

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**UNIDAD DE POSTGRADO**

**Estudio de la motivación laboral y el conocimiento de la  
necesidad predominante según la teoría de las  
necesidades de McClelland, en los médicos del Hospital  
Nacional Arzobispo Loayza**

**TESIS**

Para optar el grado académico de Magíster de Gerencia en Servicios de Salud

**AUTORA**

America Lucia Chang Yui

**ASESOR**

Hernán Vildózola González

**Lima – Perú**

**2010**

**ESTUDIO DE LA MOTIVACION LABORAL Y EL  
CONOCIMIENTO DE LA NECESIDAD PREDOMINANTE  
SEGÚN LA TEORIA DE LAS NECESIDADES DE  
MCCLELLAND, EN LOS MEDICOS DEL HOSPITAL  
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA**

**INDICE**

Resumen.....	pág. 3
Abstract.....	pág. 4
Introducción.....	pág. 5
Marco Teórico.....	pág. 6
Material y métodos.....	pág. 14
Resultados.....	pág. 26
Análisis e Interpretación.....	pág. 43
Conclusiones.....	pág. 47
Recomendaciones.....	pág. 48
Anexos.....	pág. 49
Bibliografía.....	pág. 59

## **RESUMEN**

El presente estudio tiene por objeto conocer el grado de motivación laboral y las necesidades predominantes según la Teoría de las Necesidades de David McClelland, en los médicos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL).

Para tal fin, se realizó un estudio cualitativo de tipo prospectivo, descriptivo, observacional y transversal; bajo el método de selección no probabilístico de voluntarios. La muestra estuvo integrada por 63 médicos, pertenecientes a los siguientes grupos: Anestesiología, Cirugía general, Medicina Interna, Cirugía especialidades, Medicina Especialidades, Ginecoobstetricia y Pediatría.

El instrumento empleado fue una encuesta basada en la Teoría de las Necesidades según McClelland, que consta de 15 preguntas formuladas con la técnica de Likert, y validada por Steers y Braunstein en 1976. La encuesta permitió clasificar el grado de motivación laboral en alto, medio, o bajo; y determinar si la necesidad predominante es de logro, poder o afiliación.

Los resultados obtenidos evidenciaron que la motivación laboral fue alta en el 95.2%, media en el 4.8% y ninguno de los encuestados mostró un bajo grado de motivación laboral. Las variables que se relacionaron directamente con el grado de motivación laboral fueron: Edad y tiempo de servicio. La condición laboral de “contratado por locación de servicio”, demostró intervenir de manera inversa a las variables antes mencionadas. No aportaron significancia estadística a la motivación laboral, el estado civil ni el grupo de especialidad.

El tipo de necesidad predominante encontrado entre los participantes estuvo distribuido de la siguiente manera: Logro 75%, afiliación 14% y poder 11%. La necesidad de afiliación mostró puntajes mínimos más altos entre los que llevan más de 30 años en la institución y en los que tienen más de 60 años de edad. La necesidad de poder reveló mínimos más altos entre los que tienen de 5 a 10 años laborando en el hospital y en el grupo con menos de 30 años de edad; los mínimos más bajos en la necesidad de poder, fueron encontrados en aquellos que tienen más de 30 años en la institución. No existieron diferencias significativas entre los grupos de especialidades.

En conclusión, el grado de motivación laboral en la mayoría de los médicos participantes fue alto. La edad y el tiempo de servicio en la institución son variables que influyen directa y positivamente en el grado de motivación laboral. En los médicos contratados por locación de servicios, con menor tiempo y menor edad, la motivación laboral es menor. El tipo de necesidad predominante entre los participantes fue muy heterogénea, existiendo una amplia mayoría con necesidad de logro (75%), seguida por las necesidades de afiliación (14%) y poder (11%).

**Palabras claves:** Motivación laboral. Necesidades predominantes. Logro. Poder. Afiliación.

## **ABSTRACT**

The present study has for object know the degree of labor motivation and the predominant needs according to the Theory of David McClelland's Needs, in the doctors of the National Hospital Archbishop Loayza (HNAL).

For such purpose, there was realized a qualitative study of market, descriptive type, observacional and transversely; under the method of selection not probabilístico of volunteers. The sample was integrated by 63 doctors, belonging to the following groups: Anestesiología, General Surgery, General Medicine, Specialities Surgery, Specialities Medicine, Ginecoobstetricia and Pediatrics.

The used instrument was a survey based on the Theory of the Needs according to McClelland, which consists of 15 questions formulated with Likert's technology, and validated by Steers and Braunstein in 1976. The survey allowed to classify the degree of labor motivation under high place, way, or down; and to determine if the predominant need is of achievement, power or affiliation.

The obtained results demonstrated that the labor motivation was high in 95.2 %, average in 4.8 % and none of the polled ones showed a low degree of labor motivation. The variables that related directly to the degree of labor motivation were: Age and time of service. The labor condition of "contracted by lease of service", demonstrated to intervene in an inverse way to the variables before mentioned. They contributed significancia statistics neither to the labor motivation, the marital status nor the group of speciality.

The type of predominant need found between the participants was distributed of the following way: I achieve 75 %, affiliation 14 % and to be able 11 %. The need of affiliation showed puntajes higher minimums between those who go more than 30 years in the institution and in those who have more than 60 years of age. The need of power revealed higher minimums between those who are from 5 to 10 years old working in the hospital and in the group with less than 30 years of age; the lowest minimums in the need to be able, were thought in those that they have more than 30 years in the institution. There did not exist significant differences between the groups of specialities.

In conclusion, the degree of labor motivation in the majority of the medical participants was high. The age and the time of service in the institution they are variable that influence directly and positively in the degree of labor motivation. In the doctors contracted by lease of services, with minor time and minor age, the labor motivation is minor. The type of predominant need between the participants was very heterogeous, existing a wide majority with need of achievement (75 %), followed by the needs of affiliation (14 %) and to be able (11 %).

Key words: Labor Motivation. Predominant needs. I manage. To be able. Affiliation.

## INTRODUCCION

Conocer la motivación laboral es sumamente importante y resulta de gran utilidad para mejorar el desempeño laboral y alcanzar las metas trazadas. Sin embargo, esta información carecería de su real valor si no determinamos el tipo de necesidad predominante, dado que la satisfacción de ésta será el impulso de mayor influencia sobre la motivación.

Muchos planteamientos han sido propuestos para tal fin y nadie duda en afirmar que la Teoría de las Necesidades según McClelland, resulta ser la más apropiada hasta la actualidad (1).

McClelland propone la existencia de 3 necesidades: Logro, Poder y Afiliación; y dependiendo de cuál predomine en cada individuo, el ser humano se planteará metas y caminos diferentes para buscar su satisfacción (1,2).

La necesidad de logro está básicamente orientada al “impulso por sobresalir y a la lucha por tener éxito”. La necesidad de poder está referida al “conseguir que otros se comporten de determinada manera, diferente a como hubieran actuado de manera natural”. Finalmente, la necesidad de afiliación pone énfasis al “deseo de relacionarse con otras personas” (1,2).

Dichas necesidades determinan tipos de comportamiento, objetivos y relaciones diferentes, no sólo en el ámbito personal, sino también en el desempeño grupal y laboral.

A diferencia de lo que se pensaba hace algún tiempo, hoy estamos convencidos que el trabajo de los médicos no está exento de la motivación por satisfacer algunas necesidades. La aplicación de la gerencia al sector salud ha permitido demostrar que los médicos, como cualquier trabajador, son también impulsados por el deseo de satisfacer necesidades de logro, poder o afiliación, muchas veces, inconscientemente. Sin embargo, dado que los hospitales son centros laborales de muchos médicos, es imprescindible que entre ellos exista una distribución más o menos equitativa de los tres tipos de necesidades, debido a que son parte de un “todo interdependiente” y si interactúan complementándose permitirán armonía, equilibrio y satisfacción laboral. (3, 4, 5)

Estudiar la motivación laboral y el tipo de necesidad predominante en los médicos resulta sumamente importante y necesario para desarrollar una buena gestión de recursos humanos y para alcanzar los objetivos institucionales eficientemente.

Toda información que contribuya a satisfacer las necesidades laborales dentro de una institución, mejorará la calidad y originará satisfacción laboral; optimizando el desempeño e influyendo positivamente en el servicio brindado, en la satisfacción de los usuarios externos e internos y en la optimización de las relaciones interpersonales.

Conscientes de lo anterior, el presente estudio tiene por objetivo conocer el grado de motivación laboral y el tipo de necesidad predominante entre los médicos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL).

## MARCO TEORICO

Diariamente observamos cómo algunas personas, motivadas por las labores que realizan, actúan positivamente frente al trabajo incluso en situaciones adversas, mientras otras permanecen siempre negativas e insatisfechas con las actividades que desarrollan. Surge entonces la necesidad de definir qué es la motivación y reconocer la importancia que tiene en el desempeño laboral.

**Motivación es “la pasión por lograr algo”** (1) y está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo (2,3,4).

La doctora Laura Olivero, psicóloga clínica que estudió la motivación laboral en Buenos Aires - Argentina, considera que la “Motivación es la combinación entre los deseos y energías de la persona para alcanzar una meta” (6).

Señala que “las personas pueden ser motivadas por creencias, valores, intereses, miedos, entre otras causas o fuerzas; y que algunas de estas fuerzas pueden ser internas, como: las necesidades, los intereses y las creencias; o externas como: el peligro y el medio ambiente. Por lo tanto, **la motivación de una persona depende de: 1.- La fuerza de la necesidad, y 2.- La percepción que se tiene de una acción para ayudar a satisfacer cierta necesidad**”. (6)

René Mc Graw, en una publicación realizada en 1996, señala que “Motivo es la causa o razón de ser que mueve para realizar cualquier cosa, y que todo comportamiento humano está en menor o mayor grado motivado; por lo que la forma de saber si una persona está más motivada que otra, es mirando su comportamiento. Es decir, cuanto más motivado está, más esfuerzo realiza” (7).

La motivación también es considerada como el impulso que conduce a una persona a elegir y realizar una acción entre aquellas alternativas que se presentan en una determinada situación; y provee eficacia al esfuerzo colectivo orientado a conseguir los objetivos de la empresa (1,8).

La motivación es a la vez objetivo y acción. Sentirse motivado significa identificarse con el fin y por el contrario, sentirse desmotivado representa la pérdida de interés y de significado del objetivo o, lo que es lo mismo, la imposibilidad de conseguirlo (9).

**La motivación entonces, es resultado de la interacción del individuo con la realidad. De manera que al analizar el concepto de motivación, se debe considerar que su nivel varía, tanto entre individuos como dentro de los mismos individuos en momentos diferentes.**

En el estudio de la motivación se han identificado cuatro fases (10):

1.- **Estado carencial:** Falta de equilibrio debido a una carencia real o provocada desde fuera.

2.- **Tensión vital:** Apetencia o necesidad de satisfacer un deseo, llenando esa carencia.

3.- **Acción:** Actuación por la que logramos hacer realidad nuestro deseo; y,

4.- **Satisfacción:** Recuperación del primitivo equilibrio homeostático y vuelta al reposo inicial.

En el año 2002, Jorge Moreno (11), publicó lo que consideró las cuatro “Leyes de la Motivación”:

- **Ley de la avalancha o "bola de nieve":** Nuestra motivación crece progresivamente a medida que vemos aproximarnos a la meta deseada.

- **Ley de la necesidad dominante:** Cuando tenemos un conflicto entre varias motivaciones, excluyentes entre sí, optamos por la más apremiante.

- **Ley de la precocidad:** Las motivaciones nos impulsan a la acción más intensamente cuanto más precozmente aparecen en nuestro desarrollo individual.

- **Ley de la frustración reforzadora:** Cuando algo nos impide momentáneamente realizar nuestros deseos, se redobla nuestro interés por conseguirlo.

Un proceso motivacional entonces, puede ser analizado de dos formas: **Por deficiencia inicial o, Por la satisfacción futura** (12). A partir de estos dos enfoques surgen una serie de teorías de la motivación (12, 13, 14), que se pueden englobar en dos grandes grupos: **Teorías de proceso y Teorías de contenido.**

**Las Teorías de Proceso** definen cuáles son los elementos que motivan al trabajador, es decir: ¿Cómo se motiva al trabajador?, son teorías que proponen soluciones (3, 4, 10).

**Las Teorías de Contenido** contestan a la pregunta: ¿Qué motiva al trabajador?, buscando las causas de las motivaciones (3, 4, 10).

Basados en lo anterior, las Teorías que estudian la motivación se pueden clasificar en (4, 10, 11):

1.- **Teorías de Contenido Motivacional:**

- Maslow: Fisiológica, Seguridad, Sociales, Estima y Autorrealización
- Alderfer: Crecimiento, Relaciones y Existenciales
- Herzberg: Higiénicos y Motivacionales
- McClelland: Logro, Afiliación y Poder

2.- **Teorías del Proceso Motivacional:**

- Vroom: Expectativas
- Festinger: Equidad.

Una de las teorías más interesantes y la más empleada para el estudio de la motivación laboral, es la Teoría de la Motivación al Logro, expuesta por David C. McClelland, John Atkinson, Clark y Lowell, en 1953 (2, 4, 10, 11, 15).

Según McClelland, las necesidades se aprenden en la niñez, es decir, dependiendo de lo que se vive en la niñez, en la edad adulta se proyectarán unas necesidades más que otras; afirmando que la mayoría de las personas poseen “tipos de motivos” en su mente, pero con distinta intensidad (2, 15).

Para formular su Teoría de Necesidades, David McClelland investigó a gerentes y ejecutivos de países desarrollados y en vías de desarrollo, utilizando técnicas proyectivas, trabajó sobre la medición y definición de los motivos humanos (2, 15).

Su estudio parte no de las acciones exteriores, sino de la forma en que piensa una persona. Utilizó el test de percepción temática, para captar muestras de pensamiento que posteriormente se estudiaron y se agruparon según los intereses o temas manifestados en los relatos de quienes resolvieron el test mencionado (2, 4, 10, 11, 15).

El resultado de esta prueba mostró que las respuestas sobre los motivos humanos se podían clasificar en tres categorías: la necesidad de afiliación, la necesidad de poder y la necesidad de logro, tal como se expone a continuación: (2, 4, 10, 11, 15).

**1.- Necesidad de logro o realización: Impulso de sobresalir, deseo de luchar por alcanzar el éxito.** Las personas con predominio de necesidad de logro buscan tareas retadoras (ni muy fáciles, ni excesivamente complejas). No gustan de los juegos de azar y prefieren tenerlo todo controlado. En grupo, “intentaran elegir a expertos, para asegurarse el triunfo”. Generalmente son personas optimistas, que confían en sus posibilidades.

La persona con necesidad de logro elevado desea asumir la responsabilidad personal de su éxito o fracaso. Le gusta correr riesgos moderados y muestra preferencia por las situaciones que le proporcionan retroalimentación inmediata sobre su actividad. Esta necesidad le impide involucrarse en situaciones abiertas o exploratorias. Su sentido de responsabilidad le impide delegar autoridad, a menos que observe valores que le permitan considerar el desarrollo de una organización como una meta legítima.

McClelland aplica esta necesidad a personas que en su infancia sintieron el placer de realizar actividades de manera satisfactoria (9).

