




doi: 10.4321/s0465-546x2021000300004

Artículo original

Satisfacción laboral y calidad de vida de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19

Job satisfaction and quality of life of Spanish resident doctors during the COVID-19 pandemic

Beatriz Muñoz-Cobo Orosa¹  0000-0002-0564-4724

Markel Pérez García¹  0000-0002-1820-3610

Mercedes Rodríguez Ledott¹  0000-0001-5538-496X

Claudia Varela Serrano¹  0000-0001-6548-3064

Javier Sanz Valero^{2,3}  0000-0002-8735-0075

¹Unidad Docente de Medicina del Trabajo Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria. España.

²Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid. España.

³Universidad Miguel Hernández. Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia. Campus Sant Joan d'Alacant. Alicante. España.

Correspondencia

Markel Pérez García
marke_93@hotmail.com

Recibido: 22.09.2021

Aceptado: 29.09.2021

Publicado: 30.09.2021

Contribuciones de autoría

Las autoras y los autores de este trabajo han contribuido por igual.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Se señala la no existencia de conflicto de intereses para los autores del presente artículo.

Cómo citar este trabajo

Muñoz-Cobo B, Pérez M, Rodríguez M, Varela C, Sanz J. Satisfacción laboral y calidad de vida de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19. Med Segur Trab (Internet). 2021;67(264):169-190. doi: 10.4321/s0465-546x2021000300004

Resumen

Introducción: Describir y analizar la percepción existente acerca de los factores vinculados a la satisfacción laboral (SL) y la calidad de vida (CV) de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19.

Método: Estudio descriptivo-correlacional, siendo la población diana los residentes españoles a los que se preguntó, mediante formulario online, entre el 01/11/2020 y el 31/12/2020. Para la SL se utilizó el cuestionario Font-Roja y para la CV el WHOQOL-BREF (ambos mediante escala Likert de 5 valores).

Resultados Respondieron 404 residentes, sin diferencias por sexo ($p = 0,269$). La SL presentó media de $2,97 \pm 0,04$ y la CV de $3,27 \pm 0,03$. Se observó asociación en la SL de los residentes de primer año y el resto ($p < 0,001$). La SL no se afectó por los turnos de urgencia, pero sí la CV para las relaciones sociales ($p = 0,042$). La relación entre SL y CV fue buena ($Rho = 0,53$, $p < 0,001$).

Conclusiones: El tutor fue referente para el residente, no así la dirección del hospital. No se encontraron diferencias en relación al sexo ni a los turnos de guardia con la SL. Los residentes de primer año presentaron mayor SL y CV, pudiendo deberse a su menor responsabilidad y cansancio acumulado durante la pandemia. Los turnos de guardia sí afectaron la CV, específicamente en las relaciones sociales. La escasa formación en investigación se vio asimismo agravada por la pandemia.

Palabras clave: Satisfacción Laboral; Calidad de Vida; Internado y Residencia; Pandemias; COVID-19.

Abstract

Introduction: To describe and analyze the existing perception about the factors related to job satisfaction (LS) and quality of life (QOL) of Spanish resident doctors during the COVID-19 pandemic.

Method: Descriptive-correlational study, the target population being the Spanish residents who were asked, using the online form, between 11/01/2020 and 12/31/2020. The Font-Roja questionnaire was used for LS and the WHO-QOL-BREF for QOL (both using a 5-value Likert scale).

Results: 404 residents responded, without differences by sex ($p = 0.269$). The LS presented a mean of 2.97 ± 0.04 and the CV of 3.27 ± 0.03 . An association was observed in the LS of the first-year residents and the rest ($p < 0.001$). The LS was not affected by the emergency shifts, but the (QOL) for social relationships ($p = 0.042$). The relationship between SL and (QOL) was good ($Rho = 0.53$, $p < 0.001$).

Conclusions: The tutor was a reference for the resident, not the hospital management. No differences were found in relation to sex or duty shifts with the LS. First-year residents presented higher LS and (QOL), which could be due to less responsibility and less accumulated fatigue during the pandemic. The shifts on duty did affect QOL, specifically in social relationships. Poor research training was also compounded by the pandemic.

Keywords: Job Satisfaction; Quality of Life; Internship and Residency; Pandemics; COVID-19.

Introducción

Existe evidencia probada de la relación entre ambiente de trabajo, salud y calidad de vida de los/las trabajadores/as. En particular, el bienestar y la salud están estrechamente vinculados a la tensión a la que se exponen los/las trabajadores/as del área de la salud. Los y las profesionales sanitarios son uno de los colectivos que soportan más tensión en su lugar de trabajo y presentan mayor riesgo de desarrollar agotamiento⁽¹⁾. Al mismo tiempo, existen en España antecedentes de que los/las residentes perciben una mala calidad de vida profesional y un bajo apoyo por parte de sus supervisores/as.

La relación de la satisfacción laboral (SL) y calidad de vida (CV) llevó a definir la calidad de vida laboral (CVL) como la estimulación o la apreciación subjetiva del conjunto de compensaciones que se obtienen del entorno y de la actividad laboral y que responden, en niveles satisfactorios, a las demandas, expectativas, deseos y necesidades de la persona en el propio trabajo y fuera de él⁽²⁾.

La CVL es un concepto amplio y heterogéneo debido a la riqueza y pluralidad de temas estrechamente vinculados con el mundo del trabajo. A su vez es difuso y ambiguo, como consecuencia de las diferentes disciplinas, enfoques teóricos y áreas de estudio desde los que trata de abordarse, e indudablemente controvertido, por los matices ideológicos y políticos y por los intereses particulares subyacentes que condicionan los planteamientos y las intervenciones llevadas a cabo en el ámbito de trabajo en aras de mejorar la calidad de vida del profesional⁽³⁾.

Recordar también que el enfoque para abordar un estudio tan complejo y plural como el de la SL y la CV, en el ámbito laboral, debe llevar implícito el reconocimiento de los entresijos de su naturaleza multidimensional (globalidad), interactiva (psicosocial), sistémica (holística e integradora) e histórica (contextualizada).

Recientemente, Costello et al.⁽⁴⁾, afirmaban que el estrés y el agotamiento del personal médico residente podría estar relacionado con la alta rotación y, en su revisión sistemática, señalaban la necesidad de estudios prospectivos sobre dichas situaciones de tensión y cansancio en estos profesionales para establecer su vinculación con la existencia de los turnos y otros posibles factores de riesgo potencialmente modificables.

En este mismo sentido, Azam et al.⁽⁵⁾, indicaban que el agotamiento era un peligro reconocido en los profesionales de la salud. Por lo tanto, recomendaban realizar intervenciones proactivas, a nivel individual e institucional, para prevenir el agotamiento del médico y, consecuentemente, mejorar la CVL del médico y optimizar el entorno laboral en los hospitales. A todo ello, hay que añadir que la actual enfermedad por coronavirus (COVID-19), debido a las restricciones de movimiento que muchos países han establecido, ha sido identificada como un elemento desencadenante del aumento de la soledad y del aislamiento social entre personas, lo cual contribuye a un mayor deterioro de la salud mental y física que, en consecuencia, disminuye la CV individual⁽⁶⁾. La COVID-19 se asoció inicialmente con un impacto estresante leve en la población más joven, pero, como la pandemia todavía estaba en curso, estos hallazgos tendrían que verificarse con posteriores estudios⁽⁷⁾. Tampoco se ha estudiado si esta afectación es similar en los/las médicos/as residentes, quienes, a pesar de su juventud, han visto modificarse todo su entorno laboral y docente.

Collado Hernández y Torre Rugarcía⁽⁸⁾, basándose en situaciones de alerta epidemiológica recientes, indicaban que la presencia de una pandemia podría tener repercusiones psicosociales entre el personal sanitario relacionadas con la preocupación por el contagio o por la salud de su familia. Todo esto produjo una importante carga de estrés que se vio a su vez aumentada, ya que durante las epidemias hay un incremento sustancial en el volumen de pacientes debido a la alarma general de la población.

La pandemia de la enfermedad por COVID-19 no provocó el agotamiento de los médicos, pero ciertamente lo ha amplificado. Incluso antes de la pandemia, los médicos hablaban cada vez más de su descontento con la situación de la medicina moderna, desde las métricas de compensación basadas en el desempeño hasta la ardua carga administrativa de sus prácticas. Las divisiones entre los objetivos médicos y administrativos representan una amenaza para la satisfacción profesional y la longevidad del médico dentro de la profesión. Estas divisiones, como otras debilidades dentro de nuestro sistema de salud, se han visto exacerbadas por la pandemia de COVID-19⁽⁹⁾.

Concretamente en España, la alarmante situación sanitaria generada por la pandemia COVID-19 ha supuesto un enorme sobreesfuerzo de todo el personal de la salud, que ha tenido que afrontar demandas físicas, psicológicas, emocionales y sociales en un contexto en el que la incertidumbre de la evolución de la pandemia y la escasez de recursos para combatirla han estado muy presentes. Muchos informes sugieren que el personal sanitario está sobrecargado hasta el punto de agotamiento, y los problemas se han intensificado con el aislamiento de un número cada vez mayor de trabajadores⁽¹⁰⁾.

