,8 %), pocos interpretan estas relaciones como regulares (11,8 %) y como muy malas es reportado solo por un participante de la CHET (1,5 %).

En la primera parte de la encuesta donde se evalúa el componente demográfico se pregunta directamente a los médicos intensivistas por el tipo relaciones personales que tienen en la realización de sus labores asistenciales obteniendo tanto de forma global, por géneros, en los centros asistenciales, reportando gran porcentaje de buenas a muy buenas relaciones.

Pero dentro de la evaluación de la encuesta de Satisfacción Laboral (S20/23), se encuentran los factores higiénicos, en el mismo se analizan las relaciones personales de los médicos a través de una serie de preguntas en el contexto de la realización de su labor asistencial, donde los resultados obtenidos de su percepción tanto global, por géneros o los diferentes centros asistenciales (privados lo reportan como moderados y los públicos los valores son más bajos),

son más bajos de tal manera no son tan optimas como ellos mismos las definieron en la primera parte de las encuesta realizada.

Esta divergencia de opiniones dentro de los mismos médicos encuestados puede corresponder a una intención de la muestra en minimizar y en ocasiones ocultar el efecto que esta mala situación se observa y ser más propensa a dar una respuesta socialmente deseable, o tienen diferentes expectativas de trabajo o los valores del trabajo hacen a otros factores presentes, más o menos relevantes para ellos en ocultar parte de los sentimientos que tienen.

Esta situaciones donde observamos alteraciones de las relaciones personales también se pueden reconocer en el trabajo que presenta Azoulay, Timsit, Sprung, Soares, Rusinova, Lafabrie, Abizanda, Svantesson, et al, (2009), donde se recoge la información de 323 unidades de cuidados intensivos, de 24 países, con 7498 personas que laboran en las unidades, donde el 71,6 % (n = 5268) percibieron distintos conflictos personales en la semana previa, estos se repartieron 27,3 % entre el personal de enfermería, 26,6 % entre los médicos y el 32,6 % entre enfermería y los médicos, los cuales fueron interpretados como graves por el 53 % de los encuestados, siendo referidos como los más comunes: las críticas personales, enemistades, desconfianza y problemas comunicacionales.

En análisis de Clarke, Morín, Warnell, (1994) o de Jiménez, Morales, Martínez, (2002), Gómez, (2004), ponen en relieve que la relaciones positivas y significativa con el nivel jerárquico, además de otros colegas o el personal de apoyo, es uno de los principales indicadores que promovieron la satisfacción laboral, del mismo modo la realización de la labor en equipo posibilita realizar indicaciones más adecuadas, al tener en cuenta aspectos más amplios de la realidad y de la relación terapéutica, disminuyendo la petición de pruebas y análisis ante el sufrimiento del paciente, así como derivaciones innecesarias a otros especialistas.

En este sentido, hay datos que confirman que la percepción de cohesión con el equipo de trabajo es el factor que contribuye en mayor grado a la

satisfacción laboral de los profesionales sanitarios, (Adams, Bond, 2000; Gómez, 2004; Paredes, Sosa, 2006; Ruzafa, Madrigal, Velandrino, López, 2008).

En la investigación la tercera parte de la encuesta evalúa la percepción de los médicos de los rasgos psicopatológicos que presenta la muestra donde se manifiestan un mayor valor en orden decreciente de las obsesiones - compulsión, depresiones, somatizaciones, ideación paranoide, sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad, psicoticismo, fobia, solo dos de las dimensiones el rasgo psicopatológico de depresión y la hostilidad tiene un valor, que puede interpretarse con presencia de significación estadística, presentando pocas variaciones en el orden de percepción por los diferentes géneros.

Las mujeres evaluadas presentan una puntuación significativamente más elevadas en las dimensiones que contemplan los rasgos psicopatológicos de obsesiones - compulsión, somatizaciones, depresiones, ideación paranoide, sensibilidad interpersonal, ansiedad, psicoticismo, fobia y dos de los índices el de Severidad Global y el de Total de Síntomas Positivas, el género masculino tiene una discreta superioridad de puntuación en la dimensión de hostilidad y en el Índice Malestar Positivo, al realizar las pruebas estadísticas correspondientes no tiene significado estadístico.

De forma global distintos médicos que laboran en el CPV, presentan una mayor grado de afectación en las distintas dimensiones que contemplan los rasgos patológicos al igual que el índice severidad global y el índice de malestar positivo, con respecto a los demás centros, solo en la dimensión de ansiedad y fobia que tiene una menor afectación, seguido por el HUAL cuyos médicos tienen una menor respuesta en la somatizaciones, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, en cambio los miembros del estudio que pertenecen al CMGM se mantiene en valores medios en todas las dimensiones, al contrario que la CHET, donde se observa una puntuación menor en la mayoría de las dimensiones inclusive en índice severidad global y el índice total de síntomas positivos solo en las dimensiones de somatizaciones, sensibilidad interpersonal, ideación paranoide y el índice malestar positivo tiene un discreto aumento de la afectación.

En el trabajo realizado por Chacin, Gonzales, (2009), en un grupo de médicos residentes en el medio hospitalario venezolano en su etapa formativa, obtiene una mayor puntuación de la población en las dimensiones de ansiedad fóbica, la somatización, la sintomatología obsesiva compulsiva y la depresión, inclusive los mismos médicos que trabajan en la unidad de cuidados intensivos reportan mayores niveles de somatización, de sintomatología obsesiva compulsiva y de depresiva.

A través de los ítems del Inventario de síntomas SCL – 90 – R, permite realizar la evaluación de los niveles de estrés en los médicos que ejercen sus labores en las unidades de cuidados intensivos, se estima la prevalencia de estrés en la muestra de médicos intensivistas con una media general de 42,8 %, donde las mujeres presentan una puntuación de 45,2 %, la cual es discretamente superior con respecto a los hombres donde la percepción es de un valor de 39,7 %, la distribución por los centros evaluados los valores mayores lo alcanzan en el CPV con un porcentaje de 63,5 %, a pesar de que corresponde a un centro privado donde las características del mismo tanto en tecnología, número de personal y tipo patología que atiende, es similar con el otro centro privado el CMGM, con valores de un 43 %, seguido por los integrantes de los centros públicos como el HUAL con un 44,1 %, después se observa un descenso en la CHET con un 32,2 %, (llama la atención esta diferencia de 20 % entre los dos centros privados y los 12 % en la percepción del estrés entre los dos centros asistenciales públicos).