El autor, investigó ampliamente sobre todo la necesidad de logro, sustentando que las personas que tienen éxito desarrollan una fuerza que los impulsa a sobresalir, a realizar bien las propias tareas y llegar a ser el mejor en todo lo que hacen, estimulados no por el interés en las recompensas, sino por la satisfacción de logro y realización (1, 4, 9, 15).

Los empleados con una alta necesidad de logro, obtienen satisfacciones derivadas de la búsqueda de metas; tener éxito en una tarea es importante para el altamente realizador (1, 4, 9, 15).

Aunque la gente con una alta necesidad de logro son muchas veces ricos, su riqueza viene de su habilidad para lograr metas, ya que en la mayoría de las sociedades, la consecución de metas repercute en recompensas financieras. Los altamente realizadores, no están invadidos por dinero per sé, más bien, prefieren la inmediata retroalimentación a su desempeño (1, 4, 9, 15).

Según los resultados de sus investigaciones, a los ejecutivos eficientes les gustan las condiciones laborales en las cuales puedan asumir gran responsabilidad, correr riesgos calculados y fijarse metas de mediana dificultad. Los ejecutivos eficientes poseen una necesidad de logro mucho mayor que los ineficientes, ya que estos últimos muchas veces desarrollan más fuerte su necesidad de afiliación que la necesidad de logro; por ello les interesa más socializar que realizar bien sus tareas (3, 4, 5, 9, 15).

De acuerdo a la teoría de McClelland, los altos realizadores se sentirán más motivados en puestos donde predominan las siguientes características laborales: Responsabilidad, oportunidad de recibir retroalimentación sobre su desempeño y riesgos moderados. La evidencia muestra que los altos realizadores tienen éxito en actividades empresariales (2, 4, 10, 11, 15).

Sin embargo, una gran necesidad de logro o realización no garantiza ser un buen administrador dentro de una gran empresa, porque la persona puede estar más interesada en lucirse a través de realizaciones personales que en influir en otros para que se desempeñen bien en sus puestos. Por eso, muchas veces, contrario a lo que se podría imaginar, observamos que ascender a un ejecutivo exitoso porque tiene una alta necesidad de logro, puede resultar en un “no buen gerente”; de la misma manera que un eficiente administrador general o gerente de una organización, no precisamente suele tener una gran necesidad de logro (15,16).

**2.- Necesidad de poder: Conseguir que otros se comporten de determinada manera, diferente a como hubieran actuado de manera natural.** Es el deseo que tienen las personas para controlar los medios que les permiten dirigir, influir y dominar a otras personas. (2, 4, 10, 11, 15).

Para McClelland, es la necesidad más desacreditada y la asocia a personas autoritarias. Señala que quienes tienen alta necesidad de poder son personas que en la infancia se sentían débiles, indefensos e inseguros; o aquellas personas que ostentan cargos que consideran de bajo nivel y tienen un sentimiento de inferioridad respecto a sus superiores (2, 4).

“La mayoría de gerentes presentan una necesidad elevada de poder. Sin embargo, su eficacia como creador del clima en una organización responde no exclusivamente a su necesidad de poder, sino a otra serie de valores que se encuentran en el trabajo” (2).

Según McClelland, en el ambiente laboral, los empleados que presentan la necesidad de poder, buscan satisfacciones que deriven de la habilidad de controlar a otros. Los logros

actuales o metas, son menos importantes de lo que en verdad significan. La satisfacción deriva de llegar a una posición de influencia o control (2, 4, 10, 11, 15).

Organizaciones tales como las militares y gubernamentales que incitan al poder, ejercen una fuerte atracción para la gente que tiene una alta necesidad de poder (2, 10, 15).

**3.- Necesidad de afiliación: Deseo de relacionarse con otras personas**, es una necesidad de tipo social. Para McClelland, es la necesidad más importante (2, 4, 10, 11, 15).

Las personas con predominio de sus necesidades de afiliación, se caracterizan por mostrar gran preocupación por el reconocimiento ajeno y por preferir el trabajo en grupo. Es más probable que se sitúen en trabajos de supervisión, en el cual mantener las relaciones es más importante que tomar decisiones (2, 4).

El interés por la afiliación se considera importante para el entendimiento de las necesidades de los demás y para crear un clima laboral favorable (2, 4, 10).

Los empleados con alta necesidad de afiliación buscan satisfacciones que deriven de actividades sociales e interpersonales. Ellos tienen una necesidad de “fuertes lazos interpersonales”, de “sentirse cerca” (psicológicamente hablando) de la gente. Si tuvieran que decidir si trabajar en una tarea con aquellos que son teóricamente competentes o de trabajar con su círculo de amigos, los empleados con una alta necesidad de afiliación preferirían trabajar con los amigos (2, 4).

Las necesidades de afiliación y de poder tienden a estar relacionadas estrechamente con el éxito administrativo. Los mejores administradores son aquellos con grandes necesidades de poder y bajas necesidades de afiliación. Incluso se puede afirmar que se requiere una alta motivación por el poder, como requisito para la eficacia administrativa (2, 4, 15).

Después de conocer los tipos de necesidades planteadas por McClelland, debemos señalar que su teoría cuenta con tres críticas importantes (1, 2, 16):

- La primera se refiere al procedimiento utilizado para el desarrollo de su teoría: La mayoría de conclusiones fueron realizadas por el mismo grupo de investigadores, lo que podría sesgar la información proporcionada.
- Segundo, lo relacionado a que si los motivos pueden o no ser enseñados a los adultos: McClelland refiere que existe una fuerte evidencia de políticos y religiosos que indican que la conducta de los adultos puede ser drásticamente alterada en relativo poco tiempo; y
- Tercero, aquellos que cuestionan la permanencia de las necesidades: McClelland sostiene que las necesidades pueden ser socialmente cambiadas mediante educación o capacitación.

Pese a las críticas existentes, sus detractores coinciden en afirmar que la teoría de McClelland continúa siendo hasta la actualidad, la mejor manera de enfocar y estudiar la motivación laboral (1, 2, 16).

Como se mencionó anteriormente, el desempeño laboral de los médicos no es ajeno a la teoría motivacional planteada por McClelland.

Recordemos que desde hace algún tiempo, el ejercicio profesional de la medicina es visto como una empresa con ciertas peculiaridades, originando el concepto de “gerencia de servicios de salud”.

Como todas las empresas, el sector salud, comparte el empeño permanente por producir más y mejor en un mundo competitivo y globalizado como el actual.

Para lograr sus objetivos, los gerentes de salud, recurren a múltiples procesos, tales como: Capacitación, remuneraciones, condiciones de trabajo, motivación, clima organizacional, relaciones humanas, políticas de contratación, seguridad, liderazgo, sistemas de recompensa, etc.

En dicho contexto, la motivación del personal se constituye en el medio más importante para apuntalar el desarrollo personal de los trabajadores y el logro de las metas institucionales trazadas (3, 9, 10, 17).

Por ello, las instituciones públicas modernas utilizan mecanismos de motivación y realización del personal, con la finalidad de alinear los objetivos y necesidades individuales con los objetivos del sector, haciendo que el trabajo sea una fuente de realización tanto personal como colectiva.

Muchos médicos están hartos de sacrificar “su tiempo” y adaptarse continuamente a las obligaciones laborales cada vez más exigentes.

En la actualidad, el trabajo no sólo representa una recompensa financiera, sino liberación y autorrealización.

El trabajo constituye una forma de alcanzar objetivos e ideales, de conocer a otras personas y hacer amistades, de divertirse y sentirse feliz.

La idea de trabajar mucho para poder disfrutar de una jubilación tranquila como se pensaba hace algunos años, ha perdido importancia a causa de la nueva forma de pensar y afortunadamente “ya no se desea disfrutar de la vida después de la jubilación, sino durante el trabajo”. (15, 17, 18)

La satisfacción y la motivación que los médicos encuentran en su trabajo son también la interacción de situaciones personales; de vínculos familiares, sociales e institucionales, que deben coincidir en un punto intermedio, para funcionar adecuadamente.

Motivar al personal que brinda atención de salud es fundamentalmente una responsabilidad de los gestores (gerentes y directores médicos); y consiste en estimular a hacer las cosas bien e idealmente a hacerlas mejor, generando las condiciones previas que predispongan a conseguir los resultados deseados (3, 9, 10, 17).

El Síndrome de Burnout también conocido como estrés laboral, nos recuerda la facilidad con que los médicos podemos ser víctimas de problemas psicosomáticos originados por la insatisfacción y el estrés laboral (18, 19, 20).

Lamentablemente muchos de quienes lo padecen tienen dificultades para reconocerlo, continúan ejerciendo y consideran que el problema radica en el entorno y en las condiciones en que nos desenvolvemos, sin lograr percibir que el problema se inicia en el médico insatisfecho, frustrado y desmotivado.

Como es de esperarse, lo anterior repercute en el desempeño laboral y en las relaciones interpersonales que afectan no sólo a familiares y compañeros de trabajo, sino también a los usuarios del servicio que ofrecemos, llegando incluso a desarrollar incapacidad para el ejercicio profesional. (18, 19, 20).

La motivación laboral influye entonces en el desempeño laboral, tal como se demuestran en estudios realizados en Cuba, España y México (21, 22, 23); quienes coinciden en señalar que el factor que más afecta el desenvolvimiento laboral de los médicos es la motivación.

En el Perú no se han realizado estudios de motivación laboral en médicos, pero se ha observado que el clima organizacional está influido por la complejidad propia de los procesos de atención de salud, así como por las insatisfactorias condiciones de trabajo (24, 25, 26); lo cual afecta la motivación, el compromiso y la identificación del trabajador con su institución.

En el 2003, el Hospital Nacional Arzobispo Loayza coordinó con la Sociedad Peruana de Gerencia, SOPEGESSA, la realización de la investigación titulada “Estudio Diagnóstico de la Cultura Organizacional en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza” (27).

Si bien dicho estudio no pretendía conocer la motivación laboral, señaló en una de sus conclusiones, que “el componente de valores, las creencias y normas, que representan la actitud del comportamiento del personal dentro del hospital, como área de oportunidad es media y refleja la conducta del personal que afecta de manera directa al logro de los objetivos institucionales y dificulta la consolidación de una cultura fuerte y con identidad institucional” (27).

Quienes trabajamos en hospitales, observamos frecuentemente y con gran preocupación, cómo la motivación laboral es cada vez menor y va arrastrando a un mayor número de personas; lo cual origina un clima laboral negativo, lleno de indiferencia, pesimismo y rechazo de cualquier innovación incluso con posibilidades de éxito comprobadas; afectando así el desempeño laboral, el compromiso institucional, la cohesión entre los compañeros de trabajo, el entusiasmo profesional y la mejor adaptación a las nuevas exigencias de un mundo globalizado sujeto cada vez a mayores demandas.

Todo lo anterior, impulsó la realización de la presente investigación; entendiendo la importancia de estudiar la motivación laboral y de conocer el tipo de necesidad predominante en los médicos de mi institución; para ser utilizado como un instrumento de gestión que permita fortalecer los recursos humanos, contribuyendo a mejorar no sólo la satisfacción individual, sino también la de la comunidad institucional e indirectamente la de los usuarios.

La información obtenida con el presente estudio, constituye un instrumento que también podrá utilizarse para mejorar el desempeño laboral y favorecer mayor eficiencia en el cumplimiento de las metas institucionales.

## **MATERIAL Y METODOS**

Planteado como problema de la presente investigación: ¿Cuál es el grado de motivación laboral y qué tipo de necesidad predominante según McClelland existe en los médicos del HNAL?, fueron formulados los siguientes objetivos:

### **Objetivo Principal:**

Establecer el grado de motivación laboral e identificar el tipo de necesidad predominante según McClelland, en los médicos que trabajan en el HNAL.

### **Objetivos Específicos:**

- Determinar el grado de motivación laboral en los médicos del HNAL.
- Identificar el tipo de necesidad predominante según McClelland en los médicos del HNAL.
- Establecer las variables que influyen sobre el grado de motivación laboral en los médicos que laboran en el HNAL.

Para tal fin, se diseñó la presente investigación de la manera que se menciona a continuación:

### **1.- Diseño metodológico y Población:**

El estudio realizado corresponde a una investigación cualitativa, de tipo prospectivo, descriptivo, observacional y transversal (28).

Para su realización se decidió utilizar la “Escala de Motivación de Steers R., y Braunstein D”(29) (Ver Anexo No. 1), de la cual me ocuparé en el número 2 de esta sección; la misma que fue aplicada por 8 encuestadores previamente capacitados (Ver Anexo No. 2).

El HNAL cuenta con un total de 351 médicos, de los cuales 109 están contratados bajo la modalidad de locación de servicios (o servicios no personales) y 242 son nombrados. Todos ellos se encuentran distribuidos en los 32 servicios médicos finales que en la actualidad existen en el hospital.

La tabla número 1, permite conocer la distribución de los médicos por servicios, tomando en consideración su condición laboral.

***Tabla No 1: Distribución de médicos del HNAL según servicios y condición laboral***

<b>Servicios y/o Especialidades</b>	<b>No. de médicos nombrados</b>	<b>No. de médicos contratados</b>	<b>Total</b>
1. Anestesiología	14 (58%)	10 (42%)	24
2. Angiología	02 (66.6%)	01 (33.4%)	03
3. Cabeza y cuello	04 (100%)	00	04
4. Cardiología	08 (53%)	07 (47%)	15
5. Cirugía general	25 (83%)	05 (17%)	30
6. Cirugía cardiovascular	00	01 (100%)	01
7. Cuidados intensivos	07 (70%)	03 (30%)	10
8. Dermatología	03 (60%)	02 (40%)	05
9. Endocrinología	04 (57%)	03 (43%)	07
10. Epidemiología	02 (100%)	00	02
11. Gastroenterología	10 (77%)	03 (23%)	13
12. Geriatria	01 (50%)	01 (50%)	02
13. Hematología	01 (50%)	01 (50%)	02
14. Ginecoobstetricia	28 (66%)	14 (34%)	42
15. Medicina	41 (73%)	15 (27%)	56
16. Médico de personal	01 (100%)	00	01
17. Nefrología	06 (86%)	01 (14%)	07
18. Neumología	02 (66.6%)	01 (33.4%)	03
19. Neurocirugía	03 (60%)	02 (40%)	05
20. Neurología	01 (16%)	05 (84%)	06
21. Oftalmología	07 (78%)	02 (22%)	09
22. Oncología	00	02 (100%)	02
23. Otorrinolaringología	05 (71%)	02 (29%)	07
24. Patología y Banco de sangre	12 (80%)	03 (20%)	15
25. Pediatría	17 (65%)	09 (35%)	26
26. Psiquiatría	02 (50%)	02 (50%)	04
27. Quemados	05 (71%)	02 (29%)	07
28. Radiología	08 (61%)	05 (39%)	13
29. Rehabilitación	02 (66.6%)	01 (33.4%)	03
30. Reumatología	02 (40%)	03 (60%)	05
31. Traumatología	12 (86%)	02 (14%)	14
32. Urología	07 (87%)	01 (13%)	08

Para cumplir los objetivos planteados y considerando las características de la población, se decidió aplicar el **método de selección no probabilístico de voluntarios**, en donde la muestra o grupo de estudio se conforma con todos los sujetos que voluntariamente se someten al trabajo de investigación, asegurándose su participación hasta el final del mismo (28).

De esta forma los encuestadores, previamente capacitados, informaron individualmente a los médicos sobre el estudio a realizar, invitando al que voluntariamente se interesara a participar en él (Ver Anexo No 2).

Dentro del diseño metodológico, se consideró que el estudio debía incluir a todas las especialidades médicas, pero para facilitar el abordaje de los mismos, dadas las limitaciones de acceso y los horarios inherentes al tipo de atención brindada, se decidió que los médicos de las 32 especialidades del hospital se reunieran en 7 grupos afines.

Bajo esa premisa, los siete grupos de especialidades fueron los siguientes: Anestesiología, Cirugía, Medicina, Cirugía especialidades, Medicina especialidades, Ginecoobstetricia y Pediatría (Ver Tabla No. 2).

**Tabla No 2: Relación de servicios que integran cada uno de los grupos de especialidades**

<i>Grupo/Número totales de médicos</i>	<i>Servicios y/o especialidades</i>
Grupo 1: Anestesiología/24	Anestesiología
Grupo 2: Cirugía/30	Cirugía menor Cirugía general
Grupo 3: Medicina/57	Medicina interna Médico de personal
Grupo 4: Cirugía Especialidades/58	Angiología Cabeza y cuello Otorrinolaringología Neurocirugía Oftalmología Quemados Traumatología Urología Cardiovascular

Grupo 5: Medicina Especialidades/114	Cardiología Dermatología Endocrinología Gastroenterología Epidemiología Geriátría Hematología Neumología Nefrología Neurología Patología y Banco de sangre Psiquiatría Radiología Rehabilitación Reumatología Cuidados intensivos Oncología
Grupo 6: Ginecoobstetricia/42	Ginecoobstetricia
Grupo 7: Pediatría/26	Pediatría

De este modo la población estuvo conformada por 63 médicos, cuyas características y distribución por grupos de especialidades se señalan en las Tablas 3 y 4, respectivamente.

**Tabla No 3: Descripción de los médicos participantes en el estudio:**

<b><i>Edad</i></b>	<30: 2	30-39: 31	40-49: 18	50-59: 6	60 a más: 6	
<b><i>Estado civil</i></b>	C: 44	S: 15	D: 3	V:1		
<b><i>Sexo</i></b>	F:13	M:50				
<b><i>Condición laboral</i></b>	N: 29	C: 34				
<b><i>Tiempo de servicio en el HNAL.</i></b>	<1: 7	1-5: 28	6-10: 7	11-19: 9	20-29: 6	30 a más: 6
<b><i>Docencia superior</i></b>	Si: 34	No: 29				

**Tabla No 4: Número de médicos participantes por grupos**

<b><i>Grupo y Especialidad(es)</i></b>	<b><i>Número de Médicos Participantes</i></b>
<b><u>Grupo 1 Anestesiología (*)</u></b> Anestesiología	1 (4% del total de anestesiólogos del HNAL y 1.6% del total de participantes en el estudio)
<b><u>Grupo 2: Cirugía (*)</u></b> Cirugía general	2 (6% del total de cirujanos generales del HNAL y 3.2% del total de participantes en el estudio)
<b><u>Grupo 3: Medicina</u></b> Medicina interna	10 (17.5% del total de médicos internistas del HNAL y 15.9% del total de participantes en el estudio)
<b><u>Grupo 4: Cirugía especialidades</u></b> Otorrinolaringología Urología Traumatología Cirugía de cabeza y cuello Cirugía plástica	2 2 1 1 <u>1</u> 7 (12% de cirujanos del HNAL en las especialidades señaladas y 11.1% del total de participantes en el estudio)
<b><u>Grupo 5: Medicina especialidades</u></b> Gastroenterología Cardiología Endocrinología Cuidados intensivos Anatomía patológica Oncología Neurología	4 3 2 1 1 1 <u>1</u> 13 (11.4% de médicos del HNAL en las especialidades señaladas y 20.6% del total de participantes en el estudio)
<b><u>Grupo 6: Ginecoobstetricia</u></b> Ginecoobstetricia	5 (12% de ginecoobstetras del HNAL y 7.9% del total de participantes en el estudio)
<b><u>Grupo 7: Pediatría</u></b> Pediatría	25 (96% de pediatras del HNAL y 39.7% del total de participantes en el estudio)
<b><i>TOTAL</i></b>	<b><i>63 participantes</i></b>

*(\*) Dado el número reducido de participantes en las especialidades de Anestesiología y Cirugía General, los resultados obtenidos en ambos grupos no serán considerados en el análisis realizado.*

Como podemos apreciar, la tabla número 4 muestra la cantidad de médicos participantes por grupos de especialidades, evidenciando que quienes menos colaboraron fueron los anestesiólogos, fundamentalmente por el horario y la inaccesibilidad a las áreas donde laboran.

La mayor aceptación a participar en el estudio se obtuvo entre los pediatras, comportamiento que puede haberse condicionado por el hecho de que la investigadora forma parte del Departamento de Pediatría.

Con la finalidad de eliminar sesgos que pudieran afectar la investigación, se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

- El abordaje y la resolución del cuestionario de todos los participantes debía ser en un mismo periodo de tiempo. Se contempló que la aplicación del cuestionario por etapas y en diferentes fechas sesgaría la información recolectada y el grado de motivación obtenido podía ser resultado de la “respuesta hacia el instrumento y/o al encuestador”, mas no propiamente hacia la motivación laboral, que era lo que se deseaba investigar.

Asimismo, se consideró aplicar las encuestas en el menor periodo de tiempo posible, ya que los encuestados podían influir en las respuestas de quienes todavía no habían participado, lo cual podría alterar la veracidad de los datos recogidos. Considerando que se contaba con ocho encuestadores, se programaron en total cuatro días consecutivos para el levantamiento de la información, decidiéndose que el mejor momento para la aplicación del cuestionario sería la hora de ingreso.

A las Oficinas de Personal y Logística se les solicitó la distribución y horarios de todos los médicos, nombrados y contratados respectivamente, a fin de planificar el levantamiento de la información.

- El instrumento empleado debía aplicarse cuando no existieran influencias externas que pudieran alterar la veracidad de la información recogida. Por ejemplo, las encuestas no debían realizarse cerca a los días de pago, feriados, después de vacaciones, inicio del año escolar, etc.
- La información obtenida podía verse limitada y/o adulterada si era recopilada por personal que labora en el hospital. Por tal motivo, la aplicación de las encuestas estuvo a cargo de personal previamente capacitado, proporcionándoles todo el apoyo y la colaboración necesarios. Participaron en el levantamiento de la información ocho encuestadores y un supervisor, quienes anticipadamente fueron socializados en los objetivos de la investigación y capacitados en el desempeño de sus tareas (Ver Anexo No 2).
- La aplicación del instrumento debía ser de manera “personalizada”. Cada encuestador entregaría el cuestionario individualmente, brindaría las instrucciones a cada uno de los médicos, registraría los datos de filiación, formularía una a una las

preguntas y se aseguraría de que la respuesta obtenida sea según la escala de Likert planteada en la encuesta (Ver Anexo No. 1); garantizando así la comprensión del instrumento y su llenado completo con suma claridad.

A los encuestadores y al supervisor se les proporcionó una identificación, así como el listado de todos los médicos reunidos por Departamentos y Servicios, agrupados según la condición laboral (nombrados y contratados por locación de servicios); entregándoseles un plano de la distribución del hospital y realizándoles una visita guiada para identificar los puntos de acceso al personal médico.

## **2.- Instrumento utilizado para recolectar la información:**

El instrumento empleado para llevar a cabo la presente investigación fue una encuesta: La “Escala de Motivación de Steers R., y Braunstein D”, validada por dichos autores en 1976 (29), la cual puede apreciarse en el anexo número 3.

Dicha encuesta está basada en los planteamientos teóricos de David McClelland y fue diseñada con la técnica de Likert.

Consta de 15 ítems, cada uno de los cuales contiene una afirmación para ser calificada por el entrevistado en una escala cualitativa de 1 a 5, dándole mayor puntuación cuanto más de acuerdo esté con la afirmación planteada.

Los puntajes obtenidos, acorde con las normas establecidas en la aplicación del instrumento, permiten clasificar el grado de motivación como alto, medio o bajo; y según la calificación asignada a cada una de las 15 preguntas es posible conocer si la necesidad predominante es de logro, poder o afiliación.

El instrumento aplicado se puede observar en el Anexo No 1. La información inicial está compuesta por datos generales (nombre, edad, sexo, etc.); seguida del cuestionario de Steers y Braunstein que, basado en la técnica de Rensis Likert, plantea un total de 15 preguntas teniendo para las respuestas una escala de importancia de 1 a 5 en 3 parámetros, es decir que para responder se utiliza una escala del 4 al 5 en absolutamente de acuerdo, 3 en indiferente y del 1 al 2 en absolutamente en desacuerdo, dándole mayor puntuación cuanto más de acuerdo esté con la afirmación planteada.

El grado de motivación laboral se determina sumando los puntajes obtenidos en cada una de las 15 preguntas, lo cual permite clasificar el grado de motivación en: Alto (de 50 a 75), Medio (de 49 a 25) y Bajo (menor de 25).

Para identificar el tipo de necesidad predominante en materia de motivación, las preguntas son agrupadas en 3 columnas donde se coloca la puntuación obtenida en cada una de las respuestas; posteriormente se procede a sumar el total obtenido en cada una de ellas. La columna que obtenga la puntuación más alta define el tipo de necesidad predominante:

Preguntas de Logro	Preguntas de Poder	Preguntas de Afiliación
1. (Puntaje: _____)	2. (Puntaje: _____)	3. (Puntaje: _____)
4. (Puntaje: _____)	5. (Puntaje: _____)	6. (Puntaje: _____)
7. (Puntaje: _____)	8. (Puntaje: _____)	9. (Puntaje: _____)
10. (Puntaje: _____)	11. (Puntaje: _____)	12. (Puntaje: _____)
13. (Puntaje: _____)	14. (Puntaje: _____)	15. (Puntaje: _____)
Total:	Total:	Total:

Se consideran resultados positivos o favorables si los valores obtenidos en las 3 (logro, poder y afiliación) ó en 2 de ellas se encuentran relativamente cercanos, ya que se puede determinar un equilibrio.

Los resultados son negativos si existe una desigualdad marcada entre las 3 necesidades o si el puntaje estuviera más alto en poder y bajo en logro y afiliación, lo que demostraría un afán por manipular y/o conseguir que los demás se comporten de acuerdo a deseos que obedecen a intereses personales.

Es útil mencionar que además del cuestionario elegido para la presente investigación, la motivación se puede medir mediante la aplicación de test como el Picture – Store Exercise, utilizado por McClelland y Koestner en 1992 (30), test de apercepción temática (TAT) desarrollado originalmente por Murray en 1938. Consiste en una serie de figuras que muestran a personas en situaciones ambiguas, las mismas que son enseñadas a los evaluados mientras se les solicita que inventen una historia con cada una de las figuras mostradas. La presunción subyacente al test es que estos relatos inventados revelan los sueños, fantasías y aspiraciones de los sujetos. Para conocer el tipo de necesidad predominante mediante este instrumento fueron desarrollados sistemas de codificación que permiten analizar el contenido de cada historia y clasificarla entre una de las 3 necesidades según la teoría de McClelland.

Las controversias acerca de las ventajas de éste método sobre las encuestas o cuestionarios como el elegido para la presente investigación, son ampliamente debatidas por muchos investigadores (Winter y Stewart, 1977; Atkinson, 1982; Atkinson y Birch, 1986; Fleming, 1982; McClelland, Koestner y Weinberger, 1989; Weiner, 1989; Weinberger y McClelland, 1990; Smith, 1992; Spangler, 1992; Schmalt, 1999; Sokolowski, Schmalt, Langans y Puca, 2000); las mismas que pueden agruparse en las siguientes observaciones:

a.- Los críticos alegan que este es un método poco fidedigno (siendo un test de consistencia interna) y tiene reducido poder predictivo del comportamiento humano. Argumentan que los cuestionarios son más fidedignos y tienen mayor potencial predictivo.

b.- Los defensores del TAT concuerdan que éste es un método muy sensible a influencias situacionales y argumentan que se pueden obtener buenos índices de certeza si el test es aplicado correctamente por personal formado para ello, lo cual dificultaría su aplicación masiva y podría alterar los resultados obtenidos, ya que el entrenamiento requiere un largo periodo de tiempo.

c.- Algunos argumentan que los dos métodos (TAT y cuestionarios) son equivalentes. Pero la utilidad de éste test es cuestionada por la falta de datos aparentemente disponibles para una pequeña o nula correlación entre las necesidades medidas por las dos vías.

Una posición distinta es la que aboga que las necesidades medidas por las dos vías son completamente diferentes. Lo cierto es que tanto McClelland como otros investigadores, distinguen diferencias entre las necesidades implícitas (medidas por TAT) y las necesidades explícitas o autoatribuidas (medidas por los cuestionarios). Los primeros, siendo inconscientes, se reflejan en las fantasías descritas por los individuos cuando son colocados frente a las figuras ambiguas del TAT. Los segundos, siendo conscientes, pueden ser descritos por los individuos cuando son cuestionados directamente sobre objetivos y preferencias en situaciones específicas (31).

Otros investigadores argumentan que los dos tipos de instrumentos denotan validez de consistencia en diferentes áreas (Schmalt, 1999; Sokolowski et al 2000), en razón de que: a.- Las necesidades implícitas explican bien lo que las personas realmente hacen, como pasan su tiempo y el comportamiento operante a largo plazo; y b.- Los explícitos son buenos predictores de las aptitudes, valores y objetivos conscientes, especialmente cuando se requiere esfuerzo.

Esta dicotomía indujo a Schmalt (1976) a desarrollar una tercera vía. De sus trabajos resultó una técnica que agrega al TAT los cuestionarios. Tal como en el TAT son presentados a las personas diversas figuras de interpretación ambiguas, siendo invitados a crear historias e inducidos a responder diversas preguntas para cada una de las figuras. Estas preguntas abarcan necesidades relacionadas con las emociones, cogniciones, anticipación de objetivos y acciones.

Sin embargo, la aplicación de un instrumento como el sugerido por Schmalt se ve amenazado por los siguientes inconvenientes: Se requiere mayor tiempo y el examinador debe tener una buena capacidad para no inducir respuestas inexactas.

Definitivamente los cuestionarios son más útiles, más prácticos, de más fácil aplicación, más rápidos y de menor costo (31,32). Consecuentemente han sido desarrollados algunos instrumentos de esa naturaleza para medir la motivación laboral y el tipo de necesidad predominante según la teoría de McClelland. (Ej.: Mehrabian, 1969; Steers y Braunstein, 1976; Stahl y Harrell, 1982; Spence y Helmreich, 1983; Rego, 1993; Rego y Jesuino, 1999, 2002).

En general, todos los cuestionarios diseñados con este propósito son una versión modificada y adaptada del cuestionario propuesto por Steers y Braunstein en 1976; el mismo que a la fecha sigue siendo de elección, sin que las modificaciones hechas por otros autores ofrezcan beneficios significativos sobre el original.

Además, los resultados de diversas investigaciones sugieren que el cuestionario de Steers y Braunstein demuestra razonables propiedades psicométricas en varios planos: a. Consistencia interna; b. Relación con el TAT y; c. Poder predictivo de los estilos de gestión del conflicto, de los impactos de los líderes sobre sus subordinados y del desempeño

académico. Vale la pena señalar que otros test similares fueron sometidos a pruebas de consistencia interna y validez externa sin poder aplicárseles análisis multivariantes.

Todo lo expuesto explica las razones por las que el instrumento empleado en el presente estudio fue el cuestionario diseñado y validado por Steers y Braunstein, el mismo que puede apreciarse en el Anexo No. 3.

### **3.- Metodología seguida para la recolección de la información:**

Para recolectar la información encontrada en esta investigación, se procedió de la siguiente manera:

- 1.- Determinación del diseño metodológico y del instrumento a utilizar.
- 2.- Elegido el instrumento, ya validado para conocer el grado de motivación laboral y el tipo de necesidad predominante, se agregó la información inicial en relación a los datos generales de los participantes (Ver anexo No. 1)
- 3.- Se acordó la presencia de un coordinador y ocho encuestadores con quienes se realizaron varias reuniones para socialización del instrumento y de los objetivos de la investigación. Se les describió la dinámica de trabajo de los médicos del HNAL y las características más resaltantes de este grupo ocupacional, siguiendo los pasos anotados en la Guía del Encuestador diseñada para el presente estudio (Ver Anexo No. 2).
- 4.- Contando con el consentimiento de las autoridades del HNAL, a cada uno de los encuestadores se les proporcionó una identificación, realizándoles una visita guiada para el reconocimiento del HNAL y de los lugares de acceso a los participantes.
- 5.- Una semana antes del levantamiento de la información, cada uno de los jefes de Servicios y Departamentos fue comunicado sobre la investigación a realizar, solicitándoles su colaboración para la difusión de la misma entre los médicos a su cargo, así como de las facilidades necesarias para el acceso y aplicación de las encuestas.
- 6.- Se escogieron los días 8, 9 y 10 de setiembre del 2003 para el levantamiento de la información, distribuyéndose a los encuestadores en los diferentes puntos de ingreso a los servicios médicos.
- 7.- Cada encuestador se presentó con el participante de manera individual, informándole sobre el estudio a realizar y solicitando su colaboración en el desarrollo de la encuesta.
- 8.- Autorizada su participación, el encuestador recogía los datos generales (especialidad, tiempo de servicio, etc.). Posteriormente leía cada una de las preguntas y las alternativas de respuesta, anotando con claridad y objetividad la alternativa escogida por el participante. Finalmente, agradecía su participación dejando en claro la confidencialidad de las respuestas ofrecidas.

9.- Diariamente, al final de la jornada nos reuníamos investigadora, coordinador y encuestadores para monitorizar el recojo de la información y conocer los hechos acontecidos durante el día.

10.- Al término de los días programados para el levantamiento de la información, los datos obtenidos fueron digitados en una base estadística del paquete SPSS para el futuro procesamiento de la información.

#### **4.- Análisis estadístico de la información:**

Los datos recopilados fueron trabajados en el software SPSS y Minitab, haciendo uso de:

##### **4.1.- Estadística descriptiva:**

- a) Presentación de frecuencia de resultados, de acuerdo al grado de motivación (alta, media o baja) y a las necesidades predominantes (logro, poder y afiliación).
- b) Presentación de estadísticas máximos, mínimos, modas y promedios, para logro, poder, afiliación; y puntaje total de motivación según: Edad, estado civil, condición, laboral, tiempo de servicio, grupo de especialidad.
- c) Cruce de información de los Grados de Motivación y las variables: Estado civil, edad, condición laboral, tiempo de servicio y grupo de especialidad.

Los cruces de información se acompañan de estadísticas de significancia, lo que indica la existencia o no de asociación.

#### **II.- Análisis factorial de correspondencias:**

Se aplicó el análisis factorial de correspondencias para identificar la importancia de las variables consideradas en relación a la determinación del grado de motivación, usando técnicas multivariadas de análisis factorial para datos categóricos. (33)

El análisis multivariante es un método estadístico que permite analizar grupos de observaciones que incluyen más de una variable independiente, siendo utilizado para determinar la contribución de varios factores en un simple evento o resultado. Los factores de estudio son los llamados factores de riesgo (bioestadística), variables independientes o variables explicativas; y el resultado estudiado es el evento, la variable dependiente o la variable respuesta. (33,34)

El análisis multivariante, cuya formulación está basado en los estudios de Benzécri y Lebard, ofrece tres ventajas: 1) Controlar el efecto de las variables confusoras, 2) Evitar el problema de las comparaciones múltiples y 3) Comparar la capacidad de las variables independientes para estimar los valores de la variable dependiente. (34)

Su razón de ser radica en un mejor entendimiento del fenómeno objeto de estudio logrando información que otros métodos estadísticos son incapaces de conseguir. Es una técnica de análisis estadístico que estudia la relación de dependencia entre una variable criterio (variable dependiente) y múltiples predictoras (variables independientes o explicativas), detectando el efecto y las interacciones existentes entre las variables explicativas.

Está basado en la descomposición del chi-cuadrado y el estudio de tal dependencia se realiza por una representación gráfica (matriz rectangular) y por parámetros numéricos que ayudan a su interpretación.

Los objetivos del análisis multivariante. Pueden sintetizarse en dos:

- 1) Proporcionar métodos cuya finalidad es el estudio conjunto de datos multivariantes que el análisis estadístico uni y bidimensional es incapaz de conseguir.
- 2) Ayudar al analista o investigador a tomar decisiones óptimas en el contexto en el que se encuentre teniendo en cuenta la información disponible por el conjunto de datos analizados.

El análisis multivariante es un método de gran utilidad para investigaciones como ésta porque permite un tratamiento multivariable de los problemas. Esta naturaleza multivariable puede revelar relaciones que de otro modo pueden no detectarse. Además no sólo descubre que hay una relación, sino también ayuda a mostrar cómo es la relación entre las variables, resultando enormemente útil para validar el análisis de las semejanzas y diferencias. El gráfico que se obtiene con este análisis permite detectar relaciones estructurales entre categorías variables.

El conjunto de métodos incluidos en el análisis multivariante puede dividirse en tres grandes grupos, según el papel que jueguen en el análisis las variables consideradas:

- 1.- Métodos de dependencia
- 2.- Métodos de interdependencia
- 3.- Métodos estructurales.

Para la presente investigación, se consideró pertinente el empleo de métodos de interdependencia, ya que éstos no distinguen entre variables dependientes e independientes y su objetivo consiste en identificar qué variables están relacionadas, cómo lo están y por qué.

Un análisis de este tipo se puede sintetizar en los siguientes pasos:

- a) Establecer los objetivos del análisis
- b) Diseñar el análisis
- c) Evaluar las hipótesis subyacentes a la técnica a utilizar
- d) Realizar el análisis
- e) Interpretar los resultados obtenidos
- f) Validar dichos resultados

Los resultados obtenidos se muestran a continuación.

## RESULTADOS

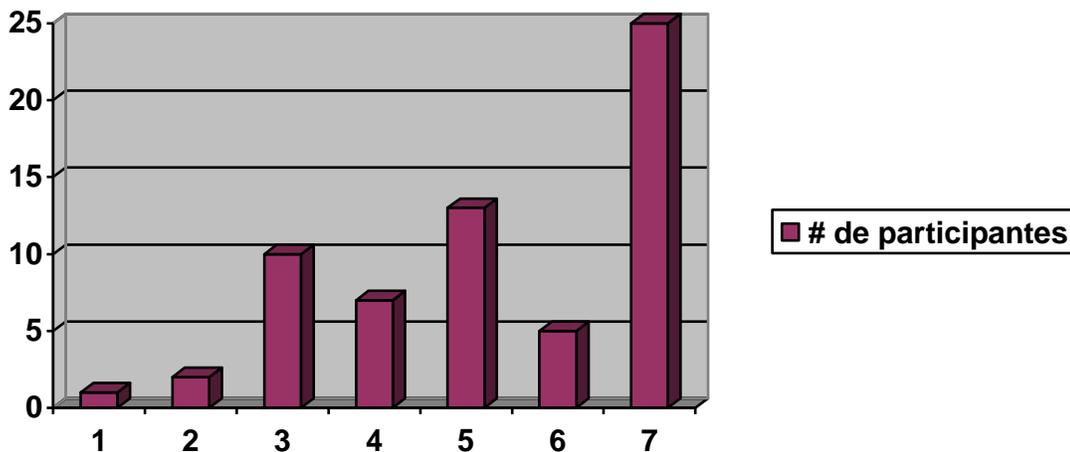
Con el objetivo de investigar el grado de motivación laboral y el tipo de necesidad predominante según McClelland en los médicos del HNAL., se aplicó la Escala de Motivación de Steers R. y Braunstein D. (29).

Como se mencionó anteriormente, la encuesta consta de 15 preguntas, está basada en la técnica de Likert y permite conocer el grado de motivación laboral (alto, medio o bajo); y el tipo de necesidad predominante (logro, poder o afiliación), según la teoría de David McClelland (ver anexo No1).

El método de investigación aplicado fue de “selección no probabilística de voluntarios”, siendo un total de 63 médicos los que participaron en el estudio, los cuales fueron distribuidos en 7 grupos que abarcaron todas las especialidades existentes en el hospital, tal como se muestra en el Gráfico No. 1.

Las características demográficas de los médicos participantes y las especialidades que conforman cada uno de los 7 grupos, se describen en las tablas 3 y 4 respectivamente, ubicadas en la sección de Material y Métodos.

**Gráfico No 1: Número de médicos participantes por Grupos de Especialidades**



Leyenda:

Grupo 1 = Anestesiología (01 médico), Grupo 2 = Cirugía (02 médicos), Grupo 3 = Medicina (10 médicos), Grupo 4 = Cirugía Especialidades (07 médicos), Grupo 5 = Medicina Especialidades (13 médicos), Grupo 6 = Ginecoobstetricia (05 médicos), Grupo 7 = Pediatría (25 médicos).

Los resultados obtenidos en el estudio serán presentados a continuación divididos en 2 partes: La primera, correspondiente al Grado de motivación; y la segunda, al tipo de necesidad predominante según McClelland.

## **Resultados I: Conocimiento del Grado de Motivación laboral**

El cuestionario utilizado permitió conocer el grado de motivación laboral en los médicos participantes. Se consideró bajo si obtenían un puntaje total menor a 25, medio entre 25 a 49 y alto si la puntuación era mayor de 50, siendo 75 el puntaje máximo del instrumento empleado.

El grado de motivación laboral encontrado entre los participantes fue medio y alto, ninguno mostró un bajo grado de motivación, tal como se demuestra en la Tabla número 5.

**Tabla No5: Grado de Motivación**

<b>Grado de Motivación</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
Media	4.8%	4.8%
Alta	95.2%	100.0%
Total	100.0%	

Como se puede apreciar, en el 95.2% se encontró un alto grado de motivación laboral; y en el 50% se obtuvo un puntaje de motivación superior a 57, tal como se puede observar a continuación:

**Tabla No 6: Puntaje Total**

<b>Puntaje</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
44	1.6	1.6
48	1.6	3.2
49	1.6	4.8
52	4.8	9.5
53	6.3	15.9
54	4.8	20.6
55	4.8	25.4
56	4.8	30.2
57	4.8	34.9
58	15.9	50.8
59	1.6	52.4
60	6.3	58.7
61	3.2	61.9
62	7.9	69.8
63	7.9	77.8
64	3.2	81.0
66	1.6	82.5
68	6.3	88.9
69	4.8	93.7
70	6.3	100.0
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	

### **I.1. Estado civil y Grado motivación laboral:**

Realizando cruces entre el grado de motivación laboral y el perfil demográfico de los médicos participantes; la tabla número 7 muestra los puntajes obtenidos en relación al estado civil:

**Tabla No 7: Puntaje obtenido versus estado civil**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moda</b>
<b>Soltero (n=15)</b>	70	57	48	60
<b>Casado (n=44)</b>	70	60	44	58
<b>Divorciado (n=3)</b>	63	57	52	52
<b>Viudo (n=1)</b>	63	63	63	63

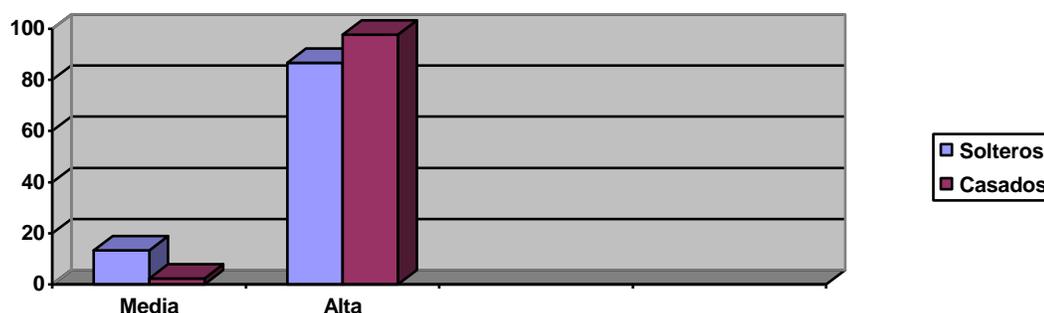
Como se puede observar en la Tabla No.7, los solteros y casados presentaron máximos iguales; mientras el mínimo más bajo fue hallado entre los casados.

Los puntajes máximos más bajos fueron encontrados entre los viudos y divorciados. Sin embargo, debemos recordar que la población estudiada estuvo conformada por 44 casados, 15 solteros y sólo 3 divorciados y 1 viudo. Por lo tanto, no sería apropiado establecer comparaciones entre los 2 últimos estados civiles con los casados y/o solteros, ya que los resultados obtenidos pueden sólo reflejar particularidades de los 3 divorciados y del único viudo que participaron en el estudio, más que representar una característica vinculada a dichos estados civiles.

Por tanto en relación al estado civil, la información que se considera y analizará a lo largo del estudio, será solamente la registrada en casados y solteros.

El gráfico No. 2 permite observar el grado de motivación laboral en los casados y solteros. Los resultados obtenidos revelaron que el estado civil no tiene asociación con el grado de motivación laboral; el Test de Chi-Cuadrado aplicado no mostró significancia estadística ( $p = 0.357$ ).

**Gráfico No 2: Grado de motivación en los casados y solteros**



### **I.2. Condición laboral y grado de motivación:**

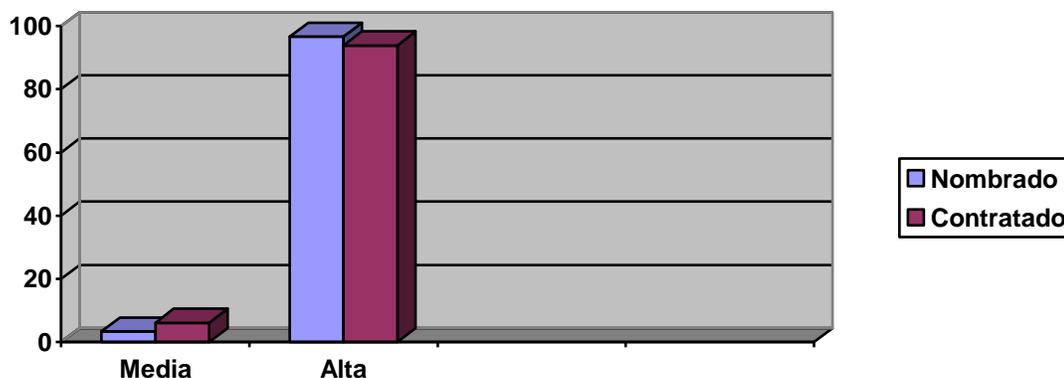
En cuanto al grado de motivación y la condición laboral, se observó que si bien los puntajes máximos no ofrecieron diferencias entre nombrados y contratados por locación de servicios; la media, los puntajes mínimos y la moda, mostraron ser más altos en los médicos nombrados, tal como se puede apreciar en la tabla No 8.

**Tabla No 8: Puntaje obtenido versus condición laboral**

CONDICION LABORAL	Máximo	Media	Mínimo	Moda
<b>Nombrado (n=29)</b>	70	61	49	58
<b>Contratado (n=34)</b>	70	58	44	53

El gráfico número 3 permite comparar el grado de motivación con la condición laboral. Las diferencias encontradas al aplicar el Test de Chi Cuadrado, no aportaron significancia estadística ( $p = 0.612$ ).

**Gráfico No 3: Grado de motivación según la condición laboral**



### **I.3. Tiempo de servicio en el HNAL y grado de motivación laboral**

Para relacionar la motivación laboral con el tiempo de servicio, se formaron 6 grupos considerando el tiempo de ejercicio profesional en la institución, según los siguientes intervalos: Menor de 1 año, entre 1 a 5 años, entre 6 a 10 años, entre 11 a 19 años, entre 20 a 29 años, y 30 años a más.

Los puntajes máximos más bajos fueron obtenidos entre los que llevaban más de 30 años laborando en el HNAL. La media fue muy similar en los 6 grupos. El mínimo más bajo se

encontró entre los que llevan menos de 1 año trabajando en la institución; y los mínimos más altos fueron encontrados entre el grupo de 6 a 19 años. La moda fue mucho más alta en el grupo que tiene laborando en el hospital entre 20 a 29 años y la Prueba de Chi cuadrado reveló una p de 0.692

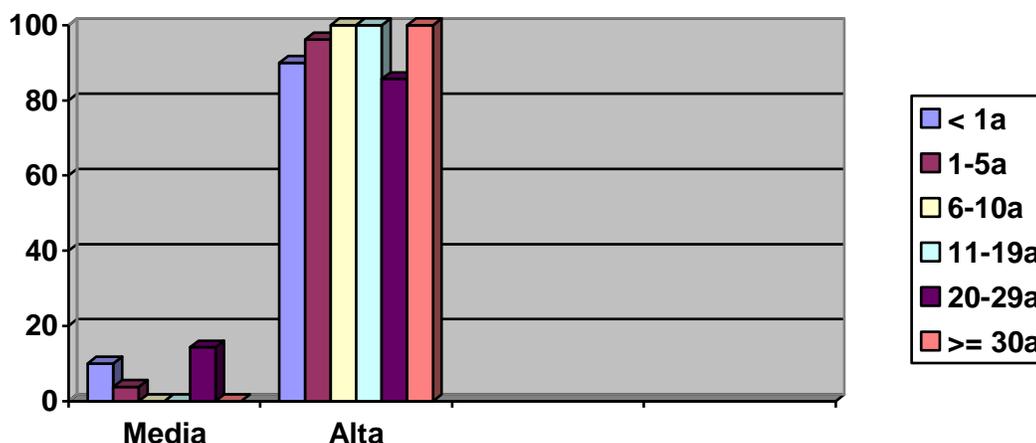
Todo lo anterior se puede apreciar a continuación, en la tabla número 9.

**Tabla No 9: Puntaje obtenido versus tiempo de servicio**

TIEMPO DE SERVICIO	Máximo	Media	Mínimo	Moda
Menores de 1 año (n=7)	70	60	44	58
De 1 a 5 años (n=28)	70	59	48	53
De 6 a 10 años (n=7)	68	60	55	58
De 11 a 19 años (n=9)	68	59	56	56
De 20 a 29 años (n=6)	69	62	49	68
30 años o más (n=6)	63	60	54	58

El gráfico número 4 permite observar la distribución por años de servicio según el grado de motivación laboral obtenido.

**Gráfico No 4: Grado de motivación según el tiempo de servicio**



**1.4. Edad y grado de motivación laboral:**

Para analizar el grado de motivación según la edad, se conformaron los siguientes grupos de edad: Menores de 30, entre 30 a 39, entre 40 a 49, entre 50 a 59 y los de 60 años a más.

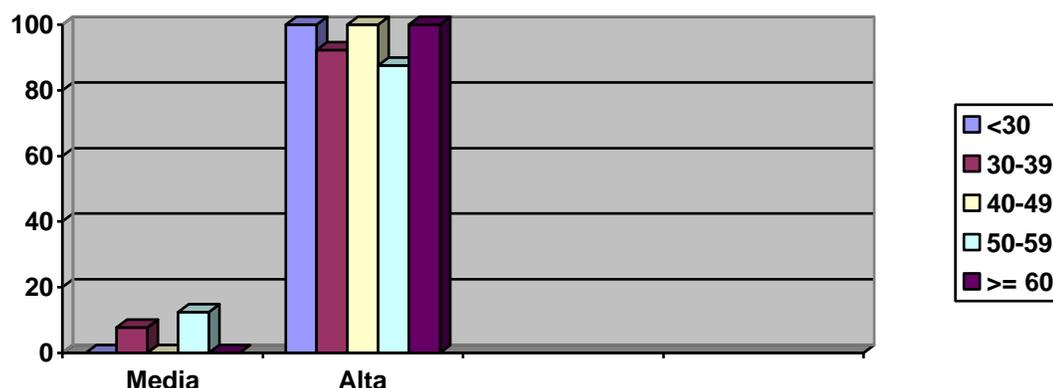
La tabla número 10 muestra los máximos, media, mínimos y moda según edad. En casi todos los grupos de edad se encontraron puntajes muy variados. Los máximos más altos fueron encontrados entre los 30 a 49 años. Sin embargo, el mínimo más bajo también fue encontrado dentro de ese rango de edad.

Los grupos de edad donde la motivación fue más homogénea se encontraron en los extremos; es decir, entre los menores de 30 y los mayores de 60 años, como se puede apreciar en el gráfico número 5. El test de chi-cuadrado no reveló significancia estadística (0.558).

***Tabla No 10: Puntaje obtenido versus edad***

GRUPOS DE EDAD	Máximo	Media	Mínimo	Moda
Menores de 30 (n=2)	63	57	52	54
De 30 a 39 años (n=31)	70	58	44	58
De 40 a 49 años (n=18)	70	61	55	56
De 50 a 59 años (n=6)	69	63	49	68
60 años o más (n=6)	63	60	54	62

***Gráfico No 5: Grado de motivación según grupos etáreos***



### ***1.5. Grupos de especialidades y grado de motivación laboral***

Según los grupos laborales ya mencionados, se observaron puntajes máximos muy similares en casi todos los grupos, menos en el de Anestesiología.

Es necesario recalcar que el número de participantes correspondientes a Anestesiología (grupo 1), y a Cirugía general (grupo 2), fueron 1 y 2 médicos respectivamente. Por lo

tanto, para realizar un adecuado análisis entre los grupos de especialidades, Anestesiología y Cirugía general serán excluidos durante el presente trabajo, ya que con el reducido número de sus integrantes estaríamos comparando la motivación laboral individual de los participantes más que del grupo médico de dichas especialidades.

Hecha la aclaración, podemos observar que los mínimos más bajos fueron encontrados en Medicina Especialidades y Pediatría, grupos 5 y 7 respectivamente; y la moda más baja fue hallada en el grupo de Medicina especialidades.

El máximo, la media y la moda más altas, se registraron en el grupo 4, correspondiente a Cirugía especialidades, pero sin significancia estadística (test Chi-cuadrado con  $p = 0.447$ ).

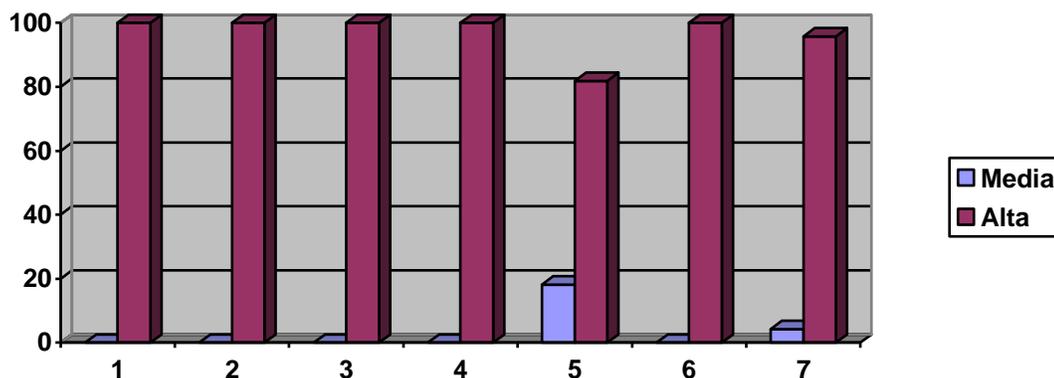
Los puntajes de motivación laboral obtenidos según los grupos laborales diseñados, se pueden apreciar en la tabla No. 11.

El gráfico número 6 permite observar la motivación alta y media por grupos de especialidades.

**Tabla No11: Puntaje obtenido versus grupos laborales**

GRUPO	Máximo	Media	Mínimo	Moda
1 (n=1)	53	53	53	53
2 (n=2)	70	60	55	55
3 (n=10)	69	58	53	53
4 (n=7)	70	64	58	70
5 (n=13)	69	58	44	44
6 (n=5)	60	57	53	58
7 (n=25)	70	60	49	58

**Gráfico No 6: Grado de motivación según grupos laborales**



Los porcentajes por grupos laborales se pueden apreciar a continuación:

**Tabla No 12: Porcentajes de Motivación por Grupos laborales**

	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
<b>1 (n=1)</b>	1.6	1.6
<b>2 (n=2)</b>	6.3	7.9
<b>3 (n=10)</b>	17.5	25.4
<b>4 (n=7)</b>	11.1	36.5
<b>5 (n=13)</b>	17.5	54.0
<b>6 (n=5)</b>	7.9	61.9
<b>7 (n=25)</b>	38.1	100.0
<b>Total</b>	100.0	

Finalmente, para completar el análisis estadístico, se aplicó el método de factores principales para datos categóricos, permitiendo extraer los dos vectores más importantes (Fact. 1 y Fact. 2).

Dicho método, permite observar que las variables demográficas que aportan mayor peso al estudio son tiempo de servicio (0.920) y edad (0.917); seguidos de condición laboral (-0.833), que interviene inversamente a las variables antes mencionadas.

No aportan significancia al grado motivación laboral el estado civil ni el grupo de especialidades; tal como se puede ver a continuación:

**Tabla No 13: Resultados por factores principales para datos categóricos**

<b>VARIABLES A CONSIDERAR</b>	<b>COMPONENTES</b>	
	Factor 1	Factor 2
<b>Estado Civil</b>	0.557	0.454
<b>Condición laboral</b>	-0.833	0.03054
<b>Grado de Motivación</b>	0.107	0.875
<b>Edad</b>	0.917	0.004648
<b>Tiempo de Servicio</b>	0.920	-0.134
<b>Grupo</b>	0.555	-0.364

## **Resultados 2: Conocimiento de las necesidades predominantes según McClelland**

Como se mencionó anteriormente, el cuestionario empleado también permitió conocer la necesidad predominante según McClelland de logro, poder o afiliación. En tal sentido, la segunda parte de los resultados que a continuación se presenta, está circunscrita a dichos hallazgos.

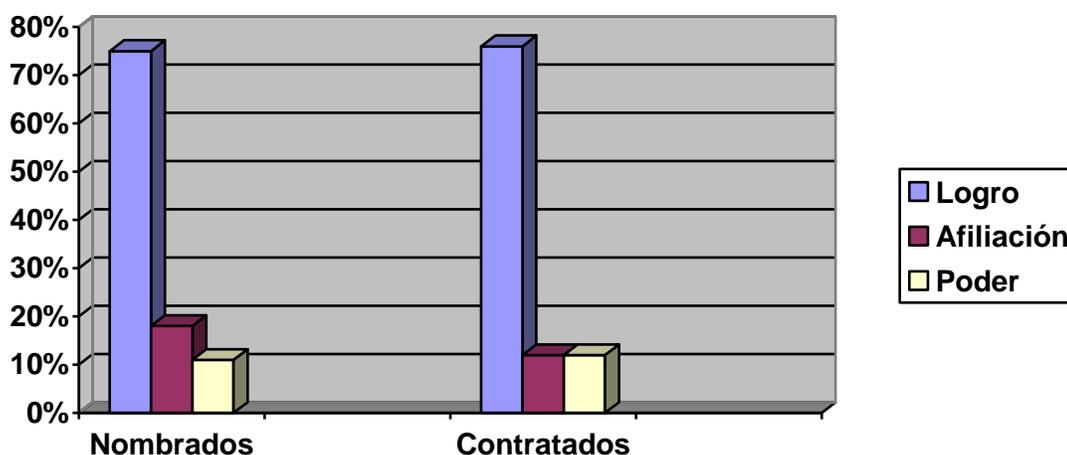
Empecemos por señalar que la necesidad predominante, en la gran mayoría (75%), es la necesidad de logro. Los porcentajes obtenidos se pueden observar a continuación:

***Tabla No 14: Conocimiento de la necesidad predominante***

<b><u>Necesidad predominante</u></b>	<b><u>Porcentaje</u></b>
<b>Logro</b>	75%
<b>Afiliación</b>	14%
<b>Poder</b>	11%

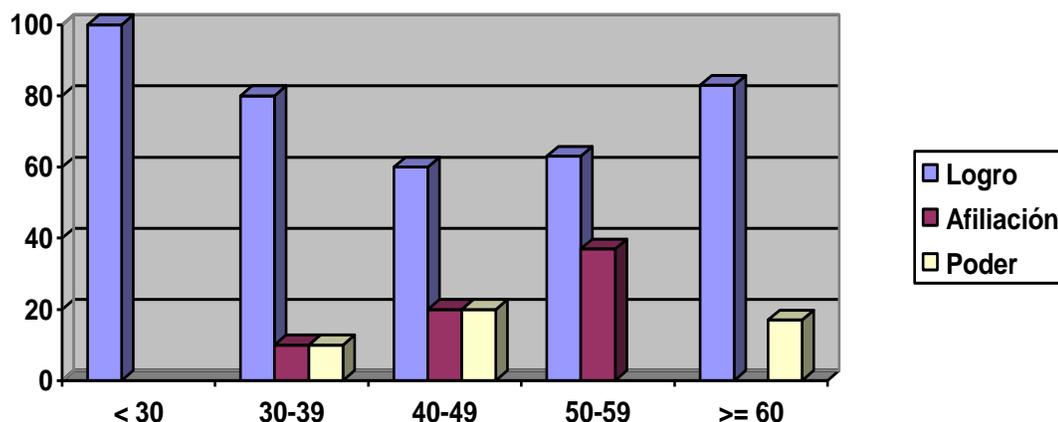
Al comparar la necesidad predominante con la condición laboral, observamos que tanto en el grupo de contratados como en el de nombrados predominó la necesidad de logro; y tanto en ésta como en la de poder los porcentajes fueron muy similares. La necesidad de afiliación fue mayor en el grupo de los nombrados. (Ver gráfico número 7)

***Gráfico No 7: Necesidad predominante según condición laboral***



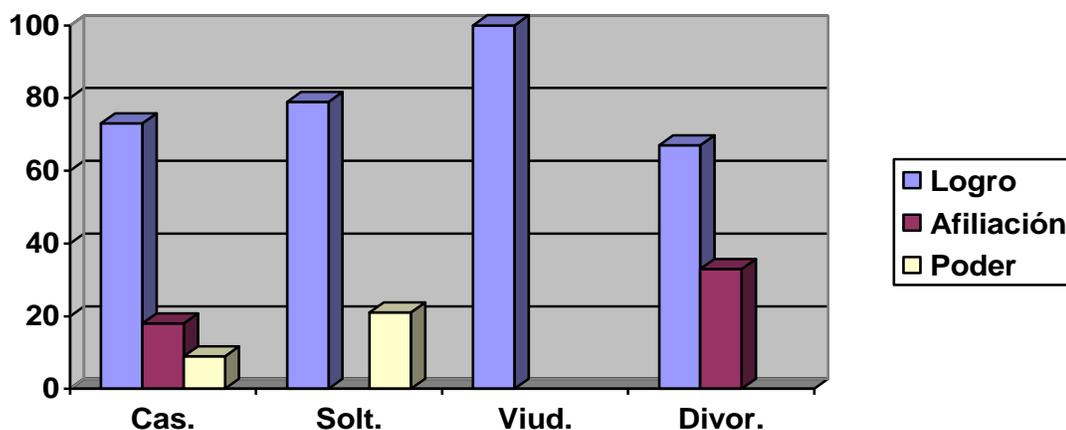
Al contrastar las necesidades predominantes según edad, podemos observar que el logro resultó ser la más frecuente en todos los grupos de las diferentes edades. La necesidad de afiliación se encontró presente entre los 30 y 59 años; tal como se muestra en el gráfico número 8.