En consecuencia, el objetivo de este trabajo fue describir y analizar la percepción existente acerca de los factores vinculados a la SL y a la CV de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19.

Métodos

Diseño

Estudio no experimental y de corte transversal con enfoque cuantitativo, descriptivo-correlacional.

Población

La población diana debía cumplir los siguientes criterios:

- Criterio de inclusión: Ser médico/a residente de cualquier especialidad en España.
- Criterio de exclusión: no estar en ejercicio activo, por cualquier causa, en el momento de recolección de los datos.

Teniendo presente la estimación del coeficiente α de Cronbach y el coeficiente de correlación intra-clase (CCI) como medidas de consistencia interna y fiabilidad de los resultados, se calculó el número mínimo necesario de individuos a entrevistar, asumiendo como valores esperados de ambos coeficientes los obtenidos en experiencias previas (valores de 0,8 a 1,0 para ambos estadísticos): un nivel de confianza del 95% y una precisión o amplitud del intervalo del 5%, resultando necesario un mínimo de 142 personas encuestadas⁽¹¹⁾. Estos cálculos se determinaron a partir de las fórmulas de Bonett^(12,13).

El cálculo del tamaño muestral de la población se realizó mediante muestreo aleatorio simple sin reposición, efectuando la estimación de parámetros poblacionales (valor esperado aproximado a 0,5, precisión del intervalo 0,05 y nivel de confianza = 0,95), en una población infinita, mediante el programa informático de análisis epidemiológico de datos (EPIDAT 4.2), obteniendo un valor mínimo de 385 residentes.

Ámbito de aplicación

El espacio de atención fue el territorio nacional español.

Instrumento de medida

Se elaboró, con la aplicación de Google Forms®, un formulario electrónico mediante preguntas cerradas para su difusión a través de Internet.

Esta herramienta para la recogida de datos (Anexo 1) incluyó una sección inicial (sexo, edad = 2020 menos el año de nacimiento, presencia de patología, año de residencia y realización de turnos de guardia); el cuestionario para la evaluación de la Satisfacción Laboral (SL) y el cuestionario para la medida de la Calidad de Vida (CV). Ambos cuestionarios presentaron formato de respuesta tipo Likert (con rango entre 1 y 5; donde 1 es mínima valoración y 5 es el valor máximo). También se incluyó una pregunta de cierre, de texto libre, por si algún residente quería dejar cualquier tipo de observación.

Satisfacción Laboral

Se midió mediante el cuestionario original Font-Roja de SL⁽¹⁴⁾, que consta de 24 ítems, complementado con 4 preguntas procedentes del cuestionario elaborado por el sistema público de salud del País Vasco

(Osakidetza)⁽¹⁵⁾; 2 de estos nuevos ítems, que evalúan el entorno físico de trabajo, fueron propuestos por Núñez et al.⁽¹⁶⁾. Los 28 ítems finales presentan una estructura factorial de 3 dimensiones, que determinan la satisfacción de los profesionales con distintas facetas de su labor profesional:

- Factor 1: Relaciones de mando, interpersonales y participación (preguntas 1 a 12). Se referirá al grado de satisfacción que experimenta el/la trabajador/a en relación con lo que espera por parte de sus responsables, a las relaciones con sus compañeros/as y las posibilidades de participación en la mejora del Servicio o Unidad.
- Factor 2: Formación, promoción y retribución (preguntas 13 a 23). Este factor mide la satisfacción de la formación para el puesto, así como el grado en que el trabajador cree que puede mejorar, tanto en cuanto a su nivel profesional, como a nivel de reconocimiento por su trabajo.
- Factor 3: Organización del trabajo (preguntas 24 a 28). Hace referencia a la percepción con respecto al conocimiento de los objetivos, la organización del trabajo y la interrelación entre los distintos servicios del hospital.

Calidad de Vida

Se evaluó mediante el cuestionario WHOQOL-BREF⁽¹⁷⁾, formado por 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Estos ítems forman un perfil de 4 dominios:

- Dominio 1: Salud física (ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18).
- Dominio 2: Salud psicológica (ítems 5, 6, 7, 11, 19 y 26).
- Dominio 3: Relaciones sociales (ítems 20, 21 y 22).
- Dominio 4: Ambiente (ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25).

Este cuestionario obtiene un perfil de la persona y, al mismo tiempo, una puntuación sobre percepción de calidad de vida global (ítem 1) y salud general (ítem 2).

Recolección de los datos: ejecución de la encuesta

Se realizó una difusión a nivel nacional, mediante lista de distribución digital de reclutamiento personalizado, que incluyó un enlace a la encuesta electrónica. El acceso al formulario se abrió de forma programada el 1 de noviembre de 2020 y se cerró el 31 de diciembre de 2020. Se enviaron, a través de lista de distribución, dos recordatorios.

Procesamiento de la información

Los datos fueron recolectados mediante tabla Excel de la misma aplicación de Google Forms, realizando periódicamente tablas de respaldo para salvaguardar la información. Los datos recogidos, desprovistos de ítems que hicieran posible la identificación de los encuestados, se informatizaron y fueron de acceso restringido a la plataforma mediante acceso codificado.

Análisis estadístico

Para las variables cualitativas (sexo, presencia de patología, año de residencia) se calcularon la frecuencia absoluta y relativa (porcentaje). Para las cuantitativas (edad y los ítems de los respectivos cuestionarios de SL y CV) se obtuvo la media y su desviación estándar, la mediana, el máximo y el mínimo.

El análisis de las propiedades del cuestionario y las relaciones entre sus elementos se realizó probando la consistencia interna mediante el estadístico del Alfa de Cronbach. La fiabilidad de las mediciones asociadas a las variables cuantitativas (ítems), se obtuvo el coeficiente de correlación intraclassa (CCI).

La comprobación de la normalidad de las variables cuantitativas se ejecutó utilizando el test de Kolmogorov-Smirnov (K-S). La comparación de medias entre 2 variables cuantitativas se realizó mediante la t de student para muestras independientes, para comparar múltiples medias se usó el análisis de la

varianza (ANOVA), con prueba post-hoc de Tukey. Para obtener la relación entre las variables cuantitativas discretas (valores Likert) se usó el coeficiente de correlación de Spearman.

Para conocer la relación entre los resultados de los cuestionarios con relación a la edad de los/las residentes se recodificó la variable año de nacimiento en dos grupos, tomando como punto de corte el valor de la mediana: grupo 1 (igual o menores de 27 años) y grupo 2 (28 o más años).

El nivel de significación utilizado en todos los contrastes de hipótesis fue $\alpha \leq 0,05$.

El cálculo del tamaño muestral se formalizó con el programa para el análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT versión 4.2. El análisis de los datos se efectuó mediante el programa estadístico informático *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM-SPSS) versión 27 para el sistema operativo Windows.

El control de la calidad de la información se efectuó mediante la doble entrada de los datos. Corrigiendo las inconsistencias realizando la consulta con los datos originales.

Consideraciones éticas

En todo momento se tuvieron en cuenta las recomendaciones de la Declaración de Helsinki, en su revisión de 2008. Aun así, el presente estudio no recogió datos personales ni aquellos que pudieran facilitar la identificación de los participantes. Así pues, se garantizó en todo momento la confidencialidad de las respuestas y el anonimato de los participantes.

El protocolo de investigación de este estudio fue valorado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos de Euskadi (CEIm-E), emitiendo el día 14/10/2020 (recogido en Acta 21/2020) informe favorable con número PI2020186.

Resultados

Se obtuvo la respuesta de un total de 404 residentes con edad media de $27,82 \pm 0,15$ años, mediana igual a 27, máximo de 57 y mínimo de 24 años, sin diferencias significativas por sexo (Hombre/Mujer) = $27,59/27,94$; $p = 0,269$), presentando las siguientes frecuencias según año de residencia, ver Tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de los/las residentes participantes en el estudio de satisfacción laboral y calidad de vida.

	fi	% (IC95%)
Hombres	137	33,91 (29,29-38,53)
Mujeres	267	66,09 (61,47-70,71)
Residentes de 1º año	80	19,80 (15,92-23,69)
Residentes de 2º año	142	35,15 (30,49-39,80)
Residentes de 3º año	112	27,72 (23,36-32,09)
Residentes de 4º o 5º año	70	17,33 (13,64-21,02)
Realizan turnos de guardia	306	75,74 (71,56-79,92)
Con alguna patología	16	3,96 (2,06-5,86)

El examen de las variables informó de la inexistencia de valores faltantes. El estudio de la consistencia de las respuestas, mediante el Alfa de Cronbach, dio superior a 0,80 en todos los casos. Además, al estudiar la homogeneidad de cada uno de los ítems de forma individualizada también se obtuvo, en todos ellos, un valor igual o superior a 0,87. En consecuencia, el análisis de las perturbaciones demostró que no fue necesario eliminar ninguno de los ítems. La fiabilidad de las respuestas obtenidas, medida por el CCI dio también valores superiores a 0,80, todos ellos significativos, $p < 0.001$; ver Tabla 2. El test de K-S confirmó la normalidad de la muestra, tanto en el resultado global como en los diferentes apartados ($p < 0,05$ en todos los casos).