En la observaciones que realizan McMurray, Linzer, Konrad, Douglas, Shugerman, Nelson, et al, (2000), pone de manifiesto en su investigación que las probabilidades de presentar estrés laboral (medido globalmente sin diferenciar entre las dimensiones), en las mujeres médicos es de 1,6 veces mayor que las de sus compañeros médicos.

Con el tipo de ejercicio profesional se presentan una serie diferencias, se halla una población de médicos pediatras, relativamente individuos jóvenes, predominan las mujeres, con poco tiempo de graduación, que presenta un nivel de satisfacción laboral bajo, con un índice de severidad global, el total

respuestas positivas y el índice de malestar positivo con nivel mayor, además una percepción del estrés que alcanza valores del 53,3 %, en contraste con los médicos que trabajan en las áreas de adultos que tienen mayor edad (en promedio 5 años), mas antigüedad como médicos, con una mejor apreciación de la satisfacción y de los tres índices del SCL – 90 – R, menor nivel de estrés, con un valor de 41,6 %, estas diferencia entre el grupo de médicos pediatras y los de adultos es del 11,7 %, pero sin significación estadística. todas estas diferencias pueden corresponder al tipo de paciente que maneja cada grupo, las mismas edades, el deber ante los padres y el resto de la familia, de esta forma las responsabilidades, los recursos para la atención puede ser algunas de las causas de estas variaciones.

De tal modo que el personal de cada unidad de cuidados intensivos interpreta los factores de riesgo según las variables socio demográficas que lo pueden afectar tales como la edad, el sexo, incluso la conformación de la familia, el número de hijos del encuestado, las cuales son circunstancias que rodea al médico intensivista, (McMurray, Linzer, Konrad, Douglas, Shugerman, Nelson, et al, 2000; Pérez, Martín, Gallego, Correa, Pérez, 2003; Briseño, Fernández, Herrera, 2005; París, Omar, 2008), inclusive la localización del trabajo, de un país o región a otro, también pueden cambiar de un centro a otro (el carácter tanto privado como en la público de la institución donde labora), de la misma forma son explicadas las relaciones personales, la presencia o no de recursos tanto técnicos como humanos, las condiciones del entorno, las ambientales, el sistema de la organización.

Asimismo se pueden desarrollar diferencias dependiendo si está estudiando la carrera o realizando residencia de postgrado, o el tipo de especialidad en la cual este formándose, en inclusive algunos estudios informan que las quirúrgicas en mayores índices que las medicas, (Alterio, 2002; Uribe, Rodríguez, Mirabal, 2009; Chacin, Gonzales, 2009), pero de esta situación tampoco se tiene un consenso entre los investigadores.

En este contexto de evaluaciones la afectación de estas dimensiones en la población de los médicos intensivistas puede ser variable, dependiendo de la

sumatoria de todos los efectos que ejercen las situaciones sobre el sujeto, los mecanismos psicológicos que el individuo presenta, estas actúan sobre las situaciones de niveles de satisfacción u originando estrés laboral, como en las situaciones psicopatológicas, por lo tanto todos estos resultados pueden ser controversiales en muchas ocasiones, (McMurray, Linzer, Konrad, Douglas, Shugerman, Nelson, et al, 2000; Torres, San Sebastián, Ibarretxe, Zumalabe, 2002; Matsumoto, 2003; Pérez, Martín, Gallego, Correa, Pérez, 2003; Briseño, Fernández, Herrera, 2005; Sekeres, Gonzales, Stern, 2006; Berrios, Augusto, Aguilar, 2006; París, Omar, 2008).

Por lo tanto a la hora de interpretar los resultados también hay que tener presente que existen otros factores no analizados en este estudio que podrían influir en la satisfacción y en el estrés laboral, estas situaciones hay que tenerlas en consideración en un abordaje multicausal.

Igualmente es necesario validar los instrumentos encontrados en la literatura a nuestra población o en su defecto crearlos forma integral, que sean capaces de evaluar el desempeño médico en cuanto a la satisfacción, el estrés laboral o los factores de riesgo.

De esta forma el estudio de la satisfacción y el estrés laboral que tienen los médicos dentro de una unidad de cuidados intensivos es un reto, obliga al médico intensivista a tomar conciencia del pronóstico del problema y estando consciente de que este esfuerzo apenas se levanta un poco el velo que cubre a esta misteriosa, esquiva patología, pero seguro que sé esta en un inicio, que se debe continuar y dirigirlo a completar estos análisis en toda la población.

Además pocas veces pensado por los mismos gerentes de las unidades y que hoy constituye una de las tareas más importantes de la organización que deben adaptarse, a los médicos, a los pacientes-familia, que cada día es diferente ya que el aspecto humano es el factor determinante dentro de la posibilidad de alcanzar los logros de la organización.

De lo expresado en estas líneas se sabe que puede generar polémica o controversia, que origina discusión y discrepancia en cuanto a la suma, alteración o supresión de algún juicio, no alterando la materia de fondo ni el propósito que lo animo que es el bienestar de los pacientes.

