



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**PSICOLOGÍA**

**INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LA SATISFACCIÓN LABORAL DE  
MÉDICOS RESIDENTES**

**Tesis**

**Que para obtener el Título de:  
Licenciada en Psicología**

**Presentan:**

**López Mendoza M<sup>a</sup> del Consuelo.  
Martínez Mercado Diana Rubi.**

**Jurado de Examen**

**Tutora: Luz María Rojas Bautista.**

**Comité: Lic. German Gómez Pérez  
Mtra. Julieta Becerra Castellanos  
Lic. José Alberto Montaña Álvarez.  
Lic. Mario Manuel Ayala Gómez.**



Mayo 2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

Agradecimientos.....	4
Resumen.....	6
Introducción.....	6
<b>CAPÍTULO I: SATISFACCIÓN LABORAL.....</b>	<b>10</b>
Antecedentes.....	10
Definiciones.....	10
Dimensiones.....	11
Teorías de satisfacción laboral.....	13
➤ Teoría de Jerarquización de Necesidades.....	13
➤ Teoría de Equidad .....	13
➤ Modelo de Vroom .....	14
➤ Teoría de Características del Puesto .....	14
➤ Teoría de Expectativa / Valencias .....	14
➤ Teoría de Motivación e Higiene .....	14
➤ Teoría de la Motivación por el Logro de Metas .....	16
Factores Psicosociales y Estrés.....	19
➤ Tipos de estresores laborales.....	20
➤ Factores Psicosociales.....	21
Investigaciones a fines a la Satisfacción Laboral.....	27
<b>CAPÍTULO II: DEPRESIÓN.....</b>	<b>30</b>
Antecedentes.....	32
Causas.....	34
Síntomas.....	36
Teorías de depresión.....	39
➤ Enfoque Psicodinámico.....	39
➤ Perspectiva Humanista .....	41
➤ Enfoque Conductual .....	41
➤ Enfoque Cognitivo .....	42
➤ Enfoque Psicobiológico.....	43
➤ Modelo Tripartito.....	44

➤ Enfoque Interpersonal y Cultural .....	44
<b>Tipos de Depresión.....</b>	<b>47</b>
➤ Distimia .....	47
➤ Depresión Leve .....	47
➤ Depresión Moderada .....	47
➤ Depresión Severa.....	47
➤ Trastorno Bipolar .....	47
➤ Depresión reactiva o Neurótica .....	48
➤ Depresión Endógena.....	48
➤ Depresión Orgánica.....	48
<b>Investigaciones afines de la depresión .....</b>	<b>49</b>
<b>Contexto general del IMSS.....</b>	<b>52</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>56</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>65</b>
<b>Conclusiones y Discusión.....</b>	<b>84</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>91</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>97</b>
➤ Anexo 1 .....	98
➤ Anexo 2 .....	103
➤ Anexo 3.....	105

## AGRADECIMIENTOS CONSUELO

Son tantas personas a las cuales debo este triunfo. De lograr alcanzar la culminación de mi formación académica; así, que primero agradezco a Dios que siempre a estado conmigo en cada paso que doy, me ayuda a tomar mis decisiones, aunque a veces tenga que equivocarme para aprender.

Posteriormente, quiero agradecerle a la persona más importante en mi vida, es mi guía y le debo casi todo lo que soy, ya que siempre he tenido su apoyo incondicional y sus regaños que también, fueron importantes, agradezco también sus consejos. Esa persona es mi madre. Tu esfuerzo es tu triunfo y el mío. GRACIAS

También les agradezco a mis hermanos Juan Mario y Cynthia Elena con los que se que siempre puedo contar en las buenas y en las malas, los adoro y mi cuñada Victoria por su apoyo.

A mis maestros Mario Ayala y a Edgar Pérez a quienes les estoy profundamente agradecida pues me ayudaron, aconsejaron y brindaron cariño. Por ser una guía cuando estaba en la escuela y para posteriormente dejar de ser mis maestros para convertirse en mis amigos. Asimismo darle las gracias a mi asesora por su tiempo, y apoyo durante este trabajo.

También agradezco a todos mi amigos como Claudia, asimismo, y de manera especial a los del CCH: Sandra, Esmeralda, Marisol, Selene, Ivan Miranda y César Leonel, quienes me enseñaron y me dejaron los momentos más importantes y bellos de mi vida, pues ellos me ayudaron a madurar.

Mención aparte merecen Sara y Fernando que siempre han estado conmigo, me aconsejan, me apoyan, confían en mí. Gracias.

Ivan Corichi quien es y será un gran amigo, que me enseñó a ser fuerte, a valorarme y a no dejarme caer por situaciones adversas. Gustavo que es una persona muy especial, un verdadero amigo, siempre ha estado en los momentos más difíciles sin esperar nada a cambio, gracias por estar ahí.

A mi amiga Norma, por todas las penas y alegrías vividas juntas, gracias por tu amistad. Por último mi amiga y compañera de Tesis: Rubi, gracias por los momentos buenos y malos que vivimos durante el trayecto.

Quiero agradecer a todas las personas de mi vida que han estado ahí y que no mencione; muchas gracias por ayudarme a ser la persona que soy.

**¡Por fin lo logramos y terminamos, ahora a seguir cosechando triunfos!**

## **AGRADECIENTOS RUBI**

### **A MIS PADRES**

Que con amor, dedicación y esfuerzo han guiado mis pasos día a día para hacer de mí una mujer de bien, porque ustedes han sido para mí un ejemplo de vida. Hoy que llego a la culminación de esta etapa agradezco a dios por permitirme compartir con ustedes éste logro en mi vida, gracias por darme su amor y apoyarme incondicionalmente, hoy les puedo decir que este sueño que se hace realidad también es suyo los amo.

### **A MIS HERMANOS EDUARDO Y CLAUDIA**

Gracias por brindarme su apoyo y compartir cada momento importante en mi vida porque de una forma u otra han sembrado en mí un poco de ustedes, y sobre todo agradezco el esfuerzo que han hecho por estar siempre a mi lado a pesar de la distancia.

### **MI ESPOSO EBER**

Que llegaste a mi vida y te convertiste en una parte muy importante de ella, gracias por apoyarme e impulsarme a continuar cuando sentía que las cosas se hacían difíciles por brindarme tu mano y hacerme sentir que no estaba sola porque a tu manera me has enseñado que en la vida hay que luchar por lo que se desea y que los sueños son el principio de grandes logros gracias por estar siempre a mi lado te amo.

### **A MI HIJA SCARLETT**

Porque ha llegado a mi vida como una bendición hoy te has convertido en la razón más importante para crecer día a día contigo y ser mejor para ti, mis logros te los dedico a ti mi pequeña bebé.

### **A MI TIA NERY**

Que a pesar de la distancia ha sembrado en mí el amor y la dedicación para luchar por lo que uno quiere gracias la quiero mucho.

### **A MIS PROFESORES MARIO Y EDGAR**

Que a través de sus consejos se fue formando poco a poco éste logro agradezco todo el apoyo que nos brindaron a lo largo de este trabajo y sobre todo gracias por brindarme su amistad que atesoro enormemente.

### **A TI CONSUELITO**

Agradezco toda la paciencia, esfuerzo y dedicación desde el momento en que empezamos la realización de este proyecto, hoy lo podemos ver concluido, pero más aún gracias por brindarme tu amistad que ha sido invaluable

### **A MI TUTORA LUZ MARIA**

Que nos apoyó siempre y que nos orientó para poder ver realizado este logro gracias por todo el tiempo que nos brindó.

# **INFLUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LA SATISFACCIÓN LABORAL DE**

## **MÉDICOS RESIDENTES**

### **Resumen**

Desde la perspectiva de la psicología humanista la cuál trata al individuo como un todo, la satisfacción es un factor importante dentro del ambiente laboral, donde para lograrla hay que tomar en cuenta una serie de factores intrínsecos y extrínsecos como lo propone Murray (1975) en su teoría. Debido a esto se realizó un estudio de campo, transversal, correlacional que tuvo como objetivo conocer la correlación de la depresión con el nivel de satisfacción laboral de los médicos residentes, se utilizó el cuestionario “S10/12 de Mélia y Peiro” para evaluar satisfacción y “la Escala de Zung” para evaluar depresión, se aplicó a 39 residentes R1 a R3 del Hospital General Regional N°25 del Instituto Mexicano del Seguro Social (HGR N° 25 IMSS). Se utilizó una prueba de Correlación de Pearson, para medir el nivel de relación entre las variables. Encontrando que a mayor depresión menor satisfacción y a menor depresión mayor satisfacción.

*Palabras claves: Satisfacción laboral, Depresión-*

### ***INTRODUCCIÓN***

La satisfacción de las necesidades de un individuo tanto personales como profesionales deben ser compatibles con los objetivos y metas de cualquier institución de salud.

Es decir que la satisfacción, independientemente de su nivel, cuenta con elementos y variables que se interrelacionan, con base a este supuesto es necesario examinar de manera más amplia esa red de elementos, para poder comprender la forma en que afecta a las personas, su motivación, desempeño y su satisfacción que es el tema que interesa estudiar en la presente tesis, para lograr estos objetivos se tomarán en cuenta todo lo que conforma esta red de variables, entre las que destaca la personalidad depresiva como factor específico que incide en el fenómeno de la satisfacción laboral.

Tanto la satisfacción del proveedor de servicio, como la del que lo recibe, en este caso médico y paciente es parte de un juicio acerca de la bondad que afecta a los lugares y condiciones en que se trabaja. Tomando en cuenta que el médico residente es sometido a grandes niveles de tensión

constantes durante la residencia de su especialidad, la atención que proporciona a sus colegas (médicos) así como la atención que él mismo proporciona en general, se verá afectada siendo un reflejo evidente de la sensación de satisfacción del médico hacia su trabajo y es por lo tanto un factor causal de buena atención, o bien un juicio sobre la bondad de la atención.

La medición de satisfacción del empleado reconoce que la moral y la satisfacción general que el empleado siente respecto a su trabajo son de la máxima importancia para la mayoría de las instituciones. Los empleados satisfechos son una condición previa para el aumento de la productividad, de la rapidez de reacción, la calidad y el servicio al cliente, para lograr esto se debe tomar en cuenta los factores externos al trabajo, que se derivan de las circunstancias familiares o de la vida privada de los trabajadores como: elementos culturales, de vivienda y de la personalidad del trabajador que está constituida por diversos factores como: ansiedad, autoestima, neurotismo, sociabilidad relaciones interpersonales y entre éstos se encuentra la depresión que en la presente tesis es el factor fundamental; en ocasiones es provocada por el medio ambiente o por la incapacidad de adaptarse a éste.

A lo largo de los siglos se ha encontrado que todo individuo se encuentra anclado a uno o más de los tres sistemas de apoyo social más importantes y conocidos por el ser humano, los cuales son la familia, la iglesia y la comunidad de vecinos (medio ambiente)...mismos que sirven como apoyo contra estados emocionales inconsistentes, como la misma depresión, el miedo y la ira (Calderón, 1984).

Si en la vida cotidiana se da el anclaje, de alguno de los factores psicosociales como las emociones, éstas podrían ser de cierta manera uno de los factores importantes en la satisfacción laboral, es decir que la presencia de éstos factores puede tener algún tipo de consecuencias sobre la capacidad del trabajador para desempeñar sus actividades laborales de forma efectiva. Algunas personas con depresión definido como el cuadro clínico caracterizado por la presencia de eventos diversos: tristeza, inhibición psicomotriz, auto reproches, visión pesimista de la vista etcétera (Bleichmar, 1976) tienen incluso que dejar de trabajar por completo durante cierto tiempo a causa de la gravedad de sus síntomas; muchos otros intentarán continuar trabajando, conscientes de que su rendimiento es peor del habitual pero pensando que no pueden mejorar su estado de

ánimo ya que creen que es normal. Sin embargo, aquellas personas que sufren una depresión se comportan de una forma no habitual en muchos aspectos de su vida, tanto en casa como en el trabajo. Algunos cambios pueden llegar a ser particularmente evidentes para los compañeros de trabajo o para el jefe.

Los sujetos que padecen esta enfermedad cambian mucho su forma de vida con respecto al trabajo, tanto que la lentitud y los errores en el trabajo se presentan más a menudo, así como las dificultades en la concentración reflejada en olvidos frecuentes o un inadecuado cumplimiento de diversas actividades y horarios, también hay un incremento de ausencias injustificadas o de abandono del puesto de trabajo por enfermedad creando frecuentes discusiones y enfrentamientos con los compañeros de trabajo.

A su vez “el estado constitucional (depresión) y los factores ambientales y laborales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios; pues el predominio del primero o algún otro influirá en el tipo de depresión y así mismo del nivel de satisfacción que el individuo presente.

Existen diferentes causas de la depresión, entre ellas: las laborales, éstas son algunas de las causas sociales que suelen presentarse en el medio ambiente del sujeto; y las causas psicológicas, que intervienen principalmente en sus ideas pesimistas sobre él mismo y el entorno que lo rodea. Los factores emocionales desempeñan un papel preponderante – presentándose en los primeros años de vida – determinando rasgos de personalidad tan profundamente enraizados en el modo de ser del individuo, que algunos se refieren a ellos como rasgos constitucionales. Los que a su vez se pueden ver reflejados a lo largo de su historia de vida por las dificultades que presenta el individuo para desarrollarse en un entorno social y laboral de manera eficaz llevándolo así en el caso de lo laboral a sufrir un estado de insatisfacción constante que se ve tal vez agudizado más por las condiciones estresantes y las largas jornadas a las que se encuentra sometido un médico

Esta tesis trata de relacionar estos dos fenómenos (depresión - satisfacción laboral) y establecer el grado de relación que existe entre el primero y el segundo si es que en realidad afecta en el comportamiento y desempeño del individuo.

En el capítulo uno se bosquejan brevemente los antecedentes de los primeros trabajos de

satisfacción laboral desde la psicología organizacional que se realizaron de 1927 a 1973, por Hawthorne y Feeboern, así como algunas de las definiciones que nos podrían ayudar a unificar de alguna manera, la forma en que se interpreta o define la satisfacción laboral, también tomamos en cuenta las dimensiones más utilizadas para determinar la satisfacción entre los empleados como: Sueldos, compensaciones, condiciones de trabajo, relaciones laborales, ajustes de personalidad, ambiente de trabajo etc.

De igual manera bosquejamos algunas de las teorías como el modelo Vroom de 1979, la teoría expectativa/valencia, y la Teoría de la motivación por el logro de metas en la que centramos nuestro interés y es el sustento teórico de la presente tesis. Estas teorías han tratado de explicar cómo es que se comporta y a que se debe la satisfacción o insatisfacción laboral entre los trabajadores

Por último se mencionan otros factores (estrés y factores psicosociales) que pueden influir en la satisfacción laboral así como algunos estudios afines con el tema de la satisfacción laboral.

El capítulo dos está centrado en la depresión. Se revisó desde su aparición en tiempos de los griegos y como ha ido evolucionando hasta nuestra época la definición. También conoceremos sus causas, cuál es la sintomatología, de igual manera conoceremos cómo se define según la corriente psicológica nombrada Enfoque Socio – Cultural que respalda esta tesis y por último los tipos de depresión que existen hasta nuestras épocas.

En la metodología se establecieron las variables que se estudiaron tanto conceptual como operacionalmente, se menciona el tipo de estudio realizado y las características del mismo.

Por último se muestran los resultados obtenidos después de la aplicación del manejo estadístico mostrando de manera gráfica los datos más relevantes. Posteriormente con base en estos últimos se llevó a cabo un análisis y discusión de los mismos dando cabida a las conclusiones y sugerencias

# ***CAPÍTULO I***

## ***SATISFACCIÓN LABORAL***

### ***ANTECEDENTES***

Los estudios que abordan el comportamiento del trabajo y su relación con la satisfacción laboral empezaron a tener importancia a partir de los estudios de rendimiento laboral de Hawthorne (1927- 1937) en donde se vieron los efectos y beneficios de la expresión libre de sentimientos y emociones del trabajo; posteriormente, Feeboern y Geenlick (1973), señalan que las organizaciones - “definida como: una asociación de personas regulada por un conjunto de normas en función de determinados fines” (Diccionario de la Real Academia Española, 2001) -, que desean crecer y sobrevivir, deben también tener una visión de servicio hacia los profesionales. En este contexto, la satisfacción del profesional de la salud se vuelve un criterio de calidad de ciertas características y funciones de la propia organización.

Por otra parte la necesidad es: El estado interno el cual hace que ciertas manifestaciones parezcan *atractivas*. Una necesidad no satisfecha crea una tensión que origina estímulos dentro del individuo. Dichos estímulos generan un comportamiento de búsqueda de metas específicas que de lograrse, satisfacen las necesidades y llevarán a la reducción de la tensión (Robbins, 1996).

### **DEFINICIONES**

La satisfacción laboral del trabajador en el desempeño de sus funciones es considerada en las ciencias sociales como un factor determinante por lo que ésta se ha tratado de definirla de diferentes maneras, a continuación mencionaremos algunas de las definiciones que se le han dado a lo largo del tiempo:

- La satisfacción laboral se podría decir que es el grado en que el individuo experimenta sentimientos negativos ó positivos en relación con las distintas facetas de su actividad

laboral, su ambiente de trabajo y la relación con sus compañeros (Shermerhorn, 1987).

- Desde la psicología organizacional, la satisfacción laboral es entendida como la sensación de bienestar derivada de las condiciones de trabajo, de la realización de las tareas, de la pertenencia a una organización y de conseguir objetivos y logros profesionales (Martínez, 2004).
- Por otro lado el modelo de Vroom propone que la satisfacción y el desempeño laboral establecen una relación negativa con el ausentismo y la rotación del personal; es decir, los individuos están satisfechos con su trabajo hasta el grado que les permitan obtener lo que deseen; su desempeño es eficiente siempre y cuando lo conduzca la satisfacción de sus necesidades (Werther, 1988).

Sin embargo y dado que teóricamente Murray y sus colaboradores (1975, citados en Robbins, 1996) consideraban a la necesidad de los seres humanos como un factor determinante y motivante en el trabajo tomaremos en cuenta la siguiente definición por ser la más adecuada debido a las características de la investigación:

- La necesidad es el estado interno para que ciertas manifestaciones parezcan atractivas. Una necesidad no satisfecha crea una tensión que origina estímulos dentro del individuo. Dichos estímulos generan un comportamiento de búsqueda de metas específicas que de lograrse, satisfacen las necesidades y llevaran a la reducción de la tensión (Robbins, 1996).

## **DIMENSIONES**

Ahora bien, es importante identificar qué es lo que determina la satisfacción de los empleados en general y de los médicos residentes en particular. De acuerdo con (Kahneman, Diener y Schawartz, 2003) los factores más importantes que conducen a la satisfacción en el puesto son:

- **Que el trabajo represente un reto desde el punto de vista intelectual**

Los trabajadores tienden a preferir especialidades que les den la oportunidad de utilizar sus habilidades y sus capacidades, y que les ofrezcan una variedad de tareas y retroalimentación sobre su desempeño.

➤ **Sueldos, compensaciones y recompensas equitativas.**

La satisfacción en este aspecto se logra a través de la percepción que los residentes tienen acerca de lo equitativo, justo y bien definido del sistema de sueldos, compensaciones y recompensas a partir de los requerimientos de la especialidad durante la residencia y en un futuro a mediano y largo plazo siendo muy importante las políticas para lograr una base, promoción o ascenso.

➤ **Condiciones de trabajo que apoyen el desempeño de sus actividades.**

Generalmente tanto los médicos como los residentes desean contar con un ambiente de trabajo que no sea peligroso ni incómodo, que la temperatura ambiente, la iluminación, el ruido, la ventilación y otros factores ambientales no sean extremos, las instalaciones limpias y los instrumentos y equipos de trabajo sean adecuados de manera que apoyen el desempeño de sus funciones y su actuación en sus actividades.

➤ **Relaciones con sus colaboradores**

Es de suma importancia el tener un ambiente agradable y de apoyo mutuo entre los compañeros de trabajo (maestros, jefes y supervisores), ya que este simple hecho puede originar satisfacción o insatisfacción en el trabajo.

➤ **Ajuste de personalidad y al ambiente de trabajo**

Cuando existe una buena reacción del médico en su estadía de residencia, se siente cómodo con el ambiente de trabajo donde se desarrolla su residencia.

Continuando con la idea de Kahneman, Diener y Schwartz (2003) al pensar en la satisfacción laboral o en la satisfacción en la vida se deben considerar tres ejes principales de medición. *El primero iría de Insatisfacción hacia satisfacción*, cuyo polo positivo es entendido a menudo como felicidad o placer. Ambos polos se examinan generalmente sin atender el nivel de activación mental o *arousal* del sujeto, es decir, que los otros dos ejes se diferencian por considerar tales niveles de activación *el segundo eje va de ansiedad a comodidad*; en donde los sentimientos de ansiedad combinan una baja satisfacción con una alta activación mental, mientras la comodidad se muestra como satisfacción con una baja activación. *El último eje va de depresión a entusiasmo*; los sentimientos de entusiasmo y motivación positiva se caracterizan por una elevada satisfacción y muy elevada activación, mientras que la depresión y la tristeza se asocian a una muy baja satisfacción y baja activación

Es precisamente en este último punto en donde se centra la tesis siendo tan importante la satisfacción como su relación con la personalidad de cada individuo y cómo influye ésta para que se dé o no la satisfacción, no solo en cuanto a los aspectos individuales, sino también en el campo laboral. Dentro de este ámbito la satisfacción personal abarca un componente más amplio en donde entran la competencia personal, aspiraciones, autonomía funcional y funcionamiento integrado y la satisfacción laboral que se entiende como los sentimientos que las personas tienen sobre sí mismas en relación a su trabajo.

Debido a que a nivel organizacional las empresas y las instituciones que se encuentran inmersas en un constante movimiento como en el caso del IMSS no deben de perder de vista el cómo la personalidad del médico residente influye en la satisfacción del mismo.

### ***TEORÍAS SOBRE LA SATISFACCIÓN LABORAL***

Las teorías más conocidas son:

#### ***Teoría de la jerarquización de necesidades***

Según Maslow (1954, citado en Maslow, 1991) la satisfacción de las necesidades da como resultado una actitud positiva de los trabajadores, por lo tanto se establece que éste es uno de los factores prevalecientes relacionados con su motivación (Salinas y colaboradores, 1994), sugiriendo que la gente es motivada para adoptar aquellas conductas que percibe como un medio para satisfacer las necesidades experimentadas (Robbins, 1996).

#### ***Teoría de la equidad***

Esta teoría se basa en la idea de que el principal determinante del desempeño y la satisfacción en el trabajo es el grado de equidad o inequidad que el individuo percibe en una situación de trabajo. El grado de equidad es definido en términos de la razón de insumos individuales (tales como el esfuerzo). La teoría de la equidad de Adams se concentra en la comprensión de los procesos por medio de los cuales la conducta es estimulada y sostenida (Enciclopedia España, 2007).

### ***Modelo de Vroom***

Por otra lado el modelo de Vroom (1979) considera que la satisfacción y el desempeño laboral establecen una relación negativa con el ausentismo y la rotación del personal; es decir, los individuos están satisfechos con su trabajo hasta el grado que les permitan obtener lo que deseen; su desempeño es eficiente siempre y cuando los conduzca a la satisfacción de sus necesidades.

### ***Modelo de características del puesto***

Basados en la teoría de atributos necesarios de las tareas, Hackman y Oldham (citados en Shermerhorn, 1987) diseñaron el modelo de características del puesto (MCP), dentro del cual se definen las características de la tarea y su relación con la motivación, desempeño y satisfacción del empleo. Este modelo propone que en un empleado los resultados positivos, tanto personales como de trabajo (el desempeño, alta satisfacción en el trabajo) se dan cuando estén presentes los tres estados psicológicos críticos (experimentar el significado del trabajo, responsabilidad por el trabajo realizado y conocimiento de los resultados).

### ***Teoría de la expectativa/ valencia***

Esta teoría intenta identificar la relación entre variables en un estado dinámico, así como sus efectos en la conducta del individuo. Esta teoría postula que la conducta humana es una función del proceso interactivo entre las características de un individuo tales como (rasgos de personalidad, actitudes, necesidades y valores) y su percepción del ambiente (estilo de supervisión trabajo o requerimiento de las tareas y clima organizacional).

El enfoque básico de esta teoría es la relación entre los insumos y los productos del individuo, por lo tanto postula que la conducta humana es una función del proceso interactivo entre las características de un individuo (rasgos de personalidad, actitudes, necesidades y valores) y su percepción del ambiente (estilo de supervisión, trabajo ó requerimientos de las tareas y el clima de la organización) (Aldag, 1989).