**Gráfico No 8: Necesidad predominante según edad**



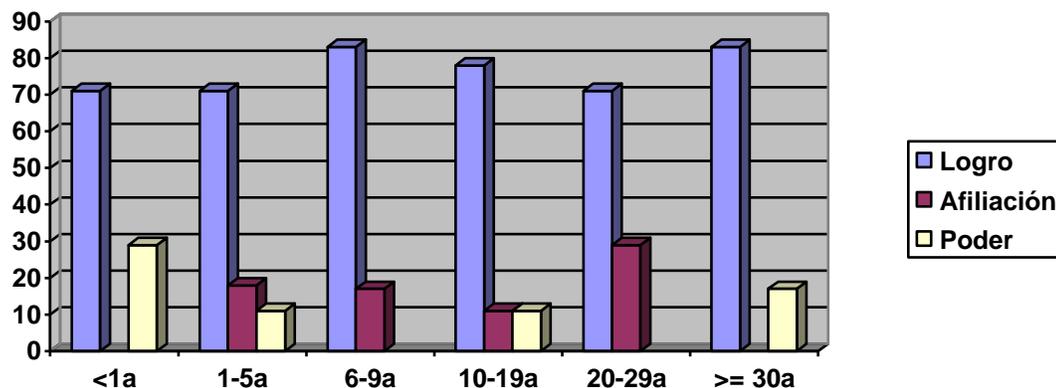
El gráfico 9 permite observar las necesidades predominantes según el estado civil. En todos los grupos predominó la necesidad de logro y la necesidad de afiliación fue encontrada en los casados y divorciados.

**Gráfico No 9: Necesidad predominante según estado civil**



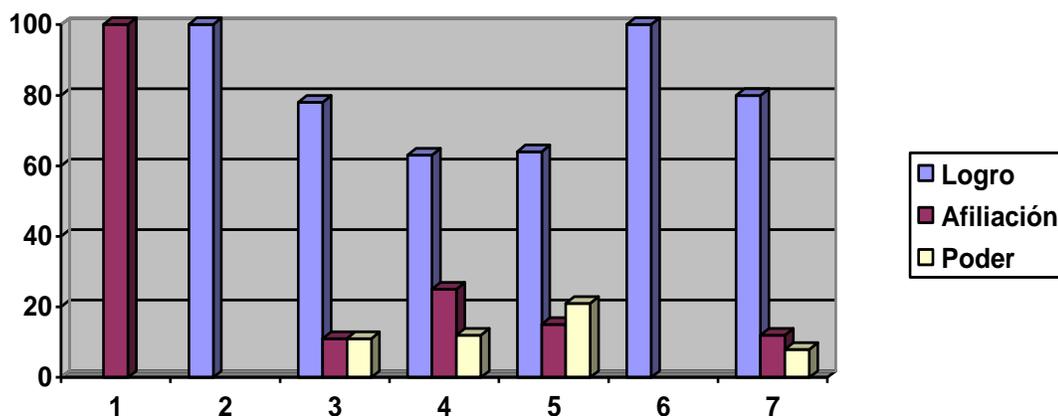
Al comparar la necesidad predominante con los años de servicio en la institución, observamos que en todos los grupos predominó la necesidad de logro. La necesidad de afiliación estuvo ausente en los grupos de los extremos, es decir, entre los menores de 1 y los mayores o iguales a 30 laborando en el hospital. El gráfico número 10 ilustra lo anteriormente señalado:

***Gráfico No 10: Necesidad predominante según años de servicio***



En casi todos los grupos laborales predominó la necesidad de logro, seguida por las necesidades de afiliación y poder; tal como se observa en el gráfico No. 11.

***Gráfico No 11: Necesidad predominante según grupos laborales***



A continuación, serán expuestos los resultados obtenidos en cada una de las necesidades predominantes:

**- RESULTADOS 2.1: Necesidad de Logro**

La necesidad de logro fue “predominante” en el 75% de los encuestados.

Según el estado civil, las máximas y medias encontradas fueron muy similares en los cuatro grupos. Sin embargo, la mínima más baja fue hallada en el grupo de los casados, como se puede apreciar en la siguiente tabla:

**Tabla No 14: Necesidad de Logro versus estado civil**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moda</b>
<b>Soltero (n=15)</b>	25	21	18	21
<b>Casado (n=44)</b>	25	22	17	21
<b>Divorciado (n=3)</b>	25	22	20	20
<b>Viudo (n=1)</b>	24	24	24	24

En cuanto a la condición laboral, tanto en los nombrados como en los contratados por locación de servicios, predominó la necesidad de logro con máximos iguales.

Sin embargo, el puntaje mínimo fue más bajo en el grupo de los contratados; tal como se puede observar en la tabla número 15:

**Tabla No 15: Logro versus condición laboral**

<b>CONDICION LABORAL</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moda</b>
<b>Nombrado (n=29)</b>	25	22	20	21
<b>Contratado (n=34)</b>	25	21	17	21

En relación al tiempo de servicio, la necesidad de logro predominó con puntajes mínimos más altos y prácticamente sin variar, entre los que laboran más de 6 años en la institución. Sin embargo, la media se mantuvo igual en todos los grupos, como podemos apreciar en la tabla número 16.

**Tabla No 16: Logro versus tiempo de servicio**

<b>TIEMPO DE SERVICIO</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moda</b>
<b>Menores de 1 año (n=7)</b>	25	22	17	23
<b>De 1 a 5 años (n=28)</b>	25	22	18	21
<b>De 6 a 10 años (n=7)</b>	23	22	20	22
<b>De 11 a 19 años (n=9)</b>	25	22	21	21
<b>De 20 a 29 años (n=6)</b>	24	22	20	24
<b>30 años o más (n=6)</b>	24	22	20	23

En cuanto a la edad, la necesidad de logro mostró el puntaje máximo más bajo entre los menores de 30 años. Mientras los mínimos fueron más altos a partir de quienes tienen más 40 años de edad, tal como se puede observar a continuación:

**Tabla No 17: Logro versus edad**

<b>EDAD</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moda</b>
<b>Menores de 30 (n=2)</b>	21	20	19	21
<b>De 30 a 39 años (n=31)</b>	25	22	17	20
<b>De 40 a 49 años (n=18)</b>	25	22	21	21
<b>De 50 a 59 años (n=6)</b>	24	22	20	20
<b>60 años o más (n=6)</b>	24	23	20	23

Al investigar la necesidad de logro en relación a los distintos grupos laborales, podemos observar que fue la necesidad predominante en todos los grupos de especialidades.

Puede apreciarse que en los grupos 3, 5 y 7, correspondientes a Medicina, Medicina especialidades y Pediatría, respectivamente, se encontraron los puntajes mínimos más bajos.

La información anterior se encuentra representada en la tabla número 18, presentada a continuación:

**Tabla No 18: Logro versus grupo laboral**

<b>GRUPO</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moda</b>
<b>1 (n=1)</b>	20	20	20	20
<b>2 (n=2)</b>	25	23	21	21
<b>3 (n=10)</b>	23	21	18	21
<b>4 (n=7)</b>	25	22	20	22
<b>5 (n=13)</b>	23	21	17	23
<b>6 (n=5)</b>	22	21	21	21
<b>7 (n=25)</b>	25	22	19	21

## **- RESULTADOS 2.2: Necesidad de Afiliación**

La necesidad de afiliación se encontró como necesidad predominante en el 14% de los participantes.

***Tabla No 19: Afiliación versus estado civil***

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moda</b>
<b>Soltero (n=15)</b>	23	17	12	16
<b>Casado (n=44)</b>	25	20	13	18
<b>Divorciado (n=3)</b>	23	21	17	23
<b>Viudo (n=1)</b>	20	20	20	20

En relación a la condición laboral, la necesidad afiliación fue muy similar en los médicos nombrados como en los contratados por locación de servicios. La tabla número 20 permite objetivarlo:

***Tabla No 20: Afiliación versus condición laboral***

<b>CONDICION LABORAL</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moda</b>
<b>Nombrado (n=29)</b>	25	20	13	20
<b>Contratado (n=34)</b>	24	18	12	18

En cuanto al tiempo de servicio, se encontró que la necesidad de afiliación presentaba puntajes máximos muy similares en casi todos los grupos. Sin embargo los puntajes mínimos mostraron ser mucho más bajos entre los que tenían menos de 6 años de servicio; y mayor en los que llevaban 30 años o más en la institución:

***Tabla No 21: Afiliación versus tiempo de servicio***

<b>TIEMPO DE SERVICIO</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moda</b>
<b>Menores de 1 año (n=7)</b>	23	18	13	16
<b>De 1 a 5 años (n=28)</b>	24	19	12	18
<b>De 6 a 10 años (n=7)</b>	23	18	15	15
<b>De 11 a 19 años (n=9)</b>	23	21	17	23
<b>De 20 a 29 años (n=6)</b>	25	20	16	19
<b>30 años o más (n=6)</b>	22	20	19	20

En relación a la edad, la necesidad de afiliación mostró mínimos más altos en aquellos con 60 o más años; siendo más baja, en mínimos y moda, entre los 30 y 39 años; tal como se puede apreciar a continuación:

**Tabla No 22: Afiliación versus edad**

<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moda</b>
<b>Menores de 30 (n=2)</b>	20	18	15	20
<b>De 30 a 39 años (n=31)</b>	23	18	12	18
<b>De 40 a 49 años (n=18)</b>	24	20	13	23
<b>De 50 a 59 años (n=6)</b>	25	21	16	24
<b>60 años o más (n=6)</b>	22	20	19	20

Según los siete grupos de especialidades, resulta de utilidad observar que el puntaje máximo más bajo se obtuvo en el grupo Ginecoobstetricia; mientras los máximos más altos fueron registrados en los grupos de Pediatría, Cirugía especialidades, y Medicina especialidades.

Del mismo modo, podemos señalar que el puntaje mínimo más bajo fue encontrado en los grupos de Pediatría y Medicina Especialidades, como se puede observar en la tabla No. 23.

**Tabla No 23: Afiliación versus grupo laboral**

<b>GRUPO</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moda</b>
<b>1 (n=1)</b>	19	19	19	19
<b>2 (n=2)</b>	21	18	13	13
<b>3 (n=10)</b>	23	19	16	18
<b>4 (n=7)</b>	24	21	15	23
<b>5 (n=13)</b>	24	19	13	18
<b>6 (n=5)</b>	20	18	16	16
<b>7 (n=25)</b>	25	19	12	20

**- RESULTADOS 2.3: Necesidad de Poder**

La necesidad poder fue encontrada como necesidad predominante en el 11% de los médicos participantes.

Los hallazgos según el estado civil, se señalan a continuación:

***Tabla No 24: Poder versus estado civil***

ESTADO CIVIL	Máximo	Media	Mínimo	Moda
<b>Soltero (n=15)</b>	24	19	12	17
<b>Casado (n=44)</b>	24	19	14	19
<b>Divorciado (n=3)</b>	15	14	11	15
<b>Viudo (n=1)</b>	19	19	19	19

La necesidad predominante de poder según la condición laboral, no mostró diferencias en puntajes máximos ni mínimos entre los nombrados y contratados, tal como se puede observar a continuación:

***Tabla No 25: Poder versus condición laboral***

CONDICION LABORAL	Máximo	Media	Mínimo	Moda
<b>Nombrado (n=29)</b>	23	19	11	19
<b>Contratado (n=34)</b>	24	19	12	16

En relación al tiempo de servicio, la necesidad de poder presentó máximas más bajas entre los que tienen 30 años o más en la institución. Los mínimos más altos se encontraron en los médicos que llevan trabajando en el hospital entre 6 a 10 años, como se aprecia a continuación:

***Tabla No 26: Poder versus tiempo de servicio***

TIEMPO DE SERVICIO	Máximo	Media	Mínimo	Moda
<b>Menores de 1 año (n=7)</b>	24	20	14	21
<b>De 1 a 5 años (n=28)</b>	24	19	12	18
<b>De 6 a 10 años (n=7)</b>	23	20	17	19
<b>De 11 a 19 años (n=9)</b>	23	17	11	17
<b>De 20 a 29 años (n=6)</b>	22	19	13	19
<b>30 años o más (n=6)</b>	20	18	14	18

En cuanto a la edad, la necesidad de poder obtuvo los máximos más bajos en quienes tienen 60 años o más. Mientras que el mínimo más alto estuvo entre los menores de 30 años:

**Tabla No 27: Poder versus edad**

<b>GRUPOS DE EDAD</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moda</b>
<b>Menores de 30 (n=2)</b>	22	19	17	18
<b>De 30 a 39 años (n=31)</b>	24	19	12	16
<b>De 40 a 49 años (n=18)</b>	23	19	11	19
<b>De 50 a 59 años (n=6)</b>	22	20	13	22
<b>60 años o más (n=6)</b>	19	18	14	19

En relación a los grupos de especialidades, podemos observar que el puntaje mínimo más alto estuvo presente entre los médicos del grupo de Cirugía especialidades, como se demuestra en la tabla número 28.

**Tabla No 28: Poder versus grupo laboral**

<b>GRUPO</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Moda</b>
<b>1 (n=1)</b>	14	14	14	14
<b>2 (n=2)</b>	24	20	16	16
<b>3 (n=10)</b>	23	19	14	17
<b>4 (n=7)</b>	23	21	19	19
<b>5 (n=13)</b>	23	18	12	17
<b>6 (n=5)</b>	21	18	16	17
<b>7 (n=25)</b>	24	18	11	18

## **ANALISIS E INTERPRETACION**

Los resultados obtenidos permiten observar que la motivación laboral en los médicos es mayoritariamente alta (95.2%), sin observarse niveles bajos de motivación laboral entre los participantes.

Si bien encontramos que algunos médicos se negaron a participar en el estudio, pudimos determinar mediante un interrogatorio, que dicha decisión no guardaba relación con la motivación laboral, sino con otros factores como: Deseo de modificar el cuestionario y/o diseño del estudio, descontento por no haber sido informados oportunamente por sus respectivos jefes, desconfianza o temor por el uso que se pudieran dar a los resultados obtenidos, pocas facilidades de los jefes para brindarles el tiempo necesario que se requería para la aplicación del cuestionario y desconocimiento de la utilidad de los resultados obtenidos. Por tanto, es posible afirmar que el alto grado de motivación laboral encontrado en el presente estudio es real y no debido a que los “que no participaron eran los no motivados”.

En relación a las variables demográficas, pudimos observar que si bien la motivación dio máximos más altos entre los solteros y casados, fueron ellos también los que mostraron los mínimos más bajos, proporcionando la mayor variabilidad en el grado de motivación encontrado. Sin embargo, el estado civil no demostró ser una variable con significancia estadística para la motivación laboral (1, 14).

En cuanto a la condición laboral, se pudo apreciar que los puntajes máximos de motivación fueron iguales; pero la media, la mínima y la moda fueron más altos en los nombrados, hallazgo explicable por las características laborales que afectan a los médicos contratados bajo la modalidad de contrato por locación de servicios (23, 25).

La motivación laboral mostró el puntaje máximo más bajo entre los que llevaban más de 30 años trabajando en la institución, hecho que pudiera explicarse por la rutina y porque quizás a determinada edad y después de varios años en la misma institución, la prioridad ya no sea lo vinculado al ambiente laboral, sobretodo en instituciones donde no se generan muchos cambios y donde aún no se aplican políticas dirigidas al desarrollo continuo de los recursos humanos, como es el caso del Hospital Loayza (24).

Cabe señalar que el mínimo más bajo en el grado de motivación laboral, fue encontrado entre los que tienen menos de un año en la institución; lo que se puede atribuir a que, por un lado, los médicos ingresan al hospital con expectativas que traen desde las aulas y que muchas veces no son saciadas al iniciarse en el trabajo asistencial (25).

De otro modo, y por acuerdo interno con las autoridades del hospital, los médicos contratados después de 2 años de servicio, tienen derecho a algunos beneficios laborales, como una bonificación adicional por el día de la madre o del padre, fiestas patrias y navidad, así como quince días de vacaciones al año.

Estas acciones parecen influir positivamente en la motivación laboral, no tanto por representar un beneficio económico, sino fundamentalmente porque existe un “reconocimiento” de la institución “a los médicos contratados”; haciéndolos sentir que su trabajo es valorado por la institución aunque por errores del sistema no puedan gozar de los mismos derechos laborales que los médicos nombrados.

Lo anterior sugiere que la aplicación de acciones de reconocimiento, mejora la motivación laboral (35).

Al analizar el grado de motivación según la edad, observamos que fue más alta y casi igual entre los que tenían de 30 a 59 años; es decir, que en los médicos del hospital, el alto grado de motivación permanece casi constante durante esos años, y prácticamente no cambia hasta determinada edad. Hallazgo que resulta muy favorable cuando el grado de motivación es medio y fundamentalmente alto (95,2%), como mostró éste estudio; y porque además, en muchos hospitales, tenemos un buen porcentaje de profesionales que superan los 50 años de edad.

Esta información descarta el paradigma de que la motivación laboral es inversamente proporcional a la edad, y que los profesionales con más años deben dar paso a los más jóvenes para optimizar el desempeño laboral, poniendo en evidencia la mayor eficiencia que muchas veces observamos en quienes tienen más edad (14, 21).

La motivación encontrada por grupos ocupacionales mostró máximos muy parecidos en todos los grupos. Es útil señalar que en los grupos de Medicina y Medicina Especialidades, encontramos los puntajes mínimos más bajos de motivación laboral; y los máximos más altos fueron encontrados en los grupos de Cirugía y Cirugía Especialidades, así como en el grupo de Pediatría.

Al aplicar el método de factores principales para datos categóricos, observamos que la edad y el tiempo de servicio fueron las variables que aportaron mayor peso al estudio, mostrando ser las más vinculadas al grado de motivación laboral. (24)

Con el mismo método, observamos también que la condición laboral de contratado por locación de servicios, interviene inversamente con el grado de motivación laboral, probablemente por razones que ya fueron expuestas anteriormente.

La segunda parte de los resultados muestra la información relacionada al tipo de necesidad predominante según la teoría de David McClelland. (1, 2).

Pudimos apreciar claramente y por amplia diferencia, que el logro fue la necesidad que imperó (75%), seguida por la de afiliación (14%) y poder (11%).

La necesidad de logro predominó en prácticamente todas las variables demográficas estudiadas: Edad, tiempo de servicio, condición laboral, estado civil, y grupo ocupacional.

Es útil recordar que en toda institución es muy importante que existan equitativamente, los 3 tipos de necesidades entre sus integrantes, si se desea alcanzar un “complemento laboral” y desarrollar el trabajo de manera más eficiente (17, 24).

Sin embargo, los resultados encontrados demuestran claramente una gran desproporción entre las necesidades predominantes de los médicos, hecho que resulta amenazador porque si casi todos están orientados a satisfacer un solo tipo de necesidad, se genera por un lado, mayor rivalidad; y por otro, se descuidan otras necesidades institucionales que no son cubiertas por el personal al no ser consideradas como prioritarias para la gran mayoría. Lo señalado puede dificultar la articulación entre las partes y el trabajo en equipo.

La reflexión anterior pudiera explicar por qué si casi todos los médicos del hospital se encuentran altamente motivados, esto no se traduce en mejores resultados; sino por el contrario, existe descontento, aislamiento, incumplimiento de horarios, realización del “mínimo esfuerzo”, falta de compromiso y poco cumplimiento de las metas institucionales; ya que para ello se requiere un complemento de necesidades entre los integrantes de la institución, que actualmente no existe en el hospital.

Del mismo modo, ésta desproporción de necesidades predominantes permite explicar por qué venimos observando en los últimos tiempos, cada quien se preocupa por alcanzar metas individuales, (capacitaciones, entrenamientos, funciones comerciales, administrativas o gerenciales, entre otras), anteponiendo “sus intereses” a los intereses del grupo y al alcance de los objetivos institucionales; probablemente debido a que el 75% tiene como predominante la necesidad de logro, y en ese sentido, es poco lo que se obtiene por parte de la institución. (17, 36)

Entonces, como se mencionó anteriormente, la insatisfacción laboral percibida, puede ser el resultado de que la institución por sí misma, no complace la necesidad de logro, desaprovechando el alto grado de motivación laboral que poseen sus médicos.

La información obtenida sirve también para reconocer que si se quiere motivar al personal, es necesario generar estrategias que satisfagan la necesidad de logro, encontrada altamente predominante, más que otras necesidades que no son aspiraciones de la mayoría. (17)

Por lo tanto, si analizamos este hallazgo en un sentido positivo, observaríamos que ésta información permite aplicar estrategias de forma más eficiente, ya que se pueden concentrar intervenciones orientadas a satisfacer una sola necesidad, y como ésta es tan elevada (75%), con una buena intervención se podría llegar a la mayoría de médicos, obteniendo los resultados esperados con un menor despliegue de recursos, que si tuviéramos que generar estrategias para satisfacer los 3 tipos de necesidades.

En cuanto a la necesidad de afiliación, pudimos observar una media y moda más altas en quienes tenían más años de servicio en la institución; hallazgo probablemente debido a que luego de tantos años laborando con las mismas personas, es inevitable que surjan lazos filiales entre sus integrantes. (1, 2, 4).

Por tanto, si deseamos complementar la necesidad de logro encontrada, sería útil integrar al personal de menor tiempo laboral, con quienes tienen más años en la institución, que son los que complementarían con la necesidad de afiliación, hecho que muchas veces no se toma en consideración. Peor aún, a menudo cuando se distribuyen horarios, funciones, trabajos, etc., se tiende a agrupar a las personas por grupos de edad, sin reconocer que al “mezclarlos”, tenemos la oportunidad de complementar necesidades individuales, entre otros tantos beneficios.

La necesidad de afiliación encontrada en quienes tienen más años de servicio en la institución, además de ser explicada por el simple hecho de tener un “mayor tiempo compartido en el hospital”, también puede atribuirse a circunstancias extra laborales. Así por ejemplo, muchos de los médicos que tienen más años de servicio pueden encontrarse viudos, o con hijos adultos, fuera del hogar o del país; esa carencia afectiva podría explicar por qué buscan satisfacer sus necesidades de afiliación en el ámbito laboral.

Otro hallazgo al investigar las necesidades predominantes, fue encontrar que la necesidad de afiliación por grupos de especialidades, mostró mínimo, media y moda más bajos en el grupo de cirugía, probablemente debido a que los cirujanos están impulsados más por las necesidades de logro y poder que por las de afiliación. (22)

La necesidad de poder fue encontrada en el 11% de los médicos, siendo más alta entre los que tenían menos edad y menos tiempo de servicio en la institución; condiciones probablemente explicadas porque en los médicos jóvenes y con menor tiempo de servicio, la necesidad de poder suele ser mayor, en comparación con quienes a través de los años han obtenido ya un reconocimiento y el poder secundario que éste conlleva.

La máxima, la media y la moda de la necesidad de poder por grupos de especialidades fue muy similar en todos los grupos.

Es útil mencionar que Cirugía Especialidades y Pediatría mostraron mayor variabilidad en relación a la necesidad de poder, ya que así como contaron con máximos elevados, también tuvieron los mínimos más bajos.

Este hallazgo que muestra la heterogeneidad de la necesidad de poder en dichos grupos ocupacionales, debería considerarse cuando se desean realizar actividades que satisfagan la necesidad de poder, ya que existirían un buen número de integrantes que no se sentirán interesados en ellas. (37, 38).

## **CONCLUSIONES**

- 1.- El grado de motivación laboral de los médicos que participaron en el estudio fue alto en el 95.2% y medio en el 4.8%. Ninguno de los encuestados mostró un bajo grado de motivación laboral.
  
- 2.- El alto grado de motivación laboral encontrado, no se modifica con la edad, ni con los años de servicio en la institución.
  
- 3.- La condición laboral de contrato por locación de servicio influye negativamente en el grado de motivación laboral, en quienes tienen menos de un año laborando en la institución
  
- 4.- Los grupos de Medicina y Medicina Especialidades, tienen los puntajes mínimos más bajos de motivación laboral. Por el contrario, los máximos más altos fueron encontrados en los grupos de Cirugía, Cirugía Especialidades y Pediatría.
  
- 5.- Las tres necesidades predominantes según McClelland, demostraron ser muy desiguales; siendo ampliamente la más frecuente la necesidad de logro (75%), seguida por la de afiliación (14%), y poder (11%).
  
- 6.- La necesidad de afiliación, tiene valores de media y moda más altas en quienes poseen más años de servicio en la institución.
  
- 7.- En el grupo de Cirugía se encuentran los valores de mínima, media y moda más bajos en relación a la necesidad de afiliación.
  
- 8.- La necesidad de poder fue predominante en el 11% de los participantes, siendo más alta entre los que tienen menos edad y menos tiempo de servicio en la institución.
  
- 9.- Los grupos de Cirugía Especialidades y Pediatría tienen mayor variabilidad en relación a la necesidad de poder.

## **RECOMENDACIONES**

- 1.- Promover la participación activa de todos los médicos del hospital en actividades intra y extra asistenciales de la institución.
- 2.- Satisfacer la necesidad predominante de logro, generando acciones que permitan utilizarla como una valiosa herramienta para alcanzar los objetivos institucionales con mayor eficiencia.
- 3.- Valorar y reconocer a los profesionales de mayor edad y con más tiempo de servicio, recordando que ellos muestran el mismo alto grado de motivación que los profesionales jóvenes.
- 4.- Disminuir o eliminar los compartimentos estancos por tiempo de servicio, ya que en todos los grupos existe un alto grado de motivación laboral, con diferentes necesidades predominantes.
- 5.- Crear programas orientados a incrementar la motivación del personal contratado por locación de servicios, fundamentalmente en base a la satisfacción de necesidades de logro y poder.
- 6.- Motivar al personal de cada grupo ocupacional, con acciones directas de acuerdo a sus necesidades predominantes.
- 7.- Considerar la variabilidad encontrada en los grupos ocupacionales en relación a las necesidades de logro, poder y afiliación, para aplicar intervenciones y estimular la motivación laboral.
- 8.- Satisfacer la elevada necesidad de logro encontrada, con programas de capacitación, docencia, investigaciones, proyectos de inversión, etc.; como recompensa a quien “produce más”, “cumple mejor”, “es más puntual”, “brinda atención de mejor calidad”, etc.
- 9.- Emplear los resultados de la investigación para entender el comportamiento de nuestros médicos, y visualizarlos como personas que buscan satisfacer sus necesidades de logro muchas veces fuera de la institución, para compensar una necesidad que no ha sido observada por las autoridades, y por ende insatisfecha dentro de la institución.
- 10.- Involucrar al personal en la toma de decisiones, mantenerlo informado, escuchar sus opiniones y mostrar una actitud de diálogo permanente, dado que son factores que como vimos en el estudio pueden incrementar la “tasa de no respuesta” a los objetivos planteados.

## **ANEXOS**

**ANEXO No. 1: ENCUESTA DE MOTIVACION LABORAL Y TIPO DE  
NECESIDAD PREDOMINANTE**



**Facultad de Medicina Humana Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Hospital Nacional Arzobispo Loayza**

**Estudio de Motivación Laboral**

*La presente encuesta tiene por finalidad conocer la motivación laboral de los médicos que trabajamos en el HNAL. Cuenta con el conocimiento y la autorización de la Dirección General del Hospital, de la Oficina de Capacitación, y de los Jefes de los diferentes Departamentos. Agradecemos anticipadamente su colaboración y sinceridad al responder.*

Edad: ..... Estado Civil: ..... Especialidad: .....

Servicio y Departamento donde labora: .....

Condición laboral: Nombrado ..... Contratado ..... Tiempo de Servicio: .....años

Cargo(s) que desempeña: .....

Lugar donde realizó sus estudios de: Pre grado .....  
y Post grado .....

Realiza Docencia Universitaria: No: ..... Si: ....., dónde: .....

Indique si Coincide (5) o Discrepa (1) con cada una de las siguientes afirmaciones usando la escala numérica del 1 al 5:

	1	2	3	4	5
1. Intento mejorar mi desempeño laboral					
2. Me gusta trabajar en competición y ganar					
3. A menudo me encuentro hablando con otras personas del hospital sobre temas que no forman parte del trabajo					
4. Me gusta trabajar en situaciones difíciles y desafiantes					
5. Me gusta trabajar en situaciones de estrés y presión					
6. Me gusta estar en compañía de otras personas que laboran en el hospital					
7. Me gusta ser programado(a) en tareas complejas					
8. Confronto a la gente con quien estoy en desacuerdo					
9. Tiendo a construir relaciones cercanas con los compañeros(as) de trabajo					
10. Me gusta fijar y alcanzar metas realistas					
11. Me gusta influenciar a la gente para conseguir mi objetivo					
12. Me gusta pertenecer a los grupos y organizaciones					
13. Disfruto con la satisfacción de terminar una tarea difícil					
14. Frecuentemente me esfuerzo por tener más control sobre los acontecimientos o hechos que me rodean					
15. Prefiero trabajar con otras personas más que trabajar solo(a)					

## **ANEXO No. 2: GUIA DEL ENCUESTADOR**

Para cumplir con los objetivos del estudio, siga las indicaciones que a continuación se mencionan. Su adecuada participación es vital para el trabajo que deseamos realizar.

- 1.- Acuda puntualmente a las reuniones de coordinación y a los días programados para el levantamiento de la información.
- 2.- Vista ropa limpia y ordenada.
- 3.- Porte la identificación proporcionada por la investigadora, en un lugar visible.
- 4.- Ubíquese en el área que se le asignó para el levantamiento de la información, según la distribución y la visita guiada, realizadas con la investigadora.
- 5.- Salude cortésmente y preséntese con el encuestado. Recuerde que el abordaje debe ser individual, por lo tanto, espere que el encuestado se encuentre sólo.
- 6.- Explique de forma clara y sucinta el estudio a realizar.
- 7.- Invite al médico a participar en el estudio, enfatizando la importancia que tiene su opinión para los objetivos de la investigación.
- 8.- Al aceptar participar, solicítele los datos demográficos incluidos en la encuesta, y anótelos en dicho instrumento con letra legible y en scrip.
- 9.- Formule la primera pregunta, léale las alternativas de respuesta, y anote la respuesta escogida por el participante sin emitir opinión o gesto alguno. Sólo se debe escoger una respuesta por pregunta.
- 10.- Después de obtener una respuesta, pase a la siguiente pregunta siguiendo las mismas indicaciones precisadas en el número anterior. Recuerde que todas las preguntas deben ser contestadas.
- 11.- Al finalizar la encuesta, agrádezcalle por su participación y despídase gentilmente.

### **\* SITUACIONES ESPECIALES:**

- 1.- Si no aceptan participar: Agradezca cortésmente por el tiempo y la atención proporcionados.
- 2.- Si intentan modificar el cuestionario: Agradezca por las sugerencias, anótelas en un papel aparte, y mencione que serán consideradas en un próximo estudio porque el cuestionario actual no puede ser modificado.

3.- Si no desean identificarse: Explíquese que el estudio no es punitivo y que es necesario contar con la identificación de los encuestados para llevar un adecuado sistema de registro. De persistir negándose a ser identificado, agrádezcale cortésmente por el tiempo y la atención proporcionados.

4.- En caso de dudas y/o de encontrar cualquier tipo de inconveniente, diríjase al teléfono interno más cercano, salude cortésmente al personal, muestre su identificación, solicite que le presten el teléfono y comuníquese inmediatamente con la investigadora (Dra. América Chang), al anexo 442.

### **ANEXO No. 3: LIMITACIONES ENCONTRADAS DURANTE LA INVESTIGACIÓN**

1.- Los jefes de áreas no participaron a sus médicos sobre el estudio a realizar; lo que durante la reunión informativa y de coordinación que sostuve con cada uno de ellos se comprometieron a efectuar, expresando su total aceptación y colaboración a la investigación planteada.

Debo manifestar que la cantidad total de médicos que laboran en el hospital (351), dificultó que personalmente me comunicara con ellos. Por tal motivo y con la finalidad de eliminar sesgos que pudieran interferir en las respuestas obtenidas, conversé con los jefes de áreas para que fueran ellos los que informaran al personal a su cargo.

La falta de comunicación de los jefes de áreas, originó que los médicos se sintieran extrañados con la encuesta, y algunos de ellos pensaron que se les trataba de “sorprender con un cuestionario que desconocían para qué sería utilizado”, mostrando así su negativa a participar en el estudio.

2.- Dado que no estaban enterados de la investigación, los encuestadores empleaban demasiado tiempo en informar a los médicos, hecho que los desalentaba a colaborar.

3.- La mayoría de médicos no eran conscientes de que constituían la “población en estudio”, y abordaban la investigación como un trabajo en donde querían opinar, modificar el diseño y/o sugerir variantes que no les habían sido solicitadas.

De modo que, cuando se les invitaba a participar en la resolución del cuestionario se negaban a responder, ya sea porque sus recomendaciones no habían sido aceptadas, o porque el tiempo empleado hasta ese momento, durante la información y la exposición de sus opiniones, ya había sido demasiado.

4.- Como el abordaje del encuestador era individualizado y el estudio pretendía conocer la motivación laboral de los médicos, muchos de ellos aprovechaban la oportunidad para exteriorizar su opinión sobre la situación de salud en el país, o sobre la gestión actual del hospital, con lo cual se desviaban del tema de investigación y el tiempo transcurría en una especie de “catarsis”, donde incluso otras personas se añadían a la conversación; finalmente se retiraban sin responder la encuesta, porque el tiempo empleado durante la conversación se había prolongado y debían acudir a sus labores.

5.- Dadas las dificultades para acceder a los médicos que laboran en áreas restringidas, (como anestesiología, cuidados intensivos, emergencia, radiología, sala de

operaciones, etc.), se consideró por conveniente abordarlos en los puntos de ingreso o en los lugares donde acostumbran a firmar su asistencia.

Sin embargo, la mayoría de ellos entraban y salían acompañados de otros profesionales o de visitantes médicos, sin que los encuestadores tuvieran la posibilidad de abordarlos individualmente e invitarles a participar en el estudio.

6.- Habían quienes aceptaban responder la encuesta pero no deseaban identificarse, imposibilitando un adecuado registro de los participantes.

El carecer de un sistema de registro, generaba dificultades para el levantamiento de la información, ya que, cuando a algún médico se le invitaba a colaborar, argumentaba que “ya lo había hecho”; o por el contrario, otros deseaban participar más de una vez, alterando en ambas situaciones, los resultados obtenidos.

Para superar este problema, empleamos unos códigos que nos permitieron tener un sistema de registro mediante el cual garantizamos la privacidad de los encuestados para responder el instrumento, sin el riesgo de duplicar la información de un mismo participante.

7.- La necesidad de aplicar las encuestas de manera individualizada, a la hora de ingreso y en un periodo de tiempo no mayor a siete días, tal como se explicó en Material y Métodos, imposibilitó el empleo de otro método distinto a la selección no probabilística de voluntarios.

## ANEXO No. 5: De la Sustentación



De der a izq: Dr. Juan Matzumura Kasano (Miembro del Jurado), Dr. Hernán Vildózola Gonzáles (Asesor de la Tesis y miembro del Jurado), Dr. César Guzmán Vargas (Presidente del Jurado), Mg. Ronald Ayala Mendivil (Miembro del Jurado), Mg. José Del Carmen Sara (Miembro del Jurado),



De der a izq: Mg. José Del Carmen Sara (Miembro del Jurado), Dr. César Guzmán Vargas (Presidente del Jurado), América Chang Yui (Tesis), Dr Hernán Vildózola Gonzáles (Asesor de la Tesis y miembro del Jurado), Mg. Ronald Ayala Mendivil (Miembro del Jurado)





## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.- McClelland, DC. Estudio de la Motivación Humana. Madrid, Nancea. 1989.
- 2.- R.J. Aguado. Teorías de la Motivación. Aspectos sobre el comportamiento humano en las organizaciones. 1997.
- 3.- Lussier, Homewood, IL. Richard, D. Irwin. Human Relations in Organizations: A Skill Building Approach. R.N., p.120, 1990.
- 4.- Bellows, Roger M. La gestión de la motivación de los empleados. 2001.
- 5.- OMS/OPS. Las reformas sectoriales y su impacto sobre los recursos humanos y la gestión del trabajo en salud. Nov. 1999.
- 6.- Laura Trinidad Olivero. Motivación. Psicóloga Clínica. Buenos Aires, Argentina. 1997.
- 7.- René J. Mc Graw Hill Motivación. México. 1996.
- 8.- Walter Arana Mayorca, Motivación Psicología organizacional. Argentina. 1,997.
- 9.- Amílcar Ríos Reyes. Cultura Organizacional. Argentina. 2001.
- 10.- Sonia Palma Carrillo. Motivación y Clima laboral en personal de entidades universitarias. Lima, Perú. 1999.
- 11.- Jorge Moreno. La Motivación frente a una actividad física. España. 2002.
- 12.- Percy López, J.J. Teoría de la motivación. 1979.
- 13.- Motivación y satisfacción laboral. Javier A. Dovin, Claudio Bustos, Rosa Gayó, Mauricio Jarpa. 2000.
- 14.- Tratado de sociología del trabajo. Fondo de cultura económica. México D.F. 1971.  
Mecanismos de motivación profesional del médico de hospital. M. Bruguera 1999.
- 15.- <http://www3.uji.es/~agrandio/tesis/Te0.htm>
- 16.- <http://www.avantel.net/~rjaguado/McClelland1.pdf>
- 17.- Naylin, Randal D.: "Satisfacer las necesidades de los empleados: clave de la motivación" en A. Dale Timpe: <<Motivación del Personal>>. Plaza&Janes, Barcelona 1989.
- 18.- Hanna, D. Diseño de Organizaciones para la Excelencia en el Desempeño. U.S.A.: Addison Wesley Iberoamericana. 1992
- 19.- Ciampa, D. Calidad Total. U.S.A.: Addison Wesley Iberoamericana. 1993.
- 20.- Farro, F. Gerencia de Centros Educativos: Hacia la calidad total. Lima: Centro de Proyección Cristiana. 1995.
- 21.- González Rey, Fernando L.: La personalidad, su educación y desarrollo. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1989.
- 22.- Alvarez B. M del Carmen. Motivación laboral en un servicio de urgencias hospitalario. Enfermería Clínica. 2003 Ene;13(1):16 - 25. España. 2003.
- 23.- Brunet L. El Clima de Trabajo en las Organizaciones: Definiciones, diagnóstico y consecuencias. México: Editorial Trillas. 1999.
- 24.- Flórez, J. El Comportamiento Humano en las Organizaciones. Perú: U. Pacífico. 1992.
- 25.- Palma, S. Aspectos psicológicos del Clima Laboral. Texto IX Titulación Profesional Extraordinaria. Lima: U.N.M.S.M. 1999.

- 26.- Palma, S. Elaboración y Validación de una Escala de Satisfacción Laboral en trabajadores de Lima Metropolitana. Revista Teoría e Investigación en Psicología, Vol. IX, Nº 1, Lima: Fac. Psicología URP. 1999.
- 27.- SOPEGESSA. Estudio Diagnóstico de la Cultura Organizacional en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú. 2003.
- 28.- Mormontoy. Metodología de la Investigación. Lima, Perú, 1996.
- 29.- Steers, R. y Braunstein, D. A behaviorally Based Measure of Manifest Needs in Work Settings. Journal of Vocational Behaviour, Vol. II. October 1976, p.254. USA. 1976.
- 30.- Rego Armenio, Leite Emanuel. "Motivos de sucesso, afiliação e poder: Um estudo de validação do constructo no Brasil". Estudos de Psicologia, 8(1), 185-191. Brasil, 2003.
- 31.- Benzécri y cols, L'Analyse des Données II. L'Analyse des Correspondances. Ed. Dunod, París. 1976.
- 32.- Lebard, Morreau y Tabard. Techniques de la Description statistique. Ed. Dunod, París. 1977.
- 33.- Manuel Salvador Figueras. Introducción al Análisis Multivariante. España. 2000
- 34.- Grim, L. and Yarnold, P.R. Reading and understanding multivariate statistics. American Psychological Association. Washington D.C. 1994
- 35.- Friederick Herzberg. Una vez más, ¿Cómo motivar a sus empleados?. 1982
- 36.- Weisinger, H.; La inteligencia emocional en el trabajo. Javier Vergara Editor, Buenos Aires, 1998, p. 14.
- 37.- Weisinger H.: La inteligencia Emocional en el trabajo. Ed. Javier Vergara Editor Buenos Aires, 1998.
- 38.- Aquino J., Vola R., Arecco M., Aquino G.: Recursos Humanos. Ed, Macchi, Buenos Aires, 1996
- 39.- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. Análisis Multivariante. 5ª Edición. Prentice Hall. 1999.
- 40.- Martínez Arias, R. El Análisis Multivariante en la Investigación Científica. Cuadernos de Estadística. Editorial La Muralla. 2000.
- 41.- Álvarez L, Fernández L. El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; 11:257-265. 1991.
- 42.- Cuevas P., O'Ferrall C, Gavira C, Crespo J. Estrés, apoyo social y salud mental en enfermeros de un hospital general: resultados de una investigación. Enfermería Científica; 202:74-76. 1999.
- 43.- Clark A., Oswald A. and Warr P.: Is job satisfaction u-shaped in age? Journal of occupational and organizational psychology; p57-81 1996.
- 44.- Cuesta Santos, Armando: La Organización del Trabajo y Psicología Social. La Habana: Editorial Ciencias Sociales, 1990.
- 45.- Henneman y Otros. Administración de los Recursos Humanos. México: Ed. Cecs. 1991
- 46.- Litwin, G. y Stringer en Kolb, D. Psicología de las Organizaciones México: Prentice Hall. 1980.
- 47.- Palma, S. Motivación y Desempeño Laboral. Separata Fac. Psicología URP. Lima. 1998.
- 48.- Robbins, Stephen Comportamiento Organizacional (8va. Edición) Edo. de México Pearson. 1999.

- 49.- Reynaldo Tubán Félix. Medición del Clima laboral en las organizaciones. 2002
- 50.- Goleman, D.: Emotional Intelligence. Nueva York: Bantam, 1995.
- 51.- White T. Gestión clínica. Manual para médicos, enfermeras y personal sanitario. Ed. Masson Barcelona. 1997.
- 52.- Asenjo M.A. La clave de la gestión hospitalaria Gestión 2000. Barcelona 1999.
- 53.- Martín Nizama Valladolid. Es preocupante la salud mental de recurso humano del sector. Gestión Médica, junio 2002
- 54.- Arias G.F. Mc Graw Hill. Administración de personal. México. 1996
- 55.- Goleman, D. La Inteligencia Emocional. Por qué es más importante que el cociente intelectual. Javier Vergara Editor, Buenos Aires, 1996. (la edición en inglés fue e 1995).
- 56.- Goleman, D. La práctica de la inteligencia emocional. Editorial Kairós, Barcelona, 1999, p. 430.
- 57.- Cooper, R.K.; Sawaf, A.; La inteligencia emocional aplicada al liderazgo y a las organizaciones. Editorial Norma, Barcelona, p. 24.
- 58.- Ryback, D.; EQ. Trabaje con su inteligencia emocional. Los factores emocionales al servicio de la gestión empresarial y el liderazgo efectivo. EDAF, Madrid, 1998, pp. 23-24.
- 59.- Prokopenko, J.J. (1989). Experiencia de los Países Capitalistas Desarrollados en la preparación de Cuadros de Dirección. (Traducido del ruso de material editado por el Instituto Internacional de Investigaciones Científicas de Problemas de Dirección, Moscú, 1989). Publicado en la Serie del CETED, junio de 1990.
- 60.- Robbins, S. P. Comportamiento organizacional. Conceptos, Controversias. Aplicaciones. Octava Edición. Prentice Hall Hispanoamericana S.A., México, 1999.
- 61.- Majaro, S.; Cómo generar ideas para generar beneficios. La brecha creativa. Ediciones Granica, Buenos Aires, 1988.
- 62.- Villagómez Amezcua María y cols. Satisfacción laboral en médicos a seis años de distancia. Rev Med IMSS 2003; 41 (5): 399-405.