



doi: 10.4321/s0465-546x2022000300002

Artículo original

Satisfacción laboral y calidad de vida de los médicos residentes españoles en los meses posteriores a la terminación del estado de alarma por la COVID-19 y al año de la misma

Job satisfaction and quality of life of Spanish medical residents in the months after the end of the state of alarm due to COVID-19 and one year later

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 de la 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

Beatriz Muñoz-Cobo Orosa
bea2660@gmail.com

Recibido: 18.10.2022

Aceptado: 02.12.2022

Publicado: 26.12.2022

Contribuciones de autoría

Todos los autores contribuyeron de manera igualitaria en la realización de esta investigación y la escritura del artículo.

Financiación

Sin financiación

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflicto de interés.

Agradecimientos

A la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo por su ayuda en la distribución del formulario para la recogida de datos.

Este trabajo fue desarrollado en el marco del Área de Divulgación e Investigación y Servicios de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III.

Cómo citar este trabajo

Muñoz-Cobo-Orosa B, Pérez-García M, Rodríguez-Ledott M, Varela-Serrano C, Sanz-Valero J. Satisfacción laboral y calidad de vida de los médicos residentes españoles en los meses posteriores a la terminación del estado de alarma por la COVID-19 y al año de la misma. *Med Segur Trab (Internet)*. 2022;68(268):142-160. doi: 10.4321/s0465-546x2022000300002

© BY-NC-SA 4.0

Resumen

Introducción: Describir y analizar la percepción existente acerca de la satisfacción laboral (SL) y la calidad de vida (CV) de los/las médicos/as residentes españoles/as en los meses posteriores a la terminación del estado de alarma por la COVID-19 y al año de la misma.

Método: Estudio descriptivo-correlacional, siendo la población diana los/las residentes españoles/as a quienes se preguntó, mediante formulario online, en dos cortes (1º de 01/11 al 31/12 de 2020 y 2º entre 01/11 y 31/12 de 2021). 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 (1º corte) y 411 (2º corte). Los resultados para a SL global mostraron $Rho = 0,09$; $p = 0,081$, sin diferencias entre sus medias ($-0,07$; $p = 0,090$). La CV global, medida a través del cuestionario, indicó baja correlación entre ambos cortes ($Rho = 0,10$; $p = 0,041$), con diferencias entre sus medias ($-0,14$; $p < 0,001$).

Conclusiones: En relación a la SL no se constató asociación entre los dos periodos estudiados. Respecto a la CV se evidenciaron mejores datos, en el 2º corte, tanto en la CV autopercebida como en el resultado global del cuestionario.

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

Abstract

Introduction: To describe and analyze the existing perception about job satisfaction (SL) and quality of life (QoL) of Spanish resident doctors in the months which follow the end of the state of alarm due to COVID-19 and one year after that.

Method: A Descriptive-correlational study, being the Spanish residents the target population who was asked, using an online form, in two periods (1st from 11/01 to 12/31, 2020 and 2nd between 11/01 and 12/31, 2021). For SL, the Font-Roja questionnaire was used and for QoL, the WHOQOL-BREF (both using a 5-point Likert scale).

Results: 404 residents responded (1st cut) and 411 (2nd cut). The results for the global SL showed $Rho = 0.09$; $p = 0.081$, without differences between their means (-0.07 ; $p = 0.090$). The global QoL, measured through the questionnaire, evinced a low correlation between both cut-offs ($Rho = 0.10$; $p = 0.041$), with variations between their means (-0.14 ; $p < 0.001$).

Conclusions: In relation to SL, no association was revealed between the two periods studied. Regarding QoL, more positive data were found in the 2nd period, both in self-perceived QoL and in the global result of the questionnaire.

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

Introducción

Existe evidencia de la relación entre ambiente de trabajo, salud y calidad de vida. En particular, el bienestar y la salud están estrechamente vinculados a la tensión a la que se exponen los trabajadores del área de la salud. Los médicos residentes (MR) en formación representan una proporción significativa del personal sanitario de los hospitales universitarios de todo el mundo⁽¹⁾.

Se ha comprobado que éstos perciben una mala calidad de vida profesional y un bajo apoyo por parte de sus supervisores, encontrándose entre los trabajadores más vulnerables y mostrando una alta prevalencia de agotamiento y morbilidad psicológica⁽²⁾.

Durante la enfermedad pandémica causada por el coronavirus (COVID-19), los MR se han enfrentado a desafíos únicos. Ante la rápida propagación de la misma y las disparidades de recursos, los sistemas de atención médica se vieron obligados a adaptarse apresuradamente a la emergencia sanitaria y han estado, asimismo, sometidos a los factores estresantes del entorno laboral que suponen amenazas potenciales para el bienestar de los propios trabajadores. La toma de decisiones éticas sobre las interacciones y el tratamiento de los pacientes con COVID-19 ha provocado un aumento de la ansiedad y el agotamiento entre los médicos en formación⁽³⁾.

Se han visto, además, forzados a responder a los cambios en la prestación de atención médica, lo cual ha tenido un impacto considerable en su preparación, por razones como la interrupción del horario regular, el envío de residentes a áreas de alto riesgo y las modificaciones en sus programas de aprendizaje. Desde el inicio de la pandemia se les pidió que realizaran cambios drásticos en sus rutinas diarias⁽⁴⁾. Del mismo modo, muchos fueron apartados de su capacitación especializada para trabajar con pacientes en aislamiento, unidades de cuidados intensivos y salas de neumonía. Otros, se quedaron trabajando en las rotaciones de su especialidad, lo que los llevó a dividirse en residentes de primera línea y de segunda línea⁽⁵⁾.