### ***Teoría de la Motivación e – Higiene***

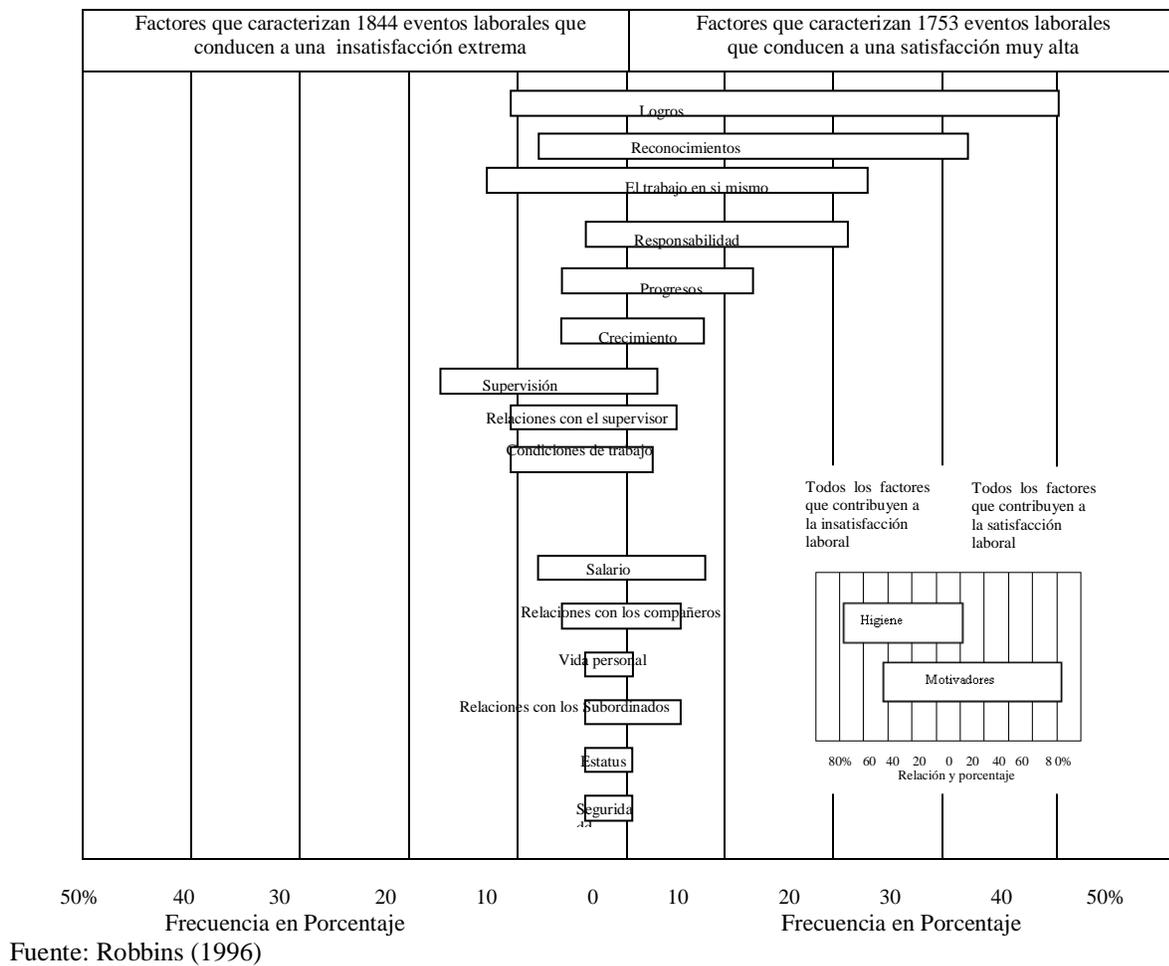
El modelo de Herzberg (1959) sugiere que los factores involucrados en la generación que la satisfacción y la motivación en el trabajo (reto del trabajo, sistema de recompensas justas, condiciones favorables de trabajo, colegas que brinden apoyo) son distintos a aquellos factores

que llevan a la insatisfacción en el trabajo (bloqueo de crecimiento profesional, horario incompatible con la vida familiar, trato hostil por compañeros o jefes, condiciones desfavorables). Se considera que la satisfacción y la insatisfacción en el trabajo no son dos sentimientos opuestos, ya que lo opuesto a satisfacción sería no satisfacción y de igual manera lo supuesto a insatisfacción sería no insatisfacción (tabla 1).

La dinámica de los dos factores puede resumirse en dos principios

1. El mejoramiento de los factores de higiene puede evitar y ayudar a eliminar la insatisfacción laboral, pero no puede incrementar la productividad.
2. El mejoramiento de los satisfactores genera satisfacción laboral, pero no impide la insatisfacción.

**Tabla 1:** Factores para la satisfacción e insatisfacción de Herberg



### ***Teoría de la motivación por el logro de metas***

Murray (1963, citado en Araque, 2005) fue uno de los primeros teóricos de la personalidad interesado en el debate de si la estructura de la personalidad se describía mejor en términos de rasgos o de forma más dinámica en términos de necesidades o motivos. Algunas conductas están gobernadas por un conjunto de necesidades humanas universales. Murray introdujo el concepto de necesidades, las cuales tenían base fisiológica y estaban relacionadas con fuerzas químicas en el cerebro, podrían surgir tanto de los procesos internos como de los acontecimientos externos, pero todas creaban un estado de tensión en la persona que, si eran satisfechas producían una reducción de la tensión.

Él afirmaba que algunas (pero no todas) conductas estaban gobernadas por un conjunto nuclear de necesidades humanas universales. Creó una lista de las 20 necesidades humanas más importantes o básicas (véase tabla 2), entre ellas está la necesidad de logro: superar obstáculos y llegar a un estándar alto, superar a los demás, esforzarse y alcanzar el dominio; la necesidad de afiliación: formar amistades y asociaciones, saludar, juntarse y vivir con otros, cooperar y conversar de forma sociable con otros; la necesidad de dominancia (o poder): influenciar o controlar a otros, persuadir, prohibir, dictar, ordenar, restringir, organizar la conducta de un grupo (Cofer, 1978).

Murray elaboró una lista para identificar las necesidades humanas que apoyaban su creencia de que la conducta humana estaba gobernada por un conjunto de necesidades humanas universales. Esta lista incluye necesidades opuestas, otras de naturaleza intelectual, de esfuerzo, defensivas y sociales.

Murray se propuso evaluar los motivos de múltiples maneras porque éstos se podían expresar de muchas maneras como por ejemplo; mediante conductas de aproximación, de evitación, de atención selectiva. Para medir estos motivos utilizó cuestionarios, entrevistas, la asociación libre, diarios, escritos autobiográficos, las observaciones de grupos y de contextos experimentales además de también observar las reacciones ante la frustración, la música y el humor. Sin duda la mayor aportación de Murray fue la creación del Test de Apercepción Temática (TAT) para medir las necesidades humanas (Reeve, 1994).

Teóricamente, Murray, McClelland & Atkinson (1975) postulan que los individuos pueden ser clasificados de acuerdo con la fuerza o intensidad de las variables personalidad – necesidad. Consideraban que esas necesidades representaban la fuerza central de la motivación, pero a su vez veían la personalidad del individuo como algo compuesto por necesidades divergentes y frecuentemente conflictivas que tenían el potencial de motivar la conducta humana. Una década más tarde Murray, McClelland & Atkinson (citados en Garrido, 1996), adaptaron la técnica del TAT a un método de puntuación de tres necesidades específicas.

**Tabla 2:** Lista de necesidades propuestas por Murray.

<b>Necesidad</b>	<b>Descripción</b>
Dominación	Controlar el propio ambiente
Deferencia	Admirar y apoyar a otro superior
Autonomía	Resistir la influencia o coacción
Degradación	Someterse en forma pasiva a una fuerza externa
Agresión	Vencer la oposición por la fuerza
Logro	Realizar algo difícil
Sexo	Formar y favorecer una relación erótica
Sensibilidad	Buscar y disfrutar placeres sensuales
Exhibición	Causar una impresión
Juego	Relajarse, divertirse, buscar recreación y entretenimiento
Afiliación	Formar amistades y asociaciones
Rechazo	Despreciar, ignorar o excluir a otro
Ayuda	Buscar ayuda, protección o simpatía
Cuidado	Cuidar, ayudar o proteger a otro desamparado
Evitación de sentirse inferior	Evitar la humillación
Defensa	Defenderse contra el asalto, la crítica y la culpa
Oposición	Dominar o arreglar un fracaso luchando de nuevo
Evitación de daño	Evitar el dolor, le lesión física, la enfermedad y la muerte
Orden	Organizar las cosas
Entendimiento	Tendencia a preguntar o a responder cuestiones generales

Fuente: Araque (2005).

McClelland, Atkinson, Raynor & Stahl (1975, citados en Furnhon, 2001). Formularon una teoría de las necesidades que se enfoca solamente en tres específicas de toda la lista proporcionada por Murray: Necesidad de Logro, Necesidad de Afiliación y Necesidad de Poder que se definen como sigue:

- **Necesidad de logro:** El impulso por sobresalir, por tener realización sobre un conjunto de normas, luchar para tener éxito. Cuando esta necesidad predomina, se manifiesta por una preocupación por fijar metas en ocasiones riesgosas y difíciles y por la satisfacción que se obtiene al conseguirlas
- **Necesidad de poder:** Es la necesidad de hacer que los otros se conduzcan como no lo habrían hecho de otro modo. Las personas guiadas por la necesidad de poder o de influir sobre otros, se sienten realmente satisfechas con el ejercicio de la autoridad, ésta necesidad puede ser considerada como una variedad de la necesidad de estima.
- **Necesidad de afiliación:** Es el deseo de tener relaciones amistosas y cercanas. A las personas las impulsa el agrado por tener buenas relaciones con los demás y disfrutan de la compañía de otros, la afiliación representa en gran medida lo que Maslow denominó necesidad de afecto (Furnhon, 2001).

Estas tres necesidades ayudan a explicar, según McClelland (1961) (citado en Newstrom, 2007) la motivación del individuo por lo que las clasificó como necesidades de poder (n/POD), Necesidades de Asociación (n/ASO) y necesidades de logro (n/LOG). Estos tres impulsos son de especial importancia para la administración, puesto que deben reconocerse, que todos ellos permiten que una empresa organizada funcione adecuadamente.

Según Araque 2005 en 1963 Murray descubrió que la n-poder no se relaciona con el desarrollo económico sino con el estilo de liderazgo, la combinación de una n elevada n-poder y un escasa n-afiliación se relacionaban con la tendencia a recurrir a métodos totalitarios como estilo de liderazgo, los investigadores manifiestan que la n- logro tiene manifestaciones de la conducta que difieren y tanto de la n- poder como de la n-afiliación, en términos de las relaciones del individuo con las personas. La n-poder y la n-afiliación son necesidades orientadas interpersonalmente. La n- logro por su parte parece ser una necesidad mas internalizada, este individuo puede necesitar de otras personas para que contribuyan a satisfacer esta necesidad.

Según Wesley (1990) los estudios de McClelland de 1961 “revelan que los impulsos motivadores de las personas reflejan los elementos de la cultura en la que habían crecido: su familia, escuela, iglesia y libros. Y en la mayoría de los casos los trabajadores tendían a estar muy arraigados con uno o dos de los patrones de motivación porque habían crecido en antecedentes similares”.

Estas son algunas de las teorías que se pueden mencionar sobre la satisfacción laboral, sin embargo, en la investigación realizada se utilizó la teoría de la Motivación por el logro de metas. Se considera que estos factores son los que podrían contribuir de manera más directa a un estado de depresión ya que están relacionados con la emociones de la personas y su personalidad así como sus relaciones interpersonales; y los satisfactores o motivadores que se relacionan con lo que a nivel laboral se considera para mediar la satisfacción e insatisfacción dado que lo que se pretende es ver si existe o no la relación entre los factores ambientales del lugar de trabajo y la depresión es por eso que la teoría de la motivación por el logro de metas que contempla varios factores de personalidad es la que enmarcará el aspecto teórico de nuestra investigación.

Algunos otros factores que pueden influir -tanto en la satisfacción laboral como en la depresión-, son los factores psicosociales y el estrés. Por ello aunque no es el punto central de la presente investigación es importante bosquejarlos como a continuación se detalla.

### ***FACTORES PSICOSOCIALES Y ESTRÉS***

El estrés visto como respuesta se define como una condición interna de los organismos o las personas para poder ajustarse a los cambios ambientales que son vividos como peligrosos o amenazantes. Estos ajustes tienen como finalidad la adecuación del comportamiento al medio ambiente para preservar las regulaciones internas. Esta definición: conduce a la idea de que el estrés es una respuesta del organismo para restaurar el equilibrio homeostático, lo que le imprime un alto valor adaptativo (Valdés y De Flores, 1990).

Lazarus (en Alfaro, Campos, Carpio, González, Medrán, & Sánchez, 2002), considera que la noción de estrés involucra en realidad varios niveles de análisis: fisiológico, psicológico y social, éstos aluden a una multiplicidad de factores en contaste interacción.

Por su parte, Lazarus & Folkman, (1986) señalan que: El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

### **Tipos de estresores laborales**

Hay algunas profesiones que son fuente de estrés. La medicina es, sin duda, una profesión generadora de gran estrés, ya que se viven situaciones de gran intensidad emocional.

Las fuentes de estrés, se clasifican en:

- *Sucesos vitales intensos y extraordinarios.* Aparece cuando se producen situaciones de cambio como separación matrimonial, despidos de trabajo, muerte de familiares próximos, etc.

- *Sucesos diarios estresantes de pequeña intensidad.* Este tipo de sucesos pueden provocar efectos psicológicos y biológicos más importantes que los que puedan generar acontecimientos más drásticos como la muerte de un familiar próximo.

- *Sucesos de tensión crónica mantenida.*- Son aquellas situaciones capaces de generar estrés mantenido durante períodos de tiempo más o menos largos. El estrés que supone tener un hijo que tiene problemas cada día a consecuencia de una enfermedad, drogadicción (SATSE, 2011).

De Acuerdo con Spector (2002) el estrés laboral produce una serie de consecuencias y efectos negativos que se ven reflejados tanto física como psicológicamente en el individuo provocando una serie de trastornos en el organismo y en la conducta del individuo alguna de ellas se enumeran a continuación:

*1.- A nivel del sistema de respuesta fisiológica.*- Taquicardia, aumento de la tensión arterial, sudoración, alteraciones del ritmo respiratorio, aumento de la tensión muscular, aumento de la glucemia en sangre, aumento del metabolismo basal, aumento del colesterol, inhibición del sistema inmunológico, sensación de nudo en la garganta, dilatación de pupilas.

2.- *A nivel del sistema cognitivo.*- sensación de preocupación, indecisión, bajo nivel de concentración, desorientación, mal humor, hipersensibilidad a la crítica, sentimientos de falta de control.

3.- *A nivel del sistema motor:* hablar rápido, temblores, tartamudeo, voz entrecortada, imprecisión, explosiones emocionales, consumo de drogas legales como tabaco y alcohol, exceso de apetito, falta de apetito, conductas impulsivas, risas nerviosas, bostezos.

4.-*Trastornos sexuales.*- Impotencia, eyaculación precoz, vaginismo, alteraciones de la libido.

5.-*Trastornos psicopatológicos.*- Ansiedad, miedos, fobias, depresión, conductas adictivas, insomnio, alteraciones alimentarias, trastornos de la personalidad.

Estos son algunos de los factores de estrés que sufren los profesionales sanitarios al igual que muchos otros profesionales del trabajo. Los factores que inciden sobre los profesionales actúan a través de una compleja interacción con sus características individuales (personalidad, actitudes, expectativas, necesidades, intereses, experiencias, formación) y las condiciones específicas en las que se llevan a cabo la actividad profesional (atención primaria, UVI, enfermería de Hospital, residencia) (Malagón, Galán & Pontón 2000). Estos factores son fundamentalmente los siguientes: ■ 1.- Factores físicos: jornadas largas de trabajo (>24 horas), tiempo inadecuado de descanso, de privación de sueño, 2.- Factores ambientales: falta de cordialidad, respeto o reconocimiento; maltrato emocional (humillaciones públicas a los médicos residentes), 3.- Factores organizacionales: instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, deficientes sistemas de registro y de apoyo, burocratismo, baja remuneración, 4.- Factores personales: edad, sexo, historia familiar, experiencia personal (Vesta & López, 2006)- pueden actuar como desencadenantes de las situaciones estresantes en los profesionales como.

### **Factores psicosociales**

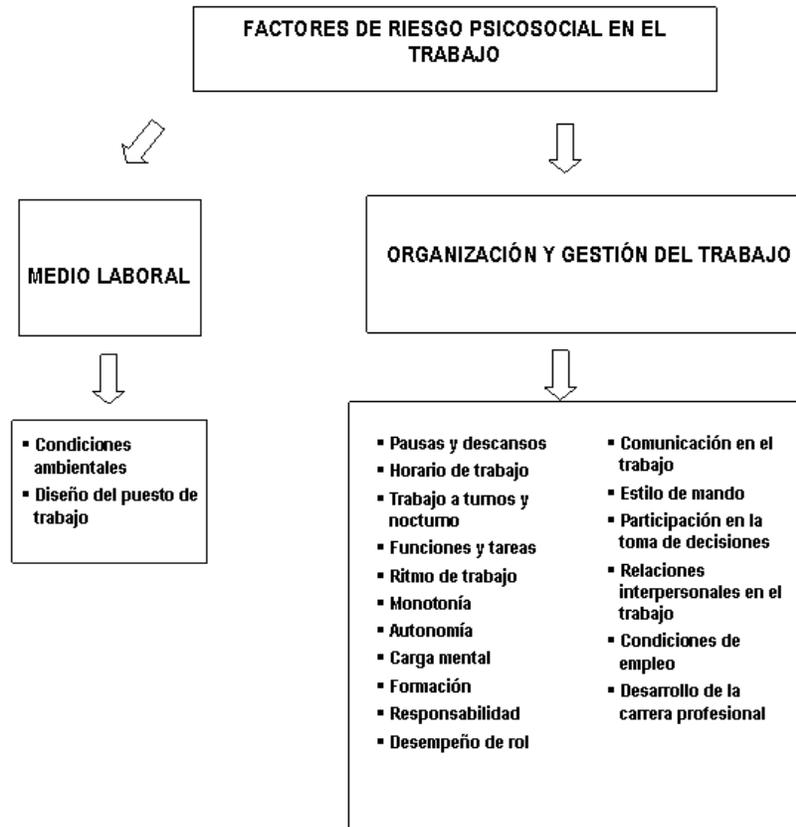
Los factores psicosociales, en el trabajo, consisten por otra parte en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, en las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo;

lo cual a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo (OIT, 1997).

La interacción negativa entre las condiciones del trabajo y los factores humanos del trabajador pueden conducir a perturbaciones emocionales, problemas del comportamiento y cambios bioquímicos, y neuro-hormonales que presentan riesgos adicionales de enfermedades mentales y físicas pueden también ocasionar efectos nocivos para la satisfacción y el rendimiento en el trabajo. Una correspondencia óptima por una parte, entre las capacidades y las limitaciones del individuo y por otra parte, entre las exigencias del trabajo y del medio ambiente, podría crear una situación psicosocial en el trabajo que tendría una influencia positiva sobre la salud.

Se podría decir que los factores de riesgo psicosocial en el trabajo tienen que ver con la interacción del trabajador con el medio laboral y con la organización y gestión del trabajo que son potencialmente negativos para la salud de los trabajadores (cuadro 1)

## Cuadro 1: Factores de riesgo psicosociales en el trabajo



Fuente: Mansilla (2010)

El cuadro anterior muestra algunos de los factores psicosociales que pueden dar lugar a un desajuste de la persona con su entorno laboral a continuación mencionaremos algunos de ellos de manera más descriptiva y que a su vez podrían ser los que más afecten al personal sanitario como es el caso de los residentes

- *Carga de trabajo.*- una carga de trabajo excesiva puede conducir a la fatiga, por lo cual el trabajador disminuye su ritmo de actividad, nota cansancio, los movimientos son más torpes e inseguros y pueden aumentar el riesgo de accidentes.
- *Trabajo por turnos.*- en el caso del trabajo por turnos, los cambios de ritmos biológicos no coinciden necesariamente con las exigencias correspondientes del entorno, se añade también a esto que el entorno social del trabajo por turnos no coincide con las

necesidades por lo que el trabajador tiene que adaptarse en algunas ocasiones a cambios regulares e irregulares de las exigencias del entorno, como es el caso de los turnos rotatorios

- La *sobrecarga cuantitativa*.- se produce cuando se han de realizar muchas operaciones en poco tiempo, debido al volumen de trabajo, a la especialización y estandarización de tareas que se han de llevar a cabo, a la necesidad de una atención sostenida y a los premuras de tiempo o de ritmo de trabajo elevado.
- La *sobrecarga cualitativa*.- hace referencia a excesivas demandas intelectuales o mentales en relación con los conocimientos y habilidades del trabajador. No consiste en demasiado trabajo, sino en la dificultad excesiva del mismo. El problema aparece cuando el sujeto no posee la habilidad suficiente para realizar su tarea.
- *Conflicto de roles*.- el trabajador tiene asignado varios roles a la vez. Se produce cuando hay demandas o exigencias en el trabajo, que son entre sí incongruentes o incompatibles para realizar el trabajo, por expectativas divergentes dentro de la propia organización, por incompatibilidad temporal, por conflictos con el propio sistema de valores y creencias o por conflicto entre los distintos roles individuales. El conflicto de rol, sobre todo con respecto a los objetivos, es una disfunción organizativa, que tiene como efecto inmediato un deficitario logro de los objetivos de la organización y una disminución de la satisfacción del trabajador (Gestal, 2003).
- *Ambigüedad de rol*.- el trabajador con ambigüedad de rol vive en la incertidumbre, no sabe qué se espera de él, es decir, no tiene configurado con claridad cuál es su rol en la empresa. La ambigüedad de rol se refiere a la situación que vive el trabajador cuando no tiene suficientes puntos de anclaje para desempeñar su labor o bien éstos no son adecuados. Se genera cuando no están claramente definidas las tareas o hay falta de definición por información incompleta, poco concisa y muy cambiante sobre los objetivos del trabajo, las responsabilidades, la comunicación y las relaciones, la autoridad y los procedimientos
- *Relaciones en el trabajo*.- las personas tienen, entre otras, la necesidad de relacionarse socialmente, lo que es fuente de motivación del comportamiento. Por ello, las relaciones interpersonales en el trabajo (con los superiores, con los subordinados, con los compañeros y con los usuarios o clientes) y grupales (equipos de trabajo, de

departamento, de área, etc.) generalmente son valoradas positivamente, pero también pueden llegar a convertirse en un riesgo psicosocial.

Las malas relaciones entre los miembros del equipo de trabajo, la falta de cohesión del grupo, las presiones; así como la reducción de los contactos sociales, la dificultad para expresar las emociones y opiniones y el aislamiento en el puesto de trabajo, pueden producir elevados niveles de tensión entre los miembros de un equipo u organización. Por el contrario, las buenas relaciones interpersonales, las posibilidades de comunicarse y el apoyo social en el trabajo pueden incrementar el bienestar psicológico laboral (OIT, 1997).

*Factores del ambiente físico:*

- *La iluminación.*- No es lo mismo trabajar en turno nocturno que en el diurno.
- *Ruido.*- Trabajar con alarmas continuamente, puede afectar no sólo al oído, sino al desempeño del trabajo: satisfacción, productividad.
- *Ambientes contaminados.*- La percepción de los riesgos, puede producir mayor ansiedad en el profesional, repercutiendo en el rendimiento y en el bienestar psicológico.
- *La temperatura.*- A veces trabajar en un ambiente caluroso genera un tremendo discomfort.
- *Peso.*- Los profesionales que han de trabajar en quirófano muchas horas con delantales o guantes protectores de plomo pueden estar sometidos a cargar con un peso importante (Spector, 2002).

En cuanto a los estilos de mando los hay de diferentes tipos: autocrático, paternalista, de *laissez-faire* y participativo los cuales tienen sus ventajas y desventajas

- *Estilo autoritario o autocrático.*-Este estilo de mando se basa en el principio de autoridad, por lo que el jefe no informa de los objetivos, sólo da consignas.

El directivo tiende a concentrar en él mismo todas sus decisiones, dando poca o ninguna participación a sus subordinados. El control lo realiza con tendencia a soslayar los resultados del trabajo. Limita la información a los subordinados sobre los problemas de la organización, lo cual implica una pobre comunicación en los diferentes niveles de

dirección. Las opiniones de los subordinados no se atienden y se escuchan sólo formalmente, lo que no favorece la iniciativa creadora. Por tanto, este estilo de mando no admite la autocrítica y no desarrolla la creatividad.

- *Estilo paternalista.*-El que ejerce con este estilo de mando opta por la sobreprotección y no promueve el liderazgo, tampoco valora la iniciativa ajena y tiende a crear y mantener individuos infantiles, indecisos e inseguros. Todos los subordinados deben recurrir a jefe para solucionar sus problemas.

El estilo paternalista está basado en la suposición de que la empresa se justifica si permite el desarrollo personal de los trabajadores, de este modo prevalecen los intereses personales sobre las demandas de la organización. El jefe paternalista intenta eliminar los conflictos y emplea métodos de control generales y suaves, pero al igual que el autoritario no deja vía a la participación.

- *Estilo pasivo o laissez faire (dejar hacer).*-este estilo de mando representa un escaso control del jefe en el trabajo de los subordinados y lo efectúa a distancia. El jefe da instrucciones en forma de consejos, no dirige, no da consignas, se inhibe en situaciones conflictivas y deja que los subordinados se autocontrolen.

- *Estilo democrático o participativo.*- el que ejerce con este estilo, en general, escucha y valora las opiniones de sus subordinados, favoreciendo las iniciativas creadoras y, sobre todo, mantiene un alto sentido de la crítica y la autocrítica.

El jefe se centra en la función de coordinar el equipo, resuelve sólo los problemas fundamentales y brinda a los subordinados la posibilidad de participar activamente en la toma de decisiones. El control no se centra en las cuestiones formales, sino en detectar los aspectos relacionados con los resultados del trabajo. Establece una buena comunicación con los diferentes niveles de dirección y entre jefes y subordinados y mantiene informado a todos de los acontecimientos que afectan al sistema en general (Gestl, 2003).

Todos estos factores influyen de manera directa o indirectamente en los individuos durante el desempeño de sus actividades laborales por lo que la intensidad y la manera en que estos factores los afecten dependerá de la forma en que reaccionen los trabajadores a estas situaciones y esto a su vez depende de sus habilidades, necesidades, expectativas, cultura y de su vida privada. Estos factores, que utiliza el individuo para adaptarse, pueden cambiar con el tiempo y modificar así la manera en como los afectara los factores psicosociales al profesional (residente).