### **Bibliografía:**

- Adams, A, Bond, S. (2000). Hospital nurses job satisfaction, individual and organizational characteristics. *J Adv Nurs.* 32: 536 - 543.
- Agrest, A. (2005). Los médicos se debaten entre la precarización laboral y el pluriempleo. *Noticias de Cultura: las profesiones.* La Nación. Buenos Aires, Argentina. Lunes 1 de agosto de 2005. [www.lanacion.com](http://www.lanacion.com). Septiembre 2009.
- Alonso, E, Pozo, C, Hernández, S, Díaz, A, Martínez, JJ, Valera, R. (2005). Satisfacción laboral y entorno de trabajo en la administración pública. *Motivación. Capital Humano.* Septiembre N° 191. 84 – 94.
- Alterio, GH. (2002). Niveles de estrés laboral, factores condicionantes y estrategias de afrontamiento en estudiantes de post grado. Decanato de Medicina, Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Edo Lara, Venezuela. *TA WM172A58* 2003(416).
- Alvarado, LM, (2004). Criterios metodológicos para la elaboración del trabajo de investigación bajo el enfoque cuantitativo. Maracay, Venezuela.
- Ardila, R. (1986). *Psicología del trabajo.* (2 edition). Chile. Editorial Universitaria.
- Arrizabalaga, P, Valls-Llobet, C. (2005). Mujeres medicas de la incorporación a la discriminación. *Med Clin (Barc).* 125 (3): 103 – 107.
- Azoulay, E, Timsit, JF, Sprung, CL, Soares, M, Rusinova, K, Lafabrie, A, Abizanda, R, Svantesson, M, et al. (2009). Prevalence and Factors of Intensive Care Unit Conflicts. *The Conflicus Study.* For the Conflicus Study Investigators and for the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.* Vol. 180: 853 – 860.
- Bascuñán, ML. (2005). Cambios en la relación médico – paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev. med. Chile.* Santiago, Chile. Enero. 133: 11 – 16.
- Ben Ruiz, MY, Bauza, E, Cruz, Y, Calvo, M. (2009). Caracterización gnoseológica sobre el comportamiento organizacional y la satisfacción laboral. Centro Universitario Las Tunas. Habana, Cuba. *Contribuciones a la Economía.* <http://www.eumed.net/ce>. Consultado en la Web, Noviembre, 2009.
- Berrios, MP, Augusto, JM, Aguilar, MC. (2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. Departamento de Psicología. Área de Psicología

Social. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de Jaén, España. Index. Enferm. Granada. Otoño. Vol. 15 (nº 54).

Bethelmy, L, Guarino L. (2008). Estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos. *Revista Colombiana de Psicología*, Bogotá, Colombia. Nº 17: 43 – 58.

Blandin, J, Martínez, A. (2005). Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. Caracas, Venezuela. *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*. 51: 104. 12 – 15.

Blasco, J, Huet, J. (1998) ¿Es estresante la Unidad de Cuidados Intensivos para el intensivista?, *Rev. De Medicina Intensiva*. Vol. 22, Nº 5: 62-64.

Bravo Urbina, P. (1998). Estudio psicológico y de las variables de Clima Laboral, Calidad de trato, Satisfacción Subjetiva, Niveles de Estrés y Depresión, en el personal de Enfermería de la Unidad de Tratamiento Intensivo Quirúrgico del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Briseño, CE, Fernández, AR, Herrera, RN. (2005). Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector público. *REMI*. <http://remi.uninet.edu>. Nº 30, Vol. 5, nº 4.

Casullo, M. (2004). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. 1999/2004. Documento de trabajo, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas – CONICET. Extraído el 24 de Noviembre del 2006 del sitio Web: <http://www.aidep.org/UBA/Bibliografia/SCL-90-R>.

Chacin, MD, Gonzales, JL. (2009). Índices psicopatológicos, reactividad al estrés y desgaste profesional en los médicos residentes de post grado clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Edo Carabobo, Venezuela. Tesis Doctoral, Facultad de Medicina Departamento de Psiquiatría, Doctorado de la Patología existencial e intervención en crisis. Universidad Autónoma de Madrid, España. Abril.

Chandola, T, Britton, A, Brunner, E, Hemingway, H, Kumari, M, Badrick, E, Kivimaki, M, Marmot, M. (2008). Work stress and coronary heart disease: What are the mechanisms? *European Heart Journal*. Vol. 29 (59): 640 – 648.

Chermis, C. (1980). *Staff Burnout: Job Stress in the human services*. Sage Publications.

Chiang, MM, Krausse, KA. (2008). Estudio empírico de calidad de vida laboral, cuatro indicadores: satisfacción laboral, condiciones y medio ambiente del trabajo, organización e indicador global, sectores privado y público. Desarrollo, aplicación y validación del instrumento. Proyecto de Investigación 051716-3/r. Universidad del Bio-Bío, Concepción Chile. *Horizontes Empresariales*.

Clarke, IMC, Morin, JE, Warnell, I. (1994). Personality factors and the practice of anesthesia: a psychometric evaluation. *Can. J. Anaesth.*41: 393 -397.

- Comisión Europea, Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales. (1999). Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo, ¿La sal de la vida o el beso de la muerte?. Seguridad y salud en el trabajo. Unión Europea. Unidad D .6, Texto original. Consultado en la Web, Noviembre, 2008.
- Declaración de Helsinki, (2008). Asociación Médica Mundial.. Principios éticos para la realización de las investigaciones medicas en seres humanos. 59 Asamblea General. Seúl – Corea, Octubre. Do H Oct 2008.
- De las Cuevas, C. (2003). Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. Trastornos Adictivos. 5, 107 – 113.
- Derogatis, LR, Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. Psychological Medicine, 13, 595-605.
- Derogatis, LR. (1977). SCL-90: Administration, scoring and Procedures Manual. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit. dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/ppsw/2002/.../
- Derogatis, LR. (1983). SCL-90: Administration, Scoring and Procedures Manual for the Revised Version. Baltimore, Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, LR. (1994). Symptom Checklist (SCL-90-R) Psychological Assessment Resources.
- Díaz, M, Briones, JC, Gómez, E, Gil, N, Heredia, O, Mendoza, AM, Ramírez, MG. (2003). La problemática de la medicina critica en México. Rev. Asoc. Med. Crit. y Ter. Int. 17 (1): 26 – 33.
- Escriba, V, Artazcoz, L, Pérez, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. Gac. Sanit. 22 (4): 300 – 308.
- Escuela Andaluza de Salud Pública, (EASP). (1997). Experiencia del área hospitalaria, Virgen Macarena de Sevilla. La satisfacción del profesional, termómetro de la organizacional. Diario médico gestión. Sevilla – España. Septiembre.
- Esteban, S, Reyes, S, Díaz, J, Gonzales, P, Guevara, N, Sandoval, W, Charcape, E. (2007). Baremación de la lista de chequeo de 90 síntomas revisada SCL – 90 –R, en internos de EE. PP. Instrumento de trabajo. Lima, Perú. Febrero.
- Farber, BA. (1983). Stress and Burnout in the human service professions. General Psychology Press. Pergamon. New York, United States.
- Febres, SE, Távara, SR, Pizarro, EC. (2007). Baremación de la lista de Chequeo de 90 Síntomas - Revisada SCL-90-R en Internos de EE. PP., Lima, Perú.
- Fernández, B, Pavaric, T. (2003). Nivel de satisfacción laboral en enfermeras de hospitales públicos y privados de la Provincia de Concepción, Chile. Cienc. Enferm. Vol 9, N° 2.