Tabla 2. Medidas de consistencia interna y fiabilidad de las respuestas obtenidas sobre satisfacción laboral (SL) y calidad de vida (CV)

	Consistencia Interna	Fiabilidad
	α Cronbach	Coefficiente de Correlación Intraclase (IC95%)
Respuestas conjuntas SL	0,95	0,95 (0,94-0,96)
Respuestas conjuntas CV	0,90	0,90 (0,89-0,91)
Respuestas residentes 1º año SL	0,93	0,93 (0,90-0,95)
Respuestas residentes 1º año CV	0,90	0,90 (0,87-0,93)
Respuestas residentes 2º año SL	0,95	0,95 (0,93-0,96)
Respuestas residentes 2º año CV	0,90	0,90 (0,87-0,92)
Respuestas residentes 3º año SL	0,94	0,94 (0,92-0,95)
Respuestas residentes 3º año CV	0,91	0,90 (0,89-0,94)
Respuestas residentes 4º y 5º año SL	0,95	0,94 (0,93-0,97)
Respuestas residentes 4º y 5º año CV	0,88	0,88 (0,83-0,92)

Resultados concernientes con la Satisfacción Laboral

El estudio del resultado global del cuestionario sobre SL ofreció las siguientes medidas centrales: media $2,97 \pm 0,04$, mediana 2,98, máximo 4,64 y mínimo 1,25. El dato medio global fue inferior al de la SL autopercebida: $3,33 \pm 0,03$. Si bien, la asociación observada entre los resultados de la SL obtenidos mediante el cuestionario y la autopercepción expresó una relación buena directa ($Rho = 0,61$; $p < 0,001$).

Los valores estadísticos de cada uno de los ítems y las medidas resumen y global pueden consultarse en la Tabla 3.

Tabla 3. Medidas centrales resultantes de las respuestas de los/las residentes en relación a la satisfacción laboral

Ítem	media	mediana	máximo	mínimo
1	$3,34 \pm 0,06$	4,00	5,00	1,00
2	$3,72 \pm 0,05$	4,00	5,00	1,00
3	$3,27 \pm 0,05$	3,00	5,00	1,00
4	$3,91 \pm 0,05$	4,00	5,00	1,00
5	$3,73 \pm 0,05$	4,00	5,00	1,00
6	$3,20 \pm 0,05$	3,00	5,00	1,00
7	$2,69 \pm 0,06$	3,00	5,00	1,00
8	$3,09 \pm 0,06$	3,00	5,00	1,00
9	$3,89 \pm 0,05$	4,00	5,00	1,00
10	$3,29 \pm 0,05$	3,00	5,00	1,00
11	$2,91 \pm 0,05$	3,00	5,00	1,00
12	$3,09 \pm 0,05$	3,00	5,00	1,00
13	$3,19 \pm 0,05$	3,00	5,00	1,00
14	$3,20 \pm 0,05$	3,00	5,00	1,00
15	$2,59 \pm 0,05$	3,00	5,00	1,00
16	$2,65 \pm 0,05$	3,00	5,00	1,00
17	$2,90 \pm 0,05$	3,00	5,00	1,00
18	$2,74 \pm 0,05$	3,00	5,00	1,00
19	$2,30 \pm 0,05$	2,00	5,00	1,00
20	$2,41 \pm 0,06$	2,00	5,00	1,00
21	$2,16 \pm 0,05$	2,00	5,00	1,00

Ítem	media	mediana	máximo	mínimo
22	2,42 ± 0,05	2,00	5,00	1,00
23	2,14 ± 0,05	2,00	5,00	1,00
24	3,20 ± 0,05	3,00	5,00	1,00
25	2,90 ± 0,45	3,00	5,00	1,00
26	2,70 ± 0,05	3,00	5,00	1,00
27	3,11 ± 0,05	3,00	5,00	1,00
28	2,39 ± 0,05	2,00	5,00	1,00
Factor 1	3,34 ± 0,04	3,38	5,00	1,33
Factor 2	2,61 ± 0,04	2,55	4,55	1,00
Factor 3	2,86 ± 0,04	2,80	5,00	1,00
SL autopercebida*	3,33 ± 0,03	3,00	5,00	1,00
Global	2,97 ± 0,04	2,98	4,64	1,25

Factor 1 = Relaciones de mando, interpersonales y participación (preguntas 1 a 12).

Factor 2 = Formación, promoción y retribución (preguntas 13 a 23).

Factor 3 = Organización del trabajo (preguntas 24 a 28).

* Pregunta adicional al cuestionario de SL.

El ítem 4 («Entiende que el trato personal -respeto, comprensión, etc.- que su superior directo tiene respecto a usted, es...») fue el que obtuvo mayor puntuación media $3,91 \pm 0,05$, mientras que el ítem 23 («Cree que la dirección del hospital es receptiva a los problemas y demandas de los trabajadores») fue el que menor puntuación media mostró $2,14 \pm 0,05$.

La asociación de los resultados medios, por sexo (Hombre/Mujer), no ofreció significación estadística: Factor 1 ($3,36/3,33$; $p = 0,672$), Factor 2 ($2,59/2,62$; $p = 0,747$), Factor 3 ($2,79/2,89$; $p = 0,163$) y Global ($2,96/2,97$; $p = 0,843$).

Al relacionar la SL según patología (No/Si) no se encontró asociación: Factor 1 ($3,35/3,09$; $p = 0,183$), Factor 2 ($2,61/2,62$; $p = 0,946$), Factor 3 ($2,87/2,60$; $p = 0,142$) y Global ($2,97/2,82$; $p = 0,358$).

La comparación de los resultados de SL según la realización, o no, de turnos de guardia (No/Si) tampoco presentó ninguna asociación estadística: Factor 1 ($3,41/3,32$; $p = 0,355$), Factor 2 ($2,70/2,58$; $p = 0,147$), Factor 3 ($2,81/2,87$; $p = 0,445$) y Global ($3,02/2,95$; $p = 0,353$).

La comparación por grupos de edad (grupo1/grupo 2) mostró asociación en todos los casos, a favor del grupo 1 (el más joven): Factor 1 ($3,43/3,21$; $p = 0,005$), Factor 2 ($2,68/2,49$; $p = 0,009$), Factor 3 ($2,96/2,70$; $p < 0,001$) y Global ($3,05/2,83$; $p = 0,002$).

Al comparar los datos globales de la SL, según el año de residencia, se observaron diferencias entre los/residentes del 1^{er} año y el resto de ellos ($p < 0,001$ en todos los casos).

Resultados relativos a la Calidad de Vida

El puntaje del resultado global del cuestionario sobre CV ofreció las siguientes medidas centrales: media $3,27 \pm 0,03$, mediana 3,31, máximo 4,81 y mínimo 1,46. La media de resultado global fue inferior a la CV autopercebida: $3,38 \pm 0,05$, presentando el resultado global del cuestionario de CV y los datos de autopercepción una buena correlación ($Rho = 0,55$; $p < 0,001$).

Los estadísticos de cada uno de los ítems y las medidas resumen y global pueden consultarse en la Tabla 4.

Tabla 4. Medidas centrales resultantes de las respuestas de los/las residentes en relación a la calidad de vida

Ítem	media	mediana	máximo	mínimo
1	3,38 ± 0,05	3,00	5,00	1,00
2	3,75 ± 0,05	4,00	5,00	1,00
3	1,74 ± 0,05	1,00	5,00	1,00
4	1,50 ± 0,05	1,00	5,00	1,00
5	3,47 ± 0,05	4,00	5,00	1,00
6	3,82 ± 0,05	4,00	5,00	1,00
7	3,25 ± 0,05	3,00	5,00	1,00
8	3,19 ± 0,05	3,00	5,00	1,00
9	3,37 ± 0,05	3,00	5,00	1,00
10	3,27 ± 0,06	3,00	5,00	1,00
11	3,51 ± 0,06	4,00	5,00	1,00
12	3,67 ± 0,05	4,00	5,00	1,00
13	3,53 ± 0,05	4,00	5,00	1,00
14	2,91 ± 0,05	3,00	5,00	1,00
15	3,61 ± 0,06	4,00	5,00	1,00
16	2,87 ± 0,06	3,00	5,00	1,00
17	3,27 ± 0,05	3,00	5,00	1,00
18	3,39 ± 0,05	3,00	5,00	1,00
19	3,46 ± 0,05	4,00	5,00	1,00
20	3,42 ± 0,05	4,00	5,00	1,00
21	3,05 ± 0,06	3,00	5,00	1,00
22	3,70 ± 0,05	4,00	5,00	1,00
23	3,91 ± 0,05	4,00	5,00	1,00
24	3,91 ± 0,05	4,00	5,00	1,00
25	3,32 ± 0,06	3,00	5,00	1,00
26	2,84 ± 0,05	3,00	5,00	1,00
Dominio 1	2,81 ± 0,03	2,86	5,00	1,14
Dominio 2	3,39 ± 0,03	3,50	4,50	1,83
Dominio 3	3,39 ± 0,05	3,67	5,00	1,00
Dominio 4	3,48 ± 0,03	3,50	5,00	1,25
Global	3,27 ± 0,03	3,31	4,81	1,46

Dominio 1: Salud física (ítems 3, 4, 10, 15, 16, 17 y 18).