A continuación se mencionan algunas investigaciones a fines con el tema de satisfacción laboral en instituciones sanitarias que ayudaron para la elaboración de la presente tesis

### **INVESTIGACIONES AFINES A LA SATISFACCIÓN LABORAL**

Briseño (2005), realizó un estudio sobre la Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector público. El estudio fue prospectivo de corte transversal, analizaron los distintos componentes de la satisfacción laboral. Utilizaron un cuestionario para valorar el grado de satisfacción laboral donde se agregaron variables socio-demográficas como sexo, edad y capacitación en enfermería del personal del Hospital Ángel C. Padilla de Tucumán, Argentina. Los resultados obtenidos de un grupo de enfermeros (n= 50), con edad comprendida entre 21 y 60 años, el 70% (n= 35) de sexo femenino arrojaron que el 90% (n= 45) se encuentran insatisfechos, y solo un 10% (n= 5) manifiestan estar bastante satisfechos. Se encuentra que la insatisfacción es mayor en las mujeres que en los hombres y en los niveles inferiores de capacitación profesional, ya que el grado de satisfacción varía en función de los distintos aspectos de la actividad laboral.

Por otro lado Cabrera, Franco, González, Vega, Parra, e Íñiguez en 2004 publicaron el estudio sobre Satisfacción laboral de profesionales de la salud en el IMSS, Jalisco durante 1999-2002 fué una investigación por encuesta transversal en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, en los tres hospitales de tercer nivel del Centro Médico Nacional de Occidente, Jalisco, México: Pediatría, Gineco - Obstetricia y Especialidades. El propósito de esta investigación era identificar la satisfacción del profesional de la salud con su ambiente de trabajo; recolectaron los datos por medio de un instrumento estructurado, codificado y validado. La aplicación de la encuesta fue anónima y aceptada voluntariamente. El total de encuestados fue

de 1761: 21 % médicos, 38 % enfermería y 41 % otras categorías del área de la salud. Encontraron que 66.8 % aceptó estar satisfecho por sus necesidades, señalando que existen otras variables en donde la moda alcanza niveles más significativos, lo que permitió perfilar el nivel de satisfacción de sus necesidades.

Y García, Luján & Martínez, en 2007 indagaron la satisfacción laboral del personal de salud en una unidad médica de segundo nivel. Fue un estudio transversal, descriptivo, en 277 trabajadores de diferentes servicios y categorías. Por medio de un cuestionario validado que evaluó la satisfacción intrínseca y extrínseca. Los resultados encontrados fueron que la satisfacción laboral global medida a través de la dimensión intrínseca y extrínseca se ubicó en el nivel de indiferente 4.8, con puntuaciones que van desde 5.3 para el servicio de nutrición y dietética, y 5.2 para el servicio de enfermería, asistentes médicas, laboratoristas y elevadoristas, hasta puntuaciones de 4.4 para inhaloterapeutas y 4.1 para terapistas. La mayor puntuación se ubicó en la dimensión intrínseca (algo satisfecho) y la menor puntuación en la extrínseca (indiferente).

En este estudio se puede observar como indistintamente de las áreas laborales se presenta una indiferencia por su satisfacción laboral.

Vesta & López (2006) realizaron una investigación con médicos residentes del hospital infantil de México encontrando el síndrome de desgaste profesional burnout en el 35% de la población encuestada predominando en residentes de segundo y primer año de sexo masculino encontrado los factores físico, ambientales, organizacionales y personales como precursores de los estados estresantes,

Veiga, Carpena, Castro, Leira & Gómez (1998) realizaron un estudio para conocer la satisfacción de los profesionales médicos que realizan guardias en urgencias del Hospital a Canalejo en Coruña encontrando que los factores que más influyen en la satisfacción son: relación con coordinadores jefes, stress, presión en el trabajo y capacitación en el trabajo, concluyendo la importancia de fomentar actividades para mejorar la interrelación entre los profesionales médicos del área de urgencias.

Cárdenas, Cabrera, Viniegra, Gonzales, Luce & Ortiz (2010) realizaron un estudio para

comparar el nivel de satisfacción de los residentes de medicina familiar con el ambiente académico familiar entre dos sedes formadoras del estado de Jalisco fué un estudio observacional transversal encontrando que en relación con la satisfacción académica el 4.28% se ubicó en ambiente muy inapropiado, 8.57% en ambiente muy apropiados, manteniéndose el 72% en ambientes apropiados e intermedios sin encontrar diferencias significativas entre los grupos.

El propósito de estas investigaciones era el identificar la satisfacción o insatisfacción laboral tanto intrínseca como extrínsecamente en personal sanitario en diferentes áreas y si esta tenía relación con algunas de las necesidades por cubrir de los sujetos. En suma se encontró que la mayoría de la población se encuentra indiferente con respecto a cómo ven la satisfacción variando esto entre algo satisfecho e indiferente de acuerdo a la especialidad estudiada.

# ***CAPÍTULO II***

## ***DEPRESIÓN***

La depresión tiene consecuencias importantes sobre la satisfacción laboral del trabajador al desempeñar su actividad de forma efectiva. En el supuesto caso que la depresión se asocia a un bajo rendimiento y esta enfermedad sea consecuencia de la tensión, podría ser una causa de ausentismo laboral. Pero nosotros consideramos necesaria la satisfacción laboral para que los trabajadores se impliquen en sus tareas. Y esto a su vez se puede volver un círculo vicioso porque también la misma falta de satisfacción laboral es el punto crítico de la depresión.

La probabilidad de que una persona pueda desarrollar un trastorno en particular se relaciona con los factores de riesgo en el ambiente, la vulnerabilidad biológica de esa persona y la presencia o ausencia de factores que promueven la incidencia. Los factores de riesgo que afectan la depresión incluyen: *la herencia* (la importancia es por la fuerte asociación entre la cercanía de la relación biológica del individuo), *la edad, el género, los eventos de vida negativos, la falta de apoyo social* (Sarason, & Sarason, 2006).

Sin embargo, por las características de nuestra cultura latinoamericana, existe una tendencia al individualismo, con estructuras altamente jerarquizadas con bajas oportunidades de participación en la toma de decisiones de parte de los trabajadores. Y estos factores sin duda fomentan estados de insatisfacción, que inciden en el clima laboral. Por ello es sabido que aquellas personas que se han quedado sin empleo recientemente o que llevan muchos meses sin trabajo presenten un mayor riesgo de desarrollar una depresión que los que continúan empleados.

En la actualidad se sabe que la depresión afecta más que la propia satisfacción laboral debido a que esta enfermedad definida -como el cuadro clínico caracterizado por la presencia de eventos diversos: tristeza, inhibición psicomotriz, auto reproches, visión pesimista de la vida (Bleichmar, 1976)-, es grave ya que influye negativamente la manera de sentirse, de pensar y de actuar, produce síntomas físicos dolorosos, emocionales y vegetativos, sin embargo la definición de Bleichmar no es la única definición que podemos hallar ya que algunas de éstas son médicas y

psicológicas tomando en cuenta que con el paso del tiempo y la forma de vida han ido cambiando; agregando la presión y un agotamiento excesivos que en el trabajo pueden combinarse con otros problemas de la persona, tales como la presencia de dificultades en casa o de acontecimientos vitales adversos recientes, y contribuir al desarrollo de una depresión. Es por esto que la alerta es generalizada, advierten los especialistas, por el estilo de vida de un sistema globalizado en el que imperan el estrés, las dificultades económicas, el desempleo, y la violencia entre otros fenómenos sociales. En cuanto a la definición médica encontramos que la palabra depresión se aplicó en medicina para denotar una disminución en las funciones o potencias vitales, o bien para expresar la condición de ánimo abatido (Bar, 1989). Pero la definición psicológica básicamente considera que “es un trastorno del estado de ánimo” al que en épocas pasadas se prestaba muy poca atención, en años recientes se ha convertido en una de las principales enfermedades causantes de la pérdida del mayor número de años de vida saludable. De hecho pocos legos se dan cuenta de que la depresión y los graves trastornos del estado de ánimo relacionados con aflicciones potencialmente letales; el trastorno depresivo mayor no reconocido se asocia con un riesgo de suicidio de alrededor del 15%.

La información que podemos encontrar nos permite afirmar que cierto tipo de trabajos se asocia con un aumento del riesgo de insatisfacción laboral. Y debido al ritmo de vida tan acelerado en las últimas décadas el número de personas afectadas por esta enfermedad crece en nuestros días de forma alarmante ya que se tiene una estimación de que esta enfermedad llamada depresión es presentada en la población es de 10 a 20 % en total, se puede ver que uno de cada diez adultos cada año, casi dos veces más en las mujeres que en los hombres son personas deprimidas. La depresión es algo muy habitual y afecta a uno de cada ocho adolescentes. La depresión afecta a personas de todos los colores, razas, posición económica y edad; sin embargo, pareciera afectar a más mujeres que hombres durante la adolescencia y la edad adulta, sin embargo, no sólo afecta a los adultos; también están en riesgo sus miembros más vulnerables: los niños y adolescentes, muchos de los cuales llegarán a la edad adulta también afectados por la depresión y la consecuente disminución de sus capacidades físicas, emocionales e intelectuales pero estos últimos son también lo más afectados de la ahora llamada “*La epidemia del siglo XXI*”. Esta enfermedad no respeta nada, y en ocasiones si no se detecta a tiempo puede causar destrucciones de familias y hasta la misma muerte. Sin embargo, en estos tiempos se conoce que aquellos

trabajos en los que un empleado se siente con pocas oportunidades para utilizar sus conocimientos, habilidades o destrezas, o los trabajos que son repetitivos o rutinarios, parecen particularmente propensos para dar lugar a insatisfacción laboral, baja autoestima y depresión.

Por otro lado a pesar del conocimiento leve de la depresión y que actualmente se ha difundido por los medios de comunicación la gente continúa identificando los términos – depresión y tristeza – como si fueran sinónimos. Según la opinión común, “un deprimido no es otra cosa que una persona triste, cuya tristeza no tiene ninguna razón de ser”. Sin embargo, el término depresión es una enfermedad ocasionando desde un estado de ánimo negativos hasta ideas suicidas y de igual manera provoca enfermedades psicósomáticas.

La depresión puede causar grandes sufrimientos al individuo su efecto negativo en las relaciones familiares y sociales, su influencia en la desvalorización de la propia personalidad, y el enorme contraste entre la imagen que el paciente deprimido tiene de sí mismo y la realidad han hecho que se le considere como la enfermedad de las paradojas (Calderón, 1984).

### ***ANTECEDENTES***

Sabemos que la depresión no es un problema actual, que éste ha existido desde siempre considerándose como un estado de ánimo pasajero, sin embargo en la actualidad la llaman “la enfermedad de nuestro siglo”. Aunque conceptualmente “el uso del término depresión se remonta a un cuarto de siglo, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía otorgada por Hipócrates en el siglo IV a. de C” (Calderón, 1984). Pero Hipócrates aísla tres formas fundamentales de locura: la melancolía, la frenitis y la manía: la primera se caracteriza en la versión hipocrática, por aversión a la comida, irritabilidad y cansancio y somnolencia. Como puede observarse, Hipócrates subraya la sintomatología más específicamente (Polaino, 1985).

Al realizar una historia de la depresión, Polaino (1985), menciona que la melancolía era producida por la bilis negra, o atrabilis, se caracteriza por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia”. Un siglo después, Caelius Aurelianos (siglo V) apoya la descripción de Hipócrates afirmando que la bilis negra era la causa de la melancolía y que la depresión su

efecto. Por esto el término melancolía (palabra derivada del griego *melas* negro y *chole* bilis), se usó para designar a los pacientes que con frecuencia vomitaban Bilis negra a causa de su irritabilidad y ansiedad y posteriormente Polaino menciona que Soranes de Ephesus (siglo V), señalaba como síntomas principales de la melancolía los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y, en ocasiones, jovialidad.

Polaino, considera que Hipócrates y más tarde Areteus fueron los que establecieron una cierta conexión psicopatológica entre melancolía y manía, pero la formalización de esta conexión no se encuentra en la clínica hasta la obra de Bonetus en el siglo XVII, pero anteriormente, de hecho en el año 1621 Burton publica un tratado llamado "*Anatomía de la melancolía*" en el cual era fácil identificar los estados depresivos, y posteriormente Bonetus emplea el término *maniacomelancholicus*, término equivalente al usado de maniaco – depresivo.

Polaino también explica que en la Edad Alta Media se utilizó el término *acedia* para designar también la melancolía en el cual su principal contenido era la pereza y la holgazanería; y al mismo tiempo se restringe al recortado ámbito de la teología moral; con santo Tomás interviene la psicología, y a partir de él se medica. Más tarde, su significación designa también una especial lasitud, un cierto desaliento y descuido, asociándose con la tristeza y apuntando especialmente a los estados de desesperanza; menciona que durante los siglos XV y XVI, la melancolía sustituye a la acedia; la sintomatología que en el pasado caracterizaba a la acedia se transforma y adquiere una nueva titularidad bajo el concepto de *melancolía*. Pinel a principios del siglo XIX, señaló como causas posibles de la melancolía en primer lugar las psicológicas y en segundo las físicas. Al comienzo las alteraciones afectivas se aglutinan en lo que Kraepelin denominó locura maniaco – depresiva.

Después los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco – depresiva; el deprimido era calificado como psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves (Calderón, 1984).

## CAUSAS

La depresión va mucho más allá de un simple bajón de ánimo o estado de tristeza. Es una enfermedad en toda regla, cuyos orígenes pueden ser endógenos -(una depresión que no parece estar provocada por una experiencia negativa)- o exógenos -(que son provocadas por una experiencia negativa obvia)- (Pinel, 2001), pero que convulsionan todo el organismo. Fredén (1986) menciona que las bases del diagnóstico en cuanto a la depresión endógena y exógena son:

- Si hay depresión en la familia.
- El grado de depresión (grave, leve).
- Reacciones motoras (inhibidas y normales).
- Reacción a agentes antidepressivos, y
- Si están presentes algunos factores desencadenantes.

Sin embargo, las causas que provocan la depresión son complejas y sólo parcialmente comprendidas. La mayoría de los médicos aceptan que la depresión es causada por una combinación de factores biológicos (incluyendo genéticos), sociales y psicológicos. Una de las causas principales de la depresión ocurre cuando somos incapaces de vivir a la altura de nuestros propios ideales del ego y esto es ocasionado porque hemos puesto esas metas demasiado alto y en ocasiones porque la situación social ha cambiado (Fredén, 1986), y cuando ocurre esto lo llamamos “fracaso”, sin embargo, mucha gente niega tener depresión por varios motivos, entre ellos el ignorar cómo se manifiesta la depresión y otro es el “amor propio herido”. Sólo que en ocasiones la causa puede ser única y sencilla de reconocer. Puede estar asociada a la soledad o tensión ligada a circunstancias internas y externas, subjetivas, sociales y económicas difíciles de comprender. En el primer cuadro podemos ver cómo se desglosan las diferentes causas más comunes que provocan la depresión. Por otra parte Calderón (1984) también hace referencia alguna de las causas de la depresión y son las que se pueden ver en el cuadro no. 2 y la cuales son las causas sociales con mayor influencia en esta enfermedad.

### CUADRO 1.- CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

<i>Tipo</i>	<i>Cuadros en las que predomina</i>
GENÉTICAS	DEPRESIONES PSICÓTICAS
PSICOLÓGICAS	NEURÓTICAS
ECOLÓGICAS	DEPRESIONES SIMPLES
SOCIALES	

Fuente: Calderón, (1984).

### CUADRO 2.- CAUSAS SOCIALES DE LA DEPRESIÓN

DESINTEGRACIÓN DE LA FAMILIA
DISMINUCIÓN DEL APOYO ESPIRITUAL DE LA IGLESIA
FALTA DE VÍNCULOS CON LOS VECINOS
MIGRACIONES

Fuente: Calderón, (1984).

Fernández (2001) en el cuadro 3 muestra siete factores reales que caracterizan un cambio en el estilo de vida así mismo que son claves logrando estar en la base del incremento del trastorno depresivo.

### CUADRO 3.- FACTORES FACILITADORES DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Estrés crónico que viene determinado por una sobrecarga emocional en el mundo laboral y por un ritmo de vida acelerado
Disminución de la comunicación entre las personas que lleva a situaciones de soledad
Cambios rápidos en la forma de vida como la desmembración de la familia y la lenta ruptura con las tradiciones y las estructuras sociales.
El mayor éxito en los tratamientos curativos y paliativos de las enfermedades lo que es facilitado una mayor supervivencia con procesos de enfermedad más largos y/o estados residuales deficitarios
La proliferación de tratamientos farmacológicos con la depresión como efecto secundario
La extensión del consumo de drogas.
El aumento de la esperanza de vida.

Fuente: Fernández, (2001).

El trabajo mismo se convierte en motivo de insatisfacción cuando a uno le desagrade lo que hace, por falta de vocación o de motivación. Las personas comprometidas y con buena autoestima tienden a tener pensamientos positivos y a ser más optimistas, lo que las aleja de la depresión.

### ***SÍNTOMAS***

La universalización del hecho depresivo afecta las clases sociales y culturas, el enfermo depresivo y/o sus familiares tratan por todos los medios de buscar una respuesta convincente a este problema universal. Las manifestaciones más características de la depresión se conocen desde la antigüedad pero cada vez se nos presenta con diferentes perspectivas y distintos retos.

La depresión surge de esta sociedad donde las exigencias son cada vez mayores y, la inseguridad se está incrementando sobremanera a todos los niveles. Afecta fundamentalmente a los que por sus estructuras psíquicas son más vulnerables, especialmente los más "sensibles" son los adolescentes quienes aún no tienen una identidad marcada y suelen estar confundidos es por ello que la sintomatología en los adolescente cambia dependiendo del sexo solo que principalmente la sintomatología psíquica oscila entre la actitud pasiva-inhibida, propia de las chicas, y la actitud activa-agitada, frecuente en los chicos.

Las adolescentes depresivas son con preferencia tristes, inhibidas en sus relaciones sociales, obedientes en casa, discretas y tranquilas, todo lo contrario a los hombres que suelen mostrar actitudes rebeldes, irritables, miedosos, temerosos a la hora de establecer contactos y agresivos en su relación social por ello el hombre tiene menos probabilidades de sufrir depresión y a la vez es más reacio para admitir que la tiene. Por lo tanto, el diagnóstico puede ser más difícil de hacer. Los síntomas pueden ser clasificados en 4 tipos diferentes.

- 1) Síntomas afectivos
- 2) Síntomas cognitivos
- 3) Síntomas conductuales
- 4) Síntomas somáticos

El Trastorno Depresivo Mayor es un trastorno mental de elevada prevalencia y, según el estudio *Global Burden of Disease* (Carga total de la enfermedad), es la segunda causa más frecuente de discapacidad en los países industrializados y los pronósticos indican que hacia el año 2020 la depresión ocupará el segundo lugar como causa de discapacidad a nivel mundial.

**TABLA 3.- SÍNTOMAS EMOCIONALES Y FÍSICOS DE LA DEPRESIÓN**

SÍNTOMAS EMOCIONALES	SÍNTOMAS FÍSICOS
Estados de ánimo depresivo (tristeza y tendencia al llanto).	Cansancio / fatiga
Pérdida de interés.	Alteraciones del sueño.
Ansiedad/irritabilidad	Cefaleas.
Desesperanza	Cambios en la actividad psicomotora.
Dificultad para la concentración	Problemas gastrointestinales.
Sensación de culpa e inutilidad.	Cambios en el apetito.
Ideación suicida.	Dolor en distintas localizaciones del cuerpo.

Fuente: Damatarga & Stahl, (2003).

La depresión es una enfermedad que provoca síntomas en cuerpo y mente o cerebro (Tabla 3), tales como síntomas emocionales y vegetativos. Es asimismo una enfermedad que se presenta frecuentemente con numerosos síntomas físicos “no explicados” (Damatarga, & Stahl. 2003).

A su vez los síntomas emocionales y físicos (tabla 3), provocan que el sujeto presente en ocasiones una insatisfacción de aspiraciones lo que precisamente está muchas veces en la trama de la depresión, sea como factor desencadenante, sea como factor que perpetúa el cuadro. Sólo que el nivel de aspiraciones, no siempre está descendido. Más bien lo que se observa es la imposibilidad de darle alcance, de secundarlo y de, al final, poder satisfacer. Y ello se explicaría mejor por una disminución de la activación que por el real descenso de la meta ambicionada por el sujeto (Polaino, 1985).

De hecho la gran mayoría de la gente que se deprime ha puesto sus esperanzas en otras personas y cuando no se llenan o no pueden llenarse las expectativas, se considera un fracaso personal esto ocasiona a su vez que la personalidad del depresivo se sienta incómoda en presencia de un

gran número de personas ya que entonces no puede controlar la situación debido a que siente una gran amenaza a la autoestima (Fredén, 1986)

Es más la insatisfacción de esas aspiraciones ocasiona que se encuentre muchas veces en la trama de la depresión. Sin embargo y como se mencionó anteriormente otros factores son los genéticos, lo que hace que algunas personas sean más vulnerables a la depresión que otras y existe una creciente evidencia de que algunos genes podrían volver a algunos individuos susceptibles a la enfermedad.

Puede admitirse que en el perfil psicopatológico de las depresiones, la tristeza o el descenso del estado de ánimo ocupa un puesto relevante y destacado, que autoriza a considerarla como el único síntoma primario de esta alteración, sin ser sinónimos.

Existen signos inequívocos de la enfermedad depresiva en los sujetos como:

- Apatía y aislamiento social
- No acepta consejos.
- Es irritable.
- Ideas de muerte recurrentes e intentos de suicidio.
- Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
- Deterioro severo en la actividad social o académica.
- Exceso de ira y odio.
- Alteraciones en el sueño y el apetito.
- Falta de aspiraciones.
- Falta o llega tarde a su trabajo.
- Reduce sus esfuerzos.
- Dificultad de concentración y olvidos.

Algo que no es muy común es la depresión somática, sin embargo, debe tomarse en cuenta debido a que en la constelación de síntomas somáticos que clásicamente son descritos en los síndromes depresivos destaca la alteración del ritmo circadiano del humor. Esta alteración se caracteriza por la variación diurna del estado de ánimo en forma de un empeoramiento matutino

y una mejoría vespertina (Calderón, 1984).

Además, junto a la astenia y fatigabilidad, que suele ser más intensa durante las primeras horas del día, entre los síntomas vegetativos que pueden formar la parte clínica de la depresión se encuentran, entre otros, los siguientes:

- Cefaleas o dolores de cabeza.
- La disminución del apetito suele ser el síntoma más precoz. Aunque menos habitual, puede existir un aumento del apetito junto con ganancia de peso; esto suele relacionarse con la presencia de ansiedad y es más frecuente en mujeres.
- En general, la pérdida de la libido es uno de los primeros síntomas que aparecen en las etapas iniciales de la depresión, y suele ser uno de los últimos en recuperarse con la mejoría clínica.
- Trastornos del equilibrio.
- Sudoración
- Palpitaciones.

A continuación encontramos los enfoques existentes que pueden explicar la depresión y los modelos que cada uno de estos avala y debido a que se sabe que los factores de la depresión suelen ser diversos.

### ***TEORÍAS DE DEPRESIÓN***

Los modelos que explican se pueden desglosar en siete los cuales son descritos por Solloa (2001), Sarason & Sarason (2006)

### **ENFOQUE PSICODINÁMICO Y PSICOANALÍTICO**

Estos enfoque suelen llegar a confundirse porque ambos manejan la teoría de Freud pero desde aspectos diferente y aunque existan estas diferencias están sumamente ligados estos dos enfoques, ya que la base del enfoque psicodinámico propone que la depresión proviene de un trauma de la infancia que puede ser reactivado por algún suceso similar en la vida adulta, al que

el adulto reacciona con una fuerza aparentemente exagerada, en su subconsciente ha vuelto al suceso emocionalmente paralizador que ocurrió en su infancia en comparación con el enfoque psicoanalítico que se encuentra basado principalmente en la ansiedad que le provoca el fracasar, no tanto a la pérdida de un objeto (Fredén, 1986).

Según Fredén (1986) Freud consideraba la depresión como un estado en el que el sujeto vuelve la agresión hacia adentro, sobre sí mismo, en lugar de hacerlo sobre la persona que es en realidad el objeto de sus sentimientos agresivos y considera que lo esencial es que el paciente ha sufrido la pérdida de un objeto, pero de sus manifestaciones inferimos que la pérdida ha tenido efecto en su propio yo. Así se atribuye que las alteraciones depresivas con respecto a la pérdida de un objeto vienen a conceder mayor relevancia a los estímulos ambientales (Polaino, 1985). Y el adulto mismo se ve impulsado a depender de sus propios recursos, puede recordar errores anteriores e inquietarse por fracasos futuros.

Igualmente el adulto que ha experimentado la sensación de desamparo durante su infancia necesitará una confirmación continua de que es amado y de que agrada. Si estas necesidades (narcisistas) no están satisfechas, es muy probable que sobrevenga una depresión y tenga miedo a realizar acciones equivocadas provocando ansiedad en este sujeto.

Básicamente el enfoque psicodinámico considera a la depresión como un trastorno afectivo que tiene sus raíces en conflictos originados en la infancia, subrayando que los pacientes depresivos son inflexibles en sus actitudes y opiniones. Tienen algunas relaciones dependientes debido a que “necesitan” obtener mucha atención y amor. A su vez desean cumplir las exigencias de otras personas y a la vez ejercen gran presión sobre ellos mismos para triunfar, en relación con lo que se maneja en el enfoque psicoanalítico el deprimido es propenso a sentir miedo a la ansiedad, por lo que trata de forzar la realidad dentro de un molde definido tanto en su percepción de ella como en el modo en el que actúa hacia ella. Es típico que por estos motivos sienta temor a estar enojado, a hacer enojar a otras personas, a ser rechazado, así como a perder el control (Fredén, 1986).

## **LA PERSPECTIVA HUMANISTA**

Los teóricos humanistas, hacen énfasis en la diferencia del yo ideal (es lo que el individuo cree que es ó que puede o debiera ser, es una visión de sí apartada de la realidad con características muy halagadoras y que compromete su conducta) de una persona y su percepción del estado real de las cosas como la fuente de depresión y ansiedad. Creen que es probable que la depresión emerja cuando la diferencia entre el yo ideal y el yo real (es la fuente de fuerzas emocionales, de las energías constructivas y facultades de juicio (Horney, 1950)) se hace tan grande que la persona no puede tolerarla. Esta discrepancia ocurre con frecuencia en especial entre las personas que tienen grandes aspiraciones de logro y que tratan de cumplir con varios papeles en forma simultánea (Sarason & Sarason, 2006).