Asimismo, debido a la pandemia, casi todas las reuniones y conferencias fueron canceladas o pospuestas. En numerosos hospitales se minimizó o eliminó la formación presencial directa y las sesiones realizadas con métodos de enseñanza tradicionales. Estas modificaciones dificultaron la educación continua de los residentes y redujeron el tiempo de su formación⁽⁶⁾. Así, González-Anglada et al.⁽⁷⁾, concluían que la pandemia COVID-19 impactó de forma excepcional en la enseñanza sanitaria especializada, por lo que sería necesario reevaluar los programas formativos para garantizar que los MR adquirieran las competencias técnicas de las que pudieran adolecer por las circunstancias especiales de este periodo.

Por otro lado, al igual que muchos otros médicos y trabajadores sanitarios, los MR también temieron por su propia salud y bienestar al atender a un gran número de pacientes infecciosos con una enfermedad poco conocida. Igualmente, el riesgo a transmitir el virus a sus familiares aumentó su preocupación, ya que tanto ellos como sus familias han representado uno de cada seis ingresos hospitalarios por COVID-19⁽⁸⁾.

No obstante, el impacto de COVID-19 sobre la salud de los MR sigue estando escasamente investigado, aunque es probable que el cambio dramático durante la pandemia en el programa de residencia y el estilo de vida afecte negativamente, tarde o temprano, su bienestar mental y físico⁽⁹⁾.

En el estudio realizado en noviembre de 2021, sobre la satisfacción laboral (SL) y calidad de vida (CV) de dichos profesionales durante la pandemia por la COVID-19⁽¹⁰⁾, no se encontraron diferencias en cuanto a la relación de sexo ni turnos de guardia con la SL en MR en territorio español. Sin embargo, los turnos de guardia sí que afectaron la CV, específicamente en las relaciones sociales, tanto por la restricción de las actividades como por el aumento del estrés. Y, los MR 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.

Los datos obtenidos en este estudio pusieron de manifiesto la necesidad de realizar nuevas investigaciones en cuanto a la SL y CV de los MR, ya que la evolución de la pandemia podría determinar en gran medida factores de la salud relacionados con el bienestar de los mismos.

Por todo ello, el objetivo del presente trabajo fue describir y analizar la percepción existente acerca de los factores vinculados a la SL y a la CV de los MR españoles en los meses posteriores a la terminación del estado de alarma por la COVID-19 y un año después de la misma.

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 la recopilación de los datos.

El cálculo del tamaño muestral 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 investigación y atención fue el territorio nacional español.

Instrumento de medida

Se utilizó un formulario electrónico mediante preguntas cerradas para su difusión a través de Internet realizado con la aplicación de Google Forms® que fue diseñado para la recuperación de los datos de los dos cortes temporales. La consistencia interna (medida con el coeficiente α de Cronbach) y la fiabilidad (calculada mediante el coeficiente de correlación intraclase) fueron testadas en el estudio del primer corte temporal⁽¹⁰⁾.

Esta herramienta (Anexo 1) incluyó una sección inicial (sexo, edad, 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 incluir cualquier tipo de observación.

Satisfacción laboral

Se midió mediante el cuestionario original Font-Roja de SL⁽¹¹⁾, que consta de 24 ítems, complementado con 4 preguntas procedentes del cuestionario elaborado por el sistema público de salud del País Vasco (Osakidetza)⁽¹²⁾; 2 de estos nuevos ítems, que evalúan el entorno físico de trabajo, fueron propuestos por Núñez et al.⁽¹³⁾. Los 28 ítems finales presentan una estructura factorial de 3 dimensiones, que determinan la satisfacción de los MR con distintas facetas de su labor profesional:

- Factor 1: Relaciones de mando, interpersonales y participación (preguntas 1 a 12). Se refiere 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⁽¹⁴⁾, 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 proporciona 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).

Recopilación 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, para la primera oleada de datos, se abrió de forma programada el 1 de noviembre de 2020 y se cerró el 31 de diciembre de 2020. Para la segunda oleada se pudo acceder, igualmente mediante programación digital, del 1 de noviembre de 2021 al 31 de diciembre de 2021.

Se enviaron, también a través de lista de distribución, dos recordatorios para cada uno de los dos cortes temporales.

Procesamiento de la información

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

Control de duplicados: para evitar, en lo posible, la duplicidad de respuestas se controlaron las variables de la sección inicial por si existía la posibilidad de identificar estas duplicidades.

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.

Para obtener la relación entre las variables cuantitativas discretas se usó el coeficiente de correlación de Spearman.

La comparación de la diferencia de medias se realizó mediante la t de Student para muestras independientes. El cotejo de múltiples medias se realizó mediante el análisis de la varianza (ANOVA), con prueba post-hoc de Tukey.

Para conocer la relación entre los resultados de los cuestionarios y 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 (iguales o menores de 27 años) y grupo 2 (28 años o más).

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

El análisis de los datos se efectuó mediante el programa estadístico informático *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM-SPSS) versión 28 para el sistema operativo Windows.

El control de la calidad de la información se efectuó mediante la doble entrada de los datos, corrigiendo las posibles inconsistencias mediante 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 encuestados.

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 en el primer corte temporal, con edad media de $27,82 \pm 0,15$ años, mediana igual a 27, máximo de 57⁽¹⁰⁾ y de 411 en el segundo, con edad media de $28,56 \pm 0,17$ años, mediana igual a 28, máximo de 58, existiendo diferencias significativas en relación con la edad de los residentes (diferencia de medias = $0,74 \pm 0,23$ años, $p = 0,001$). Las frecuencias de las variables descriptivas pueden consultarse en la tabla 1.

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

	1º corte		2º corte		p-valor
	fi	% (IC95%)	fi	% (IC95%)	
Hombres	137	33,91 (29,29-38,53)	134	32,60 (28,07-37,14)	0,692
Mujeres	267	66,09 (61,47-70,71)	277	67,40 (62,86-71,93)	
Residentes de 1º año	80	19,80 (15,92-23,69)	90	21,90 (17,90-25,90)	0,001*
Residentes de 2º año	142	35,15 (30,49-39,80)	99	24,09 (19,95-28,22)	
Residentes de 3º año	112	27,72 (23,36-32,09)	118	28,71 (24,34-33,08)	
Residentes de 4º o 5º año	70	17,33 (13,64-21,02)	104	25,30 (21,10-29,51)	
Realizan turnos de guardia	306	75,74 (71,56-79,92)	310	75,43 (71,26-79,59)	0,982
Con alguna patología	16	3,96 (2,06-5,86)	20	4,87 (2,79-6,95)	0,529

Satisfacción laboral

El estudio del resultado global del cuestionario sobre SL ofreció los siguientes estadísticos para el 1º corte: media $2,97 \pm 0,04$, mediana 2,98, máximo 4,64 y mínimo 1,25 y para el 2º corte: media $3,03 \pm 0,02$, mediana 3,02, máximo 4,30 y mínimo 1,82. No se observó diferencias entre las medias de ambos cortes ($-0,07$; $p = 0,091$).

No se verificó relación entre la SL autopercibida entre ambos cortes ($Rho = -0,02$; $p = 0,709$), encontrándose diferencias significativas entre sus medias, a favor del 2º corte ($-0,13$; $p = 0,017$).

La SL global, medida a través del cuestionario, tampoco mostró correlación entre ambos cortes (Rho = 0,09; p = 0,081), sin diferencias entre sus medias (-0,07; p = 0,090); ver figura 1.

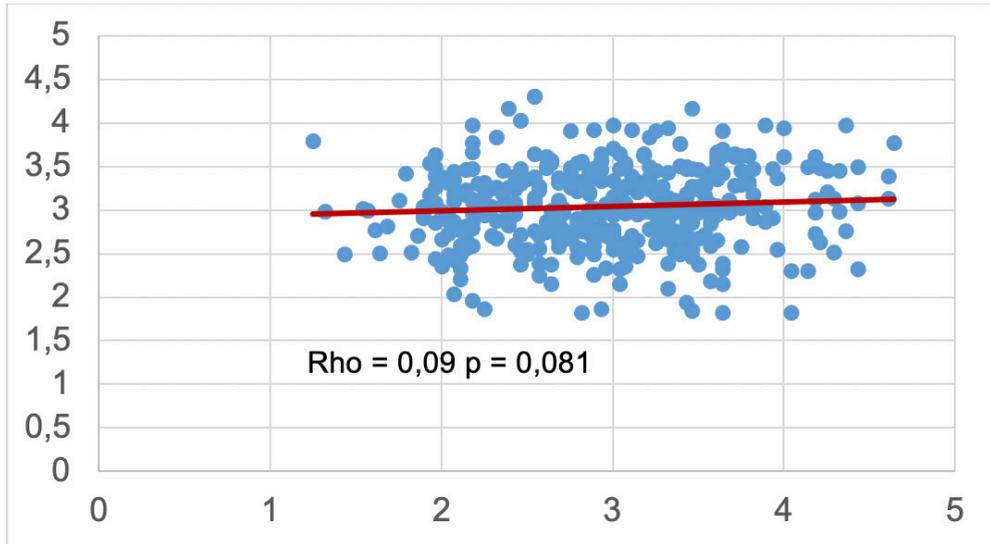


Figura 1. Diagrama de puntos de la relación entre el resultado de la satisfacción laboral global del 1º corte (x) frente al 2º corte (y)

El estudio de los factores que componen el cuestionario informó, para el Factor 1, la no correlación entre el 1º y 2º corte (Rho = 0,01; p = 0,786), sin diferencias entre sus medias (-0,08; p = 0,096). Para el Factor 2 no se probó relación significativa (Rho = 0,02; p = 0,748), pero sí diferencias entre sus medias (-0,13; p = 0,009). Y, para el factor 3 se constató correlación (Rho = 0,13; p = 0,008) y también diferencias entre sus medias (-0,09; p = 0,043).

Los valores de las medias de cada uno de los ítems y las medidas resumen (factores) y global pueden consultarse en la tabla 2. La mayor diferencia de medias (0,39) apareció en el ítem 15 (La respuesta del hospital a las necesidades y peticiones de formación de los trabajadores, es...)