- Fernández, MÍ, Moineo, A, Villanueva, A, Andrade, C, Rivera, M, Gómez, JM, Parrilla, O. (2000). Satisfacción laboral de los profesionales de Atención Primaria del Área 10 del Insalud de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública.* 74 (2); 139 – 147.
- Ferris, LE, Mackinnon, SE, Mizgala, CL, McNeill, I. (1996). Do Canadian female surgeons fell discriminated against as women? *Can Med Assoc J.* 154: 21 - 27.
- Firth-Cozens, J. (1998) . Hours, sleep, teamwork and stress. *Br Med J.* 317: 1335-1336.
- Fischer, JE, Calame, A, Dettling, AC, Zeir, H, Fanconi, S. (2000). Experience and endocrine stress response in neonatal and paediatric critical care nurses and physicians. *Crit Care Med.* 28: 3281 – 3288.
- Flórez, JA, Flores, I. (2005). Acoso Moral y Psicológico al Medico: Mobbing Universidad de Oviedo, *Salud Global*, Año V, N° 1:2005. El Refugio de Esjo.<http://www.grupoaulameica.com>: 29/08/2007.
- Flórez, JA. (1998). El Síndrome amotivacional en el médico. *Medicina Integral.* 32(2): 40 – 46.
- Flórez, JA. (2002). Manual de prevención y autoayuda del burnout del medico. Ed Entheos. Madrid, España.
- Flórez, JA. (2003). Salud mental del médico: prevención y control del burnout. *Salud global.* 3(2): 2 – 7. <http://www.grupoaulameica.com>: 12/03/2010.
- Fuentes Pérez, MA. (2010). Encuesta de opinión y de satisfacción laboral del personal de enfermería adscrito al equipo volante del Hospital General Universitario de Alicante. División de Enfermería del Departamento de salud Alicante. XVI Jornadas de Enfermería sobre trabajos científicos integración asistencial: salud, satisfacción y sostenibilidad. 20 años de UHD en Noviembre. Hospital General Universitario de Alicante. España.
- García, S, Gonzales, JA. (1995). Factores de motivación de los profesionales de la salud en Atención Primaria. *FMC.* 2:1.
- Gjerlow, O. (2001). Introduction. The physician role in transition is Hippocrates sick? *Social Science and Medicine,* 51, 171 – 173.
- Gómez, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. Madrid, España. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 24 (Nº 90), abril – junio: 41 – 56, (3101 – 3116).
- Gonzales, JL, De las Cuevas, C, Abuin, R, Pulido, R. (2002). SCL – 90 – R Cuestionario de 90 sintomas-Manual.TEA Ediciones. Madrid – España.
- González, JL, De las Cuevas, C, Gracia, R, Monterrey, AL, Rodríguez, F. (1993). Estudio de la morbilidad psiquiátrica menor. El método epidemiológico en Salud Mental, Editores: J. L. González de Rivera, F. Rodríguez Pulido, A. Sierra López. Editorial: Masson - Salvat, Barcelona, España. Cap. 14: 201 – 213.

- González, JL, De las Cuevas, C, Rodríguez, M, Rodríguez, F. (2002). Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L. (Adaptación española del Symptom Check List de Derogatis, SCL-90). T.E.A. Ediciones, Madrid, España.
- Helm, E. (2000). La prevalencia de ideación suicida y los intentos de suicidio entre médicos noruegos, resultados de un estudio transversal de una muestra nacional. *Rev. Eur. Psychiatry*. N° 7: 466 – 472.
- Hernández, R, Velasco, R, Jiménez, S. (2000). La motivación laboral de los empleados en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera. San José, Costa Rica. *Rev. Cienc. Adm. Financ. Secur. Soc.* Vol. 8 (n. 1).
- Hernández, V, Quintana, L, Mederos, R, Guedez, R, García, BN. (2006). Motivación, satisfacción laboral, liderazgo, y su relación con la calidad del servicio. Hospital Mario Muñoz Monrroy. Tesis de Diploma, Universidad de Matanzas, Camilo Cienfuegos. Cuba. [html: //C:/](http://C:/) Consultado en la Web, 05/02/2010.
- Hiroyasu, I, Chigusa, D, Akio, Y, Hideaki, T, Naohito, T, Shogo, K, et al. (2002). Perceived Mental Stress and Mortality From Cardiovascular Disease Among Japanese Men and Women. The Japan Collaborative Cohort Study for Evaluation of Cancer Risk Sponsored by Monbusho (JACC Study). *Circulation*. 106: 1229 -1236.
- Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional, (NIOSH). (1999). El Estrés en el Trabajo. (Documento en línea) USA. Disponible: [http://www.\(NIOSH](http://www.(NIOSH) En Español / [jobstres.html](http://www.(NIOSH)), 2007, Enero.
- Jiménez, C, Morales, JL, Martínez, C. (2002), Estudio del síndrome de "Burnout" en cirujanos pediatras españoles. *Cir Pediatr*. 15: 73 -78.
- Kravitz, R, Thomas, N, Sloss, E, Hosek, S, Thomas, NS. (1993). Satisfaction and dissatisfaction in institutional practice results from survey ofus. *Military Physicians*. *Mil Med*. 158 (1): 41 – 50.
- Larraguibel, BF, Paravic, T. (2003). Nivel de Satisfacción Laboral en enfermeras de Hospitales Públicos y Privados de la Provincia de Concepción, Chile. *Cienc. Enferm*. v.9 n.2 Concepción dic. 2003.
- Leapfrog Group (2002). For Patient Safety Rewarding Higher Standards: ICU Physician Staffing Fact Sheet.
- Lomeña, JA, Campaña, FM, Nuevo, G, Rosas, D, Berrocal, A, García, F. (2004). Burnout y satisfacción laboral en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And)*. Vol 5 (N° 3): 147 – 155.
- Martin, M, Ruiz, V, Sánchez, M. (2005). Satisfacción laboral en el personal de las Fundaciones Sanitarias en Galicia. *Revista de administración sanitaria Siglo XXI*. Vol. 3 (2): 303 – 309.
- Martin, MC, Cabré, Ll, Ruiz, J, Blanch, Ll, Blanco, J, Castillo, F, Galdós, P, Roca, J, Saura, RM, et al. (2008). Indicadores de Calidad en el enfermo crítico. *Med. Intensiva*. 32(1): 23 – 32.