Dominio 2: Salud psicológica (ítems 5, 6, 7, 11, 19 y 26).

Dominio 3: Relaciones Sociales (ítems 20, 21 y 22).

Dominio 4: Ambiente (ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25).

Los ítems 23 («¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?») y 24 («¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?») fueron los que lograron mayor puntuación media $3,91 \pm 0,05$, mientras que el ítem 4 («¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?») fue el que menor puntuación media alcanzó $1,50 \pm 0,05$.

No se observaron diferencias significativas en los datos de la CV según el sexo (Hombre/Mujer): Dominio 1 (2,74/2,84; $p = 0,112$), Dominio 2 (3,39/3,39; $p = 0,964$), Dominio 3 (3,32/3,42; $p = 0,301$), Dominio 4 (3,49/3,47; $p = 0,889$) y Global (3,25/3,29; $p = 0,532$).

Al relacionar la CV según existencia de patología (No/Si) no se encontró ninguna asociación: Dominio 1 (2,81/2,77; $p = 0,790$), Dominio 2 (3,39/3,35; $p = 0,792$), Dominio 3 (3,40/3,21; $p = 0,424$), Dominio 4 (3,48/3,42; $p = 0,738$) y Global (3,28/3,20; $p = 0,598$).

El análisis de los resultados de CV según la realización, o no, de turnos de guardia (No/Sí) sí presentó asociación para el Dominio 3 (3,23/3,44; $p = 0,042$), no existiendo asociación para el resto de los Dominios, ni para el resultado Global: Dominio 1 (2,831/2,80; $p = 0,680$), Dominio 2 (3,36/3,40; $p = 0,477$), Dominio 4 (2,83/2,80; $p = 0,412$) y Global (3,25/3,28; $p = 0,598$). Relación, correspondencia

La comparación por grupos de edad (grupo1/grupo 2) no encontró diferencias significativas en el Dominio 1 (2,84/2,76; $p = 0,170$) y en el Dominio 4 (3,52/3,41; $p = 0,133$). Pero, si se encontraron en los otros dominios y en el resultado global, siempre a favor del grupo más joven: Dominio 2 (3,44/3,31; $p = 0,031$), Dominio 3 (3,48/3,25; $p = 0,014$) y Global (3,32/3,20; $p = 0,025$).

No hubo diferencias entre los datos globales de la CV en relación con el año de residencia.

Relación entre la Satisfacción laboral y la Calidad de Vida

La correlación entre SL autopercibida y CV autopercibida fue buena ($Rho = 0,53$; $p < 0,001$), mientras que, entre la SL y la CV global resultantes de los valores de los cuestionarios, fue moderada ($Rho = 0,39$; $p < 0,001$), ver Figura 1.

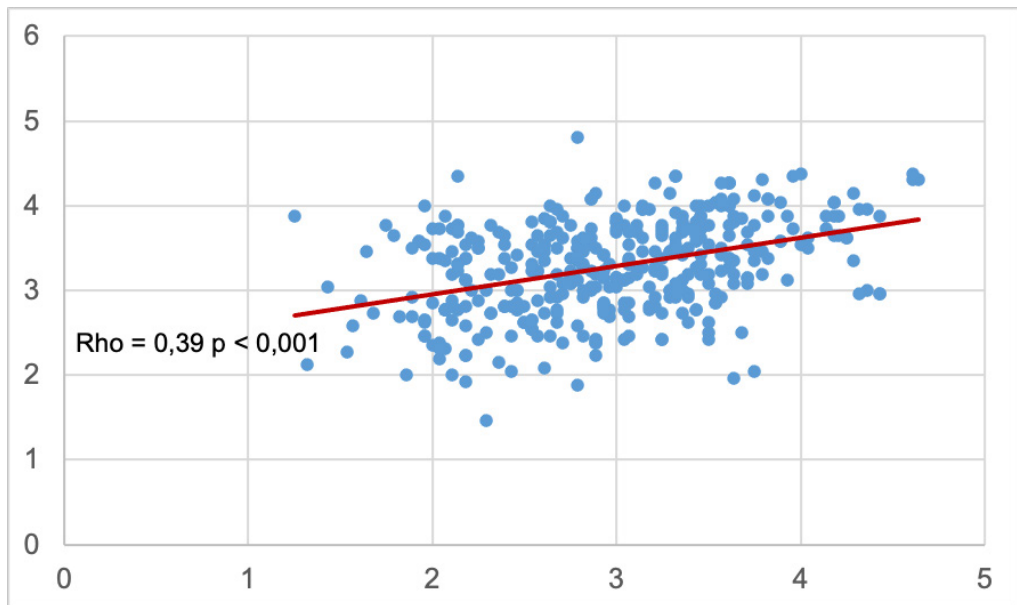


Figura 1. Diagramas de puntos de la relación entre el resultado del cuestionario de la satisfacción laboral (x) versus el de la calidad de vida (y).

Principales observaciones recogidas en el apartado de cierre

Este apartado apenas fue utilizado por los residentes. Los comentarios más frecuentes aludieron a la falta de formación. Así, 6 (1,49% IC95% 0,31-2,66) personas manifestaron falta de formación y supervisión en general y también para realizar investigación. De ellas, 5 (1,24% IC95% 0,16-2,32) declararon que esta circunstancia se había acentuado desde el inicio de la pandemia.

Otra observación realizada por 7 (1,73% IC95% 0,46-3,01) residentes fue su «sentimiento de ser utilizados» como «mano de obra barata», más que como médicos en época de formación, a partir de la promulgación de la pandemia.

Algunos de los residentes de 1º año, 5 (1,24% IC95% 0,16-2,32) declararon que sus respuestas podrían no ser muy relevantes ya que consideraban que carecían de suficiente información.

Discusión

Según los resultados obtenidos, los residentes españoles percibieron que tanto su SL como su CV se clasificaba dentro del rango considerado normal por los dos cuestionarios empleados y con resultados similares a anteriores estudios realizados en época no pandémica⁽¹⁸⁾.

Resultó interesante comprobar cómo a pesar de compatibilizar formación y trabajo, desafío acrecentado por la pandemia, presentaron niveles de satisfacción adecuados, habiendo sido capaces de adaptarse a la situación. En una comunicación realizada al 8º Congreso Iberoamericano en Investigación de Gobernanza Universitaria se notificó un resultado similar, habiendo verificado que los jóvenes que estudiaban y a la vez trabajaban expresaron que su vida no era perfecta, pero se sentían a gusto con ella y manifestaron que la mayoría de las circunstancias que la conforman eran en general buenas⁽¹⁹⁾.

El número de participantes se consideró adecuado al ser mayor que el tamaño muestral calculado y superior a la mayoría de los trabajos que recopiló Raji⁽²⁰⁾, en su revisión sistemática sobre el bienestar en la época de la residencia.

El Alfa de Cronbach calculada (con valores cercanos a 1) permitió obtener garantías sobre la consistencia de los resultados recabados, es decir, de la ausencia de errores en la medida realizada, lo que aportó robustez a los datos. El CCI permitió conocer el alto grado de concordancia de las respuestas aportadas por los diferentes participantes. Estos valores garantizaron la buena coherencia y fiabilidad del cuestionario empleado para conocer la SL y la CV de los residentes participantes. Los resultados obtenidos sobre SL fueron más consistentes que los indicados en otros estudios previos donde también se utilizó el cuestionario Font-Roja como base⁽²¹⁾ y lo mismo se observó al contrastar los resultados del cuestionario de CV⁽²²⁾.

Qué el ítem más valorado en relación con la SL fuera el trato con su superior directo se explicaría por la buena relación que se suele establecer con el tutor, ya que éste se suele implicar activamente en el proceso de formación del residente y favorece su aprendizaje, fomentando así el respeto y confianza mutuos. Este resultado también fue apuntado en un estudio previo⁽²³⁾, donde se considera al tutor como persona imprescindible para la formación del residente. El trabajo de Zubair et al.⁽²⁴⁾, evidenció que prácticamente la mitad de los residentes reconocían la buena labor de su director de programa y cuando los residentes realizaban bien su trabajo, era reconocido por su superior y éste les ayudaba a desarrollar nuevas técnicas.

Sin embargo, también existen investigaciones donde se han visto datos contrarios. Así, Pehlivanoglu et al.⁽²⁵⁾, señalaron que algunos residentes habían sufrido algún tipo de abuso verbal durante su formación.