## **ENFOQUE CONDUCTUAL**

Las teorías más modernas enfatizan que las variables conductuales son centrales en la depresión, pero existen varios modelos dentro de esta línea cuyas explicaciones sobre la depresión son complementarias más que excluyentes. Sin embargo los que se enfocan en la teoría conductual principalmente aseguran que la depresión es consecuencia de una desesperanza aprendida en reiterados fracasos. Fracasos, frustraciones y pérdidas reiteradas habrían enseñado al depresivo a esperar su repetición, lo que lo hundiría en la desesperanza. Cuando las personas deprimidas se encuentran en situaciones estresantes, tienden a afrontarlas mediante la postergación y el intento de obtener apoyo emocional por parte de otras personas. Las personas deprimidas no solo son propensas a pensar que los demás responden ante ellas de manera negativa, sino que es más probable que las otras personas respondan en forma negativa debido a la carencia de habilidades sociales por parte de la persona deprimida (Sarason & Sarason, 2006), por lo tanto el enfoque conductual reconoce a los siguientes modelos:

Según Robles (2009) el modelo de “desesperanza aprendida” de Seligman.- La persona piensa que la situación que enfrenta está totalmente fuera de su control, debido a esto es que asume una postura de **“parálisis psicológica”** y no hace ningún esfuerzo por tratar de cambiar la situación que enfrenta.

El Modelo del Autorrefuerzo de Rehm.- El modelo explica, en función de la auto-evaluación y autorrefuerzo, el nivel de actividad de la persona así como los cambios emocionales y cognitivos (Vallejo, 2008).

El Modelo Socioambiental.- Supone que la persona deprimida actúa influenciada por su entorno estimular, entendiendo que las manifestaciones cognitivas son producto de conductas manifiestas mal adaptadas y que variarían en la medida que se modifique la conducta.

### **ENFOQUE COGNITIVO**

En el enfoque cognitivo una persona que está deprimida malinterpreta los hechos de manera negativa, se enfoca en los aspectos negativos de cualquier situación, y también tiene expectativas pesimistas y sin esperanza sobre el futuro. Beck (citado en Solloa, 2001) afirma que una persona deprimida culpa a sus defectos personales de cualquier desgracia. La conciencia de esos supuestos defectos se vuelve tan intensa que oscurece por completo por cualquier concepto positivo de sí mismo. Cualquier situación ambigua se interpreta como una evidencia de un defecto, incluso cuando existen más explicaciones posibles. Beck también considera que las personas deprimidas se comparan con otras, lo que a la larga reduce la autoestima.

Los modelos encontrados para esta corriente son:

Modelo de aprendizaje social.- El depresivo emite conductas depresivas porque éstas son reforzadas frecuentemente por el medio, pues quienes lo rodean suelen intentar ayudarlo. En 1972, Costello señaló que la depresión está determinada básicamente porque el sujeto posee aptitudes sociales inadecuadas (Jiménez, 1995).

Teoría cognitiva de Beck.- Se considera que la principal alteración de la depresión está en el procesamiento de la información. Beck ve como característica dominante en el sujeto deprimido su posesión de una opinión negativa del mundo y una opinión negativa del futuro.

También anhela tener éxito en la sociedad, ser popular, invencible en la escuela y el trabajo. Durante la depresión están activados una serie de esquemas que favorecen la enfermedad, estos esquemas suelen adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes y activarse cuando el

sujeto se encuentra con situaciones estresantes similares a aquellas en que se formaron (Fredén, 1986).

Estilo atribucional.- Consiste en una tendencia a hacer deducciones negativas sobre las causas, consecuencias e implicaciones para la propia persona que tienen los sucesos vitales negativos.

Autocontrol o autorregulación.- El modelo mantiene que cuando una cadena comportamental no se completa convenientemente, todos los organismos pasan por las fases de autorevisión, autoevaluación, y autorrefuerzo. Para el individuo depresivo las autoevaluaciones tienden a ser excesivamente inflexibles y los autorrefuerzos claramente inadecuados. Por tanto, la autorregulación natural del organismo queda obstruida (Tyson & Range).

## **ENFOQUE PSICOBIOLOGICO**

Los partidarios de una explicación bioquímica por lo general aluden a lo que se conoce como hipótesis de las catecolaminas. En la transferencia de impulsos nerviosos de una célula nerviosa a otra, las sustancias neurotransmisoras actúan como un auxilio necesario

Igualmente tiene una gran importancia la investigación de los factores biológicos que se ha hecho a través de los “marcadores biológicos” (Fredén, 1986). Un marcador biológico es un indicador medible de un trastorno. Los marcadores biológicos pueden dividirse en grupos, no excluyentes entre sí, como los indicadores etiológicos.- indicadores de este tipo para la depresión serían los posibles datos biológicos íntimamente implicados en la causa del trastorno (Solloa, 2001). De este enfoque se desprende el:

**Modelo transaccional.-** La importancia de los aspectos evolutivos se reconoce en este modelo, en el momento en que determinados logros del desarrollo pueden ser necesarios para la activación de vulnerabilidad o protección. Esto queda claro en el hecho de que la capacidad para conceptualizar diversas emociones sólo puede ejercerse si se tiene una determinada madurez cognitiva.

## MODELO TRIPARTITO

El modelo más reciente de la depresión, descrito por Clark y Watson (1991), sugiere que la depresión “pura” es caracterizada por presentar baja afectividad positiva y alta afectividad. Este enfoque ha permitido entender el solapamiento y los distintos síntomas en la ansiedad y la depresión; el modelo tripartito de la ansiedad – depresión, está conformado por tres elementos: el afecto negativo, la hiperactivación fisiológica, y la anhedonia (disminución del afecto positivo, apatía, pérdida de entusiasmo e interés). El primer factor de este modelo, es común en la ansiedad y en la depresión, el segundo es propio de la ansiedad; y el bajo afecto positivo sería específico de la depresión (Gómez – Maquet, 2007).

## ENFOQUE INTERPERSONAL Y CULTURAL

La corriente culturista propone una interpretación de la depresión en la cual el acento está puesto en la reacción a las exigencias sociales, el efecto que la sintomatología produce en los demás y la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales (Diagrama 1). Valiéndose de la autocompasión, el depresivo extorsiona a los demás provocando conmiseración y forzándolos a complacer sus deseos y a sacrificarse por él. Está dispuesto a hacer cualquier cosa por mostrarse enfermo o incapacitado y evadir las obligaciones sociales y la reciprocidad en sus relaciones afectivas (ídem). Este enfoque como su nombre lo indican abarca los modelos:

- **Familiar – social.-** Cohen y colaboradores (citado en Arieti & Bemporad, 1993) dieron especial importancia a la atmósfera familiar en la que creció el paciente, y las características generales de la personalidad depresiva. Otro punto fundamental para indagar el porqué de la depresión en sujetos son la familia y el comportamiento de esta. Actualmente se sabe que las familias de los pacientes maniaco – depresivos se retraen de la comunidad y utilizan al hijo como instrumento para mejorar la posición social. Cohen comentó que una característica especial de los depresivos es su incapacidad para apreciar a las otras personas salvo en función de sus propias necesidades de dependencia. Es así como el individuo maniaco – depresivo -como suelen algunas teorías llamar a los pacientes con depresión- carece de empatía y pone barreras al auténtico cambio emocional, refrenan sus sentimientos por temor a ofender a la persona de quien depende y se muestra renuente a discutir sus problemas más profundos. La depresión es una

modalidad cotidiana de interacción donde los principales componentes patológicos son las tendencias manipuladoras, la aversión a la influencia de los demás, la renuencia a brindar gratificación, una sensación básica de hostilidad y la vivencia de ansiedad. También el depresivo limita sus vínculos objetales a unos pocos individuos, de modo que la pérdida de esos vínculos lo afectan duramente; la depresión no tiene un sentido unilateral, sino se trata de una serie de factores que interactúan para dar lugar a un patrón de crianza alterado.

- **Modelos interpersonales.-** Coyne (citado en Jiménez, 1995) explicó la depresión con base en un estilo de interacción social, caracterizado por un predominio de conductas de quejas, lamentaciones y autodesprecio. Esas conductas son reforzadas porque se produce un falso estado de seguridad y apoyo de otras personas. La cadena causal que termina en un episodio depresivo se inicia con la ocurrencia de un acontecimiento estresante. La tristeza y la insatisfacción personal están relacionados con el comportamiento, la percepción de uno mismo, la reputación social y la manera en como uno es tratado por los demás; la actitud negativa de uno mismo está muy asociada con interacciones sociales no adaptativas, conductas que provocan respuestas negativas de otros y una reputación social negativa que deteriora el autoconcepto. Se sabe que existe una relación entre la depresión con factores como no tener amigos, ser rechazado, tener una escasa o nula interacción con los compañeros.
  
- **Factores de vulnerabilidad y eventos traumáticos o estresantes.-** La relevancia de los acontecimientos estresantes como precursores de los síntomas depresivos es algo reconocido en la vida cotidiana. Las personas deprimidas o que más tarde cumplen los criterios para la depresión informan de más acontecimientos estresantes que los no deprimidos; sin embargo, el impacto que tengan los eventos traumáticos en la vida de una persona dependerá también de ciertos factores de vulnerabilidad como el estilo atribucional, el ambiente familiar y las redes de apoyo social. Las interacciones familiares disfuncionales son las variables psicosociales más relacionadas con la depresión. Un acontecimiento que aparece relacionado con la depresión en la infancia es la pérdida de los padres, sin embargo, la influencia de los acontecimiento estresantes sobre los niños es difícil debido a la escasez de instrumentos validados y porque un

mismo evento traumático puede tener un impacto diferente dependiendo de la edad del niño y de otros factores asociados con el acontecimiento que pueden en un momento dado ser tan importantes o más que los mismo acontecimientos traumáticos.

**DIAGRAMA 1. REPRESENTACIÓN DEL MODELO INTERPERSONAL Y DE LOS FACTORES DE VULNERABILIDAD PARA LA DEPRESIÓN**



Fuente: Solloa, L. (2001).

## ***TIPOS DE DEPRESIÓN***

Según Sarason & Sarason (2006) existen diferentes tipos de trastornos depresivos: sin embargo, el grado de satisfacción laboral influye muchísimo en el tipo de depresión, como lo podemos observar en el enfoque Socio – Cultural, las personas tienden presentar depresión debido a diferentes factores, sabemos que las personalidades de las personas son diferentes y es por ello que su nivel de depresión también es variado.

**Distimia.-** Es un tipo de depresión menor que la leve, incluye síntomas crónicos a largo plazo, que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. “La distimia y el trastorno depresivo mayor es probable que se presenten en la misma persona, por lo que si se presentan se diagnostica como depresión doble.

**Depresión leve.** Cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario.

**Depresión moderada.** Cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria.

**Depresión severa.-** Este tipo de depresión es manifestada por una combinación de síntomas que provocan a su vez una interferencia de la forma de vida habitual según el individuo y así ya no le resulten placenteras actividades que con anterioridad realizaba y disfrutaba. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces de la vida.

**Transtorno bipolar.-** Es llamado también enfermedad maníaco-depresiva. No es tan frecuente, se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo son graduales y cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo pero cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado psicótico.

La Asociación Americana de Psiquiatría, ha establecido 3 clases frecuentes y diferentes de depresión:

**Depresión reactiva o neurótica.-** Es la más común y se llama reactiva, porque surge generalmente por experiencias dolorosas durante nuestra infancia, desde la niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez. Cuando la depresión aparece en la vida adulta aparentemente sin motivo, es que ya estaba en la mente, agazapada y creciendo. La depresión reactiva o neurótica viene cuando se resiste y no se acepta un suceso doloroso de la vida. Pero el inicio de este tipo de depresión, no tiene porqué ocurrir inmediatamente después del acontecimiento doloroso, sino a veces, puede darse unas semanas o meses o años después. En otras palabras esta clase de depresión ocurre por estar encerrados sobre nosotros mismos, entregados a la auto-compasión.

**Depresión endógena.-** No es desencadenada por ningún acontecimiento externo como es el caso de la depresión reactiva o neurótica. Esta depresión puede tener un origen debido al mal funcionamiento de algunas glándulas como las endocrinas o por deficiencias o alteraciones de sustancias químicas en el cerebro como la serotonina y la noradrenalina. La psiquiatría la trata con medicamentos sugiriéndole al paciente que no se auto medique y que esté bajo estricta supervisión médica. Por otro lado los nutriólogos aconsejan para este tipo de depresión, ejercicio físico y una dieta alimenticia, rica en carbohidratos y proteínas como harinas, papas, pescado piña y chile como estimulante. La depresión endógena presenta ciclos temporales regulares, que probablemente aparezcan cada seis meses pudiendo ser bipolar o unipolar.

- **Depresión unipolar.** Hay quienes padecen solamente uno de dos polos a comparación del trastorno bipolar: o están eufóricos o sumamente deprimidos. La Depresión unipolar consiste en una alternancia regular de desesperación y neutralidad sin aparición de la fase maníaca.

**Depresión orgánica.-** La depresión orgánica puede aparecer por falta de alguna vitamina en el cuerpo. La depresión va surgiendo en las diferentes etapas de la vida. En los primeros años de la adolescencia y en la mujer a los 40 y en el varón a los 50, la depresión aparece por el cambio hormonal tan importante y brusco. En la mujer la depresión se puede dar también por la menstruación, antes, en y después. También es conocida como la depresión de la tercera edad debido a que es causada muy posiblemente por la pérdida de autonomía e incapacidad para

cuidarse a sí mismo. Existen diversas circunstancias comunes a la vejez como el aislamiento, la pérdida de relaciones interpersonales, el deterioro de la capacidad adquisitiva y del prestigio social, las enfermedades somáticas, y otros factores estresantes que juegan un papel importante en las depresiones del anciano.

## **INVESTIGACIONES AFINES DE LA DEPRESIÓN**

Cruz (2010) realizó un estudio descriptivo transversal sobre la depresión en médicos residentes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, para determinar la frecuencia de depresión y características socio-demográficas de los médicos residentes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Consistió en la aplicación de la escala de depresión de Zung a médicos residentes de entrada directa, de todos los grados, durante el ciclo escolar 2006-2007, se encontraron los siguientes resultados. De 344 residentes encuestados, 312 resolvieron la encuesta satisfactoriamente, 145 fueron mujeres (46.5%) y 167 fueron hombres. En cuanto al estado civil se encontraron; casados 79 (25.3%), solteros 222 (71.2%) y en unión libre 11 (3.5%). Del total de residentes encuestados 103 (33%) de los residentes presentó algún grado de depresión, más vulnerables los residentes de Anestesiología con 18 casos (43.9%) con depresión, en el segundo grado fue en donde se presentaron más casos con 33 médicos (37.4%) de la totalidad de deprimidos. Los hombres presentaron más casos 61 (36.5%). En los solteros se presentó en 80 casos (36%) de depresión. Una tercera parte de los residentes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, presentó algún grado de depresión, un 17.9% con depresión leve, un 11.9 con depresión moderada y 3.2% con depresión severa

Se observó que los residentes de segundo grado tienden a presentar más episodios de depresión donde la mayoría de la población deprimida fueron hombres, por lo que se puede pensar que el género no tiene nada que ver con la susceptibilidad para presentar depresión. La especialidad más afectada fue Anestesiología.

Por otra parte Martínez, Medina & Rivera en el 2005 realizaron una investigación de Adicciones, Depresión y Estrés en Médicos Residentes con una muestra de 192 médicos residentes entre hombres y mujeres. Trabajadores de un hospital general de la Ciudad de México a quienes se les

aplicó un instrumento estructurado que mide consumo de alcohol, drogas, depresión y estrés. Se encontró que el horario de trabajo y los hábitos de salud general son irregulares. En cuanto al análisis estadístico en las escalas de estrés y de depresión reportaron que los índices de sujetos con alto nivel de estrés, se encuentran en el 14% de los sujetos estudiados y en la escala de depresión se identificaron 47.5% de los sujetos con signos depresivos. La escala de estrés indicó que existe un 16.4% de sujetos con alto nivel de estrés y en las correlaciones de éste con otras variables se determinó que un 47.5% de la población presenta signos depresivos siendo que existen mayores índices de depresión en el sexo femenino (57% y 43% respectivamente) que en el masculino

Los resultados de este estudio muestran que más de la tercera parte de los médicos residentes reportan niveles altos de depresión y estrés siendo en este caso las mujeres quienes presentaron con mayor frecuencia signos depresivos, sin embargo, los autores de esta investigación no dan ninguna sugerencia del porqué del resultado.

De igual manera Rosales, Gallardo & Conde (2001) realizaron una investigación para indagar la Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México dado que los autores expresan que la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes, con prevalencia de 3% en varones 4.9% en mujeres y los factores de riesgo son: sexo femenino, un episodio depresivo previo, antecedentes familiares de depresión, estrés, rasgos de carácter obsesivo y pasivo. En el ámbito médico factores como: la soltería y estrés se asocian con el abuso de sustancias, la depresión es considerado el desorden psiquiátrico más frecuente y la causa más común de muerte por suicidio.

El estudio fue transversal y observacional, obteniendo como resultados que 162 resolvieron la encuesta satisfactoriamente refiriéndose a que no presentaron depresión, mientras que 26 sujetos resultaron con depresión (prevalencia del 16%); de estos, 23 con depresión leve (14%) y 3 con moderada (1.8%), siendo más vulnerables los casados quienes realizaban su 1° año de residencia, y a su vez realizaban guardias en servicios de terapia intensiva. Manifestaron insatisfacción y culpa 88.4%, indecisión 80.7%, insomnio y fatigabilidad 73% y retardo laboral 79.2%. Concluyendo que el síndrome depresivo tiene una alta prevalencia en los médicos residentes manifestándolo a su vez con actitudes negativas hacia sí mismos y deterioros del rendimiento.

García de Alba, Castañeda, Pando & Aranda (2011) llevaron a cabo un estudio de corte transversal y descriptivo Depresión en asistentes médicas: análisis de los factores de riesgo sociolaborales donde el objetivo fue identificar la frecuencia de la depresión en 86 asistentes médicas así como analizar los factores de riesgo sociolaborales en dos unidades de salud que pertenecen al IMSS en la ciudad de Guadalajara.

Se aplicaron dos cuestionarios: Cuestionario de variable sociodemográficas y el Cuestionario clínico diagnóstico para cuadros depresivos.

Se determinó la frecuencia de depresión, la cual se presentó en 17 asistentes médicas. Posteriormente, se dividieron en dos grupos: uno con depresión y otro sin ella, consecutivamente se realizó una relación con cada una de las variables sociodemográficas y laborales.

Los resultados arrojados en esta investigación en cuanto a los factores que ocasionan depresión en las médicas asistentes fueron: ser mayor de 40 años de edad, no contar con estudios profesionales, tener más de 10 años de antigüedad en el trabajo y menos de 10 años de antigüedad en el actual puesto, con turno laboral vespertino y contratación de base, sin embargo no son resultados significativos sin ser significativos en comparación con el tabaquismo, el no consumir alcohol y no tener otro trabajo aparte del institucional que demostraron ser factores significativos en la presencia de depresión sobre los sujetos de estudio

Prieto, López & Jiménez durante 2006-2007 realizaron un estudio para evaluar la calidad de vida de los médicos residentes, se realizó un estudio descriptivo comparativo entre febrero del 2006 y febrero del 2007 se aplicó el módulo central del cuestionario PECVEC a dos grupos de residentes tanto de especialidad médica como quirúrgica el primer grupo con 54 residentes el segundo con 62 residentes, se encontró de después de un año de especialidad en las seis escalas evaluadas se presentó un descenso de la calidad de vida cayendo de muy buena (3.18) a buena (2.73), sin embargo, al compararlo con los grupo de segundo y tercer año ya no hubo descenso en su calidad de vida encontrando los parámetros más afectados: función física y estado de ánimo negativo, de acuerdo al género se afectaron en la misma proporción y la especialidad más afectada fue la de urgencias, concluyendo que la calidad de vida de los médicos residentes se ve afectada solo durante el primer año.

## CONTEXTO GENERAL DEL IMSS

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una institución gubernamental, autónoma y tripartita (Estado, Patrones y Trabajadores), dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuente con afiliación al instituto, llamada entonces asegurado o derechohabiente. (Zuno, 2011).

Fue fundada el 19 de enero de 1943 por decreto presidencial del entonces Presidente de la República el General Manuel Ávila Camacho, e inició sus actividades el 1 de enero de 1944, en este Instituto de salud existe el Sindicato Nacional del Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) que fue fundado el 6 de abril del mismo año y con la primera sección que se encuentra en el estado de Puebla (Levy 2010).

Pero hablar del Instituto Mexicano del Seguro Social es recordar, en buena medida, la historia de nuestro país en los últimos 60 años ya que es una de las grandes instituciones de nuestro país y ha sido construida por miles y miles de horas de trabajo proporcionado por un equipo conformado de médicos, enfermeras y administradores. Podemos decir que ha sido por mucho tiempo uno de los más importantes prestadores de servicios de salud para la población mexicana (citado en Levy, 2010).

El IMSS maneja tres tipos de niveles en cuanto a la atención de la salud que la definen como la capacidad que tienen todos los entes prestadores de servicios de salud que están clasificados de acuerdo a la infraestructura, recursos humanos y tecnología, quiere decir más específicamente que los tres niveles de atención son: las unidades médicas rurales, unidades médicas urbanas, unidades de medicina familiar como el primer nivel, en el segundo nivel encontramos a los hospitales y clínicas de subzona o regionales como en es el caso del Hospital General Regional N° 25 (Zuno, 2011).

En la parte médica el IMSS proporciona grandes oportunidades a los estudiantes ya que siendo una de las Instituciones de Salud más grandes del país puede albergar más médicos residentes en

las diferentes especialidades, sin embargo, aunque el IMSS se interesa en crear médicos especialistas en las diferentes áreas médicas las condiciones de trabajo no ayudan mucho a que estos se sientan motivados para proporcionar una buena atención médica a los pacientes que acuden a esta institución. Las condiciones de trabajo para los médicos residentes son las siguientes:

- La carga horaria (horarios considerados insalubres por la OIT, son vistos como “normales” en nuestra práctica habitual).
- La falta de gratificación económica, (una guardia promedio se paga a razón de 8 pesos la hora, prácticamente lo mismo que percibe el llamado personal doméstico por hora de trabajo, con alguna diferencia en la responsabilidad de la tarea).
- La falta de reconocimiento.
- La gran exigencia institucional (si citan pacientes con intervalos incompatibles con la buena práctica profesional).
- La desprotección jurídica frente a la injuria judicial. (Díaz, Stella & Bentolila, 2003).

Por todo eso se ha considerado que la institución necesita una reforma cultural para cambiar la relación entre el médico y los derechohabientes en la parte externa y en la parte interna buscan un mejor balance entre los recursos que se encauzan al primer nivel de atención y los destinados al segundo y tercer nivel

Es por eso que el Dr. Santiago Levy Algazy (2010) mencionó que se busca una relación moderna, responsable y muy respetuosa con los empresarios cumplidos.

El Hospital General Regional No. 25 cuenta con un departamento de educación médica que mantiene convenios de educativos con la UNAM. Este departamento se encarga de la enseñanza de los médicos internos y residentes, en quienes descansa en gran parte la terapéutica y diagnóstico.

La residencia, es una especialización posterior al internado, que proporciona una experiencia y

conocimientos más avanzados y generalmente se abarca una rama de la medicina. Su duración depende de la especialidad escogida, pero casi siempre es de 2 a 4 años.

La determinación del número de plazas necesarias debe basarse en los recursos del hospital, tipo de pacientes y necesidades de los médicos internos y residentes. En los hospitales generales se aceptan como cifras adecuadas las siguientes: un médico interno por cada 10 ó 20 camas y un médico residente por cada 20 ó 30 camas.

Para que este departamento funcione adecuadamente es necesario que tenga un jefe de medio tiempo o tiempo completo, el cual debe ocuparse de lo siguiente:

1. Formular los programas de actividades de los médicos internos y residentes en cuanto a actividades clínicas y académicas
2. Llevar un expediente individual de cada médico interno, en cuanto a antecedentes y labores desarrolladas.
3. Orientar a los médicos internos y residentes en cuanto a su trabajo y aspiraciones.
4. Coordinar las actividades del departamento con los jefes de departamentos y servicios.
5. Organizar cursos, conferencias (Fajardo, 1972).

Desde la perspectiva de la psicología humanista, la satisfacción es un factor importante dentro del ambiente laboral. La satisfacción del médico y la del paciente es un juicio acerca de la calidad laboral y condiciones de atención en que el médico trabaja. A este respecto se encontraron las siguientes investigaciones a fines: Vesta & López (2006), Veiga, Carpena, Castro, Leira y Gómez (1998) Cárdenas, Cabrera, Viniegra, Gonzales, Luce, Ortiz, (2010), Prieto, López & Jiménez durante 2006-2007, por último Rosales, Gallardo & Conde, (2005)

En suma estos estudios muestran como los diversos factores involucrados en el desempeño laboral de médicos residentes afectan tanto su satisfacción como su calidad de vida y estados de ánimo.

Ya que el médico -durante la residencia de su especialidad-, está sometido a grandes niveles de tensión que aunada a un sentimiento de insatisfacción en los residentes debido a algunas circunstancias de la residencia (jornadas de trabajo, presión de los profesores, guardias) podría causar un estado de depresión en el sujeto haciendo más evidente su insatisfacción hacia la especialidad o la residencia, y que este tipo de problemáticas se reflejarían en la calidad de la atención proporcionada, que también se vería afectada.

Sería importante investigar *¿Existirá una correlación entre depresión y nivel de satisfacción laboral en los médicos residentes del Hospital Regional No. 25 Ignacio Zaragoza del IMSS?*

## METODOLOGÍA

### Objetivo general

Establecer una correlación entre depresión y los niveles de satisfacción laboral de los médicos residentes del Hospital General Regional N° 25 del IMSS.

### Objetivos particulares

1. Evaluar si existe depresión en los médicos residentes del Hospital General Regional N° 25.
2. Conocer el nivel de satisfacción laboral de los médicos residentes del Hospital General Regional N° 25.
3. Analizar si existe una correlación entre la depresión y el nivel de satisfacción laboral de los médicos residentes del Hospital General Regional N° 25.

### Hipótesis

**Hi:** Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y la satisfacción laboral.

**Ho:** No existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y la satisfacción laboral.

**Tipo de estudio.-** Estudio observacional de campo, transversal correlacional.

**Observacional de campo.-** Son investigaciones científicas no experimentales que buscan descubrir las relaciones e interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales. ....El investigador de un estudio de campo busca primero una situación social o institucional, y después estudia las relaciones entre las actitudes, valores, percepciones y conductas de individuos y grupos en dicha situación. El investigador del estudio de campo por lo común no manipula variables independientes (Kerlinger, y Lee, 2001).

**Transversal correlacional.-** Describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

## Variables

### *Variable 1: Depresión*

*Definición conceptual:* Depresión designa habitualmente al cuadro clínico caracterizado por la presencia de elementos diversos: tristeza, inhibición psicomotriz, autorreproches, visión pesimista de la vida (Bleichmar, 1988).

*Definición operacional:*

- Se determina por los puntajes obtenidos en la prueba de Zung (1965), que indiquen depresión:

<b>INDICE EAD</b>	<b>IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL EQUIVALENTE</b>
Superior a 50	Presencia de depresión

- Es irritable.
- Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
- Alteraciones en el sueño y el apetito.
- Apatía y aislamiento social.
- Ideas de muerte recurrentes e intentos de suicidio.
- Deterioro severo en la actividad social o académica.

### *Variable 2: Satisfacción laboral*

*Definición conceptual:* Es “el grado en que el individuo experimenta sentimientos negativos ó positivos en relación con las distintas facetas de su actividad laboral, su ambiente de trabajo y la relación con sus compañeros” (Shermerhorn, 1987).

*Definición operacional:*

- los puntajes obtenidos en la prueba de Meliá y Peiro (1984), que indiquen el nivel de satisfacción:

<b>CALIFICACION</b>	<b>PUNTAJE</b>
<b>MUY BAJA</b>	<b>12 A 20</b>
<b>BAJA</b>	<b>21 A 30</b>
<b>INDIFERENTE</b>	<b>31 A 40</b>
<b>INTERMEDIA</b>	<b>41 A 50</b>
<b>ALTA</b>	<b>51 A 60</b>
<b>MUY ALTA</b>	<b>61 A 70</b>

- Cumple toda la jornada.
- Llega temprano.
- Permanece en su lugar de trabajo.
- La relación con los pacientes es cordial.
- Muestra sus ideas y sugerencias en las rondas con sus profesores.
- Se apega a las normas.
- Se aproxima a sus compañeros.
- Busca compañía.
- Acepta solicitudes y consejos.

### **Muestra**

**Participantes.-** se seleccionaron los sujetos aleatoriamente. Se aplicaron 39 cuestionario de un total de 67, de los cuales 20 eran hombres y 19 mujeres con una edad que oscilaba entre los 22 y 31 años, que cursaban una de las siguientes especialidades: Pediatría, Anestesiología, Medicina Interna, Cirugía General y Urgencias de 27 cursaban el primer año de residencia, 5 cursaban el segundo año de residencia y 7 cursaban el tercer año de residencia, es decir, se trabajó con el 58% de los médicos residentes del hospital.

### ***Materiales e instrumento***

#### ***Instrumento.-***

Se ha establecido que el instrumento de depresión sólo pretende hacer una cuantificación de los síntomas depresivos para evaluar si hay o no depresión, el instrumento utilizado fue la Escala de Depresión de Zung (EAD) (2007). En lo referente al instrumento de satisfacción se utilizó el de Melia y Peiro (1984) “Cuestionario de satisfacción 10/12 estructura factorial, fiabilidad y validez”.

### **CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN LABORAL.**

La versión **S10/12** del Cuestionario de **Satisfacción** que es una forma 6 veces más corta que el cuestionario original, con sólo 12 ítems, y que mantiene sin embargo una consistencia interna apreciable (Alpha 0'88) y unos niveles de validez que mejoran la escala original. El S20/23 al

igual el S10/12 presenta tres factores que permiten evaluar:

1. **La satisfacción con la supervisión:** Es relativo a las relaciones personales con los superiores, la forma en que los superiores juzgan la tarea, la supervisión recibida, la proximidad y frecuencia de supervisión, el apoyo recibido de los superiores, y a la igualdad y justicia de trato recibida de la institución.
2. **El ambiente físico de trabajo:** Relativo al entorno físico y el espacio en el lugar de trabajo, la limpieza, higiene y salubridad y la temperatura del lugar de trabajo, tratándose claramente de un factor de Satisfacción con el Ambiente Físico de trabajo; así como a los objetivos, metas y tasas de producción satura también en este factor.
3. **Las prestaciones recibidas:** Está referido al grado en que la institución cumple el convenio, las disposiciones y leyes laborales, y la forma en que se da la negociación en la institución sobre aspectos laborales. Estos ítems junto con la satisfacción con la paga y la formación integraban el tercer factor de la versión S20/23 que denominaron satisfacción con las prestaciones recibidas. Pero se ha mantenido esta denominación para el tercer factor del S10/12: Satisfacción con las Prestaciones recibidas, si bien el énfasis en este caso queda puesto más que en las prestaciones mismas en los medios y procedimientos para negociarlas y el grado de su cumplimiento.

El S10/12 ha sido diseñado para poder obtener una evaluación útil y breve de la satisfacción laboral teniendo en muy cuenta las importantes restricciones motivacionales y temporales a que puede estar expuesto el trabajo del investigador o del consultor en contextos organizacionales sin perjuicio de mantener la calidad de la medida (Meliá et al., 1989).

### **Fiabilidad y Validez**

La validez de contenido del S10/12 se fundamenta en la formulación de sus ítems como una pregunta directa acerca del grado de satisfacción o insatisfacción con diversos aspectos relevantes de la vida laboral. Por otro lado la aceptación de los sujetos y su convicción de estar respondiendo a cuestiones acerca de su satisfacción es patente.

La validez de su contenido está respaldada por el extenso muestreo de ítems de cuestionarios anteriores y de aspectos de la legislación del Cuestionario General de Satisfacción S4/82. El S10/12 no ha sido concebido para realizar un muestreo minucioso de la satisfacción con diversas

áreas relevantes en el trabajo, tarea para la que las versiones mayores S20/23 y S4/82 de 23 y 82 ítems respectivamente resultan más adecuadas. Sin embargo, el S10/12 correlaciona fuertemente con las escalas totales y factores de esos cuestionarios (Meliá et al., 1989).

Este cuestionario fue estandarizado como se observa en el estudio transversal descriptivo, en personal de salud adscrito a una unidad de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Tepic Nayarit, México (2007). Considerando como variable de estudio el nivel de satisfacción laboral evaluado con el cuestionario mencionado con anterioridad S20/23 de Meliá y Peiró, y que en esta investigación evaluó la satisfacción intrínseca y extrínseca del personal que labora en esa institución ubicando la mayor de las puntuaciones en la dimensión intrínseca (algo satisfecho) y la menor en la dimensión extrínseca (indiferente), encontrando que la mayoría del personal se encontraba en la dimensión de satisfacción intrínseca (García, Luján, & Martínez, 2007).

### **ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG**

De acuerdo con Fredén (1986) La Escala por primera vez fue publicada en 1965 por Zung y Durham, sin embargo, por los inconvenientes que presentó se tuvo que validar por lo que cuando fue aceptada solo la presentó Zung, esta Escala consta de 20 ítems y que aparece como escala tipo Likert evaluando 4 rubros como son el estado de ánimo, los síntomas físicos, los síntomas somáticos y teniendo por último el negativismo de la persona deprimida que aparecen en la definición de Zung que a continuación se enlistan son:

- 1) Alteración del ánimo que se caracteriza por sentimientos penetrantes y constantes de estar deprimido, triste, descorazonado y temeroso. (Estado de ánimo)
- 2) Síntomas fisiológicos que incluyen: variación diurna, alteraciones en el sueño, disminución del apetito, disminución de peso, disminución de la libido, estreñimiento taquicardia y fatiga inexplicable. (Síntomas físicos)
- 3) Alteraciones psicomotoras que son de retraso o agitación. (Síntomas somáticos)
- 4) Alteraciones psicológicas que incluyen: confusión, vaciedad, desesperanza, indecisión, irritabilidad, descontento, devaluación personal y reflexión suicida. (Negativismo)

Podemos encontrar estos puntos mas comúnmente en la actualidad, sin embargo, en México es complicado y continua teniendo pequeños incorrecciones, algunos de ellos se señalan a continuación.

- 1.- No existe un NO categórico en Zung.
- 2.- El recurso utilizado por Zung, con el objeto de evitar una tendencia, confunde al paciente, interpretando con frecuencia lo contrario de lo que se le pregunta.
- 3.- Faltan en la escala tres síntomas muy frecuentes en nuestro país: inseguridad, ideas obsesivas y disminución de la concentración.

Sin embargo, en contradicción a los inconvenientes mencionados el siguiente fue un estudio realizado por médicos del IMSS y la Universidad de Irapuato, Guanajuato a una muestra de la población mexicana.

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice  $\alpha$  de Cronbach entre 0,79 y 0,92).

### ***Escenario.-***

Debido a las actividades de los médicos residentes el espacio donde se les aplicó el instrumento a los residentes no fue el mismo ya que la encuesta se llevo a cabo en las diferentes áreas que laboran los médicos como en la sala de urgencias, el cubículo de los residentes de medicina interna, también donde se encuentran las camas de los enfermos tanto en el área de pediatría como los residentes que pertenecen al área de anestesiología y cirugía general.

Igualmente no se pudo aplicar el cuestionario a todos los sujetos al mismo tiempo, se aplicó en los pocos minutos que tenían libres entre cada revisión que realizaban a los pacientes; siempre y cuando también los médicos residentes accedieran a responder las preguntas del instrumento debido a que este fue voluntario

Los médicos residentes por su parte trabajan en las siguientes condiciones

1. En las salas de las diferentes especialidades
2. Iluminación adecuada

3. Salas de trabajo muy reducidas
4. Sólo en algunas especialidades cuentan con un área designada como área de descanso
5. Entrada a las 7:00 hrs de la mañana con una hora de comida a las 13:00 hrs
6. Realizan guardias rotatorias de 24 hrs
7. Cuentan con equipo limitado (máquinas de escribir y computadoras) para la realización de sus informes médicos
8. Ruido constante a expensas del área de trabajo.

El hospital debe convertirse en un sitio de reunión de todos los médicos y estudiantes de la salud, quienes deben ser enseñados en forma común, para que en el futuro puedan colaborar entre sí (Fajardo, 1972).

### ***Procedimiento.-***

Se aplicó el instrumento a 39 médicos residentes del Hospital Regional #25 del IMSS se utilizó posteriormente como estadístico la correlación de Pearson y se midió la relación entre las variables que interesan en esta investigación: satisfacción laboral y depresión.

### **Material e instrucciones**

- Las entrevistadoras hicieron que los participantes tuvieran conocimiento de que los datos proporcionados en el instrumento serían confidenciales para proteger los datos de los mismos residentes.
- Al proporcionarles el instrumento se les indicó el tiempo de duración de la prueba que era aproximadamente de 10 min. y se les indicó que si existía alguna duda se las hicieran saber a las encuestadoras.
- Habiendo resuelto el instrumento se entregaban a las investigadoras.

Finalmente se realizó el Análisis estadístico.- en primer lugar se realizó un análisis descriptivo de la muestra y posteriormente un análisis correlacional Pearson para medir la relación entre las

variables 1(depresión) y variable 2(satisfacción laboral). Se decidió esta prueba dado que las variables son de tipo intervalares. Como ventaja tenemos que las declaraciones de probabilidad obtenidas de la mayoría de las pruebas estadísticas no paramétricas son probabilidades exactas, independientemente de la forma de la distribución de la población de la que se tomó la muestra.

Por ello el investigador solamente puede decir de sus sujetos, que uno comparte en mayor o menor grado cierta característica de otro, sin especificar la cantidad (Siegel, 1976).

A su vez se tomó en cuenta que el Coeficiente de Correlación de Pearson, en una de las medidas de asociación o grado de relación de variables más comúnmente utilizada

Se basa en el supuesto de que las dos series de valores de las variables consideradas se establecen a través de un argumento lineal, es decir, que dicha relación puede ser representada por una línea recta.

Además el coeficiente de Correlación de Pearson es útil para relaciones lineales (Hernández, R., Fernández – Coellado, & Baptista P., 2da literatura006). Las características principales que se deben tomar en cuenta para elección de la r de Pearson como estadístico:

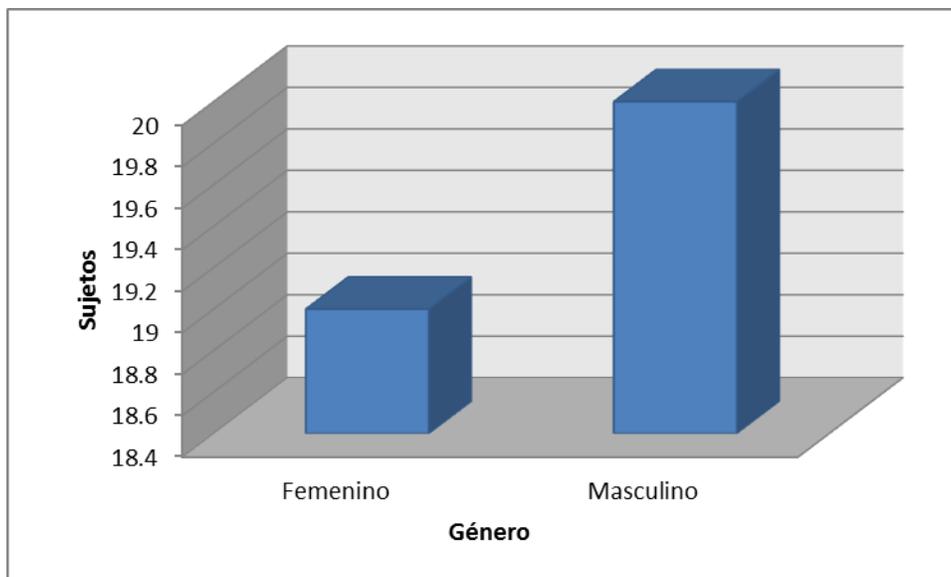
1. Una relación lineal recta: la r de Pearson es útil solamente para detectar una correlación lineal entre X y Y.
2. Los datos de las variables pueden presentarse en intervalos / razón (u ordinal de tipo intervalo) (Ritchey, 2002).
3. Los miembros de una muestra deben haberse extraído aleatoriamente de una población específica. (Levin & Levin, 2004).
4. La r de Pearson requiere que tanto la variable X como la Y estén normalmente distribuidas en la población. En muestras pequeñas al no llenar el requisito de características normalmente distribuidas puede menoscabar seriamente la validez de la r de Pearson. No obstante, este requisito es secundario cuando la magnitud de la muestra es igual o mayor que 30 (Levin & Levin, 2004).

Se eligió realizar la prueba de Pearson ya que los instrumentos cuentan con un valor asignado en cada uno de las opciones de respuesta tipo Likert que al arrojan puntajes cuentan con un cero relativo, a sí mismo no requieren mediciones tan fuertes. Los puntajes en este caso pueden

parecer más precisos que los rangos, también se cuenta con una muestra aleatoria y un mínimo de 39 participantes por lo que reúne todos los requisitos para aplicar dicha prueba estadística.

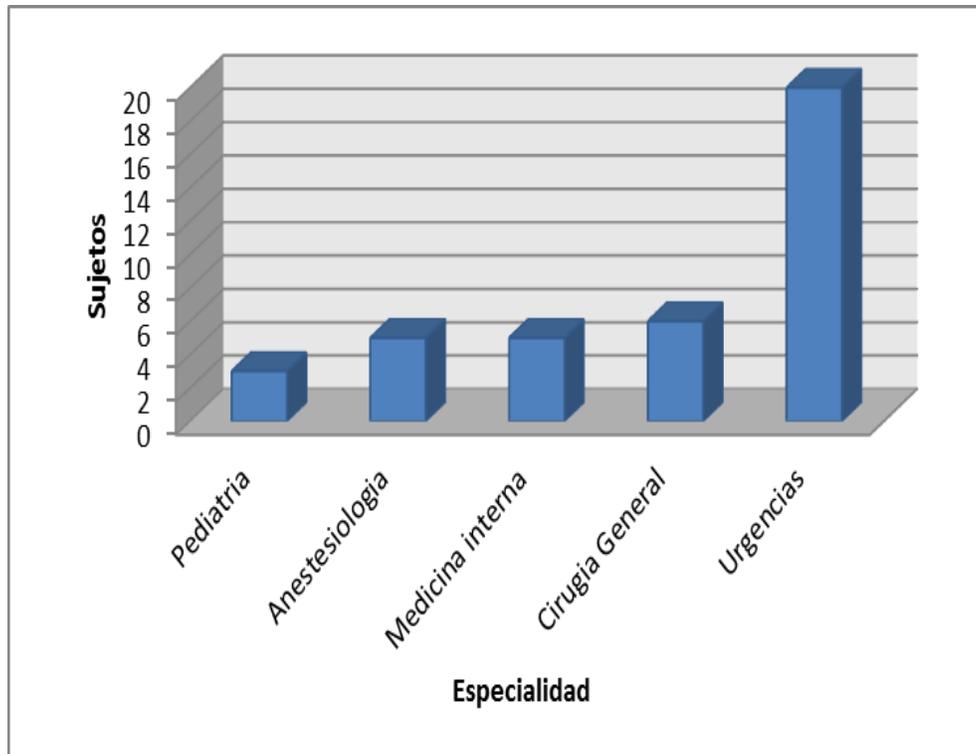
# **RESULTADOS**

A continuación se muestran los datos obtenidos de los médicos residentes del hospital general regional N 25 del IMSS al llevar a cabo la aplicación de los instrumentos de satisfacción laboral de Meliá y Peiro (1984) y la escala de depresión de Zung (2007) se llevó a cabo una descripción de la muestra de 39 sujetos por participación voluntaria, 20 hombres y 19 mujeres. Para lo que se utilizó como herramienta de análisis una prueba de correlación de Pearson para medir el nivel de relación existente entre las variables depresión y satisfacción laboral



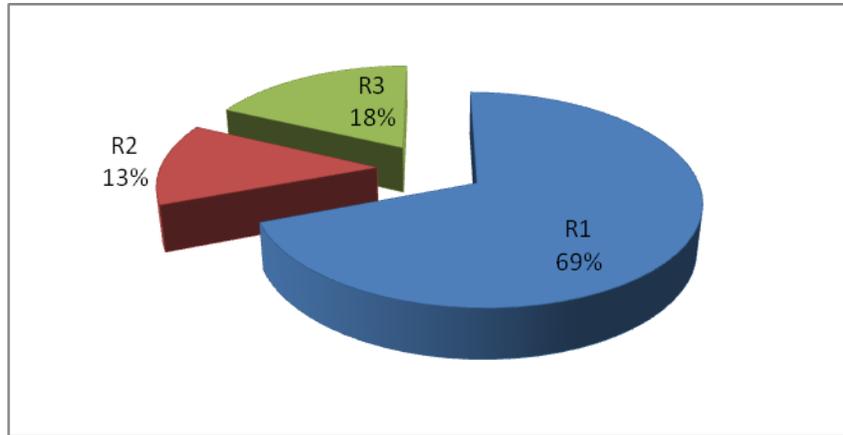
**Gráfica 1: Distribución de los Residentes en cuanto a Género**

En la gráfica 1 se presentan los porcentajes obtenidos correspondientes al sexo de los médicos en donde se detecta que el género Masculino representa el 51.3% del total de la muestra y el Femenino el 48.7% de la muestra. Es decir que no se encuentra una diferencia poblacional significativa en cuanto género en las diferentes especialidades de la residencia médica que se imparten en el Hospital General Regional N°25 del IMSS ya que la diferencia numérica encontrada en esta muestra es tan solo de un sujeto.



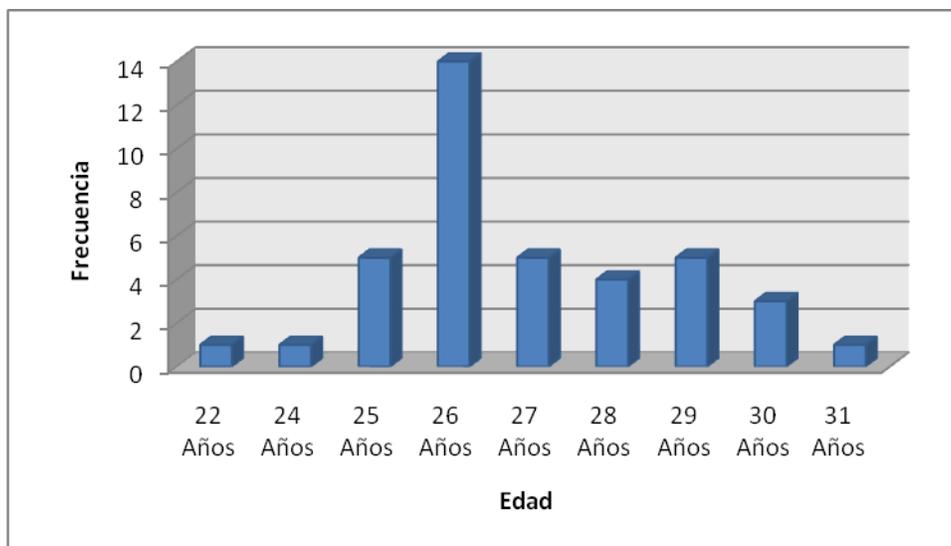
**Gráfica 2: Ubicación de los Médicos Residentes en las Diferentes Especialidades.**

En la gráfica 2 se presentan la forma en que se encuentran distribuidos los residentes de las diferentes especialidades, donde se detecta que la especialidad de urgencias es la más solicitada por los médicos para llevar a cabo su residencia con una muestra extraída de 20 sujetos mientras, seguida por la especialidad de cirugía general con 6 sujetos, anestesiología y cirugía interna con una muestra de 6 sujetos en cada caso y por último pediatría que sería la menor solicitada con 3 sujetos.



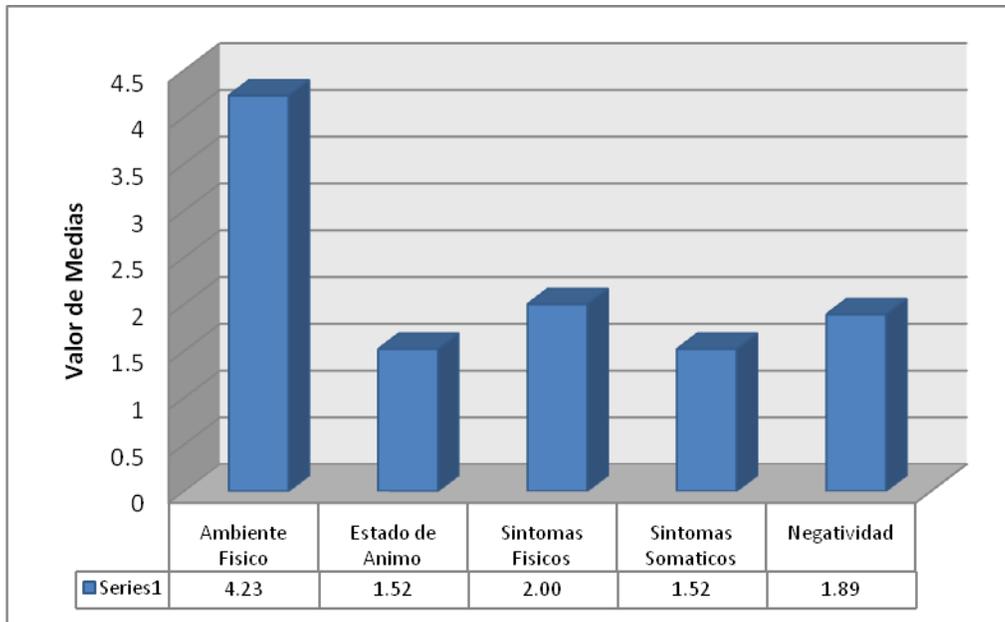
**Gráfica 3: Porcentaje por grado de residencia cursado por los médicos residentes**

En esta gráfica se presenta la distribución de los residentes en cuanto al grado de residencia cursado donde los porcentajes correspondientes a cada grado de residencia son: 69% para el primer grado de la residencia, 18% para el tercer grado de residencia y 13% para los residentes que se encuentran cursando el segundo grado. Dado los porcentajes obtenidos se puede observar de forma clara que la mayoría de la población de residentes del Hospital General Regional n°25 del IMSS se encuentra cursando el primer año de la residencia y el grado que cuenta con menos residentes cursantes es el segundo grado, es decir que se puede observar que la población de residentes se encuentra polarizada entre el primer y el tercer grado de residencia.



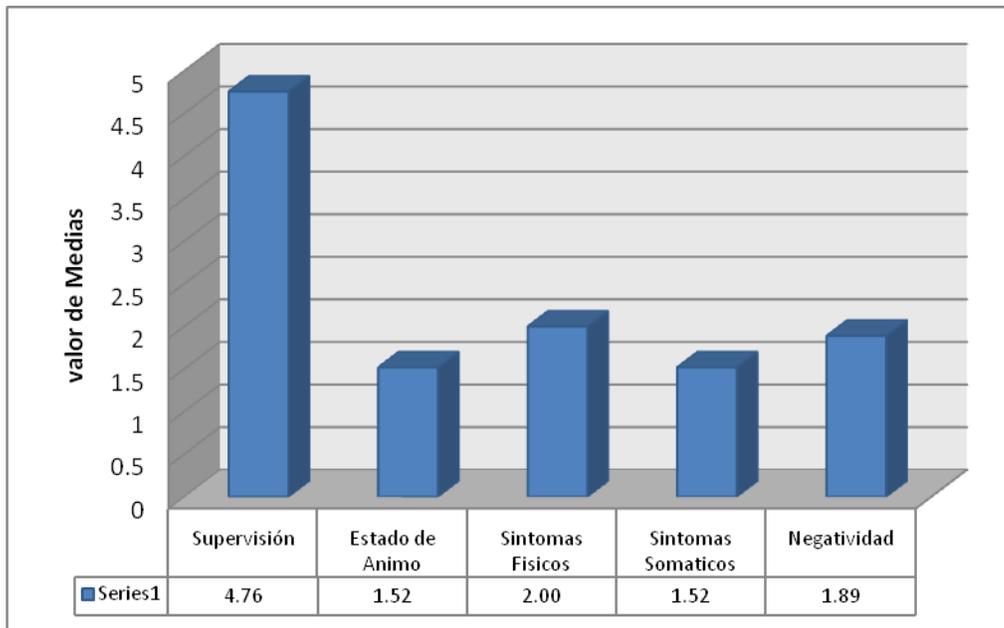
***Gráfica 4: Rango de edad en la que se encuentran los médicos residentes***

La presente gráfica muestra la distribución de los médicos residentes en cuanto a la edad para el total de la especialidades de residencia impartidas en el Hospital General Regional N 25 del JIMSS encontrando un rango de edad entre los 22 y 31 años de los cuales la media de edad presentada es de 26 años como edad predominante entre los residentes con una frecuencia de 14 sujetos seguida de los 25, 27 y 29 años son las siguientes edades más frecuentes encontradas con 5 sujetos cada una de ellas, seguida de los 28 años con una frecuencia de 4 sujetos, posteriormente los 30 años con tan solo 3 sujetos y por último los 22 años es la edad menos encontrada entre los residentes, con una frecuencia de 1 sujeto, aunque las edades de los 24 y 31 años también presentan una frecuencia de tan solo 1 sujeto .



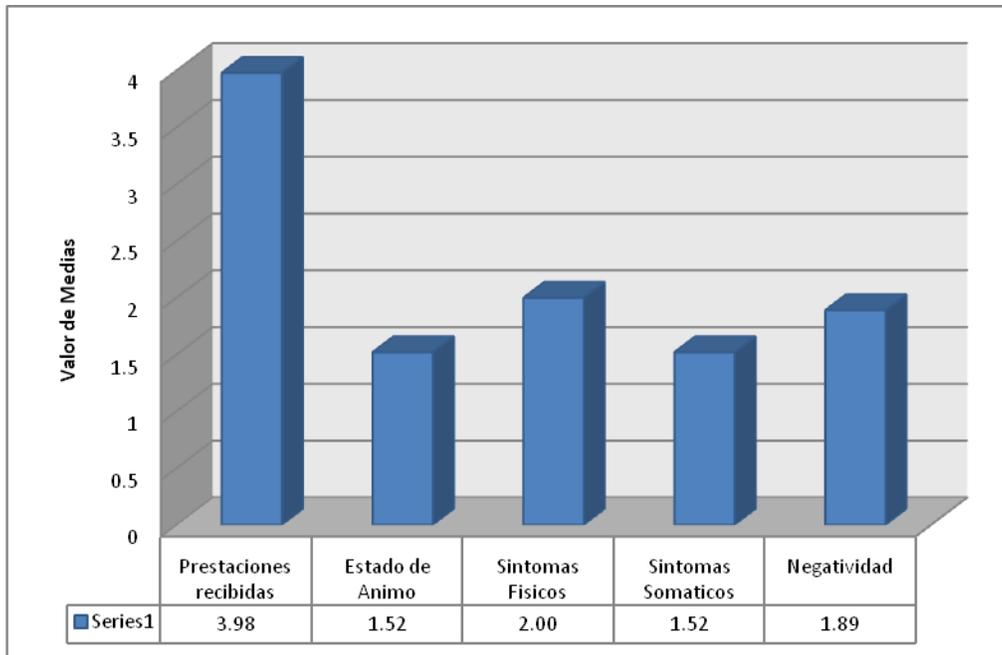
***Gráfica 5: Comparación de medias de satisfacción en ambiente físico y las diferentes dimensiones de depresión***

En esta gráfica se puede observar cómo mientras más agradable perciben los médicos su ambiente físico el índice de las diferentes dimensiones de la depresión se reducen considerablemente, entre la dimensión satisfacción del ambiente físico con una media de 4.23 del instrumento de satisfacción laboral siendo esta además la media más alta encontrada en este comparativo y las dimensiones: estado de ánimo con la media de 1.52 siendo está la más baja, seguida por la dimensión de síntomas somáticos con una media de 1.52, negativismo con una media de 1.89 y por último síntomas físicos con una media de 2.00 del instrumento de depresión de Zung.



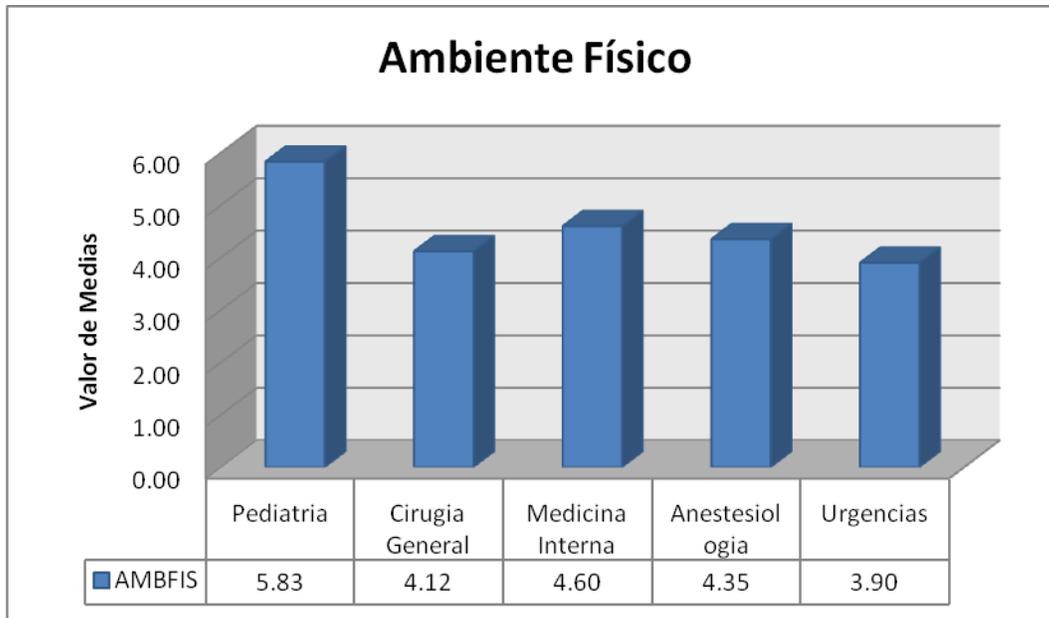
***Gráfica 6: Distribución de medias comparativas entre satisfacción de la supervisión y las diferentes dimensiones de depresión***

En la presente gráfica se muestra el comparativo de la dimensión de satisfacción de la supervisión con las distintas dimensiones de la escala de depresión donde se observa como decaen éstas ante un nivel alto en la media de supervisión que indica que para la mayoría de los médicos la supervisión que ejercen los maestros la consideran adecuada con una media de 4.76 y las observadas en las dimensiones de depresión siendo la media más baja para esta escala la de 1.52 obtenida tanto en estado de ánimo como en síntomas somáticos seguida por negativismo con una media de 1.89 y finalmente síntomas físicos con una media de 2.00 evidenciando de igual manera que mientras más alta son las medias obtenidas en la escala de satisfacción se encontrarán medias considerablemente bajas en la escala de depresión.



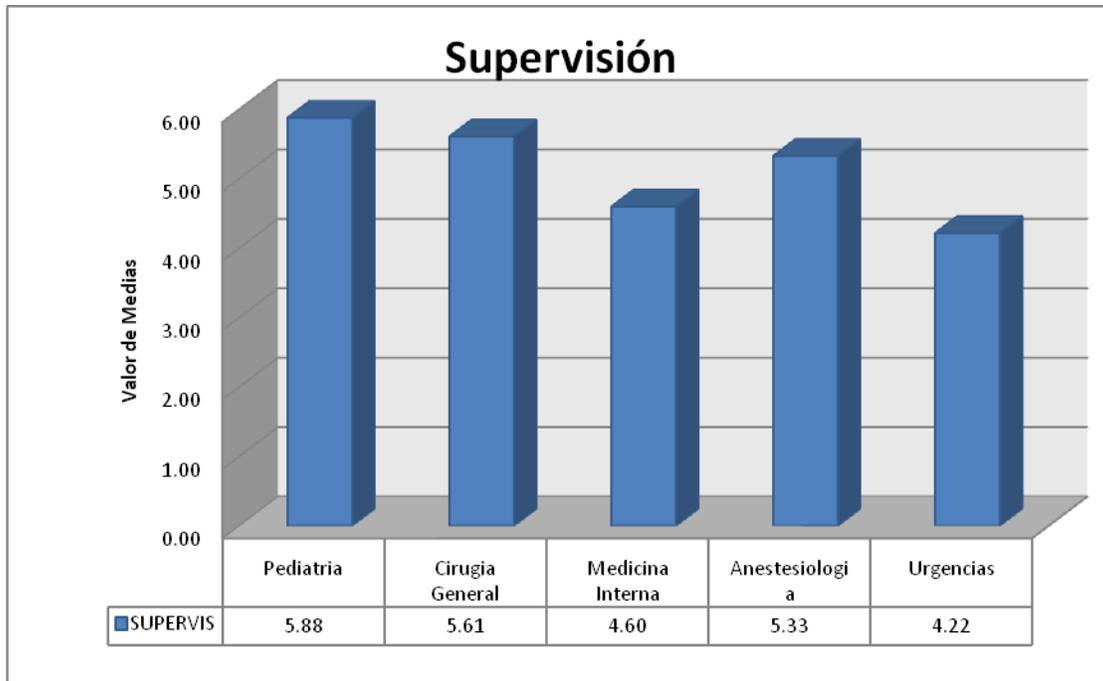
***Gráfica 7: Distribución de medias comparativas entre satisfacción de las Prestaciones recibidas y las diferentes dimensiones de depresión***

En esta gráfica se puede observar las distribuciones de las medias de respuestas de los médicos de las 5 áreas de residencia arrojando como resultado que la dimensión de satisfacción de las prestaciones recibidas correspondiente al instrumento de satisfacción laboral se encontró con una media de respuesta más alta con 3.98 que la de las demás dimensiones pertenecientes del instrumento de depresión mostrando que la mayoría de los sujetos se encuentran satisfechos en esta área de igual manera se puede observar las medias de las dimensiones de depresión las cuales son: estado de ánimo con la media más baja de 1.52 seguida de síntomas somáticos con una media de 1.52, negativismo con una media de 1.89 y por último síntomas físicos con una media de 2.00 siendo esta última el área en donde se encuentra menos deprimidos los sujetos con respecto a la dimensión de prestaciones recibidas.



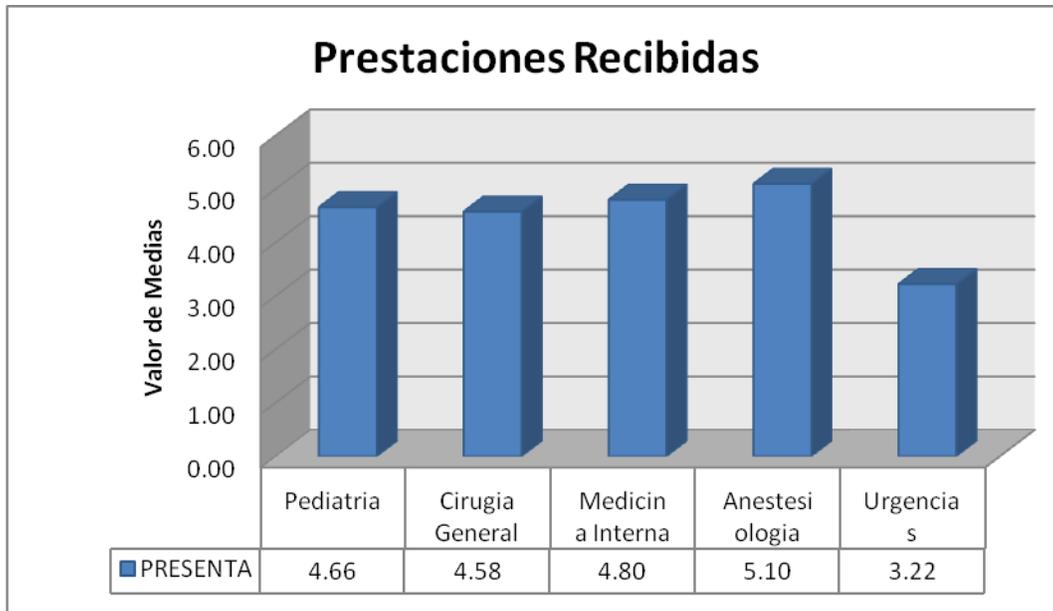
**Gráfica 8: comparativo de la dimensión satisfacción con el Ambiente Físico con respecto a las diversas especialidades**

En esta gráfica se puede observar cómo se comportó la muestra en cuanto a la dimensión de satisfacción con el ambiente físico siendo el área de pediatría la que reporta la media más alta de 5.8 seguida de el área de medicina interna con una media de 4.60, anestesiología con una media de 4.35, cirugía general con una media de 4.12 y urgencias con una media de 3.90 siendo ésta la más baja; por lo que al hacer la comparación entre las medias se halló que el área que se encuentra más satisfecha con el ambiente físico en donde desempeña su residencia es el área de pediatría mientras que el área con menor satisfacción en su ambiente físico es el área de urgencias.



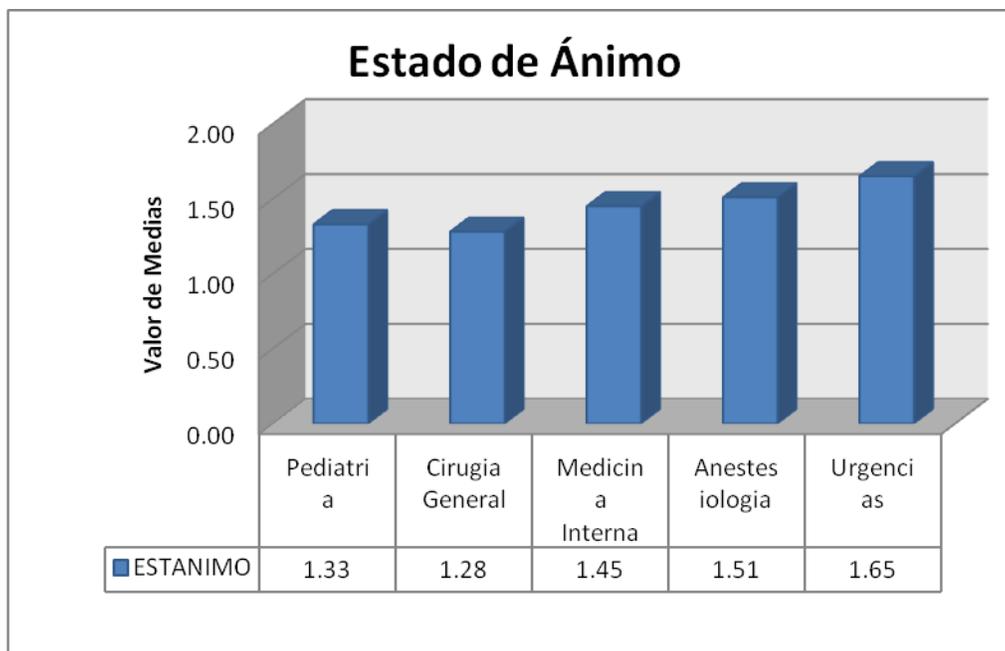
***Gráfica 9: distribución de medias de la dimensión satisfacción de la Supervisión con respecto a las diversas especialidades***

Esta gráfica muestra el comportamiento de las medias obtenidas en las diferentes especialidades para la dimensión de satisfacción en la supervisión que es parte del instrumento de satisfacción laboral en donde se encontraron los siguientes valores pediatría con una media de 5.88, cirugía general con una media de 5.61, anestesiología con una media de 5.33, medicina interna con media de 4.60 y urgencias con una media de 4.22, se puede observar que pediatría es el área de residencia que encuentra el nivel más satisfactorio de supervisión por parte de sus profesores seguida por el área de cirugía interna mientras que el área menos satisfecha con la supervisión es el área de urgencias.



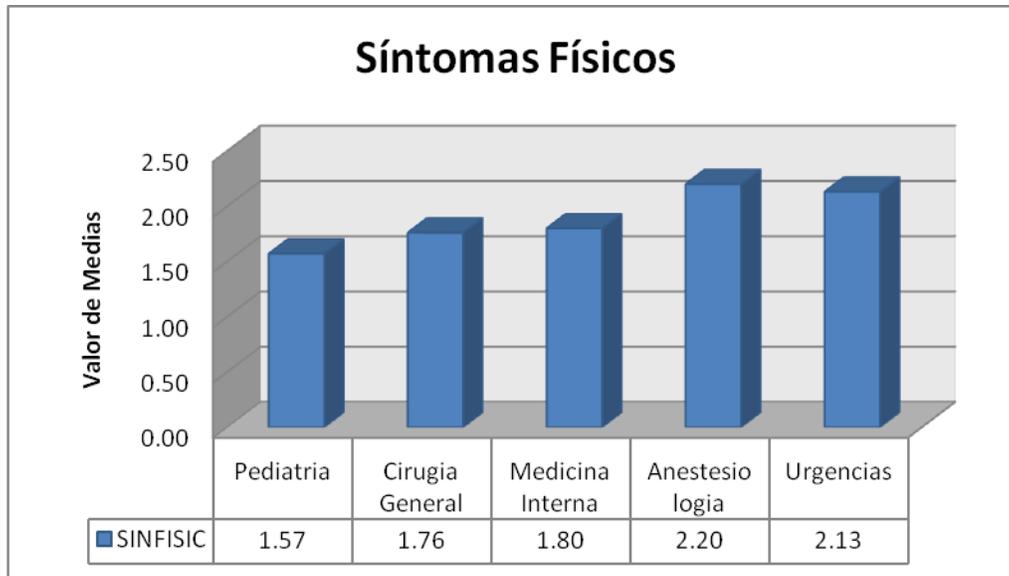
***Gráfica 10: Comportamiento de la muestra para la dimensión satisfacción con las prestaciones recibidas***

En esta gráfica se observa cómo es el comportamiento de la muestra entre las diferentes especialidades para la dimensión de satisfacción con las prestaciones recibidas correspondiente al instrumento de satisfacción laboral en donde no se encuentran diferencias marcadas entre las áreas a excepción del área de anestesiología con una media de 5.10 y urgencias con una media de 3.22 las cuales representan los dos extremos siendo el área de anestesiología la que se encuentra más satisfecha con respecto a las prestaciones y el área de urgencias es la menos satisfecha con esta dimensión, mientras que medicina interna con 4.80 como media, pediatría con 4.66 y cirugía general con una media de 4.58 oscilan en un nivel de satisfacción intermedio para la dimensión de prestaciones recibidas.



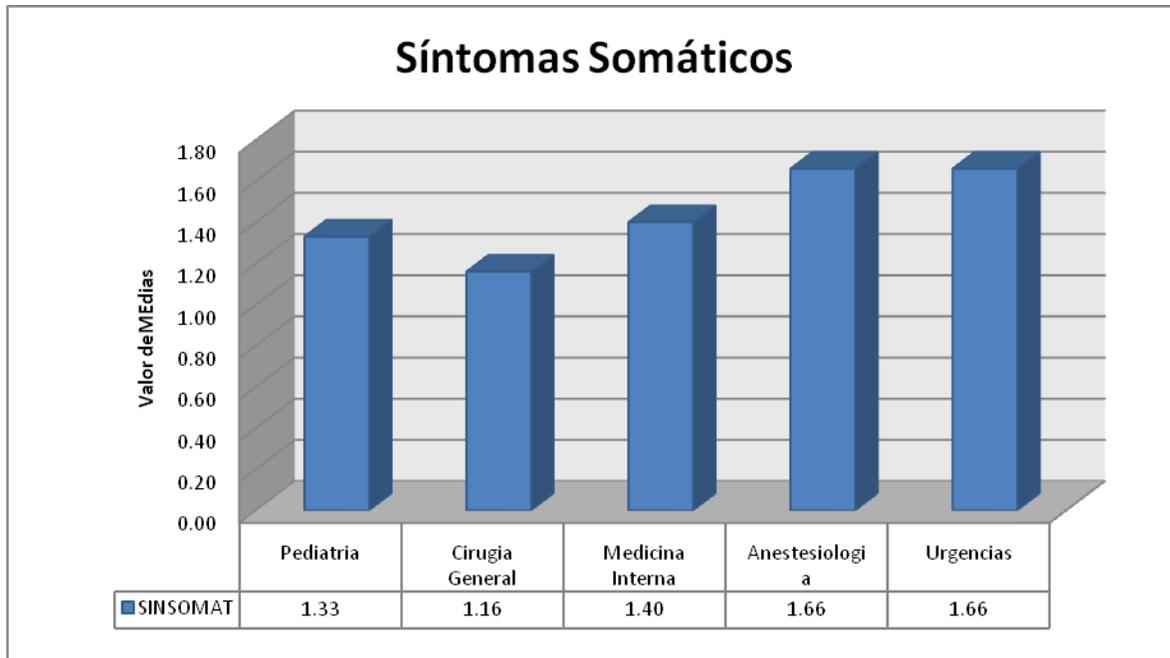
***Gráfica 11: Comportamiento de las diferentes especialidades para la para la dimensión estado de ánimo***

En la presente gráfica se muestra el comparativo de la dimensión estado de ánimo correspondiente al instrumento de depresión de Zung con respecto a las diferentes áreas de residencia donde se puede observar los puntajes o valores de la media según el área de residencia de la siguiente forma: cirugía general con 1.28, pediatría con 1.33, medicina interna con 1.45 anestesiología con 1.51 y urgencias con 1.65 siendo estas dos últimas las áreas con mayor tendencia a presentar una depresión leve para la dimensión de el estado de ánimo mientras que el área que se encuentra sin rasgos de depresión prácticamente es la de cirugía general.



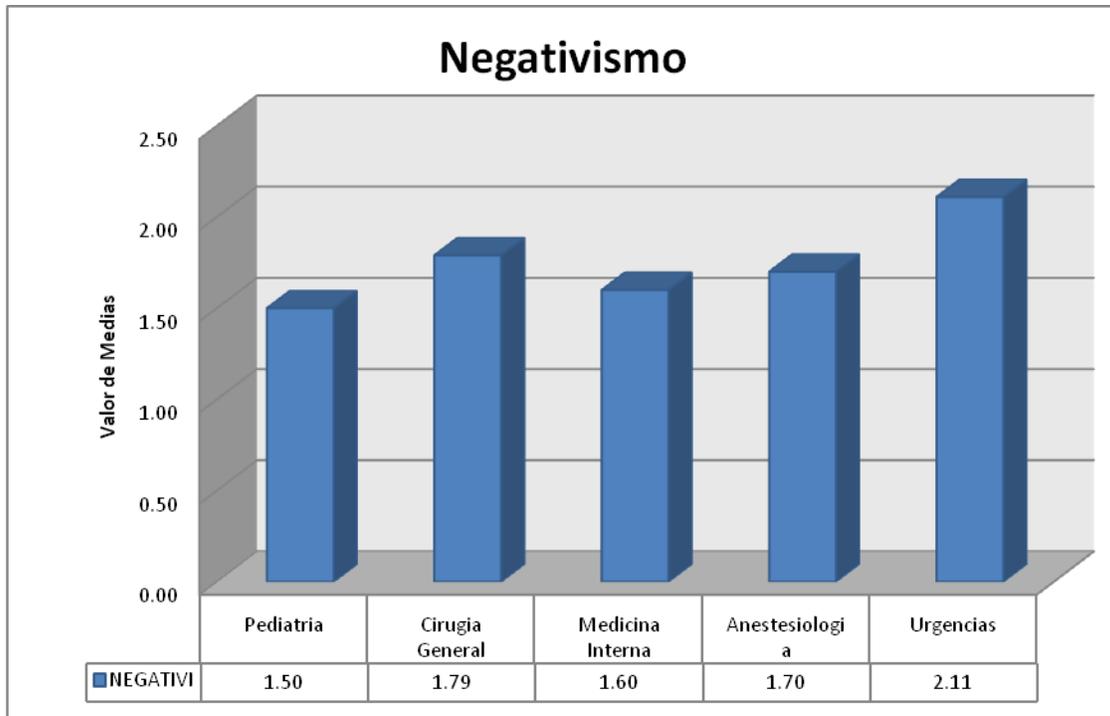
**Gráfica 12: Comparativo de las diferentes especialidades para la dimensión de Síntomas Físicos**

En esta gráfica se puede observar las distribuciones de las medias de respuestas de los médicos de las 5 áreas de residencia arrojando como resultado que la dimensión de síntomas físicos correspondiente al instrumento de depresión de Zung se encontró con una media de respuesta más alta de 2.13 perteneciente al área de urgencias mientras que anestesiología presenta una media de 2.20, medicina interna con una media de 1.80, cirugía general con una media de 1.76 y pediatría con una media de 1.57 siendo esta última el área de residencia que presenta menos probabilidad de sufrir depresión por su nivel de media que se encuentra pegado al valor 1 mientras que la especialidad de urgencias indica un nivel de presión bajo ya que su media se acerca más al valor de 3 al igual que la especialidad de anestesiología que sería la segunda especialidad más deprimida o con mayor tendencia a la depresión por su valor de media de respuesta.



**Gráfica 13: Comparativo de las diferentes especialidades para la dimensión de Síntomas Somáticos**

La presente gráfica muestra cómo se comportaron las diferentes especialidades con respecto a la dimensión de síntomas somáticos correspondiente al instrumento de depresión de Zung donde se observa que el área con los valores más altos es el área de anestesiología con un valor de media de 1.66, seguida por las especialidades de urgencias y cirugía general con un valor de media de 1.16, medicina interna con una media de 1.40 y por último pediatría con un valor de media de 1.33 siendo así la especialidad con menos tendencia a depresión en cuanto a síntomas somáticos.



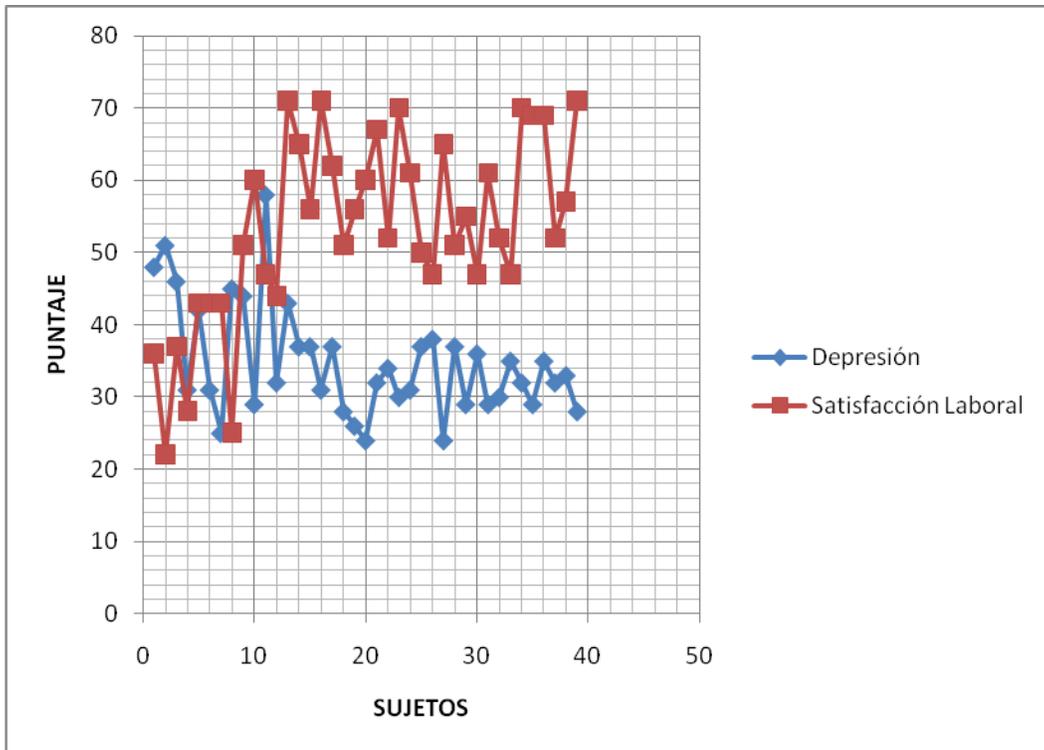
**Gráfica 14: Comparativo de las diferentes especialidades para la dimensión de Negativismo**

Esta gráfica indica los valores de media obtenidos para negativismo entre las diferentes especialidades, bosquejando así cómo es que se comportaron las muestras obtenidas por área para la dimensión de negativismo perteneciente al instrumento de depresión de Zung, donde se encontró que el área con los valores más altos sería la especialidad de urgencias con una media de 2.11 seguida por cirugía general con una media de 1.79, anestesiología con un valor de media de 1.70, medicina interna con un valor de media de 1.60 y por último pediatría obteniendo la media más baja con un valor de 1.50 lo que indica que esta última especialidad es la que se encuentra menos afectada

**Tabla 1: Relación existente entre las variables Satisfacción laboral y Depresión**

		SATLAB1	DEP
SATLAB1	Pearson Correlation		-.476(**)
	Sig. (2-tailed)		.002
	N		39
DEP	Pearson Correlation	1	
	Sig. (2-tailed)	.	
	N	39	

Muestra un valor de significancia de .002 con un valor de correlación de -.476 lo que indica que existe una correlación inversamente proporcional entre las variables es decir a mayor depresión menor satisfacción y a mayor satisfacción menor depresión. Por lo que se puede determinar que efectivamente mientras más insatisfechos se encuentre los médicos se encontraran más deprimidos y mientras más alto sea el nivel de satisfacción que presenten los residentes presentaran un menor nivel o tendencia a la depresión. Por lo que si se graficara estos resultados se podría observar de forma clara una correlación de tipo negativa entre las variables donde mientras más altos sean los valores obtenidos para la variable satisfacción se encontrará que los valores de la variable depresión irán bajando de manera proporcional a como vayan elevándose los de la primera variable.



**Gráfica15: Relación de las variables depresión y satisfacción laboral en un diagrama de dispersión**

La gráfica muestra los puntajes obtenidos por los médicos residentes en las pruebas de satisfacción y depresión que se aplicaron, se puede observar cómo sólo dos de los sujetos se encuentran con puntajes superior a los 50 en la escala de depresión con 52 y 58 puntos correspondientemente mientras en la escala de satisfacción laboral obtuvieron puntajes de 22 y 46 respectivamente; mientras que el resto de los sujetos muestran puntajes de depresión entre 20 y 40 puntos lo que indica que no se encuentran deprimidos tomando en cuenta que la escala de depresión señala que los sujetos con puntajes mayor a 50 están deprimidos, mientras los puntajes de satisfacción oscilan entre 30 y 76 lo que indica según la escala de satisfacción que los puntajes entre 21 y 30 son sujetos con un nivel de satisfacción bajo.

Por lo que se puede observar que mientras más altos son los puntajes de satisfacción los de depresión tienden a bajar mostrando que solo dos de los 39 sujetos se encuentran deprimidos y que de estos solo uno cuenta con un nivel de satisfacción alta lo que indica que si existe una relación inversa entre ambas variables.

**Tabla 2: Correlaciones entre dimensiones de ambos instrumentos**

		AMBFIS	SUPERVIS	PRESTACIONES RECIBIDAS	ESTANIMO	SINFISIC	SINTOMAT	NEGATIVI
<b>AMBFIS</b>	Pearson Correlation Sig.(2-tailed) N	1 . 39	.634** .000 39	.690** .000 39	-.279 .085 39	-.387* .015 39	-.266 .102 39	-.235 .151 39
<b>SUPERVIS</b>	Pearson Correlation Sig.(2-tailed) N		1 . 39	.688** .000 39	-.348** .030 39	-.460** .003 39	-.269 .098 39	-.354* .027 39
<b>PRESTACIONES RECIBIDAS</b>	Pearson Correlation Sig.(2-tailed) N			1 . 39	-.182 .267 39	-.356** .026 39	-.070 .670 39	-.168 .308 39
<b>ESTANIMO</b>	Pearson Correlation Sig.(2-tailed) N				1 . 39	.516** .001 39	.575** .000 39	.643** .000 39
<b>SINFISIC</b>	Pearson Correlation Sig.(2-tailed) N					1 . 39	.429** .006 39	.429** .006 39
<b>SINTOMAT</b>	Pearson Correlation Sig.(2-tailed) N						1 . 39	.388* .015 39
<b>NEGATIVI</b>	Pearson Correlation Sig.(2-tailed) N							1 . 39

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2- tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2- tailed).

En esta tabla se pueden observar cómo se comportan las dimensiones al momento de correlacionarse satisfacción con el ambiente físico con satisfacción de la supervisión nos da una correlación positiva con un valor de .634 con una significancia de .01 donde se observa que a mayor satisfacción con la supervisión mejor satisfacción con el ambiente físico; satisfacción del ambiente físico con la satisfacción de las prestaciones recibidas presenta una correlación positiva de .690 con significancia de .01 mostrando que a mayor satisfacción de las prestaciones recibidas mejor satisfacción del ambiente físico; satisfacción del ambiente físico con estado de ánimo presenta una correlación negativa de -.279 donde se observa que a mayor estado de ánimo menor satisfacción con el ambiente físico; satisfacción del ambiente físico y síntomas físicos donde la correlación es negativa con un valor de -.387 con una significancia de .05 donde a menor satisfacción con el ambiente físico presentan más síntomas físicos; satisfacción del ambiente físico con síntomas somáticos existe una correlación negativa de -.266 donde a menor satisfacción del ambiente físico mayor síntomas somáticos; satisfacción del ambiente físico con negativismo su correlación es negativa con -.235 donde a mayor negativismo menor satisfacción con el ambiente físico.

Por otro lado la satisfacción con la supervisión se correlaciona con las demás dimensiones de la siguiente forma: con prestaciones recibidas tiene una correlación positiva de .688 con una

significancia de .01 donde a mayor satisfacción con la supervisión mayor prestaciones recibidas; con estado de ánimo tiene una correlación negativa de  $-.348$  con una significancia de .05 donde a mayor satisfacción de la supervisión menor estado de ánimo y a mayor estado de ánimo menor satisfacción con la supervisión; con síntomas físicos tiene una correlación negativa de  $-.460$  con una significancia de .01 donde a mayor satisfacción de la supervisión menos síntomas físicos y a más síntomas físicos menor satisfacción de la supervisión; con síntomas somáticos presenta una correlación negativa de  $-.269$  donde a mayor satisfacción de la supervisión menos síntomas somáticos y a mayor síntomas somáticos menor satisfacción de la supervisión; con negativismo presenta una correlación negativa de  $-.354$  con un nivel de significancia de .05 donde a mayor satisfacción de la supervisión menor negativismo y viceversa.

La dimensión de satisfacción de las prestaciones recibida se correlaciona con las demás dimensiones de la siguiente manera: con estado de ánimo presenta una correlación negativa de  $-.182$  donde a mayor satisfacción de las prestaciones recibidas menor estado de ánimo y a menor satisfacción de las prestaciones recibidas mayor estado de ánimo; con síntomas físicos tiene una correlación negativa de  $-.356$  con un nivel de significancia de .05 donde a mayor satisfacción de las prestaciones recibidas menos síntomas físicos y más síntomas físicos menos satisfacción de las prestaciones recibidas; con síntomas somáticos nos da una correlación negativa de  $-.070$  donde a mayor síntomas somáticos menor satisfacción de las prestaciones recibidas y viceversa; con negativismo presenta una correlación negativa con  $-.168$  donde a mayor satisfacción de las prestaciones recibidas menos negativismo y a mayor negativismo menor satisfacción de las prestaciones.

El estado de ánimo se correlaciona con síntomas físicos con una correlación positiva de  $.516$  teniendo un nivel de significancia de .01 donde a mayor estado de ánimo mayores síntomas físicos; mientras que estado de ánimo con síntomas somáticos presentan una correlación positiva de  $.575$  y un nivel de significancia de .01 donde a menor estado de ánimo menores síntomas somáticos; el estado de ánimo con negativismo existe una correlación positiva de  $.643$  con nivel de significancia de .01 es decir a mayor estado de ánimo mayor negativismo.

Los síntomas físicos presenta las siguientes correlaciones: con síntomas somáticos tiene una

correlación positiva de .429 donde a mayores síntomas físicos mayores son los síntomas somáticos; al igual con negativismo presenta también una correlación positiva de .429 donde mayor síntoma físico mayor negativismo, con una significancia de .01 en ambas correlaciones.

Síntomas somáticos con negativismo presenta una correlación positiva de .388 teniendo un nivel de significancia de .05 por lo tanto a mayor negativismo mayores síntomas somáticos.

## ***DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES***

La satisfacción de las necesidades de un individuo tanto personales como profesionales deben de ser nutridas por amplios aspectos de su vida diaria hasta llegar a complacer todas y cada una de ellas dado que la vida y el trabajo de los individuos están relacionadas no solo con aspectos culturales, sino también familiares, emocionales y laborales; éstos últimos pueden incidir en un factor detonante donde el sujeto puede llegar a sufrir episodios depresivos debido entre otras cosas a su incapacidad para manejar de forma adecuada todas las actividades estresantes que llegan a generar tensión en su vida diaria, es decir, se espera que mientras más satisfechas estén todas estas necesidades se reduzca la angustia provocada y así se evite que los sujetos caigan en estados de ánimo depresivos. Que los podría llevar incluso a verse afectados diversos aspectos de su personalidad y autoestima orillándolo a alejarse de sus círculos sociales disminuyendo o nulificando sus relaciones interpersonales hasta dejar de trabajar o en el mejor de los casos a reducir considerablemente su desempeño. A este respecto se encontró lo siguiente:

Tomando en cuenta el trabajo que desempeñan los médicos durante la residencia -la presión ejercida por los profesores, el tiempo de las jornadas de trabajo, el ambiente físico en donde se desenvuelven, la compensación económica, el nivel de reconocimiento, las relaciones interpersonales entre otros-, se puede observar una tendencia a la depresión y a insatisfacción laboral por las condiciones en las que se desempeñan principalmente los médicos residentes de la especialidad de urgencias médicas quirúrgicas.

Después de hacer una evaluación de las variables depresión y satisfacción laboral entre la población de residentes del Hospital General Regional No 25, se puede apreciar que los residentes presentan una relación entre las variables descritas, es decir, existe una alta relación de valores entre la conducta del individuo y las necesidades del mismo. Murray y sus asociados (1975) exponen que los “individuos pueden ser clasificados de acuerdo con la fuerza e intensidad de las variables personalidad y necesidad”. Así como la necesidad del logro, afiliación y necesidad de poder las cuales llegan a explicar, según Mc Kendall, la motivación del individuo

(Furnhon, 2001).

Aunque en las gráficas 1 (género), 3 (grado de residencia) y 4 (rango de edad) muestran solamente cómo se comportó la distribución de la muestra se observa que ni la edad ni el grado de residencia cursado influyen en la percepción de los individuos para con su entorno laboral y el grado de satisfacción que les proporciona, es decir, que tanto hombres como mujeres pueden presentar un cierto grado de satisfacción o insatisfacción sin que su género sea un factor que predisponga al sujeto. De igual manera en los resultados de depresión se observa cómo las variables atributivas género y edad (gráficas 1 y 4) no son causa de predominio en la depresión, sin embargo, los residentes del área de urgencias médicas presentaron más síntomas de depresión en todas las dimensiones (estado de ánimo, síntomas físicos, síntomas somáticos y negativismo) de la escala de Zung (1965), esto se debe a los niveles de tensión a que son sometidos por los profesores ya que en esta área se necesita de rapidez, precisión y eficacia; se encontró que en el grado de residencia en este estudio no tuvo una influencia en la depresión o satisfacción ; sin embargo en el estudio sobre depresión en médicos residentes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal se encontró que los residentes que se encuentran cursando el segundo grado fue en donde se presentaron más casos 33 (37.4%) para este mismo fenómeno ya que se podría pensar en un principio que los sujetos que cursan el primer grado podrían estar más susceptibles a sufrir un estado de insatisfacción y depresión como se ven en los datos arrojados en el estudio sobre la prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México donde el resultado encontrado es que los médicos residentes del 1° año de residencia y con guardias en terapia intensiva son mas depresivos y un factor predominante fue el estar casado; entre otros factores que tienen relevancia para síntomas depresivos pueden ser: la etapa de adaptación al medio y los niveles de fatiga que se presentan conjuntamente, sobre esto algunos autores como Murray y McKendall (1975) explican en la teoría de la motivación por el logro de metas que una de las necesidades más predominantes para satisfacer es la necesidad de afiliación siendo el deseo de tener relaciones amistosas y cercanas, que Maslow (1954) (citados en Furnhon, 2001), lo traduce como una necesidad de afecto explicando cómo durante el primer grado de residencia los médicos no sólo se ven afectados por el agotamiento y la presión que ejercen sus profesores en cuanto a su desempeño cognoscitivo y laboral sino que además de tener que lidiar con esto se encuentran en una etapa en donde tratan de satisfacer esta necesidad al buscar relaciones interpersonales exitosas con sus demás compañeros, aunado a esto se ven

obligados a satisfacer otra necesidad básica que mencionan los autores como: la necesidad del logro, que es el impulso por sobresalir obteniendo un estado de realización profesional y lucha por el éxito, esto podría llegar a ser en algún momento una lucha entre ambas necesidades, ya que en algunas ocasiones una necesidad de logro se podría ver afectada u obstruida por la de afiliación, lo que el sujeto debe tratar de evitar y mantener un equilibrio causando así un nivel de ansiedad paralelo a los propios por la residencia.

De lo anterior se podría deducir que dado la características de las especialidades de residencia y los resultados arrojados por las pruebas que el área más afectada en cuanto a estas necesidades es el área de urgencias médicas quirúrgicas que fue la que arrojó en los diferentes comparativos más insatisfacción en el ambiente físico con una media de 3.90, supervisión con 4.22 y especialmente en el área de presentación con una media de 3.22 que son las dimensiones que evalúa el instrumento de satisfacción de Meliá y Peiro (1984).

En cuanto a la parte de depresión se tomó en cuenta la teoría Socio – Cultural lo que nos permite observar que los resultados obtenidos en las dimensiones: estado de ánimo, síntomas físicos, síntomas somáticos y negativismo intervienen directamente en el sentir de los médicos residentes dado que trata de interpretar la depresión como un fenómeno donde existe énfasis en la reacción de las exigencias sociales (Solloa, 2001), situación que coincide con los requerimientos y factores ambientales dentro del hospital donde se desenvuelve el médico.

El enfoque interpersonal nos explica que los episodios depresivos pueden ser por el ambiente familiar donde crecen las personas provocando que los hijos estén sometidos a demasiado estrés obligándose a ser exitosos en todos los aspectos para crear un sentimiento de realización y autoestima contrarrestando la depresión. Gotlib y Colby (1987), exponen que la cadena causal de un episodio depresivo comienza por un acontecimiento estresante que en este caso son las actividades que realizan los médicos residentes con los pacientes, como se mencionó con anterioridad los médicos de primer grado de residencia son los más vulnerables a estas situaciones de estrés que puede ser interpersonal, intrapsíquica o bioquímica.

El área que presenta menor depresión y que se pudo observar con mayor precisión en la dimensión del "estado de ánimo" son los residentes de cirugía general son los que se encuentran

menos deprimidos con una media de 1.28, sin embargo en la dimensión de síntomas físicos, somáticos y negativismo el área que cuenta con una media menor de 1.33, 1.37 y 1.50 respectivamente es pediatría como se pudo observar en los resultados. Y a su vez el área de Urgencias mantuvo una constante como la especialidad que se encuentra más predispuesta a sufrir estados depresivos y la de menor predisposición es pediatría, a diferencia del estudio presentado por Anabel Cruz de la Torre; ( 2006-2007) con respecto a la “Depresión en médicos residentes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal”, el cual muestra cómo independientemente del área de trabajo se presentan sujetos deprimidos, en este estudio el área más afectada fue la de anestesiología con el 37.4 %; sin embargo, en el presente estudio y tomando en cuenta las diferencias de características en cuanto al ambiente laboral se encontró que el área más afectada fue la de urgencias médicas.

Es decir, el nivel de satisfacción laboral de los médicos residentes del H.G.R. No 25 se encuentra estrechamente relacionada con un estado anímico (depresión). En algunos casos (4) donde existía un estado de depresión, el nivel de satisfacción laboral tiende a bajar, mientras que en otros (35) a mayor satisfacción menor depresión; esto se traduce en una relación inversamente proporcional entre las variables estudiadas.

Sin embargo, al realizar la correlación entre las diferentes dimensiones se encuentra que existe una correlación positiva en la mayoría de los casos, es decir, cuando las dimensiones de una misma escala se cruzan tales como ambiente físico, supervisión y prestaciones recibidas en el instrumento de satisfacción laboral al correlacionarse entre sí mismas se verán afectadas de manera positiva una con otra a mayor factor de uno se encuentra mayor factor de la otra dimensión, lo mismo pasa con las dimensiones de negativismo, estado de ánimo, síntomas somáticos y síntomas físicos de la escala de depresión. Mientras que la correlación de las dimensiones de el instrumento de satisfacción con las del instrumento de depresión arrojan una correlación negativa con un comportamiento inversamente proporcional, es decir, a mayor nivel de una dimensión de satisfacción el nivel de la dimensión de depresión tenderá a bajar y viceversa por lo que se puede observar que efectivamente se encuentra correlacionadas las variables depresión y satisfacción; y que el comportamiento de la variable satisfacción dependerá del nivel de depresión que exista entre los médicos residentes.

Los resultados anteriormente descritos no se ven afectados si se considera el sexo o la edad como una variante, para la población estudiada ser hombre o mujer o tener más o menos años de edad como se puede apreciar en las gráficas 1 y 4 de los resultados. Como se pueden ver en los estudios de Martínez-Lanz, Medina-Mora & Rivera (2005), igualmente en el de Cruz (2006 - 2007) donde a pesar de trabajar los dos estudios con un mismo tipo de población en este caso los médicos residentes se encontraron diferentes resultados siendo en el primero las mujeres las más afectadas en cuanto a depresión y el segundo siendo los hombres los que mayor depresión presentaron mostrando así que el género no es un factor predominante para padecer este estado de ánimo como lo es depresión.

Por otro lado, considerar el área de residencia como elemento de análisis, permite establecer diferencias entre ellas. En la gráfica 2 (Especialidad) se puede observar que el área de urgencias, concentra el mayor número de residentes mientras que la de pediatría es de las áreas que menor número de residentes tiene. Aunque en la literatura se encontró que las mujeres eran dos veces más afectadas por la depresión en este estudio no se encontró relación alguna entre el género y la predisposición a sufrir un estado depresivo. Tampoco se encontró investigación alguna que considere este tipo de estudio por áreas de especialidad en los hospitales; sin embargo, si existen investigaciones por separado que estudien las variables de depresión y satisfacción en el ámbito del sector salud por ello la presente investigación indago dicho aspecto llegando a las siguientes conclusiones.

En las gráficas comparativas 5 (comparación de satisfacción del ambiente físico y las diferentes dimensiones de depresión), 6 (distribución de medias entre depresión y las diferentes dimensiones de depresión) y 7 (distribución de medias comparativas entre prestaciones recibidas y las diferentes dimensiones de depresión) de las dimensiones evaluadas por ambos instrumentos muestran que mientras más altas eran las medias obtenidas para las dimensiones de satisfacción laboral, las medias obtenidas por las dimensiones de depresión tienden a presentarse con valores bajos; es decir, que los sujetos en su gran mayoría no se encuentran deprimidos corroborando de esta manera la tabla 1 que muestra una correlación negativa con un valor de  $-0.476$  donde los valores obtenidos por la variable depresión irán decreciendo en forma paralela a la que los valores obtenidos por la variable satisfacción vayan aumentándose mostrando así una relación

inversamente proporcional entre el comportamiento de estas dos variables.

Por último concluimos que - existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y la satisfacción laboral por lo tanto la  $H_0$  ha sido rechazada.

Así se aprecia que los motivadores de las personas son un reflejo, no solo de su personalidad sino que se encuentran aunados a factores culturales en los que se encuentra inmerso el individuo, tales como la familia, educación, nivel afectivo, creencias, entre otros. Lo que explica porqué el estado depresivo se relaciona directamente con la satisfacción laboral del sujeto. Como lo señalan Cabrera, Franco, González, Vega, Parra e Íñiguez en el 2004, en su investigación donde se pudo observar como el nivel de satisfacción depende de la satisfacción de las necesidades del individuo o sus necesidades.

Lo anterior puede ser atribuido a que los trabajadores del área de urgencias se encuentran sometidos a niveles más altos de ansiedad y presión laboral que los de pediatría. Esto nos permite concluir que los factores sociales y del medio en que se desenvuelven los médicos pueden causar un estado de depresión y al mismo tiempo, inducir un estado de insatisfacción laboral. Para lo que se recomienda primero: re-aplicar con residentes de otros hospitales que compartan las características ambientales y de supervisión que presenta el H.G.R. No 25, la presente investigación y dar mayor solidez a los resultados encontrados; y de ser posible realizarlo en los médicos residentes de todas las instituciones de salud.

Por último se propone considerar la posibilidad de elaborar programas de estudio y de trabajo que permitan disminuir los niveles de depresión en los médicos residentes, creando y aplicando roles de guardias y horarios que permitan una correcta interacción entre el ámbito laboral y la vida familiar; impartir un propedéutico a los nuevos residentes como una fase de acoplamiento a las particulares exigencias a las que se van a ver sometidos en el hospital durante su residencia, incrementar y fomentar que se establezcan las pausas para la salud como lo son actividades culturales y deportivas donde se integren ejercicios de relajación a demás de los propios estipulados para esta actividad.

También se considera prudente estructurar las actividades de los residentes de manera que el trabajo sea repartido equitativamente.

Propiciar un ambiente de respeto entre compañeros y profesores y fomentar y reconocer los logros y la excelencia académica.

Detección de síntomas de alto riesgo con referencia a atención psiquiátrica eficaz apoyo psicológico individual y grupal. Como talleres vivenciales, talleres de manejo de emociones, cursos de inteligencia emocional para las áreas más afectadas.

Fomentar programas de tutoría y comunicación abierta y personalizada, otorgar apoyos y becas para la actualización como en coloquios y congresos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldag, R. (1989) *Diseño de tareas y motivación del personal*. México 2<sup>da</sup> Edición: Trilas.
- Alfaro, J. L., Campos G., Carpio, J. G., González, B., Medrán, H. & Sánchez G. (2002). *Textos de psicología para el bachillerato*. UNAM: México.
- Araque.P. (2005) *Comportamiento organizacional e industrial*. Bogotá: Ediciones ECO.
- Arieti, S., & Bemporad, J. (1993). *Psicoterapia de la Depresión: teorías etiológicas*. México: Paidós.
- Aron, A. & Aron, E. N. (2001). *Estadística para Psicología*. Buenos Aires: Pearson Educación.
- Bar, A. (1989). *La madre deprimida y el niño*. México: XXI Editores.
- Bleichmar, H. (1976). *La depresión. Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Briseño, C. (2005).Revista Electrónica de Medicina Intensiva. *Satisfacción laboral en el personal de enfermería del sector público*. No. 30. Vol 5. Recuperado el 10 de Marzo del 2010 en: <http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/rvs/REMIA030.pdf>
- Brown, F., (1980). *Principios de la medición en Psicología y Educación*. México: Manual Moderno.
- Cabrera C. (2004). Revista Médica del IMSS. *Satisfacción laboral de profesionales de la salud en el IMSS, Jalisco 1999-2002*. No. 3 Vol. 42. Recuperado el 10 de Marzo del 2010 en: [http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/4D89098E-ADC8-4FC5-8390-C0AD060C60F9/0/satisfaccion\\_laboral.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/4D89098E-ADC8-4FC5-8390-C0AD060C60F9/0/satisfaccion_laboral.pdf)
- Calderón, G. (1984). *Depresión: causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.
- Cardenas, E; Cabrera, C; Viniegra, L; Gonzales, H; Luce, E; Ortiz, M, (2010). Satisfaccion de los residentes de medicina familiar con el ambiente académico laboral. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48 (2): 227-231 recuperado en: [http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista\\_medica\\_instituto\\_mexicano\\_seguro\\_social/19%20Satisfaccion%20de%20los.pdf](http://www.artemisaenlinea.org.mx/acervo/pdf/revista_medica_instituto_mexicano_seguro_social/19%20Satisfaccion%20de%20los.pdf)
- Clark-Carter, D. (2002). *Investigación cuantitativa en psicología. Del diseño experimental al reporte de investigación*. México: Oxford University Press.
- Cofer, C. (1978). *Psicología de la motivación*. México: Trillas.
- Cohen, L. & Manion, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid:

- Cronbach, L. (1985). *Fundamentos de la Exploración Psicológica* (3era. Ed.) México: Biblioteca Nueva.
- Damatarca, C. & Stahl, S. (2003). Dolor y depresión: un puente entre el cuerpo y la mente *DEPRESSION: Mind and Body*. Volumen 1, número 1. London, Chicago REMEDICA Publishing.
- Díaz, R., Stella, C. & Bentolila, S. (2003). Instituto Nacional de estadística y censos. Secretaría de política económica. Ministerio de Economía y producción. Recuperado el 7 de abril del 2011 en: <http://www.estrucplan.com.ar/Articulos/verarticulo.asp?IDArticulo=1238>
- Fajardo, G. (1972). *Teoría y Práctica de la Administración de la atención médica y de hospitales*. Editorial La Prensa Médica. México.
- Fernández, A. (2001). *Claves de la Depresión*. Madrid: Cooperación Editorial, S. A.
- Fredén, L. (1986). *Aspectos psicosociales de la depresión*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Furnhon, A. (2001). *Psicología organizacional Comportamiento de los Individuos en las organizaciones*. Oxford University.
- García M., Luján M. & Martínez M. (2007). Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Satisfacción laboral del personal de salud*. No. 15 Vol. 2. Recuperado el 10 de Marzo del 2010 en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/F74636A9-F06D-41A5-9BF1-D7F20359344A/0/RevEnf2022007.pdf>
- Garrido, I. (1996). *Psicología de la motivación*. España: Síntesis.
- Gestal, J. (2003). *Riesgos laborales del personal sanitario*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Gómez – Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 39, número 3 Bogotá: Universidad de Antioquía.
- González, M., Lamerías, F. (1990). *Escalamiento de magnitud en la satisfacción laboral*. *Psicología general y aplicada*.
- Hernández, R., Fernández – Coellado, & Baptista P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4<sup>ta</sup>. Edición). México: Mc Graw – Hill.
- Herzberg, F., Mausner, B. & Bloch, B. (1959). *The motivation to work*. New York: J. Wiley.
- Horney K. (1950). *Neurosis y desarrollo humano*. Buenos Aires: Psique.

- Irwin G., Sarason B. & R. Sarason (2006). *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.
- Jiménez, M. (1995). *Depresión infantil, teorías etiológicas*. España: Aljibe.
- Kahneman, Diener & Schwartz. (2003). *Well-Being foundations of hedonic Psychology*. Russell Sage Foundation: New York.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2001). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en Ciencias Sociales*. (4<sup>ta</sup>. Edición) México: Mc Graw – Hill.
- La satisfacción del trabajador IMSS como elemento de calidad y la productividad*. Cuaderno de divulgación científica 2 rev. Médica IMSS, 48.5.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca: España.
- Levin, J & Levin, W. (2004). *Fundamentos de estadística en la investigación social*. 2da Edición. México: Oxford University Press.
- Levy, S. (2010). Perspectivas del Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado el 7 de abril del 2011 en: <http://www.funsalud.org.mx/origen/xviiiasamblea/levy.htm>
- Malagón, L., Galán, M. & Pontón, L (2000) *Administración Hospitalaria*. Colombia: ed Medica Panamericana.
- Mansilla, F (2010) *Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica* capítulo 1.3 en: [http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo1\\_3.shtml](http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo1_3.shtml)
- Martínez, J. (2004). *Estrés laboral. Guía para empresarios y empleados*. Prentice Hall- Financial times.
- Martínez, P., Medina E, & Rivera E. (2005). *Revista de la Facultad de Medicina. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes*. No. 5 Vol 48 Recuperado el 5 de Marzo del 2010 en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-facmed/e-un2005/e-un05-5/em-un055f.htm>.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personal*. Madrid: Díaz de Santos.
- McClelland. D. (1989). *Estudio de la motivación humana*. Madrid: Narcea.
- Meliá, J.L., & Peiró, J. M. (1989). *El Cuestionario de Satisfacción S10/12: Estructura factorial, fiabilidad y validez*. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 4 (11), 179-187.
- Navarro, R. (1990). *Psicoterapia antidepresiva, humanismo conductual para recuperar la*

*alegría de vivir*. México: Trillas.

Nemeroff, C., Schatzberg, A., Goldstein, D., Detke, M., Mallinckrodt, C., Lu, Y. & Tran, P. (2002). *Duloxetina para el tratamiento del trastorno depresivo mayor*.

Newstrom, J. (2007). *Comportamiento humano en el trabajo*. MC Graw Hill.

Oficina Internacional del Trabajo. (1997). *Factores Psicosociales en el Trabajo: naturaleza, incidencia y prevención*. AlfaOmega. México.

Pinel, J. (2001). *Biopsicología*. Prentice – Hall. 4ta edición Madrid: España.

Polaino, A. (1985). *La depresión*. Martínez Roca: España.

Prieto, E., López, W. & Jiménez, C. (2006-2007). *Medición de calidad de vida en médicos residentes*. Viguera Editores SL 2009. EDUC MED 2009; 12 (3): 169-177 recuperado el 7 de abril del 2011 en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132009000400006&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-18132009000400006&script=sci_arttext)

*Psychopharmacology Bulletin*. Volume 36, número 4. EE. UU. MedWorks Media LLC Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: Mc-GrawHill. Ritchey, F. (2002). *Estadística para las ciencias sociales. El potencial de la imaginación estadística*. México: Mc- Graw- Hill.

Robbins, (1996). *Comportamiento organizacional: Teoría y práctica*. España Prentice Hall.

Robles, F. (2009). Recuperado el 25 de Enero 2011 en: <http://psicoblogging.wordpress.com/2009/07/12/desesperanza-aprendida-acerca-del-optimismo-2a-parte/>

Rosales J., Gallardo R. & Conde J. (2005). *Revista de Especialidades Médico - Quirúrgicas. Prevalencia Depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México*. No. 001. Vol 10. Recuperado el 5 de Marzo del 2010 en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=47310105>

Sagaró del Campo, N., Macías, M. (2009). *Procesamiento de la información*. Recuperado el 10 de abril 2009 <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEFklVFAIpSZMdFoNu.php>

Salinas & Cols, (1994). *SPSS Versión 11 para Windows Millenium o XP*. México: UNAM FEZ Zaragoza.

Sánchez, R., Alvarez, R. & Lorenzo. (2001), *Calidad de vida profesional de los trabajadores de atención primaria del área 10 de Madrid*. MediFam.13.4.

Sarason, I. & Sarason, B. (1996). *Psicopatología: Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.

SATSE (2011) Recuperado el 13 de Enero en:  
[http://www.satse.es/salud\\_laboral/guia\\_preencion\\_estres.htm](http://www.satse.es/salud_laboral/guia_preencion_estres.htm)

Shermerhorn, (1987). *Comportamiento en las Organizaciones*. Interamericana.

Siegel, S. (1976). *Estadística no paramétrica: aplicada a las ciencias de la conducta*. México: Trillas.

Sindicato de Enfermería de España (SATSE):

[http://www.satse.es/salud\\_laboral/guia\\_preencion\\_estres.htm](http://www.satse.es/salud_laboral/guia_preencion_estres.htm)

Solloa, L. (2001). *Los trastornos psicológicos en el niño. Etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas

Spector,(2002). *Psicología Industrial y Organizacional. Investigación y práctica*. México: Manual Moderno

Teoría de la equidad recuperado en

[http://enciclopediaespana.com/Teor%C3%ADa\\_de\\_la\\_equidad.html](http://enciclopediaespana.com/Teor%C3%ADa_de_la_equidad.html)

Tyson, G. & Range, L. (----). La depression: comparación entre la Gestalt y otros puntos de vista. *The Gestalt Journal*. Vol.4, número. Recuperado el 25 de Enero del 2011 en:

[http://www.robertexto.com/archivo11/depre\\_gestalt.htm](http://www.robertexto.com/archivo11/depre_gestalt.htm)

Torres A. (2006). *Depresión en médicos residentes de la Secretaria de Salud del Distrito Federal*. Recuperado el 5 de Marzo del 2010 en:

[http://132.248.9.9:8080/tesdig/Procesados\\_2007/0612552/Index.html](http://132.248.9.9:8080/tesdig/Procesados_2007/0612552/Index.html)

Vallejo, M. (2008). Manual de terapia de conducta. Vol. 1 Edit. Dykinson recuperado el 25 de Enero del 2011 en: <http://forum-psicologos.blogspot.com/2008/01/depresin.html>

Valverde, R., Preigo, H. & López N. (2005). *Estudio de satisfacción laboral del médico de la consulta externa de medicina familiar del centro médico ISSSTE*.

Veiga, M; Carpenete, J; Castro,A; Leira,J y Ma Gómez (1998). Satisfacción Laboral en médicos de un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Cadernos de atención primaria*, ISSN 1134-3583, Vol. 5, N°. 1, 1998 , págs. 30-33 recuperado en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2333708>

- Vesta & López, (2006) Y a nuestros residentes quien los cuida: Vol. Med. Hosp. Infant. Mex. v.63 n.3 México may./jun. 2006 recuperado en:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462006000300001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-11462006000300001&script=sci_arttext)
- Vroom, V. (1979). *Motivación y alta dirección: dirección de la participación en las organizaciones*. México: Trillas.
- Wesley, K. (1990). *Psicología Organizacional y psicología del personal*. Editorial Cecs
- Werther, W. & Davis K. (2000). *Administración de personal y recursos humanos*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Zuno, S. (2011). Norma que establece las disposiciones para otorgar atención médica en unidades médicas hospitalarias de segundo nivel del instituto mexicano del seguro social. Recuperado el 7 de abril del 2011 en <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/A7DA8CF9-5583-40A1-A990-EBFA0982D0DF/0/2000001016.pdf>

A

N

E

X

O

S

## ANEXO 1

### CUESTIONARIO DE RESIDENCIA MÉDICA

ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO: M( ) F( )

CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)

---

#### CUESTIONARIO "A"

Califique de acuerdo a las siguientes alternativas el grado de satisfacción o insatisfacción que le producen los distintos aspectos de su trabajo; escoja en todos los casos para cada pregunta una de las siete alternativas.

En caso de que no corresponda exactamente a las características de su trabajo, responda según estas características se asemejen a las de su trabajo y el grado de satisfacción que estas le producen. En caso de que las características estén ausentes en su puesto de trabajo conteste según el grado de satisfacción o insatisfacción que le produce su ausencia

#### 1.- Los objetivos y metas que debe alcanzar

Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
Muy ( ) Bastante ( ) Algo ( )	( )	Algo ( ) Bastante ( ) Muy ( )

#### 2.- La limpieza higiene y salubridad de su lugar de trabajo

Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
Muy ( ) Bastante ( ) Algo ( )	( )	Algo ( ) Bastante ( ) Muy ( )

#### 3.- El entorno físico y el espacio de que dispone en su lugar de trabajo

Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
Muy ( ) Bastante ( ) Algo ( )	( )	Algo ( ) Bastante ( ) Muy ( )

#### 4.- La temperatura del lugar (hospital) donde ejerce su trabajo de residencia

Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
Muy ( ) Bastante ( ) Algo ( )	( )	Algo ( ) Bastante ( ) Muy ( )

**5.- Las relaciones personales con sus superiores y maestros**

Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
Muy ( ) Bastante ( ) Algo ( )	( )	Algo ( ) Bastante ( ) Muy ( )

**6.- La supervisión que ejercen sobre usted sus profesores**

Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
Muy ( ) Bastante ( ) Algo ( )	( )	Algo ( ) Bastante ( ) Muy ( )

**7.- La proximidad y frecuencia con que es supervisado**

Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
Muy ( ) Bastante ( ) Algo ( )	( )	Algo ( ) Bastante ( ) Muy ( )

**8.- La forma en que los profesores juzgan su tarea**

Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
Muy ( ) Bastante ( ) Algo ( )	( )	Algo ( ) Bastante ( ) Muy ( )

**9.- La “igualdad” y “justicia” de trato que recibe de sus superiores**

Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
Muy ( ) Bastante ( ) Algo ( )	( )	Algo ( ) Bastante ( ) Muy ( )

**10.- El apoyo que recibe de sus superiores**

Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
Muy ( ) Bastante ( ) Algo ( )	( )	Algo ( ) Bastante ( ) Muy ( )

**11.- El grado en que el hospital cumple el convenio, las disposiciones y leyes laborales**

Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
Muy ( ) Bastante ( ) Algo ( )	( )	Algo ( ) Bastante ( ) Muy ( )

**12.- la forma en que se da la negociación en su residencia sobre aspectos laborales**

Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho
Muy ( ) Bastante ( ) Algo ( )	( )	Algo ( ) Bastante ( ) Muy ( )

**CUESTIONARIO “B”**

Lea cada declaración cuidadosamente. Marque el ítem que mejor responda a la forma como usted se ha sentido durante las últimas dos semanas.

Para las declaraciones 5 y 7, si usted está a dieta, conteste como si no la estuviera.

**1.- Me siento descorazonado, melancólico y triste**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**2.- Por la mañana es cuando mejor me siento**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**3.- Siento deseos de llorar**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**4.- Me cuesta trabajo dormir durante la noche**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**5.- Como tanto como solía comer antes**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**6.- Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**7.- Noto que estoy perdiendo peso**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**8.- Tengo problemas de estreñimiento**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**9.- Mi corazón late más rápidamente que lo normal**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**10.- Me canso sin motivo**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**11.- Mi mente esta tan despejada como siempre**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**12.- Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**13.-Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieta**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**14.- Tengo esperanzas en el futuro**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**15.- Me irrito más de lo normal**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**16.- Encuentro Fácil el tomar decisiones**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**17.-Siento que me necesitan y que soy útil**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**18.-Llevo una vida satisfactoria**

a/ Nunca o muy pocas veces      b/ Algunas veces      c/ Frecuentemente      d/ La mayoría del tiempo o siempre

**19.- Siento que los demás estarían mejor si yo estuviese muerto**

a/ Nunca o muy pocas veces    b/ Algunas veces    c/ Frecuentemente    d/ La mayoría del tiempo o siempre

**20.-Todavía disfruto de las cosas que solía hacer**

a/ Nunca o muy pocas veces    b/ Algunas veces    c/ Frecuentemente    d/ La mayoría del tiempo o siempre

**“GRACIAS POR SU COOPERACIÓN”**

**ANEXO 2****PUNTAJES DE CALIFICACION****Tabla de Puntaje para la Escala de Satisfacción Laboral de Meliá y Peiro**

<b>CALIFICACION</b>	<b>PUNTAJE</b>
<b>MUY BAJA</b>	<b>12 A 20</b>
<b>BAJA</b>	<b>21 A 30</b>
<b>INDIFERENTE</b>	<b>31 A 40</b>
<b>INTERMEDIA</b>	<b>41 A 50</b>
<b>ALTA</b>	<b>51 A 60</b>
<b>MUY ALTA</b>	<b>61 A 70</b>

**Tabla de Puntaje Para la Escala de Depresión de Zung**

**PUNTAJE BRUTO:** Suma todas las respuestas. Luego compare su puntuación bruta con el índice de EAD en la siguiente tabla:

<b>CONVERSIÓN DE LA PUNTUACIÓN BRUTA AL INDICE DE EAD</b>									
<b>Punt.Bruta</b>	<b>Ind. EAD</b>	<b>Punt.Bruta</b>	<b>Ind. EAD</b>	<b>Punt.Bruta</b>	<b>Ind. EAD</b>	<b>Punt.Bruta</b>	<b>Ind. EAD</b>	<b>Punt.Bruta</b>	<b>Ind. EAD</b>
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

Ahora, con el índice de EAD extraído de la tabla, obtenga el resultado del test mediante este cuadro:

<b>INDICE EAD</b>	<b>IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL EQUIVALENTE</b>
Superior a 50	Presencia de depresión

**ANEXO 3**

**RESULTADOS**

**Descriptive Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
SATLAB1	4.4509	1.07737	39
DEP	1.7372	.38178	39

**Statistics**

		dep	satlab1
N	Valid	39	39
	Missing	0	0
Mean		1.7372	4.4509
Std. Error of Mean		.06113	.17252
Median		1.6000	4.3333
Mode		1.85	3.92 <sup>a</sup>
Std. Deviation		.38178	1.07737
Variance		.146	1.161
Range		1.70	4.08
Minimum		1.20	1.83
Maximum		2.90	5.92

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

**Correlations**

		SATLAB1	DEP
SATLAB1	Pearson Correlation	1	-.476**
	Sig. (2-tailed)	.	.002
	N	39	39
DEP	Pearson Correlation	-.476**	1
	Sig. (2-tailed)	.002	.
	N	39	39

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### Especialidad

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pediatria	3	7.7	7.7	7.7
	cirugia general	6	15.4	15.4	23.1
	medicina interna	5	12.8	12.8	35.9
	anestesiologia	5	12.8	12.8	48.7
	urgencias	20	51.3	51.3	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

### Grado de residencia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	R1	27	69.2	69.2	69.2
	R2	5	12.8	12.8	82.1
	R3	7	17.9	17.9	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

### Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	masculino	20	51.3	51.3	51.3
	femenino	19	48.7	48.7	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

### Edad

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	22	1	2.6	2.6	2.6
	24	1	2.6	2.6	5.1
	25	5	12.8	12.8	17.9
	26	14	35.9	35.9	53.8
	27	5	12.8	12.8	66.7
	28	4	10.3	10.3	76.9
	29	5	12.8	12.8	89.7
	30	3	7.7	7.7	97.4
	31	1	2.6	2.6	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
						AMBFIS	pediatria		
	cirugia general	6	4.1250	.81777	.33385	3.2668	4.9832	3.25	5.00
	medicina interna	5	4.6000	1.00933	.45139	3.3467	5.8533	3.50	5.75
	anestesiologia	5	4.3500	1.06946	.47828	3.0221	5.6779	3.25	5.50
	urgencias	20	3.9000	.95766	.21414	3.4518	4.3482	2.50	5.50
	Total	39	4.2308	1.03139	.16515	3.8964	4.5651	2.50	6.25
SUPERVIS	pediatria	3	5.8889	.34694	.20031	5.0270	6.7507	5.50	6.17
	cirugia general	6	5.6111	.61162	.24969	4.9693	6.2530	4.83	6.50
	medicina interna	5	4.6000	.86281	.38586	3.5287	5.6713	3.67	6.00
	anestesiologia	5	5.3333	.79057	.35355	4.3517	6.3150	4.33	6.17
	urgencias	20	4.2250	1.27076	.28415	3.6303	4.8197	1.17	6.17
	Total	39	4.7564	1.19137	.19077	4.3702	5.1426	1.17	6.50
PRESENTA	pediatria	3	4.6667	1.52753	.88192	.8721	8.4612	3.00	6.00
	cirugia general	6	4.5833	.97040	.39616	3.5650	5.6017	3.00	6.00
	medicina interna	5	4.8000	1.03682	.46368	3.5126	6.0874	3.50	6.00
	anestesiologia	5	5.1000	1.91703	.85732	2.7197	7.4803	2.00	6.50
	urgencias	20	3.2250	1.60160	.35813	2.4754	3.9746	1.00	6.00
	Total	39	3.9872	1.63630	.26202	3.4568	4.5176	1.00	6.50

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
						ESTANIMO	pediatria		
	cirugia general	6	1.2857	.31298	.12778	.9573	1.6142	1.00	1.86
	medicina interna	5	1.4571	.35571	.15908	1.0155	1.8988	1.14	2.00
	anestesiologia	5	1.5143	.21665	.09689	1.2453	1.7833	1.29	1.86
	urgencias	20	1.6500	.35443	.07925	1.4841	1.8159	1.14	2.57
	Total	39	1.5275	.34241	.05483	1.4165	1.6385	1.00	2.57
SINFISIC	pediatria	3	1.5714	.14286	.08248	1.2166	1.9263	1.43	1.71
	cirugia general	6	1.7619	.35762	.14600	1.3866	2.1372	1.29	2.29
	medicina interna	5	1.8000	.38598	.17261	1.3207	2.2793	1.43	2.43
	anestesiologia	5	2.2000	.59419	.26573	1.4622	2.9378	1.29	2.86
	urgencias	20	2.1357	.45760	.10232	1.9216	2.3499	1.29	3.00
	Total	39	2.0000	.46810	.07496	1.8483	2.1517	1.29	3.00
SINSOMAT	pediatria	3	1.3333	.57735	.33333	-.1009	2.7676	1.00	2.00
	cirugia general	6	1.1667	.18257	.07454	.9751	1.3583	1.00	1.33
	medicina interna	5	1.4000	.43461	.19437	.8604	1.9396	1.00	2.00
	anestesiologia	5	1.6667	.66667	.29814	.8389	2.4944	1.00	2.67
	urgencias	20	1.6667	.65784	.14710	1.3588	1.9745	1.00	3.00
	Total	39	1.5299	.58599	.09383	1.3400	1.7199	1.00	3.00
NEGATIVI	pediatria	3	1.5000	.86603	.50000	-.6513	3.6513	1.00	2.50
	cirugia general	6	1.7917	.82790	.33799	.9228	2.6605	1.00	2.75
	medicina interna	5	1.6000	.57554	.25739	.8854	2.3146	1.00	2.25
	anestesiologia	5	1.7000	.32596	.14577	1.2953	2.1047	1.25	2.00
	urgencias	20	2.1125	.59866	.13386	1.8323	2.3927	1.25	3.50
	Total	39	1.8974	.64051	.10256	1.6898	2.1051	1.00	3.50

### Correlations

		AMBFIS	SUPERVIS	PRESENTA	ESTANIMO	SINFISIC	SINSOMAT	NEGATIVI
AMBFIS	Pearson Correlation	1	.634**	.690**	-.279	-.387*	-.266	-.235
	Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.085	.015	.102	.151
	N	39	39	39	39	39	39	39
SUPERVIS	Pearson Correlation	.634**	1	.688**	-.348*	-.460**	-.269	-.354*
	Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.030	.003	.098	.027
	N	39	39	39	39	39	39	39
PRESENTA	Pearson Correlation	.690**	.688**	1	-.182	-.356*	-.070	-.168
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.267	.026	.670	.308
	N	39	39	39	39	39	39	39
ESTANIMO	Pearson Correlation	-.279	-.348*	-.182	1	.516**	.575**	.643**
	Sig. (2-tailed)	.085	.030	.267	.	.001	.000	.000
	N	39	39	39	39	39	39	39
SINFISIC	Pearson Correlation	-.387*	-.460**	-.356*	.516**	1	.429**	.429**
	Sig. (2-tailed)	.015	.003	.026	.001	.	.006	.006
	N	39	39	39	39	39	39	39
SINSOMAT	Pearson Correlation	-.266	-.269	-.070	.575**	.429**	1	.388*
	Sig. (2-tailed)	.102	.098	.670	.000	.006	.	.015
	N	39	39	39	39	39	39	39
NEGATIVI	Pearson Correlation	-.235	-.354*	-.168	.643**	.429**	.388*	1
	Sig. (2-tailed)	.151	.027	.308	.000	.006	.015	.
	N	39	39	39	39	39	39	39

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

### Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
SATLAB1	pediatria	3	5.6667	.22048	.12729	5.1190	6.2144	5.42	5.83
	cirugia general	6	4.9444	.57171	.23340	4.3445	5.5444	4.25	5.92
	medicina interna	5	4.6167	.86923	.38873	3.5374	5.6960	3.92	5.92
	anestesiologia	5	4.9667	1.03347	.46218	3.6834	6.2499	3.58	5.92
	urgencias	20	3.9500	1.09304	.24441	3.4384	4.4616	1.83	5.83
	Total	39	4.4509	1.07737	.17252	4.1016	4.8001	1.83	5.92
DEP	pediatria	3	1.4167	.20207	.11667	.9147	1.9186	1.20	1.60
	cirugia general	6	1.5250	.27704	.11310	1.2343	1.8157	1.20	1.85
	medicina interna	5	1.5700	.16808	.07517	1.3613	1.7787	1.40	1.75
	anestesiologia	5	1.7700	.32711	.14629	1.3638	2.1762	1.25	2.15
	urgencias	20	1.8825	.42217	.09440	1.6849	2.0801	1.45	2.90
	Total	39	1.7372	.38178	.06113	1.6134	1.8609	1.20	2.90