- Martínez, MC, Olvera, G, Castillo, G, Silva, A. (2005). La satisfacción laboral del anesthesiólogo en hospitales de concentración de Petróleos Mexicanos. *Revista Mexicana de Anestesiología*. Vol. 28. No. 1, Enero-Marzo: 7 - 13.
- Marzabadi, A, Tarkhorani, H. (2007). Job stress, Job satisfaction and Mental. Tensión de trabajo, satisfacción profesional y salud mental. Universidad de Baqijatallab. Teherán, Irán. *Health. Journal of Clinical and Diagnostic Research*. (Diario de la investigación clínica y de diagnóstico). Vol. 1 (e 4): 224 – 234. [http://www.jcdr.net/back\\_issues.asp?issn=0973](http://www.jcdr.net/back_issues.asp?issn=0973).
- Matsumoto, D. (2003). The discrepancy between consensual-level culture and individual-level culture. *Culture & Psychology*. Vol. 9 (1): 89-95.
- McCue, JD. (1982). The effects of stress on physicians and their medical practice. *N. Engl. J. Med.* 306: 458 – 463.
- McMurray, JE, Linzer, M, Konrad, TR, Douglas, J, Shugerman, R, Nelson, K. et al. (2000). The work lives of women physicians. Results from the physician work life study. (La vida de trabajo de médicos mujeres Los resultados del trabajo del médico, estudio de la vida). *J Ger. Intern. Med.* Jun. 15 (6): 372 – 380.
- Melia, JL, Peiro, JM. (1998). Cuestionario de Satisfacción Laboral S 20/23, Universidad de Valencia. Valencia, España *Psicología de la Seguridad*. <http://www.uv.es./seguridadlaboral>.
- Mingote, JC, Moreno, B, Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y la salud de los Profesionales Médicos: revisión y propuestas preventivas. *Medicina Clínica*. 123, (Nº 07): 265 - 270.
- Montufar, BY, Muñoz, JT. (2005). La prevalencia del Síndrome de Desgaste por estrés laboral en profesionales de la salud de instituciones públicas y privadas.
- Moreno, B, Gonzales, JL, Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. *Estrés y Salud*. En J, Buendía & F, Ramos, (Ed). Empleo, Psicología Pirámide. Madrid, España.
- Ohlin, B, Nilsson, PM, Berglund, G. (2004). Chronic psychosocial stress predicts long-term cardiovascular morbidity and mortality in middleaged men. *European Heart Journal*. 25 (10): 867 – 873.
- Olivar, C, González, S, Martínez, MM. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Asturias. *Aten Primaria*. 24: 352 – 359.
- Omaña, E, Piña, VE. (1995). *Modulo de enfermería en la salud ocupacional*. Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela. Segunda Edición.
- Otero, AM, Sevrini, I, Muxí, P, Carrizo, C, Manzino, A, Asadurián, P, De Lisa, E, Otero, Y, Attarián, D. (2008). Resultados de una encuesta sobre morbimortalidad de los médicos. *Comisión de Hemostasis, Trombosis y Salud Cardiovascular del SMU*. 169 – 222.

- Ovalles, MA, Moreno, D. (2010). Relación entre estrés laboral, ansiedad y depresión en residentes de medicina interna y cirugía general del servicio autónomo del Hospital Central de Maracay, Edo. Aragua, Venezuela. Tesis de Grado. Universidad de Carabobo. Julio.
- Panagopoulos, G, SchianodiCola, J. (1998). Work stress and distress among anesthesiologists. What are we at risk for? *Anesthesiology*. 89:A1343.
- Paredes, RS, Sosa, E. (2006). Relación entre el Estrés Ocupacional y Satisfacción Laboral en el personal de enfermería que labora en el servicio de Emergencia Pediátrica y de Adultos del Hospital Dr. Pedro Emilio Carrillo, de Valera, Edo Trujillo, Venezuela. Enero a Marzo del 2006. Universidad Católica Andrés Bello. Dirección de Post Grado. Especialización en gerencia de Servicios de Salud. Caracas, Venezuela.
- Parra, S, Paravic, T. (2002). Satisfacción laboral en enfermeras/os que trabajan en el Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU). *Ciencia y Enfermería* 8 (2).
- Pera, G, Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit.* 16 (6): 480 - 486.
- Pérez, MA, Martín, A, Gallego, A, Correa, E, Pérez, J. (2003). Repercusiones psicológicas del estrés laboral en los profesionales sanitarios que trabajan en los Equipos de Trasplantes. *C. Med. Psicosom.* N° 66: 19 – 31.
- Pilowski, L, O'Sullivan, G. (1989). Mental illness in doctors. *British Medical Journal*. 298, 269 – 270.
- Primeras jornadas Europeas PAIMM, (2001). Conclusiones. Recuperadas en Enero 26, 2005, <http://www.paimm.net>.
- Pronovost, PJ, Angus, DC, Doman, T, Robinson, KA, Dremsizov, TT, Young, TL. (2002). Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. *JAMA*. Nov 6; 288 (17): 2151 – 2162.
- Quiroz, R, Saco, S. (1999). Factores asociados al Síndrome Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco, Perú. *SITUA - revista semestral de la facultad de medicina humana – UNSAAC*. 11 – 22.
- Revicki, DA, May, HJ, (1985). Occupation stress, social support and depression. *Health psychol.* 4 (1): 61 – 77. PMID: 4018000 (Pubmed – indexed for MEDLINE).
- Rivas, Y, Alejo, M. (2008). Estresores que afectan al profesional que labora en la Unidad de Cuidados intensivos del Centro Médico de Oncología, Junio – Agosto, 2008. Tesis. Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto, Venezuela.