Por otra parte, el hecho de que la percepción de la receptividad de la dirección del hospital ante los problemas de los residentes fuera la cuestión que menor puntuación recibió podría deberse al escaso contacto que suele existir entre ellos, lo cual provocaba que los residentes experimentasen falta de apoyo por parte de la gerencia hospitalaria. El diseño de acciones de perfeccionamiento por parte de la dirección, que redunde en la mejora de las tareas más habituales de los residentes, debería ser una actividad usual⁽¹⁸⁾.

En una encuesta realizada en la época de pandemia a través de redes sociales por la vocalía de residentes de la sociedad española de medicina familiar y comunitaria, se puntuó de forma notable (por encima de 7 sobre 10) la intervención del tutor, mientras que la actuación de la dirección obtuvo solo la calificación de aprobado, sin diferencias significativas según los distintos años de residencia⁽²⁶⁾.

En relación con la SL no se encontraron diferencias por sexo, aunque mujeres y hombres tienden a asumir roles diferentes los cuales, en muchas ocasiones, les son impuestos en el desarrollo de su labor hospitalaria. En línea a los hallazgos encontrados, Pulcrano et al.⁽²⁷⁾, en su revisión sistemática, identificaron 6 artículos que correlacionaban el sexo femenino con un mayor riesgo de burnout, depresión y menor SL, mientras que otros 9 artículos no encontraron asociación por sexo. Otra investigación tampoco halló relación entre la SL y el sexo⁽²⁸⁾.

La falta de significación estadística según existencia de patología se debió fundamentalmente al escaso número de personas que declararon sufrir una enfermedad que pudiera interferir en sus labores formativas/asistenciales propias de esta etapa. En el caso de los médicos residentes, es el cuerpo docente, principalmente su tutor, quien debe utilizar su sensibilidad médica para detectar algún problema de salud de los médicos en formación de manera temprana. En este marco es importante reconocer los factores de vulnerabilidad de los propios residentes y así tomar medidas de protección de todos los actores de la relación clínica⁽²⁹⁾.

Si llamó la atención la no existencia de asociación entre el grado de SL y la realización de turnos de guardia, más aún cuando existen estudios, donde se señalaron los riesgos potenciales de trabajar un exceso de horas, como por ejemplo el de Sundberg et al.⁽³⁰⁾, quienes concluyeron que la calidad del trabajo se podía ver afectada por el horario nocturno, el trabajo a altas horas de la mañana y el realización de manera desorganizada. Menéndez-González et al.⁽³¹⁾, vieron que la realización de guardias, especialmente cuando no se libran, afectaba tanto a la SL como a la CV, reconociendo algunos residentes el haber recurrido a fármacos para evitar el sueño. Se evidenció que en los turnos de guardia frecuentemente los residentes no están supervisados ni reciben retroalimentación, reconociendo haber cometido errores importantes durante su labor asistencial como consecuencia de la fatiga⁽³²⁾. No obstante, los residentes manifestaban estar satisfechos con el sueldo y con los incrementos recibidos por los turnos de guardia, lo cual paliaba parcialmente, a su juicio, los aspectos negativos mencionados⁽¹⁸⁾. Se podría pensar que en los residentes consultados la retribución económica relativizó su percepción en relación con la SL, pero se aprecia que, en general, están satisfechos con su trabajo.

Posiblemente el dato más llamativo, derivado de la pandemia, y que contradice a todos los estudios anteriores fue que los residentes de primer año mostraron una mayor SL en comparación con los más veteranos. Generalmente los residentes más experimentados se asocian con menores niveles de estrés en el trabajo y mayor satisfacción al encontrarse más próximos a terminar la especialidad y ver sus objetivos cumplidos^(25,27,33). Así, Alrawashdeh et al.⁽³⁴⁾, en su estudio sobre agotamiento ocupacional y satisfacción laboral de los médicos en tiempos de crisis de COVID-19, manifestaron que, en cuanto a la satisfacción laboral, el análisis de regresión reveló que la edad se asoció positivamente con mayores niveles de satisfacción laboral. Igualmente, Macedo et al.⁽³⁵⁾, concluyeron que los residentes de primer año eran menos competentes para lidiar con el estrés ocupacional porque, dada su inexperiencia profesional, tenían un repertorio de recursos más reducido a su disposición.

En el caso de este estudio, esta mayor SL referida podría haberse visto modificada por factores debidos a la pandemia (diferente organización de las guardias en algunos centros, sensación de menor responsabilidad para residentes de primer año) o factores externos (como retribución económica favorable o escaso cansancio acumulado).

Tal y como señalaron Kovach et al.⁽³⁶⁾, los médicos residentes de mayor edad tienen factores estresantes adicionales relacionados con responsabilidades familiares, hijos o el cuidado de padres, situación altamente preocupante durante la pandemia por el miedo al contagio. La revisión de García-Iglesias et al.⁽³⁷⁾, identificó que la preocupación personal más comúnmente relacionada con el brote de Covid-19 fue la concerniente con la salud de la familia y el riesgo de transmitir la enfermedad a la misma.

En lo concerniente a la calidad de vida fueron los ítems sobre las condiciones del lugar donde se vive y el acceso a los servicios sanitarios los que tuvieron una mayor puntuación media. En el primer caso, hay que tener en cuenta que es un periodo en el cual, con frecuencia, existe un cambio de residencia a la ciudad donde se cursará la especialidad, circunstancia que favorece el contacto con nuevas amistades y, a la vez, posibilita la aparición de nuevas metas y objetivos profesionales⁽²⁵⁾. Prieto-Miranda et al.⁽³⁸⁾, comprobaron que algunos residentes consideraron el cambio de domicilio como algo trascendental, Puranitee et al.⁽²⁸⁾, verificaron que el nuevo clima educativo estuvo fuertemente relacionado con la calidad de vida de los residentes y Cárdenas-Ayón et al.⁽³⁹⁾, confirmaron la satisfacción de los residentes con el ambiente académico-laboral. El estar inmerso en el ámbito sanitario, lógicamente, facilita el acceso al mismo en el caso de que hiciera falta acceder a una consulta médica⁽⁴⁰⁾. Además, hay que tener en cuenta que se trata de una población joven que, como se ha visto en los resultados de este estudio, raramente tienen una patología que les dificulte realizar su tarea laboral. Esto explicaría que

el ítem relacionado con la necesidad de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria fuera el que menor puntuación obtuviese.

Al igual que en la SL, no hubo relación entre la CV y el sexo. Esta circunstancia ya fue probada por Pulcrano et al.⁽²⁷⁾, que lo asociaba a la juventud de las mujeres y a la ausencia de factores estresantes tales como la maternidad. Anteriormente, Foley et al.⁽⁴⁰⁾, no encontraron asociación significativa en relación al sexo, la etnia o el tipo de programa de formación. Tampoco se encontró relación con el año de residencia o el sexo.

Por el contrario, Aziz et al.⁽⁴¹⁾, observaron una tasa de agotamiento significativamente mayor en las médicas con turnos de urgencia, en comparación con sus homólogos masculinos. Zubair et al.⁽²⁴⁾, señalaron que las mujeres eran más propensas a tener una menor sensación de bienestar y Cohen et al.⁽⁴²⁾, encontraron que ellas informaban de un mayor grado de estrés que los hombres. No obstante, se preguntaron si ésta diferencia podía deberse a un sesgo de información, ya que las mujeres presentaban mayor disposición a manifestar su estrés y malestar.

El tener turnos de guardia si se asoció con el Dominio 3 (relaciones sociales), lo cual se explicaría, según Macedo et al.⁽³⁵⁾, por tener que lidiar con situaciones difíciles que pudieron llevar al desánimo, fatiga, pesimismo, escepticismo, pérdida de la capacidad de sentir placer, retraimiento social, irritabilidad y falta de cuidado de uno mismo. Adicionalmente, el trabajo por turnos, afecta al estado anímico lo que provoca algún tipo de desafectación en las relaciones profesionales, sociales y familiares⁽³²⁾.

Notoriamente, estas condiciones se vieron sumamente exacerbadas por las situaciones generadas por la pandemia, donde se constataron niveles medios/altos de ansiedad, depresión, preocupación e insomnio y, en menor medida, estrés⁽³⁷⁾. Además, Pollock et al.⁽⁴³⁾, en su revisión de la evidencia, señalaron que los sanitarios de primera línea no eran plenamente conscientes de las necesidades de apoyar el bienestar social de los pacientes que acudían a urgencias, y carecían de equipos, tiempo o habilidades necesarias para realizar correctamente esa intervención.

Por otra parte, la edad influyó en los Dominios 2 (Salud psicológica), 3 (Relaciones sociales) y en el resultado global de la CV, obteniendo siempre los residentes jóvenes mejor media, lo cual podría sorprender ya que, por norma general, ellos se hallan en los primeros años de residencia y suelen tener una peor CV⁽³⁵⁾. Estos hallazgos, al igual que se ha discutido en relación con la SL, se consideró que serían resultado de la pandemia y del incremento de las responsabilidades según año de residencia⁽²⁶⁾.

De nuevo, como se vio con la SL, los resultados de CV relacionados con el año de residencia se comportaron de forma inversa a lo conocido hasta el momento, donde se admitía que durante la residencia disminuía la CV solo durante el primer año⁽³⁸⁾. No obstante, hay que tener en cuenta que algunos residentes de primer año declararon que sus respuestas podían no ser muy relevantes ya que consideraban que carecían de suficiente información.