Tabla 2. Valores de las medias resultantes de las respuestas de los/las residentes en relación a la satisfacción laboral (SL)

Ítem	media	media	p-valor
1	3,34 ± 0,06	3,40 ± 0,05	0,380
2	3,72 ± 0,05	3,64 ± 0,05	0,352
3	3,27 ± 0,05	3,29 ± 0,05	0,738
4	3,91 ± 0,05	3,97 ± 0,05	0,327
5	3,73 ± 0,05	3,77 ± 0,05	0,447
6	3,20 ± 0,05	3,36 ± 0,05	0,023*
7	2,69 ± 0,06	2,90 ± 0,05	0,007*
8	3,09 ± 0,06	3,28 ± 0,05	0,010*
9	3,89 ± 0,05	3,80 ± 0,05	0,149
10	3,29 ± 0,05	3,37 ± 0,05	0,224
11	2,91 ± 0,05	3,04 ± 0,05	0,078

Ítem	media	media	p-valor
12	3,09 ± 0,05	3,20 ± 0,05	0,070
13	3,19 ± 0,05	3,21 ± 0,05	0,740
14	3,20 ± 0,05	3,34 ± 0,05	0,048*
15	2,59 ± 0,05	2,98 ± 0,05	< 0,001*
16	2,65 ± 0,05	2,83 ± 0,05	0,013*
17	2,90 ± 0,05	2,94 ± 0,05	0,486
18	2,74 ± 0,05	2,84 ± 0,05	0,147
19	2,30 ± 0,05	2,41 ± 0,06	0,153
20	2,41 ± 0,06	2,43 ± 0,06	0,849
21	2,16 ± 0,05	2,26 ± 0,05	0,161
22	2,42 ± 0,05	2,56 ± 0,04	0,028*
23	2,14 ± 0,05	2,29 ± 0,04	0,019*
24	3,20 ± 0,05	3,19 ± 0,05	0,827
25	2,90 ± 0,04	3,02 ± 0,04	0,040*
26	2,70 ± 0,05	2,86 ± 0,04	0,010*
27	3,11 ± 0,05	3,11 ± 0,05	0,992
28	2,39 ± 0,05	2,59 ± 0,05	0,003*
Factor 1	3,34 ± 0,04	3,42 ± 0,03	0,097
Factor 2	2,61 ± 0,04	2,73 ± 0,03	0,009*
Factor 3	2,86 ± 0,04	2,95 ± 0,03	0,043*
SL autopercibida**	3,33 ± 0,03	3,46 ± 0,04	0,017*
SL global	2,97 ± 0,04	3,03 ± 0,02	0,091

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).

* Existencia de diferencias significativas entre los valores de las medias de ambos cortes.

** Pregunta adicional al cuestionario de SL.

La asociación de los resultados medios de la SL autopercibida por sexo (hombre/mujer) no ofreció significación estadística ni en el 1º corte (0,12; $p = 0,178$), ni en el 2º corte (0,07; $p = 0,379$). Igual situación se encontró al analizar la SL global (puntaje del cuestionario): 1º corte (-0,02; $p = 0,810$) y 2º corte (0,03; $p = 0,535$).

Al relacionar la SL global según la existencia de patología (No/Si) no se evidenció asociación para ninguno de los cortes estudiados: 1º corte (0,15; $p = 0,361$) y 2º corte (0,55; $p = 0,597$).

La comparación de los resultados de SL según la realización, o no, de turnos de urgencia (No/Si) tampoco presentó ninguna asociación estadística: 1º corte (0,72; $p = 0,345$) y 2º corte (-0,01; $p = 0,980$).

El análisis de la SL por grupos de edad (≤ 27 años / ≥ 28 años) mostró, en el 1º corte, relación significativa a favor del grupo más joven (0,22; $p = 0,001$), no así en el 2º corte (0,03; $p = 0,462$).

Al comparar los datos globales de la SL según el año de residencia solo se observaron diferencias, en el 1º corte, entre los/las residentes del 1º año y del resto de ellos ($p < 0,001$ en todos los casos). Para el 2º corte no existieron diferencias significativas a este respecto ($p > 0,05$ en todos los casos).

Calidad de vida

El estudio del resultado global del cuestionario sobre CV ofreció los siguientes estadísticos para el 1º corte: media 3,27 ± 0,03, mediana 3,31, máximo 4,87 y mínimo 1,46 y para el 2º corte: media 3,41 ± 0,02, mediana 3,44, máximo 4,56 y mínimo 2,04, encontrando diferencias significativas entre las medias de ambos cortes (-0,14; $p < 0,001$).

No se obtuvo relación en cuanto a la CV autopercibida (ítem 1) entre ambos cortes (Rho = -0,08; $p = 0,117$), obteniendo diferencias entre sus medias, a favor del 2º corte (-0,22; $p < 0,001$).

La CV global, medida a través del cuestionario, mostró baja correlación entre ambos cortes ($Rho = 0,10$; $p = 0,041$), con diferencias en cuanto a sus medias ($-0,14$; $p < 0,001$); ver figura 2.

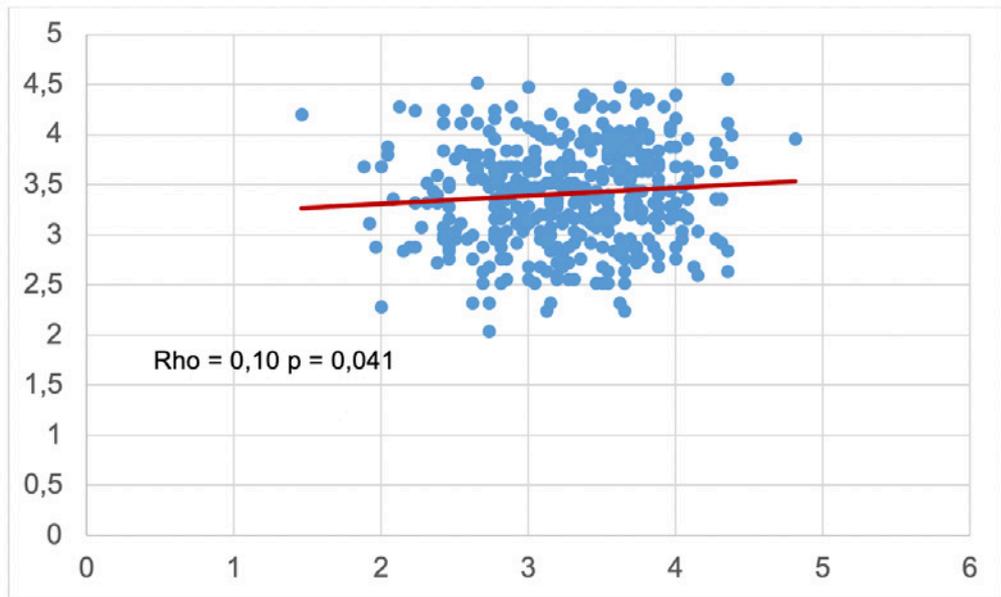


Figura 2. Diagrama de puntos de la relación entre el resultado de la calidad de vida global del 1^{er} corte (x) frente al 2^o corte (y)

El análisis de los diferentes Dominios que integran el cuestionario indicó, para el Dominio 1, la no correlación entre el 1^{er} y el 2^o corte ($Rho = 0,04$; $p = 0,402$), con diferencia de medias, a favor del 2^o corte ($-0,18$; $p < 0,001$). Para el Dominio 2, no hubo correlación significativa entre los cortes ($Rho = 0,08$; $p = 0,124$), con asociación en la diferencia de medias ($-0,08$; $p = 0,048$). En el Dominio 3, tampoco hubo correlación entre el 1^{er} y el 2^o corte ($Rho = 0,06$; $p = 0,208$), aunque si la hubo en la diferencia de medias ($-0,16$; $p = 0,008$). Para el Dominio 4, si se halló baja correlación entre ambos cortes ($Rho = 0,14$; $p = 0,004$) e igualmente se probaron diferencias entre las medias ($-0,16$; $p < 0,001$).

Los valores de las medias de cada uno de los ítems y las medidas resumen (dominios) y global pueden consultarse en la tabla 3.

Tabla 3. Valores de las medias resultantes de las respuestas de los/las residentes en relación a la calidad de vida (CV)

ítem	media	media	p-valor
1	3,38 ± 0,05	3,59 ± 0,05	< 0,001*
2	3,75 ± 0,05	3,78 ± 0,05	0,673
3	1,74 ± 0,05	1,74 ± 0,05	0,973
4	1,50 ± 0,05	1,53 ± 0,05	0,689
5	3,47 ± 0,05	3,69 ± 0,05	< 0,001*
6	3,82 ± 0,05	3,91 ± 0,05	0,203
7	3,25 ± 0,05	3,31 ± 0,05	0,368
8	3,19 ± 0,05	3,47 ± 0,05	< 0,001*
9	3,37 ± 0,05	3,52 ± 0,04	0,026*

Ítem	media	media	p-valor
10	3,27 ± 0,06	3,48 ± 0,05	0,004*
11	3,51 ± 0,06	3,56 ± 0,05	0,513
12	3,67 ± 0,05	3,67 ± 0,05	0,962
13	3,53 ± 0,05	3,63 ± 0,04	0,108
14	2,91 ± 0,05	3,25 ± 0,05	< 0,001
15	3,61 ± 0,06	4,12 ± 0,04	< 0,001*
16	2,87 ± 0,06	2,92 ± 0,06	0,502
17	3,27 ± 0,05	3,50 ± 0,05	0,001*
18	3,39 ± 0,05	3,58 ± 0,05	0,002*
19	3,46 ± 0,05	3,64 ± 0,04	0,004*
20	3,42 ± 0,05	3,55 ± 0,05	0,067
21	3,05 ± 0,06	3,35 ± 0,06	< 0,001
22	3,70 ± 0,05	3,76 ± 0,05	0,371
23	3,91 ± 0,05	3,97 ± 0,04	0,313
24	3,91 ± 0,05	3,97 ± 0,04	0,333
25	3,32 ± 0,06	3,64 ± 0,06	< 0,001*
26	2,84 ± 0,05	2,70 ± 0,04	0,031*
Dominio 1	2,81 ± 0,03	2,98 ± 0,03	< 0,001*
Dominio 2	3,39 ± 0,03	3,47 ± 0,03	0,048*
Dominio 3	3,39 ± 0,05	3,55 ± 0,04	0,008*
Dominio 4	3,48 ± 0,03	3,64 ± 0,03	< 0,001*
Global	3,27 ± 0,03	3,41 ± 0,02	< 0,001*

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).

* Existencia de diferencias significativas entre los valores de las medias de ambos cortes.

La relación de los resultados medios de la CV autopercibida por sexo (hombre/mujer) no ofrecieron significación ni en el 1º corte (0,04; p = 0,709), ni en el 2º corte (0,14; p = 0,112). Lo mismo se obtuvo al analizar la CV global (puntaje del cuestionario): 1º corte (-0,04; p = 0,481) y 2º corte (-0,01; p = 0,975).

No se evidenciaron diferencias significativas al estudiar la CV global según existencia de patología(No/Si) en ninguno de los 2 periodos temporales analizados: 1º corte (0,73; p = 0,605) y 2º corte (0,96; p = 0,399).

La comparación de medias de la CV según la realización de turnos de urgencia (No/Si) demostró que para el 1º corte no existió asociación (-0,03; p = 0,619), pero si hubo diferencias estadísticamente significativas en el caso del 2º corte (-0,11; p = 0,046).

La relación de la CV por grupos de edad (≤ 27 años / ≥ 28 años) fue significativa en el 1º corte, relación significativa a favor del grupo más joven (0,13; p = 0,018), pero no en el caso del 2º corte (0,02; p = 0,6842).

No hubo diferencias entre los datos globales de la CV en relación con el año de residencia en ninguno de los dos cortes (p > 0,05 en todos los casos).

Discusión

El análisis de los datos obtenidos mostró que los residentes españoles percibieron, en ambos cortes, una adecuada SL así como una buena CV, con datos similares a los observados en la época prepandémica^(10,15). Incluso, se pudo constatar la mejoría de algunos factores relacionados con la SL y los dominios de la CV.

El número de participantes se creyó suficiente al presentar datos mayores que otros trabajos previos, como por ejemplo los estudios recopilados por la revisión sistemática de Raji⁽¹⁶⁾.

Si bien, el resultado global de la SL no presentó diferencias significativas entre los dos cortes, si lo hizo tanto en cuanto a la SL autopercebida como a dos de los factores que componen el cuestionario: Factor 2 (Formación, promoción y retribución) y Factor 3 (Organización del trabajo). Estos resultados se sitúan en línea con el estudio “CIGNA COVID-19 Global Impact Study”⁽¹⁷⁾ que, en el caso concreto de España, mostró que la SL percibida de los empleados había mejorado. Además, sorprendentemente, los índices de soledad no se vieron afectados. Este estudio indicaba que, en general, los trabajadores se habían adaptado correctamente a la adversidad. González-Anglada et al.⁽⁷⁾, señalaron que más de la mitad de los residentes españoles percibieron que el aprendizaje obtenido presentaba un balance final positivo, si bien, en ocasiones, se sintieron superados por el cansancio, el impacto emocional, la sobrecarga asistencial, los conflictos éticos y la falta de recursos. Igualmente, las actividades virtuales fueron ampliamente aceptadas, aunque no reemplazaron por completo las necesidades de formación de todos los residentes⁽¹⁸⁾.

Que el ítem 15 (respuesta del hospital a las necesidades y peticiones de formación) fuera el que mayor significación presentara no puede extrañar ya que el diseño de acciones de perfeccionamiento de los residentes es una de las facetas más valoradas por los mismos⁽¹⁵⁾. La recuperación de los rotatorios tras la primera fase de la pandemia, reanudó la formación reglada de los residentes, terminando así con el descontento manifestado por más de la mitad de éstos, ante su percepción de que el trabajo relacionado con la COVID le había aportado poco a nivel de formación al haberse focalizado todo el aprendizaje en una sola patología^(19,20).

En relación al Factor 1 (Relaciones de mando, interpersonales y participación), donde no se observó significación estadística entre los dos periodos analizados, hay que tener presente que las medias de ambos periodos fueron más altas que en los restantes Factores. Quizá, este buen dato sea el motivo de no observar cambio alguno en el valor global. Además, existen estudios que han demostrado la buena relación existente con el tutor, ya que este suele involucrarse en el proceso de formación del residente, promoviendo así el respeto y la confianza hacia la figura del formador^(10,21,22). Igualmente, en una consulta, a través de redes sociales, realizada por vocalía de residentes de la sociedad española de medicina familiar y comunitaria durante la pandemia, se constató la buena valoración de la figura del tutor⁽¹⁹⁾. A la par, la pandemia COVID-19 contribuyó a reforzar la identidad profesional de los residentes⁽²³⁾.

La mejoría de la SL autopercebida, no observada en los resultados de la SL global obtenidos del cuestionario, pudo deberse a la vacunación masiva de los sanitarios españoles, lo que disminuyó el miedo a contraer o transmitir la enfermedad^(24,25) y permitió la reanudación parcial de los contactos sociales. Sin embargo, el trabajo de Magnavita et al.⁽²⁶⁾, no encontró relación entre la vacunación y la mejoría de la salud mental de los médicos residentes. Del mismo modo, la relajación de las normas COVID por la, así llamada, “nueva normalidad”⁽²⁷⁾ intervino positivamente en la mejora de la percepción de la SL. El levantamiento de las restricciones permitió la recuperación de las actividades sociales y de ocio, favoreciendo el adecuado equilibrio entre trabajo y vida personal. Asimismo, recobrar las actividades, dentro del trabajo, ofreció a los residentes la posibilidad de tener tiempo para repasar las notas clínicas, comentar incidencias con los colegas, poder revisar la literatura científica o estudiar⁽²⁸⁾, lo cual pudo influir en la mejoría en la SL autopercebida.

La CV mostró, tanto en sus 4 Dominios, como en el resultado Global, una mejoría significativa en el segundo periodo estudiado. Estos datos, concordarían con los del estudio “CIGNA COVID-19 Global Impact Study”⁽¹⁷⁾ donde se sugería que, a pesar de la pandemia y el confinamiento, la percepción de bienestar se había conservado.

Como es lógico, en el primer periodo de la pandemia, el aumento de las guardias (generalmente en horario nocturno) afectó a la calidad del trabajo y, por ende, a la CV de los residentes⁽²⁹⁾. Asimismo, está comprobado que el trabajo por turnos afecta al estado anímico lo que provoca algún tipo de desafectación en las relaciones profesionales, sociales y familiares⁽³⁰⁾.

Por otro lado, la calidad de vida de los residentes se vio alterada por las situaciones generadas por la pandemia, por cuanto se constataron en ellos niveles medios/altos de ansiedad, depresión, preo-

cupación e insomnio y, en menor medida, estrés⁽²⁵⁾. Pero, la vuelta a la “nueva normalidad” disminuyó la sensación de aislamiento y mejoró, o reactivó, su programa formativo, situación que benefició notablemente su CV⁽⁶⁾. Quedó patente que trabajar como médico residente durante la pandemia de COVID-19 tuvo un efecto negativo en su vida profesional y personal⁽³¹⁾, por lo que el alivio de la disminución de restricciones influyó en la mejora de la CV.

Tras el primer periodo de la pandemia, la vuelta a un menor número de guardias, el cambio a turnos más cortos, la capacidad de brindar atención médica de calidad y la disponibilidad de reanudar su formación dio a los residentes la percepción de una mejora en el bienestar⁽³²⁾. Parece ser, según Smida et al.⁽⁵⁾, que las estrategias que promovieron la resiliencia y los estilos de afrontamiento disminuyeron el deterioro de la salud mental durante la pandemia de los residentes. Igualmente, la disminución de las restricciones junto con la flexibilidad de los programas formativos y la posibilidad de superar las limitaciones de espacio promovieron a una mejor CV⁽³³⁾.

Posibles limitaciones

La principal limitación fue la carencia de estudios, pre-post, que comparasen la SL y/o la CV en dos etapas de la pandemia del COVID-19. Esta situación ha motivado que no pudiese contrastarse adecuadamente los resultados obtenidos, restringiendo también el alcance del análisis. Es importante destacar que descubrir una limitación de este tipo puede servir como una oportunidad para identificar nuevas brechas en la literatura científica y consecuentemente nuevas investigaciones.

Otra dificultad, inherente a estudios con de este tipo de diseño, fue la subjetividad personal a la hora de responder, hecho que pudo redundar en errores de medición, especialmente en el complejo periodo estudiado. Por ello, se tuvo en cuenta que los resultados obtenidos pudieran no constituir evidencia sólida, puesto que la sinceridad de las respuestas quedaba a criterio de los participantes y, como es sabido, los datos auto-informados están limitados por el hecho de que pocas veces pueden ser verificados. Sin embargo, el alto número de residentes participantes permitió obtener una visión amplia de lo ocurrido durante la pandemia en todo el territorio nacional. Dada la cantidad de contestaciones recibidas se consideró que el posible sesgo de información no influyó de manera significativa en los hallazgos encontrados.

Conclusiones

Los residentes manifestaron, en relación a la SL, mejoría en el Factor 2 (Formación, promoción y retribución), en el Factor 3 (Organización del trabajo) y en la autopercepción de su SL. Pero, estos datos no se vieron reflejados en el valor global, medido mediante el cuestionario, en los dos periodos temporales estudiados.

Respecto a la CV se constataron mejores datos en el 2º corte en todos los Dominios (Dominio 1: Salud física; Dominio 2: Salud psicológica; Dominio 3: Relaciones Sociales y Dominio 4: Ambiente): Igualmente, se obtuvieron resultados más favorables en el 2º corte en cuanto a la CV autopercebida y en el resultado global del cuestionario.

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. Prins JT, Gazendam-Donofrio SM, Tubben BJ, van der Heijden FMMA, van de Wiel HBM, Hoekstra-Weebers JEHM. Burnout in medical residents: a review. *Med Educ.* 2007;41(8):788-800. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2007.02797.x

3. Coleman JR, Abdelsattar JM, Glocker RJ, RAS-ACS COVID-19 Task Force. COVID-19 pandemic and the lived experience of surgical residents, fellows, and early-career surgeons in the American college of surgeons. *J Am Coll Surg*. 2021;232(2):119-35. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2020.09.026
4. Kogan M, Klein SE, Hannon CP, Nolte MT. Orthopaedic education during the COVID-19 pandemic. *J Am Acad Orthop Surg*. 2020;28(11):e456-64. DOI: 10.5435/JAAOS-D-20-00292
5. Smida M, Khodoruth MAS, Al-Nuaimi SK, Al-Salihy Z, Ghaffar A, Khodoruth WNC-K, et al. Coping strategies, optimism, and resilience factors associated with mental health outcomes among medical residents exposed to coronavirus disease 2019 in Qatar. *Brain Behav*. 2021;11(8):e2320. DOI: 10.1002/brb3.2320
6. Chang D-G, Park J-B, Baek GH, Kim HJ, Bosco A, Hey HWD, et al. The impact of COVID-19 pandemic on orthopaedic resident education: a nationwide survey study in South Korea. *Int Orthop*. 2020;44(11):2203-10. DOI: 10.1007/s00264-020-04714-7
7. González-Anglada MI, Garmendia-Fernández C, Sanmartín-Fenollera P, Martín-Fernández J, García-Pérez F, Huelmos-Rodrigo AI. Impacto de la pandemia COVID-19 en la formación sanitaria especializada en un centro docente. *J Healthc Qual Res*. 2022;37(1):12-9. DOI: 10.1016/j.jhqr.2021.07.006
8. Shah ASV, Wood R, Gribben C, Caldwell D, Bishop J, Weir A, et al. Risk of hospital admission with coronavirus disease 2019 in healthcare workers and their households: nationwide linkage cohort study. *BMJ*. 2020;371:m3582. DOI: 10.1136/bmj.m3582
9. Abdessater M, Rouprêt M, Misrai V, Matillon X, Gondran-Tellier B, Fretón L, et al. COVID19 pandemic impacts on anxiety of French urologist in training: Outcomes from a national survey. *Progres Urol*. 2020;30(8-9):448-55. DOI: 10.1016/j.purol.2020.04.015
10. Muñoz-Cobo Orosa B, Pérez García M, Rodríguez Ledott M, Varela Serrano C, Sanz Valero J. Satisfacción laboral y calidad de vida de los médicos residentes españoles durante la pandemia por la COVID-19. *Med Segur Trab*. 2022;67(264):169-90. DOI: 10.4321/s0465-546x2021000300004
11. Aranaz Andrés JM. Cuestionario Font Roja: Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hosp*. 1988;(52):63-8.
12. Nogués Sánchez L. Evaluación de la satisfacción laboral en un servicio de recursos humanos de un hospital público [memoria trabajo de fin de máster]. Palma, España: Universitat de les Illes Balears; 2016.
13. 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
14. WHOQOL Group. WHOQOL: Measuring Quality of Life [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2021 [citado 2 de junio de 2022]. Recuperado: <https://www.who.int/toolkits/whoqol>
15. 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.
16. 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
17. CIGNA. COVID-19 Global Impact Study [Internet]. Connecticut, USA: CIGNA; 2020 [citado 20 de julio de 2022]. Recuperado: <https://bit.ly/3blBSXn>
18. Sánchez-Gómez S, Maza-Solano JM, López Flórez L, Parente Arias P, Lobo Duro D, Palacios-García JM. Impacto de la pandemia COVID-19 en la formación de los residentes de otorrinolaringología. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2022;73(4):235-45. DOI: 10.1016/j.otorri.2021.09.001
19. 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 Clínica Med Fam*. 2021;14(1):43-6.

- 20.** 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
- 21.** 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
- 22.** 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
- 23.** González-Anglada MI, Huelmos-Rodrigo AI, García-Pérez F, Martín-Fernández J, Sanmartín-Fenollera P, Garmendia-Fernández C, et al. Percepción de los residentes sobre el impacto de la pandemia COVID 19 en la formación en profesionalismo. *Ars Medica*. 2021;46(3):40-6. DOI: 10.11565/arsmed.v46i3.1807
- 24.** Kovach JG, Combs CJ, Singh H, Dubin WR. Psychiatry Resident Quality of Life. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. 2016;40(1):76-80. DOI: 10.1007/s40596-015-0387-9
- 25.** García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, et al. Impact of SARS-CoV-2 (Covid-19) on the mental health of healthcare professionals: a systematic review. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94.
- 26.** Magnavita N, Soave PM, Antonelli M. A One-Year Prospective Study of Work-Related Mental Health in the Intensivists of a COVID-19 Hub Hospital. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(18):9888. DOI: 10.3390/ijerph18189888
- 27.** Mateos R, Fernández M, Franco M, Sánchez M. COVID-19 in Spain. Coming back to the «new normality» after 2 months of confinement. *Int Psychogeriatr*. 2020;32(10):1169-72. DOI: 10.1017/S1041610220001155
- 28.** Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Med Clin (Barc)*. 2021;157(3):130-40. DOI: 10.1016/j.medcli.2021.04.003
- 29.** 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
- 30.** 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
- 31.** Barac A, Krnjaic P, Vujnovic N, Matas N, Runjic E, Rogoznica M, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on resident physicians: A cross-sectional study. *Work Read Mass*. 2021;69(3):751-8. DOI: 10.3233/WOR-205253
- 32.** Damari E, Fargel A, Berger I, Ron R, Yeshayahu Y. Pediatric Residents' Perception of Medical Education, General Wellness and Patient Care Following the Shortening of Shifts during the COVID-19 Pandemic. *Isr Med Assoc J IMAJ*. 2021;23(4):214-8.
- 33.** Chen SZ, Kapral N, Dueck N, Gaskin CM, Bueno J, Hanley M. TeleResidents: Exploring the use of Resident Home Workstations During the COVID Pandemic. *Acad Radiol*. 2022;29(3):450-5. DOI: 10.1016/j.acra.2021.11.001

Anexo 1

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
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

Cuestionario sobre satisfacción laboral						
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:						
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

Cuestionario sobre satisfacción laboral						
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?						
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

Cuestionario sobre calidad de vida						
¿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
¿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

Cuestionario sobre calidad de vida						
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?						