- Roche, WJ, Mackinnon, NL. (1985). La motivación del personal mediante el trabajo con significado. Clásicos de la Administración, Ed. Cultural Creativa. México – México. 105 – 117.
- Rosengren, A, Hawken, S, Ounpuu, S, Sliwa, K, Zubaid, M, Almahmeed, WA, Blackett, KN, Sitthiamom, C, Sato, H, Yusuf, S. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11.119 cases and 13.648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. LANCET. Sep 11-17. 364, (9438): 953 – 962.
- Rovik, JO, Tyssen, R, Hem, E, Gude, T. (2007). Job stress in young physicians with an emphasis on the work-home interface: a nine-year, nationwide and longitudinal study of its course and predictors. Ind health. Oct; 45 (5): 662 – 671.
- Ruiz, J, Martín, MC, Morillas, J, Ricart, P, Blanch, S, Armengol, S, Díaz, E, Jam, R. (2002). Análisis del nivel de satisfacción profesional y de la visión de futuro de la medicina intensiva como especialidad. Med. Intensiva. 26 (2): 51 – 60.
- Ruzafa, M, Madrigal, M, Velandrino, A, López, L. (2008). Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. Gac Sanit.. 22(5):434 – 442.
- Santana, L, Sánchez, M, Rodríguez, F, Hernández, E, Casamitjana, A, Fernández, M. (2008). Actitudes y percepciones del personal médico del hospital acerca de los cuidados intensivos y de la especialidad de Medicina Intensiva. Med. Intensiva. 32 (7): 319 – 328.
- Saturno, PJ, Quintana, O, Varo, J. (1997). ¿Qué es la calidad?, Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria. Dupont Pharma. Madrid, España.
- Schwenkglens M, (2007). Self-treatment and self-medication by Swiss primary care physicians: a cause concern? Swiss Med Wkly. ([www.smw.ch](http://www.smw.ch)). 137(7 – 8). Feb 24.
- Sekeres, MA, Gonzales, JJ, Stern, TA. (2006). Detección y tratamiento del estrés del personal sanitario en la unidad de cuidados intensivos. Irwin and Rippe'S. Medicina Intensiva. Editorial Marban Libros, ed. en español. Madrid, España. pag 2373 – 2379.
- Sepúlveda, AC, Flores, AA, López, G, López, E. (2006). Insatisfacción durante la residencia de pediatría. Prevalencia y factores asociados. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 44 (5): 423 – 432.
- Sobreques, J, Cebriá, J, Segura, J, Rodríguez, C, García, M, Juncosa, S. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de la atención primaria. Aten Primaria. 31: 227 – 233.
- Thompson, W, Cupples, M, Sibbett, C, Skan, D, Bradley T. (2001). Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners care of their own health: qualitative study. BMJ; 323: 728 – 731.

- Tizón, JL. (2004). Profesionales quemados, profesionales desengañados o profesionales con trastornos psicopatológicos. Reflexiones en Medicina de Familia. Aten primaria. 33 (6): 326 – 330.
- Torres, E, San Sebastián, X, Ibarretxe, R, Zumalabe, JM. (2002). Autopercepción de estrés laboral y distrés: un estudio empírico en la policía municipal. Universidad del País Vasco. Psicothema. Vol. 1 (nº 2): 215 – 220.
- Uribe, JC, Rodríguez, L, Mirabal, MA. (2009). Estrés laboral, síndrome de desgaste profesional y morbilidad psiquiátrica en médicos residentes de post grado del servicio autónomo del Hospital Central de Maracay, Edo Aragua, Venezuela. Tesis de grado. Universidad de Carabobo. Octubre.
- Varela, PI, Ferreiro, A, Fontao, LF, Martínez, AM. (2004). Satisfacción laboral de los Odontólogos y Estomatólogos del Servicio Gallego de Salud. Rev. Esp. Salud Pública, Madrid. Vol. 78: 3, May/June.
- Velarde, RJ, Priego, H, López, JI. (2004). Estudio de satisfacción laboral del médico de la consulta externa de medicina familiar del Centro Médico ISSET. Hitos de Ciencias Económico Administrativas. 27: 44 – 66.

## Anexos:

### Anexo - Tablas:

| <b>Tabla</b> | <b>Descripción de la Tabla</b>   | <b>Pag</b> |
|--------------|--|------------|
| I            | Descripción Socio Demográfica de la muestra.   | 27         |
| II           | Descripción Socio Demográfica del tipo de centro donde laboran, distribución por centro asistencial y el género de la muestra.   | 28         |
| III          | Descripción Socio Demográfica de la muestra en referencia al grado de formación profesional.   | 29         |
| IV           | Descripción Socio Demográfica de la muestra en referencia al tiempo de antigüedad como médico, la distribución por género y el centro asistencial.   | 30         |
| V            | Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra a las dimensiones que evalúan la Escala de Satisfacción Laboral (S 20/23).  | 31         |
| VI           | Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra a las dimensiones que evalúan la Escala de Satisfacción Laboral (S 20/23) en su distribución por los centros asistenciales.   | 32         |
| VII          | Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra de las relaciones personales, los recursos en el trabajo, la existencia y la presencia de riesgos distribuidos por género.  | 34         |
| VIII         | Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra de las relaciones personales, los recursos en el trabajo, la existencia y la presencia de riesgos distribuidos por los centros asistenciales.   | 35         |
| IX           | Descripción Socio Demográfica con respecto a la evaluación que realiza la muestra de los Factores de Riesgo y la distribución de la media por géneros.   | 37         |
| X            | Descripción Socio Demográfica con respecto a la evaluación que realiza la muestra de los Factores de Riesgo y la distribución de la media por centro asistencial.  | 38         |
| XI           | Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra a las dimensiones que evalúan los Rasgos Psicopatológicos (Cuestionario SCL – 90 – R).  | 39         |
| XII          | Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra a las dimensiones que evalúan los Rasgos Psicopatológicos (Cuestionario SCL – 90 – R) en su distribución por los centros asistenciales  | 40         |
| XIII         | Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra en relación a los niveles de estrés encontrados en la muestra total, la diferencia por géneros, por centros donde laboran y el tipo de ejercicio profesional.   | 42         |
| XIV          | Descripción Socio Demográfica que realiza la muestra de la correlación entre el tipo de ejercicio profesional, la edad, la antigüedad como médico, el índice global de satisfacción laboral (S 20/23) y los índices que evalúan los Rasgos Psicopatológicos (Cuestionario SCL – 90 – R). | 43         |