Es reseñable la relación que expresan los residentes entre su SL y su CV autopercebida, con un resultado mayor que el observado de los resultados de los cuestionarios, y ello a pesar de que, según el informe de la Organización Médica Colegial de España⁽⁴⁴⁾, la mitad habían visto aumentado el número de guardias realizadas desde el inicio del estado de alarma, y una gran mayoría afirmaban que su proceso de formación se había visto deteriorado. En contraste, un estudio realizado entre profesionales sanitarios en formación confirmaría los resultados de este trabajo ya que en general los residentes manifestaron continuar con su labor asistencial, al tiempo que mantenían el número de guardias mensuales y pensaban que recibían una formación adecuada⁽⁴⁵⁾.

Una revisión, realizada antes de la pandemia, confirmó la asociación entre la satisfacción de los médicos en formación con los factores personales (desarrollo profesional, apoyo de los colegas, clima de equipo⁽⁴⁶⁾, componentes que en este trabajo también obtuvieron una adecuada puntuación. Por difícil que sea este periodo de formación médica, las experiencias compartidas y las discusiones con profesionales más experimentados permitieron incrementar la madurez emocional de los residentes, quienes desarrollaron gradualmente una mayor capacidad de lidiar con los altibajos de su profesión⁽³⁵⁾, más, si cabe, en este periodo.

Por último, se quieren discutir las observaciones realizadas en la parte final de la encuesta, que, si bien no fueron numerosas, son importantes ya que se manifestaron de forma espontánea.

La falta de formación expresada por los residentes se ha detectado también en otros trabajos relacionados con la pandemia y, generalmente, se percibe como necesidad de establecer un periodo extra para completar la formación, y, sobre todo, para recuperar los rotatorios no realizados debido a la pandemia. Máxime si se tiene en cuenta que la mitad de los residentes consideró que el trabajo relacionado con la COVID no le había aportado nada a nivel formación^(26,44,45) y que se había focalizado el aprendizaje socio-sanitario en una sola patología. De todos modos, es importante reseñar que, en general y en el periodo pre-pandémico, los médicos en formación habían manifestado tanto su conformidad con el programa de formación⁽⁴⁷⁾ como estar contentos con la elección de especialidad y el grado de consecución de sus objetivos⁽²⁵⁾.

Asimismo, se comentó la escasa formación en investigación que se había visto agravada por la pandemia. Aunque, esta queja no es un hecho exclusivo del periodo pandémico, ya que se había constatado en estudios previos⁽⁴⁸⁾, donde se indicaba que las actividades relacionadas con la investigación y la docencia estaban asociadas con la satisfacción global del residente.

Igualmente, es destacable la observación realizada por algunos residentes, como su sentimiento de ser utilizados como «mano de obra barata», más que como médicos en época de formación, a partir de la promulgación de la pandemia. Esta apreciación también se recogió en otros estudios^(26,45), donde incluso se ponía de manifiesto la ampliación de jornada no remunerada⁽⁴⁴⁾. Así, Menéndez-González et al.⁽³¹⁾, advirtieron que era totalmente erróneo pensar que cuanto más se trabaja más se aprende, ya que existe un punto en que la fatiga impide adquirir nuevos conocimientos y es necesario un equilibrio entre el tiempo dedicado a la formación mediante actividades asistenciales, el empleado en las actividades no asistenciales y el descanso. En este sentido, sería bueno recordar que formar y ayudar al cuidador sanitario supuso una mejoría en su calidad de vida⁽⁴⁹⁾.

Las limitaciones del presente trabajo fueron las propias de este tipo de diseño, esencialmente la subjetividad personal del que reportó, hecho que pudo redundar en errores de medición, más aún en el periodo estudiado, por lo que se tuvo en cuenta que los resultados obtenidos pudieron no constituir evidencia sólida, quedando a criterio de los participantes la sinceridad de las respuestas. Sin embargo, la participación de residentes de un extenso número de unidades docentes permitió mostrar una visión amplia de lo ocurrido durante la pandemia en todo el territorio nacional. Dada la cantidad de contestaciones obtenidas se consideró que el posible sesgo de información no influyó de manera significativa en los hallazgos encontrados.

Conclusiones

Por todo lo anteriormente expresado, se pudo concluir:

Que el tutor ejerció un papel primordial como referente para el residente durante su formación, así como un apoyo fundamental para el mismo. Sin embargo, los altos cargos hospitalarios no favorecieron dicho contacto, y por ello son percibidos como un ente que no llega a gestionar los problemas a los que los trabajadores se ven expuestos.

No se encontraron diferencias en cuanto a la relación de sexo ni turnos de guardia con la SL. Sorprendentemente los residentes de primer año presentaron mayor SL y CV en comparación con los veteranos, pudiéndose deber este hecho a la pandemia, dado que en muchos hospitales los residentes principiantes tuvieron que asumir menor responsabilidad y presentaron menor cansancio acumulado.

En contraposición, los turnos de guardia sí que afectaron la CV, específicamente en las relaciones sociales, tanto por la restricción de las actividades y por alteraciones del estado anímico, como por el aumento del estrés generado por la pandemia.

Los resultados de CV relacionados con el año de residencia se comportaron de forma inversa a lo conocido hasta el momento, ya que durante la residencia disminuía la CV solo durante el primer año, al contrario del resultado obtenido en este estudio.

La escasa formación en investigación se vio asimismo agravada por la pandemia.

Los datos obtenidos en este estudio pusieron de manifiesto la necesidad de realizar nuevas investigaciones en cuanto a la SL y CV de los residentes durante este periodo y los venideros, ya que los resultados no siempre fueron los esperados y la evolución de la pandemia podría condicionar en gran medida a los factores determinantes de la salud relacionados con el bienestar de estos.

Bibliografía

1. Peydró-Navarro C. Calidad de vida, trabajo y salud en los profesionales sanitarios: un estudio en el Hospital General Universitario de Alicante [tesis doctoral]. Alicante, España: Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante; 2015.
2. González P, Peiró JM, Bravo MJ. Calidad de vida laboral. En: Peiró JM, Prieto F, editores. Tratado de Psicología del Trabajo (Volumen 2): Aspectos psicosociales del trabajo. Madrid, España: Síntesis; 1966.
3. Segurado-Torres A, Agulló-Tomás E. Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*. 2002;14(4):828-36. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/806.pdf>
4. Costello H, Walsh S, Cooper C, Livingston G. A systematic review and meta-analysis of the prevalence and associations of stress and burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia. *Int Psychogeriatr*. 2019;31(8):1203-16. Doi: 10.1017/S1041610218001606. Disponible en: <https://bit.ly/3H8FIDe>
5. Azam K, Khan A, Alam MT. Causes and adverse impact of physician Burnout: A systematic review. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2017;27(8):495-501. PMID: 28903843. Disponible en: <https://bit.ly/3G8N0jy>
6. Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D, et al. Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;5(5):CD013632. DOI: 10.1002/14651858.CD013632. Disponible en: <https://bit.ly/3rWks7W>
7. Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning province, China: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):e2381. DOI: 10.3390/ijerph17072381. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/7/2381>
8. Collado-Hernández B, Torre-Rugarcía Y. Actitudes hacia la prevención de riesgos laborales en profesionales sanitarios en situaciones de alerta epidemiológica. *Med Segur Trab*. 2015;61(239):233-53. DOI: 10.4321/S0465-546X2015000200009. Disponible en: <https://bit.ly/3HbJlmq>
9. Mullangi S, Diamond R, Patel KK. Bridging the divide between physicians and administrators during COVID-19. *Am J Manag Care*. 2020;26(12):499-500. DOI: 10.37765/ajmc.2020.88497. Disponible en: <https://bit.ly/3rXqTrx>
10. Giménez-Espert MC, Prado-Gascó V, Soto-Rubio A. Psychosocial risks, work engagement and job satisfaction of nurses during COVID-19 pandemic. *Front Public Health*. 2020;8:e566896. DOI: 10.3389/fpubh.2020.566896. Disponible en: <https://bit.ly/34f3KbU>
11. Monje-Agudo P, Borrego-Izquierdo Y, Robustillo-Cortés M de LA, Jiménez-Galán R, Almeida-González CV, Morillo-Verdugo RA. Diseño y validación de una encuesta de satisfacción con la atención farmacéutica recibida en las consultas de farmacia hospitalaria. *Farm Hosp*. 2015;39(3):152-6. DOI: 10.7399/fh.2015.39.3.8366. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/fh/v39n3/05original03.pdf>
12. Bonett DG. Sample size requirements for estimating intraclass correlations with desired precision. *Stat Med*. 2002;21(9):1331-5. DOI: 10.1002/sim.1108. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/sim.1108>
13. Bonett DG, Wright TA. Sample size requirements for estimating pearson, kendall and spearman correlations. *Psychometrika*. 2000;65(1):23-8. DOI: 10.1007/BF02294183.

- 14.** Aranaz-Andrés JM. Cuestionario Font Roja: Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hosp.* 1988;(52):63-8.
- 15.** Nogués-Sánchez L. Evaluación de la satisfacción laboral en un servicio de recursos humanos de un hospital público [trabajo de fin de máster]. Palma, España: Universitat de les Illes Balears; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/3IIVWTK>
- 16.** Núñez-González E, Estévez-Guerra GJ, Hernández-Marrero P, Marrero-Medina CD. Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral. *Gac Sanit.* 2007;21(2):136-41. DOI: 10.1157/13101040. Disponible en: <https://bit.ly/3rXwiiJ>
- 17.** WHOQOL Group. WHOQOL: Measuring Quality of Life [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2021 [citado 21 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/toolkits/whoqol>
- 18.** Fernández-Martínez O, Moreno-Suárez S, Hidalgo-Cabrera C, García del Río-García B, Martín-Tapia A. Calidad de vida profesional de los médicos residentes. *Arch Med.* 2007;3(3):1-19. Disponible en: <https://bit.ly/3r5P6ww>
- 19.** Salazar-Botello CM, Muñoz-Jara Y, Mendoza-Llanos R, Acuña-Hormazábal Á. Satisfacción con la vida, satisfacción laboral y actitud ante el cambio en tiempos de pandemia: La experiencia de quienes estudian y trabajan. VIII Congreso Iberoamericano en investigación de gobernanza universitaria; 2020 nov 18; Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia. DOI: 10.15332/dt.inv.2020.01605. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/30724>
- 20.** Raj KS. Well-being in residency: A systematic review. *J Grad Med Educ.* 2016;8(5):674-84. DOI: 10.4300/JGME-D-15-00764.1. Disponible en: <https://bit.ly/3rV9fEQ>
- 21.** Porcel-Gálvez AM, Martínez-Lara C, Gil-García E, Grao-Cruces A. Construcción y validación del cuestionario G_Clinic para medir la satisfacción laboral en profesionales de enfermería de las unidades de gestión clínica. *Rev Esp Salud Publica.* 2014;88(3):419-28. DOI: 10.4321/S1135-57272014000300011. Disponible en: <https://bit.ly/3INBTyy>
- 22.** Krägeloh CU, Henning MA, Hawken SJ, Zhao Y, Shepherd D, Billington R. Validation of the WHO-QOL-BREF quality of life questionnaire for use with medical students. *Educ Health Abingdon Engl.* 2011;24(2):545. PMID: 22081657. Disponible en: <https://bit.ly/3u8myo4>
- 23.** Lucas-Pérez-Romero FJ, Chacón-Caso P, Casado-Vicente V, Pablo-Cerezuela F. Percepción de los residentes de medicina familiar y comunitaria sobre el programa formativo de la especialidad. *Rev Clínica Med Fam.* 2012;5(1):17-24. DOI: 10.4321/S1699-695X2012000100004. Disponible en: <https://bit.ly/3r8cc5v>
- 24.** Zubair MH, Hussain LR, Williams KN, Grannan KJ. Work-related quality of life of US general surgery residents: Is It Really so Bad? *J Surg Educ.* 2017;74(6):e138-46. DOI: 10.1016/j.jsurg.2017.09.018. Disponible en: <https://bit.ly/3AFzkvs>
- 25.** Pehlivanoglu B, Hassoy H, Calle C, Dendooven A, Nalbantoglu Ilk, Reshchikova L, et al. How does it feel to be a pathology resident? Results of a survey on experiences and job satisfaction during pathology residency. *Virchows Arch Int J Pathol.* 2017;471(3):413-22. DOI: 10.1007/s00428-017-2167-2. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00428-017-2167-2>
- 26.** Gutiérrez-Muñoz B, Ruiz-Aranda A, Párraga-Martínez I. Situación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en época de la COVID-19: opiniones y percepciones. *Rev Clin Med Fam.* 2021;14(1):43-6. Disponible en: <https://bit.ly/3o5u92R>
- 27.** Pulcrano M, Evans SRT, Sosin M. Quality of Life and Burnout rates across surgical specialties: A systematic review. *JAMA Surg.* 2016;151(10):970-8. DOI: 10.1001/jamasurg.2016.1647. Disponible en: <https://bit.ly/3rWAHsS>
- 28.** Puranitee P, Stevens FFCJ, Pakakasama S, Plitponkarnpim A, Vallibhakara SA-O, Busari JO, et al. Exploring burnout and the association with the educational climate in pediatric residents in Thailand. *BMC Med Educ.* 2019;19(1):245. DOI: 10.1186/s12909-019-1687-7. Disponible en: <https://bit.ly/3r7XwDy>

29. Vergès C. ¿Qué hacer cuando un médico tiene problemas de salud que afectan su desempeño clínico? *Rev Bioet Derecho*. 2017;(40):83-100. Disponible en: <https://bit.ly/3o5crfM>
30. Sundberg K, Frydén H, Kihlström L, Nordquist J. The Swedish duty hour enigma. *BMC Med Educ*. 2014;14(Suppl 1):S6. DOI: 10.1186/1472-6920-14-S1-S6. Disponible en: <https://bit.ly/35y5GNh>
31. Menéndez-González M, Ryan-Murúa P, García-Salaverri B. Efecto subjetivo de las guardias sobre la salud, calidad de vida y calidad asistencial de los médicos residentes de España. *Arch Med*. 2005;1(1):1-14. Disponible en: <https://bit.ly/3AlxoT4>
32. Sarmiento PJ, Parra Chico A. Calidad de vida en médicos en formación de postgrado. *Pers Bioét*. 2015;19(2):290-302. DOI: 10.5294/pebi.2015.19.2.8. Disponible en: <https://bit.ly/3rY1fCR>
33. Cohen-Aubart F, Lhote R, Steichen O, Roeser A, Otriv N, Levesque H, et al. Workload, well-being and career satisfaction among French internal medicine physicians and residents in 2018. *Postgrad Med J*. 2020;96(1131):21-7. DOI: 10.1136/postgradmedj-2019-136657. Disponible en: <https://pmj.bmj.com/content/96/1131/21>
34. Alrawashdeh HM, Al-Tammemi AB, Alzawahreh MK, Al-Tamimi A, Elkholy M, Al Sarireh F, et al. Occupational burnout and job satisfaction among physicians in times of COVID-19 crisis: a convergent parallel mixed-method study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):811. DOI: 10.1186/s12889-021-10897-4. Disponible en: <https://bit.ly/3AEx6wg>
35. Macedo PCM, Cítero V de A, Schenkman S, Nogueira-Martins MCF, Morais MB, Nogueira-Martins LA. Health-related quality of life predictors during medical residency in a random, stratified sample of residents. *Rev Bras Psiquiatr Sao Paulo Braz* 1999. 2009;31(2):119-24. DOI: 10.1590/s1516-44462009000200007. Disponible en: <https://bit.ly/3HpzM3H>
36. Kovach JG, Combs CJ, Singh H, Dubin WR. Psychiatry Academic Resident Quality of Life. *Acad Psychiatry*. 2016;40(1):76-80. DOI: 10.1007/s40596-015-0387-9. Disponible en: <https://bit.ly/3g1jy4F>
37. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, et al. Impacto del SARS-COV-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94(1):e202007088. Disponible en: <https://bit.ly/3o7kbyX>
38. Prieto-Miranda SE, López-Benítez W, Jiménez-Bernardino CA. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *Educ Med*. 2009;12(3):169-77. Disponible en: <https://bit.ly/35B97Tv>
39. Cárdenas-Ayón E, Cabrera-Pivaral CE, Viniestra-Velázquez L, González-Reyes HF, Luce-González EG, Ortiz-López MA. Satisfacción de los residentes de medicina familiar con el ambiente académico laboral. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2010;48(2):227-31. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im102s.pdf>
40. Foley PJ, Roses RE, Kelz RR, Resnick AS, Williams NN, Mullen JL, et al. The state of general surgery training: a different perspective. *J Surg Educ*. 2008;65(6):494-8. DOI: 10.1016/j.jsurg.2008.04.001. Disponible en: <https://bit.ly/3rRIAsc>
41. Aziz AA, Kahlout BH, Bashir K. Female Physicians Suffer a Higher Burnout Rate: A 10-Year Experience of the Qatar EM Residency Training Programme. *J Coll Physicians Surg--Pak JCPSP*. 2018;28(8):651-2. DOI: 10.29271/jcpsp.2018.08.651. Disponible en: <https://bit.ly/3o7U1lL>
42. Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ*. 2005;5:21. DOI: 10.1186/1472-6920-5-21. Disponible en: <https://bit.ly/33ZlkiX>
43. Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, et al. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;11:CD013779. DOI: 10.1002/14651858.CD013779. Disponible en: <https://bit.ly/3KV0tPB>

- 44.** Organización Médica Colegial de España (OMC). Percepción de la situación de la formación sanitaria especializada en España [Internet]. Madrid, España: OMC; 2020 [citado 19 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3v2i0gC>
- 45.** Sánchez-Martínez DA, Madrigal-Laguía P, Serrano-Porta S, Guardiola-Olmos JÁ, Cañadilla-Ferreira M. Análisis de la actividad laboral de los profesionales sanitarios en formación de la Región de Murcia ante la pandemia por COVID-19. *Rev Esp Educ Médica*. 2020;1(1):11-23. DOI: 10.6018/edumed.422531. Disponible en: <https://revistas.um.es/edumed/article/view/422531>
- 46.** Domagała A, Bata MM, Storman D, Peña-Sánchez JN, Świerz MJ, Kaczmarczyk M, et al. Factors Associated with Satisfaction of Hospital Physicians: A Systematic Review on European Data. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(11):e2546. DOI: 10.3390/ijerph15112546. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/11/2546>
- 47.** Schonhaut L, Rojas P, Millán T. Calidad de vida de los médicos residentes del Programa de Formación de Especialistas en Pediatría. *Rev Chil Pediatr*. 2009;80(1):30-8. DOI: 10.4067/S0370-41062009000100004. Disponible en: <https://bit.ly/3u4U6mP>
- 48.** Ayala-Morillas LE, Fuentes-Ferrer ME, Sánchez-Díaz J, Rumayor-Zarzuelo M, Fernández-Pérez C, Marco-Martínez F. Factores asociados a la satisfacción del residente con su formación como especialista. *Rev Clínica Esp*. 2014;214(4):175-83. DOI: 10.1016/j.rce.2014.01.004. Disponible en: <https://bit.ly/3shu0uD>
- 49.** Alouat-Chentouf S, Sanz-Valero J. Calidad de vida de los cuidadores de las personas adultas en ingreso domiciliario: revisión sistemática. *Hosp Domic*. 2021;5(2):89-113. DOI: 10.22585/hospdomic.v5i2.129. Disponible en: <https://revistahad.eu/index.php/revistahad/article/view/129>

Anexo

Satisfacción laboral & calidad de vida de los médicos residentes españoles

Preguntas iniciales		
Sexo	Hombre	
	Mujer	
Año de nacimiento		
¿En la actualidad está usted enfermo/a?	No	
	Si	
Año de residencia en el momento de responder este formulario	Residente de 1º año	
	Residente de 2º año	
	Residente de 3º año	
	Residente de 4º o 5º año	
¿Realiza turnos de urgencia fuera del horario laboral ordinario?	No	
	Si	

Cuestionario sobre satisfacción laboral						
¿Cómo calificaría el grado de su satisfacción laboral?						
Muy malo	1	2	3	4	5	Muy bueno
Cree que en su servicio o unidad se valora y reconoce el trabajo bien hecho:						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
Considera que la capacitación de su superior directo para ejercer las funciones que le corresponden como tal es:						
Muy baja	1	2	3	4	5	Muy alta

Cuestionario sobre satisfacción laboral						
Su mando directo le da las orientaciones y apoyo que requiere para el desempeño de su trabajo:						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
Entiende que el trato personal (respeto, comprensión, ...) que su superior directo tiene respecto a usted, es:						
Muy inadecuado	1	2	3	4	5	Muy adecuado
En general, valora la relación profesional con su superior directo como:						
Muy insatisfactoria	1	2	3	4	5	Muy satisfactoria
En relación a las posibilidades de participación en las decisiones cotidianas que afectan a su actividad y entorno de trabajo, está:						
Muy insatisfecho/a	1	2	3	4	5	Muy insatisfecho/a
Considera que sus posibilidades de participar en la mejora del funcionamiento (organización y planificación del trabajo, definición de criterios de actuación, etc.) de su unidad o servicio, son:						
Muy bajas	1	2	3	4	5	Muy alta
Su mando directo trabaja con el equipo los proyectos y cuestiones que afectan a su unidad o servicio, y propicia la aportación de propuestas y sugerencias:						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
En general, la relación entre compañeros y el ambiente de trabajo existente en su servicio o unidad es:						
Muy insatisfactoria	1	2	3	4	5	Muy satisfactoria
La información que se le da para la correcta ejecución de su trabajo es:						
Muy insatisfactoria	1	2	3	4	5	Muy satisfactoria
Considera que las sugerencias y aportaciones que realiza para la mejora del servicio son adecuadamente escuchadas y consideradas:						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
Su nivel de conocimiento sobre los objetivos, proyectos, resultados, etc. De su unidad o servicio es:						
Muy bajo	1	2	3	4	5	Muy alto
La formación que ha recibido en el Hospital para el desarrollo de su puesto de trabajo, le ha resultado:						
Muy insatisfactoria	1	2	3	4	5	Muy satisfactoria
Las posibilidades de formación para su desarrollo profesional que le ofrece el hospital, le parecen:						
Muy insatisfactorias	1	2	3	4	5	Muy satisfactorias
La respuesta del hospital a las necesidades y peticiones de formación de los trabajadores, es:						
Muy insatisfactoria	1	2	3	4	5	Muy satisfactoria
Considera que en el hospital existen, a igualdad de méritos y capacidades, iguales oportunidades de promoción y desarrollo profesional:						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
Considera que en el hospital va a poder satisfacer sus expectativas de promoción o desarrollo profesional:						

Cuestionario sobre satisfacción laboral						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
Cree que en el hospital se valora a las personas en función de la calidad en el cumplimiento de sus responsabilidades:						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
La retribución total que recibe en relación al trabajo que realiza, le parece:						
Muy inadecuada	1	2	3	4	5	Muy adecuada
La retribución que recibe, en comparación con la del resto de categorías, le parece:						
Muy inadecuada	1	2	3	4	5	Muy adecuada
Cree que recibe una información suficiente y adecuada sobre las decisiones tomadas por la dirección del hospital que le afectan:						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
En general, las decisiones que está tomando el equipo directivo del hospital le parecen:						
Muy inadecuadas	1	2	3	4	5	Muy adecuadas
Cree que la dirección del hospital es receptiva a los problemas y demandas de los trabajadores:						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
En su opinión, la organización del trabajo en tu unidad o servicio es:						
Muy inadecuada	1	2	3	4	5	Muy adecuada
La coordinación entre los distintos servicios del hospital para la prestación de un buen servicio es:						
Muy inadecuada	1	2	3	4	5	Muy adecuada
Considera que los esfuerzos realizados por el hospital para mejorar su funcionamiento son:						
Muy bajos	1	2	3	4	5	Muy altos
El nivel de colaboración que existe entre su servicio y otros servicios, con los que debe relacionarse por razones de trabajo es:						
Muy bajo	1	2	3	4	5	Muy alto
Su nivel de conocimiento sobre los objetivos, proyectos, resultados, etc. Del hospital es:						
Muy bajo	1	2	3	4	5	Muy alto

Cuestionario sobre calidad de vida						
¿Cómo calificaría su calidad de vida?						
Muy mala	1	2	3	4	5	Muy buena
¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?						
Muy insatisfecho/a	1	2	3	4	5	Muy satisfecho/a
Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas						
¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?						

Cuestionario sobre calidad de vida						
Nada	1	2	3	4	5	Extremadamente
¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?						
Nada	1	2	3	4	5	Extremadamente
¿Cuánto disfruta de la vida?						
Nada	1	2	3	4	5	Extremadamente
¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?						
Nada	1	2	3	4	5	Extremadamente
¿Cuál es su capacidad de concentración?						
Nada	1	2	3	4	5	Extremadamente
¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?						
Nada	1	2	3	4	5	Extremadamente
¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?						
Nada	1	2	3	4	5	Extremadamente
Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.						
¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?						
Nada	1	2	3	4	5	Totalmente
¿Es capaz de aceptar su apariencia física?						
Nada	1	2	3	4	5	Totalmente
¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?						
Nada	1	2	3	4	5	Totalmente
¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?						
Nada	1	2	3	4	5	Totalmente
¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?						
Nada	1	2	3	4	5	Totalmente
¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?						
Nada	1	2	3	4	5	Totalmente
Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas se ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida						
¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?						
Muy insatisfecho/a	1	2	3	4	5	Muy satisfecho/a
¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?						
Muy insatisfecho/a	1	2	3	4	5	Muy satisfecho/a

Cuestionario sobre calidad de vida						
¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?						
Muy insatisfecho/a	1	2	3	4	5	Muy satisfecho/a
¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?						
Muy insatisfecho/a	1	2	3	4	5	Muy satisfecho/a
¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?						
Muy insatisfecho/a	1	2	3	4	5	Muy satisfecho/a
¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?						
Muy insatisfecho/a	1	2	3	4	5	Muy satisfecho/a
¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?						
Muy insatisfecho/a	1	2	3	4	5	Muy satisfecho/a
¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?						
Muy insatisfecho/a	1	2	3	4	5	Muy satisfecho/a
¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?						
Muy insatisfecho/a	1	2	3	4	5	Muy satisfecho/a
¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?						
Muy insatisfecho/a	1	2	3	4	5	Muy satisfecho/a
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas						
¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?						
Nunca	1	2	3	4	5	Siempre
Cierre						
¿Le gustaría hacer algún comentario?						