**Anexos:**

**Anexo – Consentimiento y Cuestionarios:**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La jornada de trabajo en la cual se desenvuelve el médico, cada día genera estrés y es agente causal de desgaste profesional así como la presión laboral, reactividad al estrés, lo invito a participar voluntariamente en este estudio, sin ofrecer incentivo de ningún tipo, es libre de aceptar o rechazar. Se pide que responder a las preguntas y que los datos suministrados, los cuales serán manejados confidencialmente, su respuesta se mantendrá en absoluta reserva.

**Yo:** ..... titular de la **cedula de identidad:**  
..... acepto libre e informado suficientemente a participar en este estudio.

Lugar y fecha de la autorización: .....

**CUESTIONARIO SOCIO DEMOGRÁFICO**

**Datos personales.** Marque con una x en el recuadro o anote el dato pedido sobre la línea.

1) Año de grado como medico: ..... Cursante de post grado: ..... Año: .....  
Especialidad: .....

Primera especialidad: ..... Otra especialidad: .....

Tipo de Cargo: Adjunto: ..... Residente: ..... Tipo de Área de UCI: Adulto: .....  
Pediatria: ..... Emergencia: .....

Centro: ..... Tipo de Centro: Privado: ..... Público: ..... Trabaja en otros centros: .....

2) Sexo: Masculino: ..... Femenino: ..... Edad. .... años

3) Estado civil: Soltero: ..... Casado: ..... Divorciado: ..... Viudo: .....  
Otros: .....

4) Tiene hijos: Si: ..... No: ..... Nº: ..... Trabaja su Cónyuge: Si: ..... No: .....

5) Vive: Solo: ..... Con la Familia: ..... Residencia: ..... Posee vivienda: Si: ..... No: .....

6) Tipo de vivienda: Propia: ..... Alquilada: ..... Prestada: ..... Hipotecada: .....

7) Posee vehículo propio: Si: ..... No: ..... Usa el transporte público: Si: ..... No: .....  
Otros: .....

8) Que hace en su tiempo libre: Estudiar: .... Oír música: .... Leer: ..... Deporte: .... Sale de compras: ..... Compartir con familiares/amigos: ..... Contribuir en las tareas del hogar: ..... Otros: .....

9) Medios de manutención: Trabaja: ..... Beca: ..... Ayuda Familiar: .....

10) Existen riesgos en el área de trabajo: Si: ..... No: ..... Seleccione los que considere: Ruido: ..... Frio: ..... Calor: ..... Enfermedades Infecciosas: ..... Radiaciones: .....

11) Están presentes riesgos de seguridad que generen accidentes y lesiones: Si: ..... No: ..... Seleccione los que considere: Falta de Limpieza: ..... Falta de Baños adecuados: ..... Peligros Eléctricos: ..... Iluminación inadecuada: ..... Ventilación inadecuada: ..... Otros: .....

12) Las relaciones interpersonales con mi equipo de trabajo son: Muy Buenas: ..... Buenas: ..... Regulares: ..... Malas: .....

13) Los recurso para mi ejercicio profesional adecuado son: Excelentes: ..... Suficientes: ..... Insuficientes: ..... Muy escasos: .....

14) Que síntomas, signos y situaciones conductuales de las que están en la lista ha experimentado usted en el trabajo, señale con una cruz en la casilla que más se identifica:

| Cuestionario Conductual: |   | 1     | 2             | 3              | 4       |
|--------------------------|---|-------|---------------|----------------|---------|
| Nº                       | Síntomas y Situaciones                              | Nunca | Algunas veces | frecuentemente | Siempre |
| 1                        | Dolor de cabeza                                     |       |               |                |         |
| 2                        | Dolor de estomago                                   |       |               |                |         |
| 3                        | Dolor de espalda                                    |       |               |                |         |
| 4                        | Rigidez de cuello y espalda                         |       |               |                |         |
| 5                        | Problemas Gastrointestinales (acidez y / o diarrea) |       |               |                |         |
| 6                        | Fatiga  |       |               |                |         |
| 7                        | Llanto  |       |               |                |         |
| 8                        | Insomnio  |       |               |                |         |
| 9                        | Olvido  |       |               |                |         |
| 10                       | Frustración   |       |               |                |         |
| 11                       | Ansioso   |       |               |                |         |
| 12                       | Deprimido   |       |               |                |         |
| 13                       | Agitado   |       |               |                |         |
| 14                       | Impaciente  |       |               |                |         |
| 15                       | Enojo, Cólera (Irritabilidad)                       |       |               |                |         |
| 16                       | Se aísla, evita contacto con los demás              |       |               |                |         |
| 17                       | Se siente incapaz en el trabajo                     |       |               |                |         |
| 18                       | Come apurado  |       |               |                |         |
| 19                       | Fuma en forma compulsiva                            |       |               |                |         |
| 20                       | Hipertensión Arterial                               |       |               |                |         |

## ASPECTOS LABORALES:

Habitualmente en nuestro trabajo y en los distintos aspectos del mismo, nos producen satisfacción o insatisfacción en algún grado. Califique con las siguientes alternativas el grado de satisfacción o insatisfacción que le producen los distintos aspectos de su trabajo.

| INSATISFACCION | SATISFACCION |      |          |       |
|----------------|--------------|------|----------|-------|
| Insatisfecho   | Nada         | Algo | Moderado | Mucho |
| 0              | 1            | 2    | 3        | 4     |

En todos los casos escoja la respuesta posible para cada pregunta de las cinco alternativas de respuesta y márkela con una cruz:

|    |  |   |   |   |   |   |
|----|--|---|---|---|---|---|
| 1  | Las satisfacciones que le producen su trabajo por si mismo                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2  | Las oportunidades que le ofrece su trabajo de realizar las cosas en las que usted se destaca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3  | Las oportunidades que le ofrece su trabajo de hacer las cosas que le gustan                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4  | El salario que recibe  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5  | Los objetivos, metas y tasas de producción que debe alcanzar                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6  | La limpieza, higiene y salubridad de su lugar de trabajo                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7  | El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8  | La iluminación de su lugar de trabajo  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9  | La ventilación de su lugar de trabajo  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | La temperatura de su local de trabajo  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Las oportunidades de formación que le ofrece el centro                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Las oportunidades de formación que tiene   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Las relaciones personales con sus superiores   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | La supervisión que ejercen sobre usted   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | La proximidad y frecuencia con que es supervisado  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | La forma en que sus superiores juzgan su tarea   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | La igualdad y justicia de trato que recibe de su centro                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | El apoyo que recibe de sus superiores  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | La capacidad para decidir autónomamente aspectos relativos a su trabajo                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Su participación en las decisiones de su departamento  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Su participación en las decisiones de su grupo de trabajo relativas al centro asistencial    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | El grado en que su centro cumple el convenio, las disposiciones y leyes laborales            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | La forma en que se da la negociación en su centro sobre los aspectos laborales               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

## ASPECTOS PSICOLOGICOS:

A continuación le presentamos una lista de problemas o molestias que puede padecer la gente, en alguna oportunidad. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días), incluyendo el día de hoy. Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

| Nada | Muy Poco | Poco | Bastante | Mucho |
|------|----------|------|----------|-------|
| 0    | 1        | 2    | 3        | 4     |

No hay respuestas buenas o malas, todas sirven. No deje frases sin responder.

|    |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1  | Dolores de cabeza.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2  | Tener Nerviosismo y agitación interior.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3  | Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4  | Sensación de mareo o desmayo.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5  | Falta de interés en relaciones sexuales.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6  | Criticar a los demás.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7  | Sentir que otro puede controlar mis pensamientos                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8  | Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9  | Tener dificultad para memorizar cosas.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Estar preocupado(a) por mi falta de ganas para hacer algo.                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Sentirme enojado(a), malhumorado(a).  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Dolores en el pecho.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Miedo a los espacios abiertos o las calles.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Sentirme con muy pocas energías.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15 | Pensar en quitarme la vida.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Escuchar voces que otras personas no oyen.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Temblores en mi cuerpo.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Perder la confianza en la mayoría de las personas.                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | No tener ganas de comer.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Llorar por cualquier cosa.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21 | Sentirme incómodo(a) con personas del otro sexo.                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | Sentirme atrapado(a) o encerrado(a).  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23 | Asustarme de repente sin razón alguna.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24 | Explotar y no poder controlarme.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Tener miedo a salir solo(a) de mi casa.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26 | Sentirme culpable por cosas que ocurren.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 | Dolores en la espalda.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 | No poder terminar las cosas que empecé a hacer.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 | Sentirme solo(a).   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30 | Sentirme triste.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31 | Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32 | No tener interés por nada.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33 | Tener miedos.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34 | Sentirme herido en mis sentimientos.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35 | Creer que la gente sabe qué estoy pensando.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36 | Sentir que no me comprenden.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37 | Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38 | Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro(a) de que están bien hechas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39 | Mi corazón late muy fuerte, se acelera.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40 | Náuseas o dolor de estómago.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41 | Sentirme inferior a los demás.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42 | Calambres en manos, brazos o piernas.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43 | Sentir que me vigilan o que hablan de mí.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44 | Tener problemas para dormirme.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|    |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 45 | Tener que controlar una o más veces lo que hago.                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46 | Tener dificultades para tomar decisiones.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47 | Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48 | Tener dificultades para respirar bien.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49 | Ataques de frío o de calor.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50 | Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51 | Sentir que mi mente queda en blanco.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52 | Hormigueos en alguna parte del cuerpo.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53 | Tener un nudo en la garganta.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54 | Perder las esperanzas en el futuro.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55 | Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56 | Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57 | Sentirme muy nervioso(a), agitado(a) .  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58 | Sentir mis brazos y piernas muy pesados   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59 | Pensar que me estoy por morir.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60 | Comer demasiado.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61 | Sentirme incómodo(a) cuando me miran o hablan de mí.                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62 | Tener ideas, pensamientos que no son los míos.                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 63 | Necesitar golpear o lastimar a alguien.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 64 | Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 65 | Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 66 | Dormir con problemas, muy inquieto(a).  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 67 | Necesitar romper o destrozar cosas.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 68 | Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 69 | Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 70 | Sentirme incómodo(a) en lugares donde hay mucha gente.                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 71 | Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 72 | Tener ataques de mucho miedo o de pánico.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 73 | Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 74 | Meterme muy seguido en discusiones.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 75 | Ponerme nervioso(a) cuando estoy solo(a).                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 76 | Sentir que los demás no me valoran como merezco.                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 77 | Sentirme solo(a) aún estando con gente.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 78 | Estar inquieto(a); no poder estar sentado(a) sin moverme.                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 79 | Sentirme un(a) inútil.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 80 | Sentir que algo malo me va a pasar.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 81 | Gritar o tirar cosas.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 82 | Miedo a desmayarme en medio de la gente.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 83 | Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 84 | Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 85 | Sentir que debo ser castigado(a) por mis pecados.                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 86 | Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 87 | Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 88 | Sentirme alejado(a) de las demás personas.                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 89 | Sentirme culpable.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 90 | Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |