

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey  
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud



**“Efectos del Programa Bienestar sobre el Síndrome del  
Desgaste Profesional y su relación con la percepción de la  
Calidad de la Atención otorgada por Residentes del Programa  
Multicéntrico del Instituto Tecnológico de Monterrey – SSNL”**

presentada por

**Silvia Elvira Piña Castro**

para obtener el grado de:

Especialista de Calidad de la Atención Clínica

Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud - Secretaría de

Salud del Estado de Nuevo León

Monterrey, Nuevo León a 13 de noviembre de 2020

## **Dedicatoria**

A Dios por acompañarme en cada momento.

A mis padres que me han apoyado desde el día uno que decidí emprender esta aventura y que han sido el motor para seguir adelante con una gran sonrisa viviendo la vida al máximo.

A mi hermano que ha sido mi compañero fiel y en quien puedo confiar con los ojos cerrados.

A Ricardo que desde el inicio de esta aventura llamada residencia no ha dejado de ser mi apoyo incondicional y gran amor.

A Alberto Flores por su apoyo desde el día que llegue a esta nueva ciudad y tratarme como familia.

A toda mi familia que aun a kilómetros siento su apoyo y cariño.

A mis amigos los que nunca me han dejado caer y siempre han estado para mí.

A mis compañeros, ex compañeros y colegas de la residencia que me ayudaron en completar con éxito este proyecto.

A cada personal de salud que ha presentado este síndrome.

## **Agradecimientos**

A mis asesores,

Dra. Mary Ana Cordero, por su paciencia y apertura para compartir sus conocimientos durante estos años, gracias por innovar y no quitar el dedo del renglón para que el personal de salud no presente este síndrome.

Dra. Karla Pacheco, por su apoyo y guía en este trabajo, al igual, por todo lo brindado durante la residencia.

Lic. Jos Juan Góngora, por su extrema paciencia, tips y asesoría para poder cumplir con este proyecto. Nunca olvidaré sus experiencias compartidas conmigo.

Dr. Noé Pérez, por su perseverancia y guía para realizar este trabajo.

## **Glosario**

**Actividades Laborales:** es el conjunto de actividades que realiza dentro de una jornada laboral.

**Evento Adverso:** Error no intencionado, derivado del proceso de atención.

**Incidente:** acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó como consecuencia del azar, la prevención o la mitigación de la misma.

**Sede hospitalaria:** Organización en la cual el residente realiza su práctica clínica

### **Siglas**

**SDP:** Síndrome de Desgaste Profesional

**MBI:** Maslach Burnout Inventory

**WBI:** Well-Being Index

**IBEAS:** Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos

**EARA:** Eventos Adversos Relacionados a la Asistencia Sanitaria

**IOM:** Institute of Medicine

**INPSASEL:** Instituto de Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales

## Tabla de contenido

Resumen.....	1
Capítulo 1- Planteamiento del problema.....	3
1.1 Antecedentes .....	3
1.2 Planteamiento del problema .....	5
1.3 Objetivos de la investigación.....	8
1.3.1 Pregunta de investigación .....	8
1.3.2 Objetivo Principal.....	9
1.3.3 Objetivos Secundarios .....	9
1.3.4 Hipótesis Nula.....	9
1.3.5 Hipótesis alterna .....	10
1.4 Justificación.....	11
1.5 Alcance del estudio .....	12
1.5.1 Población .....	12
1.5.2 Tiempo .....	13
1.5.3 Limitaciones del estudio .....	13
Capítulo 2- Marco Teórico.....	15
2.1 Calidad de la Atención Médica y su relación con los eventos adversos .....	15
2.2 Síndrome del desgaste profesional .....	20
2.2.1 Síndrome de Desgaste Profesional como factor psicosocial .....	23
2.3 Intervenciones para disminución del Síndrome de Desgaste Profesional... ..	27
2.3.1. Factores que influyen en el Síndrome de Desgaste Profesional .....	32
2.4 Efectos del Síndrome de Desgaste Profesional y la calidad de la atención. ..	33
Capítulo 3- Metodología .....	38
3.1 Diseño del estudio .....	38

3.2 Población .....	38
3.3 Criterios de inclusión.....	39
3.4 Criterios de exclusión .....	39
3.5 Instrumento de medición .....	40
3.6 Técnica .....	41
3.7 Procedimiento.....	42
3.8 Lugar donde se realizó la tesis .....	43
3.9 Cronograma de actividades .....	44
3.10 Variables.....	44
3.11 Cuadro de variables .....	45
3.11 Estrategia de análisis de datos .....	48
3.11.1 Métodos y modelo de análisis de los datos.....	48
3.11.2 Programas para utilizar en el análisis de los datos.....	49
Capítulo 4- Resultados .....	51
4.1. Análisis Descriptivo .....	51
4.1.1. Datos demográficos .....	51
4.1.2. Asistencia a Programa de Bienestar.....	54
4.2. Resultados del Síndrome de Desgaste Profesional.....	56
4.2.2. Síndrome de Desgaste Profesional relacionado con Calidad.....	60
Capítulo 5- Análisis y discusión de resultados .....	66
5.1 Limitaciones del estudio.....	67
5.2 Recomendaciones .....	68
Capítulo 6- Conclusión .....	70
Referencias.....	72
Anexos .....	78

### Índice de tablas

<b>Tabla 1</b> Dimensiones y puntuación para la evaluación de la presencia de Síndrome de Desgaste Profesional.....	40
<b>Tabla 2.</b> Tabla de variables dentro del estudio.....	45
<b>Tabla 3.</b> Distribución de características sociodemográficas periodo agosto 2019 - agosto 2020.....	53
<b>Tabla 4.</b> Distribución de las especialidades por primera muestra y segunda muestra en periodo de agosto 2019 – agosto 2020.....	54
<b>Tabla 5.</b> Distribución de la asistencia por especialidad troncal al Programa Bienestar en el periodo febrero- agosto 2019 .....	55
<b>Tabla 6.</b> Distribución de la asistencia por especialidad troncal al Programa Bienestar en el periodo febrero 2020- agosto 2020 .....	56
<b>Tabla 7.</b> Síndrome de Desgaste Profesional y su relación con la primera medición y segunda medición.....	57
<b>Tabla 8.</b> Agotamiento emocional y su relación con la categoría por niveles dividido por grupo antes y después de la intervención.....	57
<b>Tabla 9.</b> Despersonalización y su relación con la categoría por niveles dividido por grupo antes y después de la intervención.....	58

<b>Tabla 10.</b> Realización personal y su relación con la categoría por niveles dividido por grupo antes y después de la intervención. ....	59
<b>Tabla 11.</b> Comparación de medias entre la primera medición y segunda medición.....	59
<b>Tabla 12.</b> Participación en un error en atención de un paciente en relación con Síndrome de Desgaste Profesional. ....	60
<b>Tabla 13.</b> Presenciado un error en atención de un paciente en relación con Síndrome de Desgaste Profesional. ....	61
<b>Tabla 14.</b> Distribución de la autopercepción de las causas del error en la atención.....	62
<b>Tabla 15.</b> Distribución de la autopercepción de causas del error con su relación en el Síndrome de Desgaste Profesional.....	63
<b>Tabla 16.</b> Comparación de medias de la autopercepción de las causas del error en las dos mediciones .....	64

### Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Cronograma de actividades .....	44
<b>Figura 2.</b> Porcentaje de cumplimiento por especialidad en la primera y segunda medición del estudio. ....	52



## Resumen

**Problema:** El Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) consiste en un proceso de pérdida lenta, pero considerable, el compromiso y la implicación personal de la tarea que realiza. Esta disminución relevante puede ocurrir en todos los ámbitos de actividades de una persona, aunque se ha estudiado preferentemente en el campo de las profesiones asistenciales, al igual, se han realizado estudios donde se relaciona el SDP con la calidad de la atención otorgada con los pacientes llevándolos a eventos adversos. **Participantes:** El estudio se realizó con los Residentes de primer año de las especialidades troncales del Programa Multicéntrico del Tecnológico de Monterrey SSNL. **Método de estudio:** El método de estudio que se utilizó fue una comparación de dos grupos (pre y post) para conocer si el Programa de Bienestar del Tecnológico de Monterrey influyó en la disminución del SDP, al igual, se buscó la relación del SDP con la calidad de atención otorgada. **Descubrimientos:** Dentro de los descubrimientos fue que no se encontró evidencia de la intervención con el Programa de Bienestar para el SDP de manera global, solo se encontró disminución en la categoría de Agotamiento Emocional. **Conclusiones:** Dentro de las conclusiones es que se pudiera buscar una intervención dirigida dependiendo de la necesidad de los residentes. **Aplicaciones:** Las aplicaciones de este estudio es dar evidencia científica para realizar intervenciones dirigidas en las categorías del SDP y así poder buscar una mejor calidad de atención otorgada en sus actividades.

# **Capítulo 1**

## **Planteamiento del problema**

# Capítulo 1- Planteamiento del problema

## 1.1 Antecedentes

Los médicos en formación en México, desde estudiantes hasta residentes de alguna especialidad, son asignados a jornadas de trabajo muy amplias, lo que conlleva horas limitadas de sueño y carga excesiva de trabajo. También es importante tomar en cuenta el factor distancia, ya que la mayoría de los residentes necesitan mudarse a otro estado para poder realizar sus actividades académicas (López A., González F., Morales M. y Espinoza, C., 2007).

Estas situaciones influyen de manera negativa en el bienestar del médico en formación, pudiendo afectar en la calidad y seguridad de los pacientes. Otros factores que se afectan, que son importantes de mencionar son la deserción del programa académico, el bajo rendimiento escolar y hasta ideación suicida (López et al., 2007).

El Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) consiste en un proceso de pérdida lenta, pero considerable, del compromiso y la implicación personal de la tarea que realiza. Esta disminución relevante puede ocurrir en todos los ámbitos de actividades de una persona, aunque se ha estudiado preferentemente en el campo de las profesiones asistenciales. En el año 1981, Maslach y Jackson definen el Síndrome de Desgaste Profesional mediante un cuestionario llamado “Maslach Burnout Inventory” (MBI) el cual es un síndrome caracterizado por el cansancio emocional, despersonalización y la falta de realización personal y profesional (Moreno B., González J., Garrosa E., 2001).

Otra herramienta de evaluación para conocer el SDP enfocado a personal de salud es el Índice de Bienestar de la Clínica Mayo (Well-Being Index, WBI) el cual es una herramienta validada que ayuda en detectar fatiga, depresión, SDP, ansiedad/estrés y la calidad de vida y mental en médicos. La presencia de lo anterior descrito presenta unas consecuencias personales y profesionales que pueden ser devastadoras, al igual que las institucionales, pues al final del círculo vicioso se afecta la calidad de atención que se otorga al paciente y a sus familiares. Un médico insatisfecho o desgastado podría otorgar sólo atención médica limitada y distante. (Dyrbye, L., Satele, D., Sloan, J., and Shanafelt, T., 2014).

Un estudio realizado en el Instituto Federico Gómez, por Richardson-López Collada en 2006, identificó las siguientes situaciones como los principales factores de estrés laboral en los médicos residentes: jornadas de más de 24 horas, maltrato emocional durante sus actividades, instalaciones inadecuadas, carencia de materiales y equipo médico, así como la presencia de trámites y situaciones llenas de burocracia. Otro tipo de factores personales son el género, experiencia y antecedentes laborales.

Los programas de residencias de especialidad médica constituyen una estrategia fundamental para la garanticen al máximo la seguridad del paciente. Estudios internacionales han reportado que durante los periodos de entrenamiento clínico los indicadores de calidad en la atención y seguridad del paciente, así como los de bienestar personal de los médicos residentes, pueden sufrir un detrimento si se presenta un ambiente altamente demandante u hostil de enseñanza-aprendizaje clínico (Dyrbye et al., 2014).

En la última década como alternativa de intervención ante este fenómeno se han diseñado e implementado a nivel internacional programas para fortalecer los ambientes de

entrenamiento clínico y programas para promover el autocuidado y el bienestar personal de los médicos residentes. Se espera impactar con ellos favorablemente en la calidad de la atención y seguridad del paciente, así como en los resultados del aprendizaje y el profesionalismo (Dyrbye et al., 2014)

El Programa de Bienestar para Médicos Residentes del Programa Multicéntrico de la Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey, es el primero en su tipo en México; y su propósito es mejorar el bienestar de los residentes, educándolos sobre su bienestar y su relación con el profesionalismo. (Cordero, MA, Guerra, D, Félix, C, Dávila, JA., 2017). Dicho programa consiste en la promoción de diferentes actividades y asistencia de éstas. Las actividades que se les realiza promoción son: (1) Sesiones de asesoría y consejería por medio de la psicóloga del campus, (2) Sesiones del Programa de Mentoreo de Posgrado, (3) Grupo Balint, (4) Sesiones del Instituto de Bienestar Integral, (5) facilitar la herramienta de Wellness Index y (6) Sesiones grupales de Bienestar.

## **1.2 Planteamiento del problema**

En México, el personal médico en formación es una parte fundamental para el funcionamiento adecuado del Sistema de Salud Mexicano. Las competencias para la atención de enfermedades de morbilidad nacional, así como aquellas enfermedades emergentes que amenazan la salud de la población, se adquieren durante el periodo de adiestramiento en la formación de pregrado para obtener la licenciatura, así como de los estudios de posgrado para conseguir especialización. El proceso educativo y de gestión que realizan los médicos generales que están interesados en estudiar alguna especialidad forma parte de una convocatoria a nivel nacional, donde en el año 2018 existió una demanda de

46 mil 200 aspirantes registrados y solo 8 mil 500 plazas disponibles para diferentes especialidades (López et al., 2007).

En México, una vez que hayan pasado el filtro y sean seleccionados, los médicos residentes deben de laborar ocho horas diarias más guardias, que van desde las 16:00 horas a las 8:00 horas del día siguientes, tres o más días de la semana (López et al., 2007). Hace unos años en la NOM-001-SSA3-2012, se hace hincapié sobre las características de las instalaciones que pueden ser receptoras de médicos residentes y de los servicios que se les debe otorgar para apoyar a la formación y estancia en el hospital, al igual que, generar un entorno digno. Al igual, esta normativa menciona los periodos de guardia a los que se puede someter el residente; las guardias se deben calendarizar en un programa operativo acorde al programa hospitalario, en el cual se establece que la frecuencia debe ser por lo menos tres veces por semana como máximo y contarán con intervalos de por lo menos dos días entre cada una de ellas. Menciona que el horario de inicio en días hábiles será al término del turno matutino y concluyen al día siguiente antes de este turno. Conforme a los sábados, domingos y días festivos las guardias solo deberán de tener una duración de 24 horas (Secretaría de Salud, 2013).

Aun teniendo definida dicha normativa, diversas Instituciones del Sistema de Salud Mexicano, no se respetan los tiempos recomendados de descanso.

Dichas jornadas laborales extenuantes provocan privación del sueño lo que genera un deterioro del rendimiento laboral, trastornos del carácter e incrementan las probabilidades del error (López A., González F, Morales, M, Espinoza C, 2006).

En su artículo “El bienestar de los médicos residentes importa: optimizando la educación y bienestar de los residentes a través del ambiente de aprendizaje” Jennings y

Slavin (2015) señalan que la formación en los residentes de especialidades médicas parece tener efectos negativos en la salud y el bienestar de los residentes, en particular, la problemática relacionada con la salud mental del residente está bien establecida: el SDP, la depresión y la ideación suicida son prevalentes entre los médicos residentes.

La salud mental de un residente influye en su desempeño y la calidad de atención que brinda, así como los vuelve más susceptibles al abuso de sustancias y accidentes (Dyrbye, Satele, Sloan y Shanafelt, 2014).

Se han realizado diversos estudios en médicos residentes del Programa Multicéntrico del Tecnológico de Monterrey-SSNL en los años 2008-2017 con la intención de identificar la presencia de Síndrome de Desgaste Profesional en los médicos en formación. En el primer estudio realizado en 2008 donde participaron 19 residentes, el 52.6% presentaron SDP relacionándolo a las horas de jornada laboral y el grado académico; en el estudio realizado en 2017 donde participaron 41 residentes, se encontró niveles que sugieren la presencia de SDP teniendo una mayor relación con Hospitales Públicos que con el privado.

Es por ello que, para Jennings y Slavin (2015) los programas como el “Clinical Learning Environment Review” (CLER) del Consejo de Acreditación de Educación Médica para Graduados en los E.E.U.U. (ACGME) podrían ir más allá estableciendo la expectativa de las instituciones que diseñan e implementan iniciativas de calidad para mejorar el bienestar de los residentes y aumentar el compromiso de estos, educándolos sobre el agotamiento, el SDP y su relación con el profesionalismo (Fargen, Drolet y Philibert, 2016).

La estrategia que se han realizado posterior a los resultados obtenidos es el Programa Bienestar. Este programa se define como actividades enfocadas hacia el residente para mejorar su perspectiva e influir en la prevención del Síndrome de Desgaste Profesional y sus consecuencias.

En la actualidad, solo se han realizado investigaciones para evaluar los niveles de estrés o la presencia de SDP en residentes, por lo que en esta investigación se busca definir la relación que existe entre el Programa de Bienestar y el Síndrome de Desgaste Profesional junto con la relación en la percepción de la calidad otorgada a los pacientes en los medios residentes del Programa Multicéntrico.

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### *1.3.1 Pregunta de investigación*

¿Existe algún cambio en el nivel del Síndrome de Desgaste Profesional en los residentes del primer año que participan en el Programa de Bienestar del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas del Tecnológico de Monterrey-SSNL con rotación en el Hospital Metropolitano, Hospital Regional de Alta Especialidad Materno Infantil, Hospital San José y hospital Zambrano Hellion y su relación con la autopercepción de la calidad de la atención otorgada a los pacientes?



### *1.3.2 Objetivo Principal*

Evaluar el impacto que tiene el Programa Bienestar en el Síndrome de Desgaste Profesional en los residentes de primer año que participan en el Programa de Bienestar del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas del Tecnológico de Monterrey-SSNL y analizar si se relaciona con la percepción de la Calidad de Atención otorgada a los pacientes.

### *1.3.3 Objetivos Secundarios*

- Identificar los resultados de la aplicación del Programa Bienestar.
- Identificar a los residentes que cuenten con un alto nivel de Síndrome de Desgaste Profesional.
- Analizar la relación de los resultados sobre la percepción del nivel de Calidad de la Atención otorgada a los pacientes y el Síndrome de Desgaste Profesional.

### *1.3.4 Hipótesis Nula*

- [ $H_0: \mu_{con\ int} - \mu_{sin\ int} \geq 0$ ] La diferencia del nivel de desgaste profesional de dos grupos independientes crece o se mantiene igual luego de someterlos a una intervención mixta en los residentes de primer año de las especialidades troncales del Programa Multicéntrico del Tecnológico de Monterrey-SSNL, al realizar sus prácticas en las sedes principales del programa.

- [ $H_0: \mu_{con\ int} - \mu_{sin\ int} \geq 0$ ] La diferencia del nivel de desgaste profesional de dos grupos independientes crece o se mantiene igual según la percepción de Calidad y Seguridad otorgada en el proceso de atención del paciente en los residentes de primer año de las especialidades troncales del Programa Multicéntrico del Tecnológico de Monterrey-SSNL, al realizar sus prácticas en las sedes principales del programa.

### *1.3.5 Hipótesis alterna*

- [ $H_a: \mu_{con\ int} - \mu_{sin\ int} < 0$ ] La diferencia del nivel de desgaste profesional de dos grupos independientes disminuye luego de someterlos a una intervención mixta en los residentes de primer año de las especialidades troncales del Programa Multicéntrico del Tecnológico de Monterrey-SSNL, al realizar sus prácticas en las sedes principales del programa.
- [ $H_a: \mu_{con\ int} - \mu_{sin\ int} < 0$ ] La diferencia del nivel de desgaste profesional de dos grupos independientes disminuye según la percepción de Calidad y Seguridad otorgada en el proceso de atención del paciente en los residentes de primer año de las especialidades troncales del Programa Multicéntrico del Tecnológico de Monterrey-SSNL, al realizar sus prácticas en las sedes principales del programa.

## 1.4 Justificación

En el artículo “Ability of the Physician Well-Being Index to Identify Residents in Distress” los autores Dyrbye, L., Satele, D., Sloan, J., and Shanafelt, T. (2014) refieren que el bienestar y la salud mental de los residentes puede influir en la competencia, profesionalismo, satisfacción laboral y la calidad que se brinda a los pacientes.

La calidad y seguridad del paciente es un grave problema de salud a nivel mundial. La probabilidad de que un paciente sufra daños ocasionados por la atención médica es uno de cada 300 pacientes. La seguridad del paciente es un principio fundamental para la atención sanitaria, aunque se sabe que existirá un cierto grado de peligrosidad inherente a cada proceso de la atención en salud. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

En la revisión sistemática “Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety” Hall Louise H., Johnson Judith, Watt Ian, Tsipa Anastasia and O’Connor Daryl B. (2016) refieren que muchos factores, activos o latentes, ya sea individual o del Sistema, pueden interactuar en incidentes que causa daño en la seguridad del paciente. El factor humano es un factor que participa de manera significativa en la seguridad del paciente, por lo tanto, es importante el índice de bienestar de los residentes.

Existen herramientas y estudios realizados para evaluar el nivel de desgaste profesional y el tratamiento médico específico para esta situación, pero las barreras que existen para su seguimiento son pobres por los estigmas, preocupaciones por consecuencias negativas y otros problemas (Dyrbye et al, 2014). Sin olvidar, que el desgaste profesional es solo una parte del bienestar total del residente.

El resultado individual del WBI del residente es comparado con datos de una muestra nacional de médicos residentes de los Estados Unidos, la evidencia indica que el

índice es útil no solo para identificar residentes en estrés, sino también para identificar a aquellos cuyo nivel de estrés los pone en riesgo de consecuencias adversas (por ejemplo, error médico y/o ideación suicida). Así mismo, en residentes el índice (WBI) también se correlaciona con el síndrome de desgaste profesional, sentido del trabajo, calidad de vida y fatiga (Dyrbye et al, 2014).

Líderes y directores de programas e instituciones deberían considerar las iniciativas de bienestar y apoyar la investigación en esta área que permita (a) identificar y abordar aspectos subóptimos del ambiente de aprendizaje y (b) entrenar a los residentes en las habilidades de resiliencia para enfrentar las seis categorías de estrés en el trabajo que pueden contribuir al SDP: (1) la carga de trabajo, (2) el control, (3) el equilibrio entre esfuerzo y recompensa, (4) comunidad, (5) la equidad, y (6) valores (Jennings et al., 2015).

## **1.5 Alcance del estudio**

### *1.5.1 Población*

El estudio se realiza a los médicos residentes de primer año de especialidades troncales que participan en el Programa Bienestar del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas del Tecnológico de Monterrey-SSNL en semestres marzo-agosto 2019 y septiembre 2019-agosto 2020. Dichos residentes, serán quienes se encuentren realizando su práctica clínica en Hospital San José Tec de Monterrey, Hospital Zambrano Hellion, Hospital Metropolitano y Hospital Regional de Alta Especialidad Materno Infantil.

### *1.5.2 Tiempo*

Los médicos residentes de deberán estar cursando en alguna de las especialidades médicas troncales, contar con más de tres meses dentro del programa de especialidad Médica y que se encuentren participando en el Programa Bienestar en los semestres marzo-agosto 2019 y septiembre 2019-agosto 2020 del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas ITESM-SSNL.

### *1.5.3 Limitaciones del estudio*

Al realizar una encuesta voluntaria, se pierde información de valor al no contar con la participación del 100% de los médicos en formación que pertenecen al programa.

## **Capítulo 2**

### **Marco Teórico**

## **Capítulo 2- Marco Teórico**

### **2.1 Calidad de la Atención Médica y su relación con los eventos adversos**

Los eventos adversos se definen como acontecimientos o incidentes que están relacionados con la atención recibida en pacientes y que tienen o pudieran tener consecuencias negativas hacia su persona, una de las definiciones aceptadas es “lesión física no intencional que resulta total o parcialmente de la atención médica recibida, que requirió de controles, tratamiento u hospitalización adicional o que derivó en la muerte del paciente” (Rizo, A.J.N., 2015).

No obstante, unas de las maneras para poder detectar de manera oportuna dichos eventos es en el reporte voluntario o evaluación retrospectiva de expedientes, ya que con dichas metodologías se busca identificar sus causas, desarrollar y poder implementar soluciones efectivas a esos problemas detectados (Rizo, 2015).

Uno de los beneficios de conocer adecuadamente los eventos adversos es ayudar a poder diseñar soluciones efectivas y adecuadas para poder prevenir y disminuir riesgos asociados a los incidentes involuntarios a los cuidados de la salud del paciente, ya que el impacto que existe en el paciente es muy alto (Rizo, 2015).

Dichos eventos constituyen un problema grave de salud pública lo cual repercute a diversos grados en el paciente y su familia, ya que, puede impactar en el costo del proceso de atención y la estancia hospitalaria, lo cual refleja el control de la organización, por lo que, tomando en cuenta lo anterior, debería de estar dentro de los objetivos principales o

estratégicos de la organización ya que actualmente no se encuentra en todas las organizaciones (Delgado, B. M., Márquez, V. H., y Santacruz, V. J., 2012).

Cada año decenas de millones de pacientes de todo el mundo sufren o fallecen como consecuencia de una atención sanitaria no segura por lo que, es de vital importancia realizar acciones para disminuir dicho impacto (Delgado, 2012).

Existen diferentes lugares del mundo donde se realizan esfuerzos para poder conocer cuáles son los principales riesgos a la salud durante su atención, ya que esto ayuda y orienta a los líderes para los planes de acción. Los estudios sobre la frecuencia y tipo de eventos adversos señalan que el 17.6% de ellos ocasionan el reingreso al hospital, y que el 23.9% provocan daño grave al paciente, incluyendo la defunción; dichos números pueden ser no tan impactantes, pero el hecho de que un paciente llegue a fallecer secundario a una atención si es algo de impacto (Delgado, 2012).

En América Latina se realizó el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS) donde se estudiaron 58 centros hospitalarios en los siguientes países: (1) Argentina, (2) Colombia, (3) Costa Rica, (4) México y (5) Perú. Se encontró que 10 de cada 100 ingresos habían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios. Dicho estudio es importante ya que se puede ver una visión como esta América Latina conforme a otros países en relación con los daños en atención de salud (Bates D., 2010).

Dentro del estudio de IBEAS, también se describió el tema de evitabilidad, de cada 10 incidentes debidos a cuidados de la salud donde se produjeron daños, casi 6 se pudieron haber evitado, ese número de evitabilidad es el impacto en salud de la detección de los eventos adversos (Bates D., 2010).



En España se realizó el estudio Eventos Adversos Relacionados a la Asistencia Sanitaria (EARA) del 2005 donde se documentó la incidencia acumulada de efectos adversos fue del 9,3%. De todos ellos, el 37,4% de los EARA están relacionados con la medicación, el 25,3% con la infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS) y el 25% con problemas técnicos durante un procedimiento. Es bien sabido, que los errores de medicación son los más frecuentes en las organizaciones de salud, pero también con mayor impacto en el paciente, dichas mediciones pueden ayudar para poder conocer la frecuencia de los eventos adversos y poder priorizar e implementar proyectos de mejora (Aranaz-Andrés, et al, 2015).

En México en el año 2001 se realizó la primera estrategia para mejorar la calidad de la atención médica, ya que anteriormente se realizaba de manera aislada, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS) se convirtió en una plataforma para la convergencia y se convirtió en política pública (Barajas, 2015).

Uno de los informes más polémico relacionado a atención en salud fue realizado por el Institute of Medicine (IOM, por sus siglas en inglés) llamado “To err is human” donde al analizar los egresos de pacientes en Estados Unidos de América en el año 1997, se concluyó que de 44,000 a 98,000 personas mueren por errores médicos durante el proceso de atención. Dichos resultados expusieron la gran área de oportunidad que presentan las organizaciones de salud, algo importante recalcar es que los errores médicos no se debieron a la atención directa del médico-paciente si no en todo su proceso de atención (Donaldson, Corrigan y Kohn, 2000; Delgado, 2012).

Dentro del tema de la reacción del médico ante el error es algo variable y difícil de explicar, ya que con el tiempo, estudios y herramientas aún es difícil para el personal

médico reconocer que han cometido algún error, podría relacionarse con la actitud del ser humano ante error en la vida cotidiana (Lester, 2001).

Por otra parte, si un médico acepte un error puede llevar a un sentimiento de empatía mutua donde lleva a entender, perdonar y tolerancia ante lo sucedido, pudiera sonar poético e ideal, pero es lo que deberíamos de buscar intencionadamente (Lester, 2001).

Dentro de las respuestas negativas de las razones por las que no reportan los errores médicos es que los errores suceden por las características de las enfermedades o pacientes, fatiga, problemas personales o de la organización, dicho esto, se debería de realizar una intervención hacia moldear en el verdadero resultado del reporte de los errores y el énfasis en que el reporte no es punitivo (Lester, 2001).

Por otra parte, Maena (2008) refiere que cuando un médico reconoce y lamentan los errores ocurridos, aprenden y conviven con la situación, ser explícito con el paciente presenta un cambio de paradigma para los médicos, este cambio de paradigma sería nuestro objetivo principal y hacia donde irían nuestros esfuerzos para reconocer los errores médicos.

Ahora, dentro de los temores por los cuales los médicos no reportan sus errores usualmente son por temor a las demandas, amenaza de su prestigio, sentirse avergonzado o no saber cómo informar adecuadamente a los pacientes, pero si lo vemos de otra perspectiva, existen maneras adecuadas de poder informar los errores para que no existan complicaciones directas hacia el médico, personal de salud o hasta las organizaciones (Maena et al., 2008).

En el artículo de Lester (2001) refiere a Mizrahi donde cita a tres mecanismos para defender el error médico: la negación, el descontar y el distanciamiento. La negación se

refiere a la práctica médica como áreas grises, en que los errores no son errores. El descontar, se ve la atribución de responsabilidades como circunstancias o factores fuera del control como el paciente o la enfermedad, por último, cuando el error no puede ser negado ni descontados se usan frases como: “todos cometemos errores” o “no era posible de prever”, este tipo de mecanismos nos ayuda a ver de manera sistemática donde se pueden hacer intervenciones directas, saber reconocer es la clave.

En un grupo de médicos, los errores reportados más frecuentemente fueron: la prescripción de un medicamento inadecuado, el retraso diagnóstico en un paciente con enfermedad neoplásica e interpretación de manera errónea. El análisis causal de los errores fue atribuidos a la presión durante su trabajo, mala organización del departamento y poco apoyo en la educación médica continua. Esto nos puede decir que el ambiente laboral es lo que pudiera influir negativamente en la atención del paciente (Maena et al., 2008).

Un cuestionario dirigido a médicos pediatras muestra que solo un 7% declara no haber estado envuelto en ningún error, un 39% en errores con daño temporal o permanente al paciente y un 72% en errores menores. Será que dicha especialidad por su formación académica es más fiel en cuidar el bienestar de los pacientes por ser menores de edad, no podemos saber, pero si existe tendencia en el número de reportes y la especialidad (Maena et al., 2008).

La mayoría de los pediatras estudiados aprueba el reporte de los errores, pero solo la mitad conoce la manera de reportarlos en su organización y el 9% afirma que no existe en su organización y un 92% afirma haber usado un mecanismo formal para reportar un error, por lo que se puede decir, que la cultura del reporte de eventos adversos es importante para la organización (Maena et al., 2008).

Dentro de los factores que favorecen el reporte de los errores son: que la información sea utilizada para mejorar el sistema, mantener la confidencialidad, sistema no punitivo, que el proceso no dure más de 2 minutos y que se realice en el mismo lugar, la simplicidad del reporte, el seguimiento y que no sufran consecuencias el personal que reporta o que esté involucrado en la atención son cuestiones importantes para tomar en cuenta para mejorar la cultura del reporte (Maena et al., 2008).

Los errores y los eventos adversos pueden ser el resultado de varios factores en distintos niveles dentro de la atención a la salud, como puede ser el grado de atención médica (estructuras o procesos), o en el punto de intervención entre pacientes y profesionales. Por ende, las soluciones procurarán promover un entorno y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño, pese a la complejidad y a la carencia de estandarización de la atención sanitaria actual, realizar acciones dirigidas aisladas no es la solución si no, ver como un todo, un sistema de reporte de eventos adversos (Delgado, 2012).

## **2.2 Síndrome del desgaste profesional**

Ahora, entrando en el tema del estrés que sufre los profesionales de salud, la obtención es de manera gradual por sus actividades laborales diarias, trabajo bajo presión, confinamiento y teniendo contacto directo con el usuario o prestando servicio a otros seres humanos; se consideran profesional de alto riesgo a padecer estrés laboral crónico, es decir SDP o “Burn out”, es importante tomar en cuenta que es gradual, no se puede ver de un día a otro el SDP pero si indicios que llevan hacia un punto para cometer algún error (Dávila, F. J. A., 2011).

Un poco de historia, en el año 1976, las psicólogas Cristina Maslach y Virginia Jackson presentaron en un Congreso de Psicólogos el término de “Burn Out” en definición de “pérdida gradual de la preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que se trabaja, que conlleva a un aislamiento o deshumanización”. Posteriormente, Maslach advirtió años después que con la elaboración del Maslach Burn Out Inventory (MBI), se modificaría el uso del término “Burn Out” por lo que se sugirió cambiar el término a Síndrome de Desgaste Profesional. Se dio como definición “el conjunto de signos y síntomas físicos, emocionales y conductuales presentes en profesionales sometidos al estrés crónico prolongado en el tiempo, en forma cíclica o continua”. Los grupos de riesgo para tener este síndrome son los trabajadores de salud (enfermeros (as) y médicos) (Dávila, F. J. A., 2011).

El SDP es un síndrome psicoemocional que presenta una persona cuyo trabajo implica atención y cuidado de otros, esto es lo especial de este síndrome ya que no se puede ver como una sola definición ya que afecta el factor psicoemocional, lo cual es difícil (pero no imposible) tratarlo (Apela, 2014).

Hay evidencia que indica que la medición del SDP es mejor describirse como una variable continua que como una variable dicotómica, ya que, hay “grados” de SDP con severidad en varias dimensiones (Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) manifestándose en diferentes individuos, por lo que sería más fácil detectar un aumento o disminución en alguna de las dimensiones de una manera más temprana, dicho esto, sería de mayor utilidad vigilar la medición de manera periódica y sin interrumpir las intervenciones (NASEM, 2019).

La severidad entre las disensiones se ha relacionado con resultados negativos entre el personal clínico, ya que influye directamente en la relación entre el personal y en el entorno laboral, se pudiera decir que el SDP no solo influye en el paciente si no hasta en el clima organizacional (NASEM, 2019).

El SDP aparece después de 6 meses de actividades y se consolida después de 10 años, teniendo en cuenta esta temporalidad se puede pensar cuando se pueden realizar las intervenciones. Una de las herramientas de medición es el MBI el cual cuenta con tres componentes: (1) agotamiento emocional: el cual se define como sensación de sobreesfuerzo físico y emocional; (2) despersonalización: son el desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y respuestas cínicas hacia los receptores del servicio prestado; y (3) realización personal: que es la tendencia a evaluar el propio trabajo de manera negativa (Dávila, 2011).

Dentro de los síntomas claves del síndrome son una intensa sensación de cansancio emocional, despersonalización y tendencia a evaluar negativamente el trabajo individual, por lo que la percepción de las actividades ayuda a detectar de manera temprana alguna modificación en la escala ya sea que disminuye o aumenta el SDP o algún componente, dicho esto, es importante para tomar en cuenta las acciones o actividades dentro de las intervenciones para su disminución (Apela, 2014).

El estrés ocupacional en médicos es relevante, ya que su energía mental disminuye y el cansancio intelectual aumenta a grados críticos, lo que provoca que uno de cada tres médicos abandone su profesión. El abandono de la profesión sería uno de los principales impactos en el personal de salud, ya que, los años invertidos en el estudio pudiera verse como perdidos (Palmer M.Y., 2007).

El síndrome de desgaste profesional deteriora la salud del médico, que incluye cansancio emocional, síntomas psicósomáticos, aislamiento social y familiar, incluso falta de compromiso en la atención del paciente, lo que da como resultado baja satisfacción del usuario de sus servicios. Se puede tomar que la baja satisfacción de los usuarios (pacientes y familia) está influido en factores psicosociales del médico (Palmer M.Y., 2007).

En Estados Unidos el SDP es considerada como un síndrome relacionado con el trabajo, mientras que en Europa lo relacionan más como un diagnóstico médico. Pudiéramos decir que la falta de estandarización de la causa raíz del SDP puede afectar en no contar con intervenciones totalmente adecuadas para disminuirlo (NASEM, 2019).

De manera filosófica, si ya se conocen los motivos que origina el SDP en el ambiente laboral, el marco de los comités de salud ocupacional debería de verlo como un problema sistémico que, como un problema de salud mental, probablemente ese es una de las principales causas de la continuación e incremento de SDP en el personal de salud (NASEM, 2019).

### *2.2.1 Síndrome de Desgaste Profesional como factor psicosocial*

Los médicos escogen la profesión de medicina en principio para poder ayudar a otro ser humano. Es esta conexión entre el médico y paciente que se vuelve una relación de curación y es exactamente esta unión la que da la posibilidad la relación entre el bienestar y el riesgo de padecer SDP, ya que solo el personal de salud es la profesión que tiene contacto directo con el paciente e influye en su bienestar físico y mental. Es bien sabido que la relación médico paciente solo es unidireccional. Pero la verdad es que se

recibe mucho de los pacientes del mismo modo en la que se brinda por lo que se puede ver como una relación con dos direcciones (NASEM, 2019).

Dentro de las sospechas para conocer si el SDP se trataba de un problema de salud ocupacional es por lo elevados niveles de estrés y la sensación de sobrecarga laboral en personal de salud sea un problema mayor que pudiera impactar o comprometer la eficacia organizacional como la afectividad de la atención el usuario. Una vez dicho esto, se pudiera influir en los altos mandos de una organización para priorizar las acciones de mejora en los factores psicosociales de la organización de salud y no solo como apaga fuegos (Dávila, 2011).

El termino de SDP o Síndrome de “Burn Out” es una enfermedad ocupacional causada por factores psicosociales y se encuentra descrita en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Agotamiento Emocional y Problemas Relacionados con la Salud CEI-10<sup>a</sup> Ed., por lo que, si se puede diagnosticar debemos de realizar acciones para dar un tratamiento adecuado y erradicarla (en lo posible) (Dávila, 2011).

El SDP se considera como un fenómeno independiente y está relacionado a factores estresantes del trabajo y tiene afectaciones en las actitudes profesionales y de comportamiento, por lo tanto, el tratamiento para el SDP es retador (NASEM, 2019).

El SDP es diferente con la depresión, ya que la depresión es un diagnóstico de salud mental y tiene un contexto diferente, por lo que, no tienen relación entre sí (NASEM, 2019).

Por otra parte, en América Latina, específicamente en Venezuela el SDP se ha destacado como enfermedad ocupacional y debe de ser registrada por mandato



constitucional ante el Instituto de Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL), dichas acciones de política pública influyen favorablemente hacia una población blanco, que es el personal de salud (Dávila, 2011).

En Chile, cuenta con la tasa más alta de prevalencia de SDP llegando hasta con un 83% de casos asintomáticos con más de 60 horas de trabajo a la semana, y conforme al sexo, en personal de primer y segundo nivel el sexo femenino es el que más se encuentra afectado (Dávila, 2011). Realizar un diagnóstico situacional a nivel de meta gestión ayuda enormemente para conocer cómo influyen sus acciones en la población y específicamente en Chile, se puede ver que hay una gran área de oportunidad no para la detección si no para el tratamiento.

En Perú, se presenta de manera más significativa en médicos varones y en enfermeras mujeres. Refieren los autores que el SDP se encuentra mayormente asociado a tiempo de actividades, condiciones laborales, jornada laboral semanal y el perfil profesional (Dávila, 2011). Conocer cuáles son los factores que influyen en el SDP puede generar proyectos dirigidos tan específicos que sean más eficaces para la población estudiada.

Se realizó una revisión sistemática donde se buscaba de manera prospectiva los efectos del SDP. Esta revisión da de manea relevante la evidencia física, psicológica y consecuencias laborales del SDP. Dentro de los resultados se analizaron 61 artículos. Dentro de los indicadores de resultado más frecuentes fueron enfermedades cardiovasculares (enfermedad coronaria y hospitalizaciones por enfermedades cardiovasculares) y riesgo de enfermedades crónico-degenerativas (obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia). El SDP se encontró como predictor de manera

significativa con la hipercolesterolemia y diabetes mellitus tipo 2. (Salvagioni et al., 2017). Se puede hacer una relación que las enfermedades crónico-degenerativas no solo afectan la calidad de vida del individuo que lo padece, si no hasta una tercera persona.

En el mismo estudio, el Cansancio emocional fue encontrado con predictor de insatisfacción laboral, por otra parte, la despersonalización fue relacionada con la eficacia profesional (Salvagioni et al., 2017). Estos predictores son importantes para estructurar de manera adecuada las intervenciones.

De manea de resumen, se encontraron estudios que muestran que las enfermedades cardiovasculares, dolor musculoesquelético, síntomas de depresión, tratamiento antidepresivo y psicotrópicos, insatisfacción y ausentismo laborales se encuentran como efectos del SDP. No se encontraron suficientes observaciones entre el insomnio y cefalea. El impacto individual y social del SDP es que se necesita implementar de manera preventiva intervenciones para poder detectar de manera temprana en el ambiente laboral (Salvagioni et al., 2017). El impacto que puede llegar a tener el SDP no solamente es personal si no a nivel social, por lo que, debería de ser primordial en políticas públicas.

Otro aspecto importante es que las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los pacientes o usuarios de la organización están asociados a los riesgos laborales de su entorno laboral. Son relevantes en el sector sanitario los riesgos laborales de origen psicosocial debido a que trabajan de manera directa y continua con las personas (Hernández G. L. C., Hernández M. D. E., y Bayarre Veá, H. D., 2014). Los riesgos laborales son un tema un poco olvidado para las organizaciones ya que se dejan como algo sin importancia, pero debería de colocarse como una prioridad y darle continuidad.

El maltrato en el área laboral (discriminación, abuso y acoso) puede crear un ambiente hostil lo cual resulta con SDP u otra alteración psicológica como el suicidio. Dicho maltrato es muy común en el área médica, principalmente en mujeres y aprendices por la diferencia de poderes. La especialidad de cirugía es considerada como una especialidad de alto riesgo (Hu, Y. Y., Ellis, R. J., Hewitt, D. B., Yang, A. D., Cheung, E. O., Moskowitz, J. T. y Bilimoria, K. Y., 2019). Tomar en cuenta la importancia del factor psicosocial del SDP y sus múltiples causas es uno de los grandes desafíos para los líderes de las organizaciones tanto del hospital hasta los académicos.

En el artículo de Hu Y. Y. (2019) refiere que más del 50% de todos los residentes de cirugía reportaron haber presentado un maltrato. Todos los tipos de maltrato fueron reportados más frecuentemente por mujeres. La prevalencia de discriminación, acoso y abuso reportado por residentes de cirugía general fueron parecidas a lo reportado ya en la literatura (Hu, et al., 2019).

### **2.3 Intervenciones para disminución del Síndrome de Desgaste Profesional**

Una intervención se define como una actuación voluntaria alrededor de un problema con fin de solucionar dicho aspecto. Las estrategias de intervención se pueden agrupar de la siguiente manera: (1) individuales, (2) grupales y (3) organizacionales. Al igual, se pueden agrupar por propósito u objetivo las cuales se clasifican: (1) identificatorias, (2) preventivas y (3) de tratamiento. Regularmente se combinan diferentes estrategias ya que incrementa la efectividad de las acciones (Apela, 2014). Se tiene que tomar en cuenta las agrupaciones para poder organizar adecuadamente las intervenciones,

al igual, no realizarlas de manera genérica, si no, realizarla a la medida de la organización o hasta del personal de salud.

Las estrategias individuales se centran en aumentar los recursos personales mediante desarrollo de competencias laborales del trabajador de la salud. Como ejemplo son: (1) técnicas para solución de problemas, (2) técnicas de comunicación asertiva o (3) manejo adecuado del tiempo (Apela, 2014). Es bien sabido que los médicos, al igual, el personal del sector salud siempre siguen estudiando, la educación médica continua es una piedra angular para que la realización personal se mantenga en un nivel adecuado.

En el nivel grupal, las intervenciones están enfocadas en fomentar entre los compañeros el apoyo social. A través del apoyo social y emocional al obtener nueva información, habilidades o mejoran las que ya poseen, es como un reforzamiento social. Ejemplos de esta intervención son: (1) escuchar de forma activa y empática, (2) ofrecer apoyo técnico, (3) estimular la creatividad en el ambiente labora, (4) otorgar apoyo emocional cuando percibimos que es necesario u (5) ofrecer retro alimentación sobre la ejecución de actividades (Apela, 2014). Los seres humanos somos seres sociales, el acompañamiento, escucha y habla activa, ayuda a una persona a sentirse mejor con uno mismo.

Las intervenciones en el nivel organizacional se pueden centrar en dos líneas de acción. La primera línea es para reducir los elementos estresantes de trabajo, como la sobrecarga de tareas o actividades y por otro parte, incrementar los recursos laborales. Es importante para este nivel de intervención que los niveles superiores apoyen en las estrategias definidas. Como ejemplo de intervenciones son: (1) autonomía labora o (2) apoyo social (Apela, 2014). Como se había mencionado anteriormente, el involucramiento

de los líderes organizacionales y académicos son una parte muy importante para disminución del SDP ya que los factores externos influyen en el desempeño del personal.

Por otra parte, son las estrategias que se enfocan por objetivos o propósitos. Las estrategias para identificar el problema pueden incluir el acceso adecuado de información confiable acerca del SDP para que cada individuo pueda dar un auto seguimiento, por ejemplo: MBI o WBI (Apela, 2014). Que quiere decir, que un diagnóstico situacional, tanto personal o como de la organización puede ayudar en realizar acciones dirigidas para disminuir el SDP, al igual, no olvidar la medición periódica.

Las estrategias de prevención se clasifican en primarias y secundarias. El objetivo de la prevención primaria es disminuir los factores de riesgo o factores estresantes, por lo que, el objetivo de la prevención secundaria es mejorar el modo o actitud de la persona pueda responder a los factores de riesgo o estresantes. Usualmente, las acciones de prevención secundaria se dirigen a personas que corren riesgo de SDP (Apela, 2014).

Por último, las estrategias de tratamiento tienen la finalidad de tratar y /o curar a aquellos que sufren SDP (Apela, 2014).

En el estudio de Catherine M. Beumer (2008) “The Effect of a Workshop on Reducing the Experience of Moral Distress in an Intensive Care Unit Setting” describió una intervención tipo taller donde se le dio seguimiento al personal para reducción del estrés. Lo interesante fue que no disminuyeron su carga laboral ni actividades diarias con el paciente, se concluyó que trabajar en un ambiente libre y sin conflictos emocionales genera una actitud positiva para cumplir con los desafíos de manera adecuada (Beumer et al, 2008)

En una revisión sistemática realizada por Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. llamada “Preventing occupational stress in healthcare workers” publicada en Cochrane en el 2015 donde se dirigieron a evaluar la efectividad de las intervenciones dirigidas hacia el trabajo y la persona para prevenir el SDP concluyeron que existe baja evidencia que las intervenciones psicológicas y los cambios de horario por sí solas disminuye el Síndrome de Desgaste Profesional (Ruotsalainen et al, 2014)

Por otra parte, en un estudio realizado con personal de Atención Intensiva Quirúrgica, los cuales son expuestos a situaciones catastróficas de manera regular, muy pocas intervenciones se han podido implementar para disminuir el estrés laboral. Durante el estudio se realizó una comparación de dos grupos, casos y controles, donde el grupo de casos resulto con una disminución de Síndrome de Desgaste Profesional en el área de calidad de vida, por lo que, intervenciones de grupos de trabajo disminuye los efectos negativos del estrés (Steinberg BA, Klatt M y Duchemin AM., 2016).

Como se había mencionado anteriormente, la Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey desarrollo e implemento un programa específico para mejorar el bienestar de los residentes, educándolos sobre su bienestar y su relación con el profesionalismo llamado Programa de Bienestar para Médicos Residentes (Cordero et al., 2017). Esta intervención se decidió realizar por los resultados obtenidos anteriormente con los residentes de años pasados y el gran impacto que se menciona en la literatura.

Dicho programa se encuentra conformado de la siguiente manera: la sesión de inducción del Programa Bienestar y las sesiones semestrales para el bienestar y el autocuidado. Las sesiones de inducción del Programa de Bienestar están conformadas por: (1) Introducción al Programa de Bienestar, (2) Información sobre los servicios de apoyo,

(3) Servicio de Consejería: información y evaluación básica de salud mental y (4) Programa de prevención de abuso de sustancias (Cordero et al., 2017). Esta estructura se puede evaluar como introducción al programa, conocer al residente y convencerlo en continuar con las actividades.

Por otra parte, las sesiones semestrales para el bienestar y autocuidado son: (1) Sesión individual con el Servicio de Consejería, (2) Taller de Certificación QPR: entrenamiento básico para prevención del suicidio, (3) Taller “Testigo Activo” para promover ambientes de respeto, (4) Taller de manejo de estrés, (5) Taller de fortalezas y vulnerabilidad del residente, (6) Sesiones en curso “Ética Clínica”: síndrome de desgaste profesional, autocuidado y autorregulación como responsabilidad social de la profesión, (7) Proyecto de bienestar personal y profesional: trabajo final de “Ética Clínica” con aplicación del Well-Being Index y (8) Sesiones individuales del programa de Mentoreo (Cordero et al., 2017). Es interesante la realización del WBI ya que es una evaluación corta y detecta de manera oportuna indicios de SDP.

Por situación de la pandemia por SARS-CoV2 se realizó modificaciones del programa en las Sesiones semestrales para el bienestar y autocuidado para que se realizaran en sesiones virtuales encontrándose de la siguiente manera: (1) Foro educación de Residencias Médicas, (2) Formato virtual del programa bienestar, (3) Grupos Balint o trabajo grupal con líder profesional de salud mental, (4) Grupos Balint y (5) Entrevista con el mentor (Cordero et al., 2017). Dicha intervención se realizó para no dejar a los residentes sin intervención, ya que, en estos tiempos es importante dar seguimiento a los residentes para hacerlos sentir escuchados y apoyados.

### *2.3.1. Factores que influyen en el Síndrome de Desgaste Profesional*

La red de apoyo social se ha reconocido como un factor positivo para combatir el Desgaste Psicológico. Dentro de los factores negativos se encuentran las rotaciones externas, pocas relaciones de Mentoreo y consejería, pares hostiles y normas basadas en jerarquías. Existen estrategias que se pueden implementar para promover y construir una relación adecuada entre profesores y derribar barreras para construir relaciones significativas en un ambiente de aprendizaje. Se pudieran considerar los programas de Mentoreo también apoyan en la decisión de implementar actividades extramurales, espacios diseñados para reuniones, crear comunidades y desarrollar grupos más pequeños con gustos en común (Dyrbye, 2020).

El liderazgo de las instituciones educativas se refleja al aceptar la responsabilidad para impedir que el SDP aparezca en los estudiantes de medicina, dentro de las declaraciones se encuentra: (1) proporcionar un ambiente adecuado para el aprendizaje, (2) involucrara a los mandos superiores para sostener el ambiente de aprendizaje adecuado y (3) definir un encargado de gestionar y supervisar los esfuerzos realizados en médicos de pregrado y posgrado (Dyrbye, 2020).

Existen estudios donde refieren un incremento en el cansancio emocional. Un estudio sugirió que más de la mitad de los médicos de diversas disciplinas tienen SDP y que ese porcentaje va incrementando. Una de las situaciones más preocupantes es la cantidad de profesionales de salud que renuncian a las organizaciones (Downing, N. L., Bates, D. W., y Longhurst, C. A., 2018).



Para la deserción del personal médico se ha contribuido varias causas, pero la interacción del personal médico con los expedientes electrónicos es importante ya que se ha implementado de manera extendida en varios países. Algunos estudios sugieren que se ha incrementado el tiempo interactuando con la computadora que estar cara a cara con el paciente. Los médicos deben de dividir su atención entre los pacientes y el expediente electrónico, lo cual, muchos piensan que influye en la relación médico paciente (Downing et al., 2018).

Dentro de las barreras intrínsecas que no se pueden modificar durante la residencia son: (1) largas horas de trabajo, (2) ambientes inconsistentes de trabajo, equipos de trabajo y roles cambiantes, (3) experiencias emocionales intensas, (4) exposición a trauma, (5) perdida de eventos personales importantes, (6) poco control de la agenda, días libres y horas de trabajo, (7) menos tiempo para pasar con familia o seres queridos, (8) alto nivel de responsabilidad, (9) asumir una nueva identidad, (10) consultar a seres queridos cuando están enfermos y (11) sufrir por errores cometidos. Estas son situaciones que no se pueden negar (Edmondson, E. K., Kumar, A. A. y Smith, S. M., 2018).

## **2.4 Efectos del Síndrome de Desgaste Profesional y la calidad de la atención**

Hay evidencia que existe incremento en los dominios de despersonalización o cansancio emocional disminuye la calidad de la atención otorgada por los médicos, si los dos dominios se encuentran elevados es una alerta. No se encuentra establecido dividir los dominios de la herramienta Maslach para detección de SDP pero si existen artículos publicados al respecto (NASEM, 2019).

Se ha encontrado relación entre el SDP y la calidad atención clínica otorgada por el personal de salud. Esta información ha sido consistente a lo largo del tiempo y en varias disciplinas en el ámbito de la salud (NASEM, 2019).

En un metaanálisis y revisión sistemática de 47 estudios donde se estudió a 42, 473 médicos donde se buscó si existía una asociación entre el burnout y la baja calidad de la atención se encontró que el SDP fue asociado con incidentes relacionados con la seguridad del paciente (OR 1.96; 95% CI 1.59-2.40) baja calidad de la atención con bajo profesionalismo (OR 2.31; 95% CI 1.87-2.40) y reducción de la satisfacción del paciente (OR 2.28; 95% CI 1.42-3.68) (Panagioti et al., 2018).

En el estudio realizado por Windover (2018) encontró una relación entre la despersonalización y las quejas, sugiriendo que los pacientes tienen mayor con la despersonalización que con el deterioro emocional. Por otra parte, existió una asociación positiva entre el cansancio emocional y la satisfacción del paciente (Windover et al., 2018).

El SDP parece disminuir la comunicación entre los pacientes y los clínicos. El SDP también ha sido asociado a casos de negligencia médica, lo cual es otra fuente potencial de riesgo económico en la organización de salud (NASEM, 2019). Al igual, pudiera ser posible estar relacionada con inadecuada comunicación y baja empatía entre el personal con SDP. Se ha observado relación entre el SDP y encuestas validadas para medir la predicción de riesgo para una negligencia médica, sugiriendo a dichos individuos que se encuentran con SDP y tienen riesgo de una futura demanda (NASEM, 2019).

En conjunto, las afectaciones en la calidad de la atención, la satisfacción del paciente y riesgo de demandas son un potencial para las organizaciones de salud afectando

principalmente en la reputación entre la comunidad, contrato y reembolsos (Shanafelt et al., 2017).

Estudios han encontrado que por cada incremento de un punto en la escala del cansancio emocional (de escala 54 puntos) o despersonalización (de una escala de 30 puntos) la correlación del SDP se encuentra entre un 3% a un 10% incrementado la probabilidad en el reporte de errores médicos en un periodo de 3 meses, por lo que sería interesante medir de manera activa por dominio para su seguimiento (Shanafelt et al., 2017).

En un estudio realizado con residentes de medicina interna se encontró una prevalencia de 76% de SDP y en 84% la pérdida de sueño y fatiga fueron las situaciones por las que no pudieron trabajar de manera óptima. La característica del ambiente laboral es que hay pobre comunicación entre el personal, falta de recursos, pobre autopercepción de eficiencia técnica y de capacidad de cuidar a otros, son factores que se asociaron a SDP. Dentro de los factores de riesgo fueron la corta edad, sexo femenino, soltería o falta de pareja estable, jornada laboral prolongada, rasgos exagerados de personalidad, expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio, reconocimiento o mayores ingresos económicos (López M. A., González V. F., Morales G M. I. y Espinoza M. C. E., 2007).

Una de las influencias significativas en calidad de vida laboral y del servicio que otorgan son las condiciones laborales donde trabajan los profesionales de la salud. Las consecuencias como la tasa de accidentalidad, morbilidad y ausentismo de los profesionales están relacionadas con las condiciones laborales (Hernández et al., 2014; Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A y Serra C., 2014).

Por lo tanto, el SDP es un trastorno que abarca tanto la esfera psicosocial del individuo como su relación con el entorno ambiental, por lo que, es importante tomar en cuenta esta situación para poder promover la prevención del SDP y así, evitar la disminución de calidad de la atención brindada al paciente.

# Capítulo 3

## Metodología

## **Capítulo 3- Metodología**

### **3.1 Diseño del estudio**

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y transversal para evaluar si existe algún cambio en el nivel de Síndrome de Desgaste Profesional en los médicos residentes de primer año de especialidades troncales que participan en el Programa Bienestar del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas del Tecnológico de Monterrey-SSNL y analizar si se relaciona con la percepción de la Calidad de la Atención otorgada a los pacientes, en una comparación de la misma población en dos momentos diferentes, una evaluación tras 6 meses y un año de haber ingresado a la residencia. Por motivos de la pandemia se tuvo que reprogramar la segunda medición hasta un año 6 meses de haber ingresado a la residencia.

### **3.2 Población**

El estudio se realizó a los médicos residentes de primer año de especialidades troncales que participan en el Programa Bienestar del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas del Tecnológico de Monterrey-SSNL en semestres marzo-agosto 2019 y septiembre 2019-febrero 2020. Dichos residentes, se encontraron realizando su práctica clínica en Hospital San José Tec de Monterrey, Hospital Zambrano Hellion, Hospital Metropolitano y Hospital Regional de Alta Especialidad Materno Infantil, los cuales se dividieron en hospitales públicos y privados.

### **3.3 Criterios de inclusión**

- Residentes del primer año de especialidades troncales que hayan aceptado participar en la investigación y otorguen su consentimiento informado.
- El residente que debieron de encontrar a 3 meses o más de haber ingresado al programa, tomando en consideración la fecha de la firma del consentimiento para la medición de este tiempo.
- Residentes del primer año de especialidades troncales que participaron en el Programa Bienestar del Programa Multicéntrico en semestres marzo-agosto 2019 y septiembre 2019- agosto 2020 los cuales se encuentren en una de las sedes participantes:
  - Hospital San José Tec de Monterrey
  - Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda”
  - Hospital Zambrano Hellion
  - Hospital Regional Alta Especialidad Materno Infantil

### **3.4 Criterios de exclusión**

- Residentes de otros años y especialidades del Programa Multicéntrico.
- Residentes que se encontraron en Rotación fuera de las establecidas.
- Residentes que no hayan otorgado su consentimiento a participar en el estudio o Programa Bienestar.

### 3.5 Instrumento de medición

Se realizó la medición del Síndrome de Desgaste Profesional con apoyo del Maslach Burnout Inventory, el cual es un instrumento validado por Maslach y Jackson (1986) que se compone de 22 ítems, con respuesta en escala de Likert. Estos ítems permiten el evaluar el SDP en sus tres esferas, Desgaste o Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP) (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996). Para determinar si un residente tiene SDP, se debe de producir la siguiente combinación: nivel alto de Agotamiento emocional, nivel alto Despersonalización y nivel bajo Realización personal (Tabla 1).

**Tabla 1** Dimensiones y puntuación para la evaluación de la presencia de Síndrome de Desgaste Profesional.

	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>
<b>Agotamiento emocional</b>	0-18 puntos	19-26 puntos	<b>27-54 puntos</b>
<b>Despersonalización</b>	0-5 puntos	6-9 puntos	<b>10-30 puntos</b>
<b>Realización personal</b>	<b>0-33 puntos</b>	34-39 puntos	40-56 puntos

La encuesta contaba con diferentes preguntas para la obtención de datos demográficos, así como las preguntas relacionadas con la percepción de la presencia de un error en el proceso de atención y los factores que se le relacionan a su aparición (Anexo 1). Estas preguntas fueron: ¿Has participado de manera no intencionada en un error durante el proceso de atención de un paciente? y ¿Has presenciado un error durante el proceso de atención de un paciente por parte de un colega?, las respuestas se asociaron con diversos



factores, con la finalidad de identificar la relación de estos factores con la presencia de error.

Se realizó la medición de la participación en el Programa de Bienestar mediante una encuesta en plataforma de Google Forms ® donde los alumnos en la clase de Ética Clínica respondieron como práctica educativa habitual, posterior a la solicitud de su consentimiento para su revisión, responder la cantidad de actividades que realizaron de la oferta que promueve el Programa de Bienestar, esto como trabajo final del curso de Ética, esto se realizó para la primera medición.

En la segunda medición fue con la aplicación en línea del cuestionario que ocurrió en sesiones en febrero 2020 de manera presencial en un taller de bienestar y autocuidado, sin embargo, tuvo que postergarse en marzo 2020 por la pandemia

Por dicha situación se realizó modificaciones del programa en las Sesiones semestrales para el bienestar y autocuidado donde se realizaron de manera virtual: (1) Foro educación de Residencias Médicas, (2) Formato virtual del programa bienestar, (3) Grupos Balint o trabajo grupal con líder profesional de salud mental, (4) Grupos Balint y (5) Entrevista con el mentor.

### **3.6 Técnica**

Los participantes fueron convocados por el área de Posgrado de la Escuela de Medicina del Tecnológico de Monterrey a participar en el Programa Bienestar como parte del curso de Ética Clínica en el semestre marzo – agosto 2019. Al igual, se les invitó a responder las herramientas de evaluación en línea utilizado para la encuesta del Programa

Bienestar y para el Inventario Maslach de Desgaste Profesional en las Plataforma Google Forms ®, así como realizar el Well-being Index ® de la Clínica Mayo de su página web oficial. Como parte de la encuesta del Programa de Bienestar, se incluyen elementos relacionados con autopercepción de Calidad de la Atención (Anexo 1).

El Consentimiento Informado del cuestionario que se realizó como parte del Programa del Bienestar, en el que se les solicitaba su consentimiento para participar o no en la investigación educativa relacionada. Se otorgó un plazo de un mes para la realización de ésta, en el caso de los médicos residentes que no tuvieron la sesión presencial el febrero-marzo 2020 debido a la pandemia, se les invitó por vía digital a responder el cuestionario de manera voluntaria y anónimo. Para medición de las actividades realizadas dentro de la oferta del Programa Bienestar se solicitó como práctica habitual de sus actividades académicas responder una encuesta en Google Forms ® para conocer las actividades realizadas. Posteriormente, los resultados se compartieron con el residente responsable del estudio, retirando de las respuestas de los residentes que no deseaban participar en la investigación. La Dra. Silvia Elvira Piña Castro realizó el análisis de los datos obtenidos que eran de interés para este estudio.

### **3.7 Procedimiento**

Cada residente recibió la invitación por correo del instrumento de evaluación y retroalimentación como parte del curso de Ética Clínica en el semestre marzo-agosto 2019 y en la sesión presencial del febrero 2020, así como por vía digital al presentarse la pandemia a partir de marzo 2020. Al ingresar a la liga, se desplegó el Consentimiento Informado del protocolo previamente mencionados, y se otorgaron las especificaciones

sobre la participación en esta etapa. Al aceptar el consentimiento se redirigió a la encuesta para ser contestada por el residente de manera electrónica.

En la clase de Ética como parte de sus actividades de la práctica educativa, se solicitó como trabajo final el responder las actividades ofertadas por el Programa Bienestar. La segunda medición se solicitó enviando una invitación por correo electrónico para participar en contestar la encuesta.

Los resultados se concentraron en la base de datos, las respuestas fueron anónimas, por lo que no se contó en ningún momento con su identidad.

### **3.8 Lugar donde se realizó la tesis**

El estudio se aplicó al total de los residentes de primer año de especialidades troncales del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas del Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey, con sede en la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

### 3.9 Cronograma de actividades

CRONOGRAMA	Febrero 2019	Marzo 2019	Abril 2019	Mayo 2019	Junio 2019	Julio 2019	Agosto 2019	Septiembre 2019	Octubre 2019	Noviembre 2019	Diciembre 2019	Enero 2020	Febrero 2020	Marzo 2020	Abril 2020	Mayo 2020	Junio 2020	Julio 2020	Agosto 2020	Septiembre 2020	Octubre 2020	Noviembre 2020	Diciembre 2020	
Elaboración de documento, correcciones y recolección de bibliografía.																								
Sometimiento y probable aprobación																								
Elaboración de Instrumento de evaluación y retroalimentación																								
Evaluación Grupo 1																								
Evaluación Grupo 2																								
Análisis de datos																								
Presentación de resultados																								
Publicación de documento																								

*Figura 1. Cronograma de actividades*

### 3.10 Variables

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Especialidad
- Nivel Académico
- Sede de Rotación Actual

- Calidad y Seguridad percibida
- Calidad y Seguridad otorgada
- Programa de Bienestar
- Factores relacionados con errores en el proceso de atención
- Variables Dependientes
  - Agotamiento emocional
  - Despersonalización
  - Realización personal

### 3.11 Cuadro de variables

**Tabla 2.** *Tabla de variables dentro del estudio.*

Variable General	Definición Conceptual	Tipo	Valor de variable
Variables Independientes			
Edad	Años vividos	Continua	Número entero
Sexo	Identidad sexual biológica	Dicotómica	Masculino Femenino
Estado civil	Situación civil	Dicotómico	-Soltero -En una relación
Especialidad	Especialidad médica en la que se encuentra inscrito	Cualitativa nominal	Cirugía Medicina Interna Pediatría Ginecología y Obstetricia

Nivel Académico	Año en que se encuentra realizando su especialidad	Continua	R1
Sede de rotación actual	Nombre del hospital en donde se encuentra realizando su práctica hospitalaria	Dicotómico	-Hospital Público -Hospital Privado
Calidad y seguridad percibida	Percepción de la Calidad y Seguridad en la atención otorgada por otros residentes	Dicotómico	Si ha percibido No ha percibido
Calidad y seguridad otorgada	Percepción de la Calidad y Seguridad de la Atención otorgada por el residente a sus pacientes	Dicotómico	Si ha cometido error No ha cometido error
Programa de Bienestar	Asistencia a sesiones de asesoría y consejería.	Dicotómico	Si No
Programa de Bienestar	Asistencia a sesiones de Programa de Mentoreo de Posgrado.	Dicotómico	Si No
Programa de Bienestar	Asistir en Grupo Balint.	Dicotómico	Si No
Programa de Bienestar	Asistencia a Sesiones del Instituto de Bienestar Integral	Dicotómico	Si No

	(asesoría nutricional y actividad física, al centro de atención dental y/o actividades de arte, cultura y deporte).		
Programa de Bienestar	Realizar el Wellness Index.	Dicotómico	Si No
Programa de Bienestar	Asistencia a sesiones grupales de Bienestar	Dicotómico	Si No
Variables dependientes			
Agotamiento emocional	Grado de Agotamiento acorde al resultado obtenido de la encuesta de Maslash	Nominal	Sumatoria de ítems 1, 2, 3, 4, 5
Despersonalización	Grado de Cinismo encontrado tras la realización de la Encuesta de Maslash	Nominal	Sumatoria de ítems 8,9,11,13, 14,
Realización personal	Grado de Eficacia Personal encontrado tras la realización de la encuesta de Maslash	Nominal	Sumatoria de ítems 5, 7, 10, 12, 15

Factores relacionados con el proceso de atención	Factores presentes en incidentes de la atención clínica del paciente	Cualitativa nominal (1 al 5)	Fatiga, Carga excesiva de trabajo, Falta de conocimiento sobre el cuadro clínico, Conocimiento inadecuado sobre el paciente, Supervisión inadecuada, Problemas de sistemas o con equipos de diagnóstico, Distracciones
--	--	------------------------------	--

### 3.11 Estrategia de análisis de datos

#### 3.11.1 Métodos y modelo de análisis de los datos

Se realizó la recolección de datos en Microsoft® Excel 2016 y Google Forms®, estos datos corresponden a las variables independientes como edad, sexo, residencia, grado académico, sede hospitalaria, participación o testimonio de un incidente en el proceso de atención clínica y las variables dependientes como factores asociados al momento del incidente en el proceso de la atención clínica.

Por requerimientos de la Institución, este estudio se llevó a cabo aplicando la encuesta a todos los residentes de primer año de especialidades troncales con un total de 35 del Programa Multicéntrico. El análisis de datos se realizó a través de la comparación de dos medias mediante la prueba de t de Student, comparando de la media obtenida de la primera muestra con la media de la segunda muestra donde esta última está conformada



por residentes que participaron en el Programa de Bienestar. Para las variables categóricas se utilizó la Chi cuadrada. En todos los casos se utilizó  $\alpha = 0.05$ .

### *3.11.2 Programas para utilizar en el análisis de los datos*

El programa que se utilizó para el análisis de datos fue SPSS25.

# Capítulo

## Resultados

## Capítulo 4- Resultados

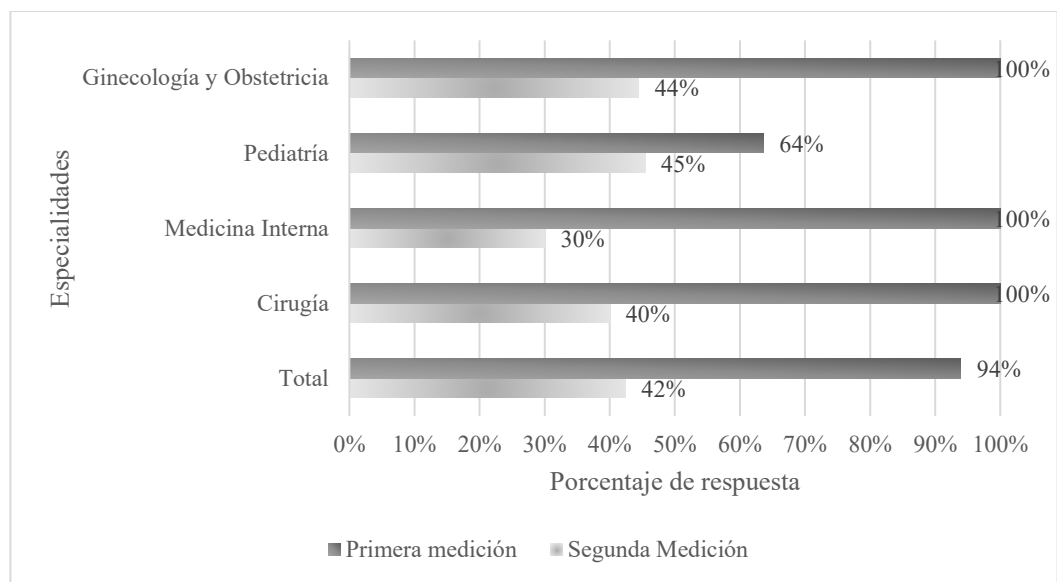
### 4.1. Análisis Descriptivo

#### 4.1.1. Datos demográficos

La encuesta fue enviada a todos los residentes de todas las especialidades teniendo una base de 108 respuestas de la primera medición y 55 de la segunda medición, pero solo se tomaron en cuenta el primer año que se encontraban activos en el programa, sus respuestas se dieron de manera voluntaria por lo que no se logró la participación del total de los residentes.

En este estudio se tomó en cuenta a un total de 35 residentes de primer año en el programa para la formación de las 4 especialidades troncales de interés en este estudio. Dentro de la primera medición existieron 31 (94%) y en la segunda medición 14 respuestas (42%).

En la Figura 2 se muestra el porcentaje de repuesta de la primera medición con un 94% total contra la segunda medición de un 42%. En la primera medición, la especialidad de Pediatría solo cumplió con un 64% de respuesta. Por otra parte, la segunda medición todos se encontraron por debajo del 50%, Cirugía 40% (n=2), Medicina Interna 30% (n=3), Pediatría 45% (n=5), Ginecología 44% (n=4).



**Figura 2.** *Porcentaje de cumplimiento por especialidad en la primera y segunda medición del estudio.*

En la agrupación de edad por categoría existe un mayor porcentaje de residentes menores a 27 años 77.8% (n=35) del total evaluado, por otro lado, los mayores a 28 años con un 22.2% (n=10) ( $p= 0.142$ ). Con el tema del género, hubo una cantidad de participación casi igual, residentes de género femenino 53.3% (n=24) y género masculino 46.7% (n=21) ( $p= 0.253$ ). El estado civil se dividió en categoría, soltero 53.3% (n=24) y género masculino 46.7% (n=21) ( $p 0.102$ ). Por otra parte, las sedes se dividieron en pública y privada, teniendo una participación de 44.4% (n=20) de residentes que rotaban en hospitales privados y 55.6% (n=25) que rotaron en hospitales públicos ( $p= 0.573$ ) (Ver Tabla 3).

**Tabla 3.** Distribución de características sociodemográficas periodo agosto 2019 - agosto 2020.

		Grupo		Total	Valor de <i>p</i>	
		1 medición	2 medición			
<b>Edad</b>	<= 27 años	n	26	9	35	
		%	83.9%	64.3%	77.8%	
	>= 28 años	n	5	5	10	<i>p</i> =0.142
		%	16.1%	35.7%	22.2%	
	Total		n	31	14	45
	<b>Género</b>	Mujer	n	15	9	24
%			48.4%	64.3%	53.3%	
Hombre		n	16	5	21	<i>p</i> =0.253
		%	51.6%	35.7%	46.7%	
Total		n	31	14	45	
<b>Estado civil</b>		Soltero	n	19	5	24
	%		61.3%	35.7%	53.3%	
	En una relación	n	12	9	21	<i>p</i> =0.102
		%	38.7%	64.3%	46.7%	
	Total		n	31	14	45
	<b>Sede</b>	Privada	n	14	6	20
%			45.2%	42.9%	44.4%	
Pública		n	17	8	25	<i>p</i> =0.573
		%	54.8%	57.1%	55.6%	
Total		n	31	14	45	

\*Fisher; *p* significativa <0,05. Abreviaturas: n= Número de residentes evaluados, %= Porcentaje.

En la tabla 4 se muestra la distribución de porcentajes de las especialidades de la primera medición y segunda medición. Por parte de los residentes de la especialidad de cirugía hubo 5 (16.1%) en la primera medición y 2 (14.3%) en la segunda medición; la especialidad de medicina interna presentaron 10 (32.2%) de la primera medición y 3 (21.4%) de la segunda medición; pediatría conto con 7(22.6%) en la primera medición y 5

(35.7%) de la segunda medición; ginecología y obstetricia la primera medición con 9 (29%) y 4 (28.6%) en la segunda medición ( $p= 0.792$ ).

**Tabla 4.** *Distribución de las especialidades por primera muestra y segunda muestra en periodo de agosto 2019 – agosto 2020.*

		Grupo		Total	Valor de $p$	
		1 medición	2 medición			
<b>Especialidad</b>	Cirugía	n	5	2	7	$p= 0.792$
		%	16.1%	14.3%	15.6%	
	Medicina Interna	n	10	3	13	
		%	32.3%	21.4%	28.9%	
	Pediatria	n	7	5	12	
		%	22.6%	35.7%	26.7%	
	Ginecología y Obstetricia	n	9	4	13	
		%	29.0%	28.6%	28.9%	
	Total	n	31	14	45	

**\*Chi-cuadrada; p significativa <0,05. Abreviaturas: n= Número de residentes evaluados, %= Porcentaje.**

#### 4.1.2. Asistencia a Programa de Bienestar

En la tabla 5 se muestra la distribución de la asistencia en el Programa Bienestar. Dicho programa se encontraba dividido en sesiones grupales e individuales. De manera global existió un 85% de asistencia al Programa Bienestar en el primer semestre de la especialidad.

**Tabla 5.** Distribución de la asistencia por especialidad troncal al Programa Bienestar en el periodo febrero- agosto 2019

	Cirugía	Pediatría	Ginecología y Obstetricia	Medicina Interna	n	Porcentaje asistencia
Inducción del Programa de Bienestar	(100%)	11 (100%)	(100%)	(100%)	36	100%
<b>2019 sesiones grupales semestrales para el bienestar y autocuidado para R1</b>						
Taller de Certificación QPR: entrenamiento básico para prevención del suicidio.	7 (100%)	11 (100%)	10 (100%)	8 (100%)	36	100%
Taller “Testigo Activo” para promover ambientes de respeto.	7 (100%)	11 (100%)	10 (100%)	8 (100%)	36	100%
Taller de manejo de estrés	6 (86%)	0 (0%)	10 (100%)	8 (100%)	24	67%
Taller de fortalezas y vulnerabilidad del residente	6 (86%)	10 (91%)	10 (100%)	8 (100%)	34	94%
Sesiones en curso “Ética Clínica”: síndrome de desgaste profesional, autocuidado y autorregulación como responsabilidad social de la profesión	6 (86%)	11 (100%)	10 (100%)	8 (100%)	35	97%
<b>2019 sesiones individuales semestrales para el bienestar y autocuidado para R1</b>						
Proyecto de bienestar personal y profesional: trabajo final de “Ética Clínica” (incluye realizar el Well-being Index de Mayo Clinic)	6 (86%)	0 (0%)	10 (100%)	8 (100%)	24	67%
Sesión individual con el Servicio de Consejería	2 (29%)	3 (27%)	9 (90%)	1 (12.5%)	15	42%
Mentoreo	6 (86%)	11 (100%)	10 (100%)	8 (100%)	35	97%
<b>Promedio total</b>	<b>84%</b>	<b>69%</b>	<b>99%</b>	<b>90%</b>		<b>85%</b>

En la tabla 6 se muestra la distribución de la asistencia al Programa Bienestar en el segundo periodo, el cual fue dividido de manera presencial y de manera virtual, al igual, dividido en sesiones grupales e individuales. De manera global existió una asistencia del

30% en el segundo semestre, tomando en cuenta el cambio de año por cuestiones de la pandemia por SARS CoV-2.

**Tabla 6.** Distribución de la asistencia por especialidad troncal al Programa Bienestar en el periodo febrero 2020- agosto 2020

	Cirugía	Pediatría	Ginecología y Obstetricia	Medicina Interna	n	Porcentaje de asistencia
<b>2020 sesiones grupales semestrales para el bienestar y autocuidado febrero 2020</b>						
Taller presencial febrero-marzo 2020: Proyecto de bienestar personal y profesional (incluye realizar el Well-being Index de Mayo Clinic)	0 (0%)	11 (100%)	0 (0%)	3 (30%)	14	40%
<b>2020 sesiones grupales semestrales de manera virtual para el bienestar y autocuidado para R2 (mayo-julio 2020)</b>						
Foro educación residencias médicas (Zoom, frecuencia semanal en el semestre)	2 (40%)	4 (36%)	3 (33%)	2 (20%)	11	31%
Formato virtual del programa de bienestar	1 (20%)	0 (0%)	1 (11%)	4 (40%)	6	17%
Grupos Balint o trabajo grupal con líder profesional de salud mental (Rs del mismo programa)	0 (0%)	11 (100%)	0 (0%)	8 (80%)	19	54%
Grupos Balint virtual (Zoom) (Rs de todos los programas)	1 (20%)	0 (0%)	4 (44%)	2 (20%)	7	20%
<b>2020 Sesiones individuales de manera virtual para R2 (mayo-julio 2020)</b>						
Entrevista con mentor registrada en formato virtual	1 (20%)	0 (0%)	1 (11%)	4 (40%)	6	17%
<b>Promedio total</b>	<b>17%</b>	<b>39%</b>	<b>17%</b>	<b>38%</b>		<b>30%</b>

#### 4.2. Resultados del Síndrome de Desgaste Profesional

En los resultados de la comparación de los dos grupos (pre-intervención del Programa Bienestar y post-intervención del Programa Bienestar) se encontró que existieron en la primera medición (pre-intervención) 25 (80.6%) residentes sin SDP y 6 (19.4%) con SDP;



en la segunda medición (post intervención) existieron 13 (92.9%) sin SDP y 1(7.1%) con SDP ( $p= 0.285$ ) (Ver Tabla 7).

**Tabla 7.** *Síndrome de Desgaste Profesional y su relación con la primera medición y segunda medición.*

		Grupo		Total	Valor de $p$	
		1 medición	2 medición			
<b>Síndrome de Desgaste Profesional</b>	Sin Desgaste	n	25	13	38	
		%	80.6%	92.9%	84.4%	
	Con Desgaste	n	6	1	7	* $p=0.285$
		%	19.4%	7.1%	15.6%	
	Total	n	31	14	45	

\*Fisher;  $p$  significativa  $<0,05$ . Abreviaturas: n= Número de residentes evaluados, %= Porcentaje.

Se realizó una categorización del SDP por componente. En la Tabla 8 se describe el Agotamiento emocional en la primera medición con un nivel bajo de 3 (9.7%), medio 5 (16.1%) y alto 23 (74.2%) comparado con una segunda medición (post intervención) con nivel bajo 7 (50%), 2 (14.3%) y 5 (35.7%) ( $p= 0.009$ ).

**Tabla 8.** *Agotamiento emocional y su relación con la categoría por niveles dividido por grupo antes y después de la intervención.*

		Grupo		Total	Valor de $p$	
		1 medición	2 medición			
<b>Agotamiento emocional</b>	Bajo	n	3	7	10	
		%	9.7%	50.0%	22.2%	
	Medio	n	5	2	7	* $p= 0.009$
		%	16.1%	14.3%	15.6%	
	Alto	n	23	5	28	
		%	74.2%	35.7%	62.2%	
Total	n	31	14	45		

\*Chi-cuadrada;  $p$  significativa  $<0,05$ . Abreviaturas: n= Número de residentes evaluados, %= Porcentaje.

En la categorización de Despersonalización se encontró con 6 (19.4%) de residentes con nivel bajo, 4 (12.9%) nivel medio y 21 (67.7%) nivel alto en la primera medición. Haciendo una comparación con la segunda medición (post intervención) con 6 (42.9%) de residentes de nivel bajo, 2 (14.3%) medio y 6 (42.9%) nivel alto ( $p= 0.222$ ) (Ver tabla 9).

**Tabla 9.** Despersonalización y su relación con la categoría por niveles dividido por grupo antes y después de la intervención.

		Grupo		Total	Valor de $p$	
		1 medición	2 medición			
Despersonalización	Bajo	n	6	6	12	
		%	19.4%	42.9%	26.7%	
	Medio	n	4	2	6	* $p = 0.222$
		%	12.9%	14.3%	13.3%	
	Alto	n	21	6	27	
		%	67.7%	42.9%	60.0%	
Total	n	31	14	45		

\*Chi-cuadrada;  $p$  significativa  $<0,05$ . Abreviaturas: n= Número de residentes evaluados, %= Porcentaje.

En la tabla 10 se muestra la distribución de la categoría Realización personal donde en la primera medición existieron 7 (22.6%) nivel bajo, 10 (32.3%) nivel medio y 14 (45.2%) nivel alto, haciendo una comparación con la segunda medición, hubo 1 (7.1) residente con nivel bajo, 5 (35.7%) nivel medio y 8 (57.1%) nivel alto ( $p= 0.447$ ).

**Tabla 10.** Realización personal y su relación con la categoría por niveles dividido por grupo antes y después de la intervención.

		Grupo		Total	Valor de <i>p</i>	
		1 medición	2 medición			
Realización personal	Bajo	n	7	1	8	* <i>p</i> = 0.447
		%	22.6%	7.1%	17.8%	
	Medio	n	10	5	15	
		%	32.3%	35.7%	33.3%	
	Alto	n	14	8	22	
		%	45.2%	57.1%	48.9%	
	Total	n	31	14	45	

\*Chi-cuadrada; *p* significativa <0,05. Abreviaturas: n= Número de residentes evaluados, %= Porcentaje.

Tomando en cuenta el puntaje obtenido mediante la sumatoria de cada categoría y realizando una comparación de medias, se puede ver que en la categoría de Agotamiento Emocional existió una disminución de su media (*p*= 0.000) (I.C. 6.762 - 20.234). En el resto de las categorías no existió modificación de las medias, se encontraron estáticas por lo que no disminuyó ni incremento la media.

**Tabla 11.** Comparación de medias entre la primera medición y segunda medición.

Categoría	Grupo	n	m	D.E.	* <i>p</i>	I.C. 95%
Agotamiento Emocional	1 medición	31	32.35	9.67	0.000	6.762 - 20.234
	2 medición	14	18.86	11.84		
Despersonalización	1 medición	31	11.32	5.901	0.164	-11.642 - 2.144
	2 medición	14	16.07	11.51		
Realización Personal	1 medición	31	37.42	7.44	0.076	-8.463 - 0.445
	2 medición	14	41.43	5.27		

\*Chi-cuadrada; *p* significativa <0,05. Abreviaturas: n= Número de residentes evaluados, m= Media, D.E.= Desviación Estándar

#### 4.2.2. Síndrome de Desgaste Profesional relacionado con Calidad

En la tabla 12 se muestra la distribución y la relación que tuvo a primera pregunta ¿Has participado de manera no intencionada en un error durante el proceso de atención de un paciente? con respecto a la presencia de SDP lo cual no tuvo relación dichas variables ( $p= 0.626$ ).

**Tabla 12.** Participación en un error en atención de un paciente en relación con Síndrome de Desgaste Profesional.

			Pregunta 1		Total	Valor de $p$
			Sin SDP	Con SDP		
<b>Participación en un error</b>	No	n	12	2	14	* $p=0.626$
		%	31.6%	28.6%	31.1%	
	Si	n	26	5	31	
		%	68.4%	71.4%	68.9%	
	Total	n	14	14	45	

\*Fisher;  $p$  significativa  $<0,05$ . Abreviaturas: n= Número de residentes evaluados, %= Porcentaje, Sin SDP= Sin Síndrome de Desgaste Profesional, Con SDP= Con Síndrome de Desgaste Profesional

En la tabla 13 se muestra la distribución y la relación que tuvo a segunda pregunta ¿Has presenciado un error durante el proceso de atención de un paciente por parte de un colega? con respecto a la presencia de SDP lo cual no tuvo relación dichas variables ( $p= 0.278$ ).

**Tabla 13.** *Presenciado un error en atención de un paciente en relación con Síndrome de Desgaste Profesional.*

		Pregunta 2		Total	Valor de <i>p</i>	
		Sin SDP	Con SDP			
<b>Presenciado un error</b>	No	n	7	0	7	
		%	18.4%	0%	15.6%	
	Si	n	31	7	38	* <i>p</i> =0.278
		%	81.6%	100%	84.4%	
	Total	n	38	7	45	

\*Fisher; *p* significativa <0,05. Abreviaturas: n= Número de residentes evaluados, %= Porcentaje, Sin SDP= Sin Síndrome de Desgaste Profesional, Con SDP= Con Síndrome de Desgaste Profesional

En la tabla 14 se describe la distribución por frecuencia en la participación o presencia de un error en la atención y la autopercepción de la frecuencia de su causa. En el aspecto de Fatiga se encontró que la mayoría, tanto de la primera y segunda medición tienen la autopercepción que es muy frecuente con una cantidad de 18 (58.1%) y 7 (50%) en la segunda medición (*p*= 0.138). En la Carga excesiva de trabajo se encontró que la mayoría coincidieron que es muy frecuente dicha causa, primera medición 22 (71%) y en la segunda medición 10 (71.4%) (*p*= 0.869). Por otra parte, las causas que catalogaron como “Casi nunca” se encontró que el conocimiento inadecuado del paciente casi nunca está relacionado con un error en la atención, en la primera medición se obtuvo 10 (32.3%) y en la segunda medición 6 (42.9%) (*p*= 0.330), al igual, se encontró que las distracciones casi nunca está relacionada con el error, en la primera medición se encontró que 9 (29%) colocaron esa respuesta y en la segunda medición 5 (35.7%) (*p*= 0.873).

**Tabla 14.** Distribución de la autopercepción de las causas del error en la atención

	Grupo	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente	Muy frecuente	n	Valor de p*
<b>Fatiga</b>	1	1 (3.2%)	0 (0%)	4 (12.9%)	8 (25.8%)	18 (58.1%)	31	0.138
	2	0 (0%)	1 (7.1%)	5 (35.7%)	1 (7.1%)	7 (50%)	14	
<b>Carga excesiva de trabajo</b>	1	1 (3.2%)	1 (3.2%)	1 (3.2%)	6 (19.4%)	22 (71%)	31	0.869
	2	0 (0%)	1 (7.1%)	1 (7.1%)	2 (14.3%)	10 (71.4%)	14	
<b>Falta de conocimiento sobre el cuadro clínico</b>	1	1 (3.2%)	10 (32.3%)	9 (29%)	6 (19.4%)	5 (16.1%)	31	0.751
	2	0 (0%)	6 (42.9%)	3 (21.4%)	4 (28.6%)	1 (7.1%)	14	
<b>Conocimiento inadecuado sobre el paciente</b>	1	2 (6.5%)	10 (32.3%)	9 (29%)	3 (9.7%)	7 (22.6%)	31	0.330
	2	0 (0%)	6 (42.9%)	2 (14.3%)	4 (28.6%)	2 (14.3%)	14	
<b>Supervisión inadecuada</b>	1	2 (6.5%)	6 (19.4%)	6 (19.4%)	7 (22.6%)	10 (32.3%)	31	0.810
	2	0 (0%)	4 (28.6%)	2 (14.3%)	4 (28.6%)	4 (28.6%)	14	
<b>Problemas de sistemas o con equipo de diagnóstico</b>	1	1 (3.2%)	6 (19.4%)	11 (35.5%)	5 (16.1%)	8 (25.8%)	31	0.310
	2	1 (7.1%)	0 (0%)	5 (35.7%)	5 (35.7%)	3 (21.4%)	14	
<b>Distracciones</b>	1	2 (6.5%)	9 (29%)	8 (25.8%)	5 (16.1%)	7 (22.6%)	31	0.873
	2	2 (14.3%)	5 (35.7%)	3 (21.4%)	2 (14.3%)	2 (14.3%)	14	

\*Chi-cuadrada;  $p$  significativa  $<0,05$ . Abreviaturas: n= Número de residentes evaluado, 1= 1 medición, 2= 2 medición.

En la tabla 15 se describe la distribución por frecuencia en la participación o presencia de un error en la atención y la autopercepción de la frecuencia de su causa relacionándola si presentaba o no SDP. Las causas más frecuentes relacionadas al error fueron carga excesiva de trabajo y supervisión inadecuada. Los residentes con SDP

calificaron a la carga excesiva de trabajo con “muy frecuente” 5 (71.4%) y sin SDP con 27 (71.1%) ( $p= 0.833$ ). Por otra parte, la Supervisión inadecuada en los residentes sin SDP tuvo 11 (28.9%) respuestas y con SDP 3 (42.9%) respuestas ( $p= 0.528$ ). En las causas que auto percibieron que “Casi nunca” son causas de error en la atención fue: Falta de conocimiento del cuadro clínico, Conocimiento inadecuado del paciente y Distracciones. En el aspecto de Falta de conocimiento del cuadro clínico los residentes sin SDP tuvieron 12 (31.6%) respuestas y con SDP 4 (57.1%) ( $p= 0.284$ ). En el Conocimiento inadecuado del paciente, los residentes sin SDP tuvieron 13 (34.2%) respuestas a casi nunca y con SDP 3 (42.9%) ( $p= 0.547$ ). Por último, la mayoría catalogó como las distracciones que casi nunca tienen relación con el error, los residentes sin SDP tuvieron 12 (31.6%) y 2 (28.6%) los residentes con SDP ( $p= 0.727$ ).

**Tabla 15.** Distribución de la autopercepción de causas del error con su relación en el Síndrome de Desgaste Profesional.

		Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuente	Muy Frecuente	n	Valor de $p^*$
<b>Fatiga</b>	Sin SDP	1 (2.6%)	1 (3%)	9 (23.7%)	8 (21.1%)	1 (50%)	38	0.475
	Con SDP	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	7	
<b>Carga excesiva de trabajo</b>	Sin SDP	1 (2.6%)	2 (5.3%)	2 (5.3%)	6 (15.8%)	27 (71.1%)	38	0.833
	Con SDP	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (28.6%)	5 (71.4%)	7	
<b>Falta de conocimiento sobre el cuadro clínico</b>	Sin SDP	1 (2.6%)	12 (31.6%)	9 (23.7%)	10 (26.3%)	6 (15.8%)	38	0.284
	Con SDP	0 (0%)	4 (57.1%)	3 (42.9%)	0 (0%)	0 (0%)	7	
<b>Conocimiento inadecuado sobre el paciente</b>	Sin SDP	2 (5.3%)	13 (34.2%)	8 (21.2%)	7 (18.4%)	8 (21.1%)	38	0.547
	Con SDP	0 (0%)	3 (42.9%)	3 (42.9%)	0 (0%)	1 (14.3%)	7	
<b>Supervisión inadecuada</b>	Sin SDP	2 (5.3%)	10 (26.3%)	6 (15.8%)	9 (23.7%)	11 (28.9%)	38	0.528

	Con SDP	0 (0%)	0 (0%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	3 (42.9%)	7	
<b>Problemas de sistemas o con equipo de diagnóstico</b>	Sin SDP	2 (5.3%)	5 (13.2%)	14 (36.8%)	7 (18.4%)	10 (26.3%)	38	0.658
	Con SDP	0 (0%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	3 (42.9%)	1 (14.3%)	7	
<b>Distracciones</b>	Sin SDP	4 (10.5%)	12 (31.6%)	8 (21.1%)	6 (15.8%)	8 (21.1%)	38	0.727
	Con SDP	0 (0%)	2 (28.6%)	3 (42.9%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	7	

\*Chi-cuadrada;  $p$  significativa <0,05. Abreviaturas: n= Número de residentes evaluados, Sin SDP= Sin Síndrome de Desgaste Profesional, Con SDP= Con Síndrome de Desgaste Profesional.

Tomando en cuenta las respuestas de la autopercepción de las causas de los errores en la atención, se puede ver que no existió un cambio de las medias en las respuestas en comparación con la primera y segunda medición (Tabla 16).

**Tabla 16.** Comparación de medias de la autopercepción de las causas del error en las dos mediciones

<b>Categoría</b>	<b>Grupo</b>	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>D.E.</b>	<b>*<math>p</math></b>	<b>I.C. 95%</b>
<b>Fatiga</b>	1 medición	31	4.35	0.950	0.277	-0.295 – 1.005
	2 medición	14	4.00	1.109		
<b>Carga excesiva de trabajo</b>	1 medición	31	4.52	0.962	0.958	-0.604 – 0.636
	2 medición	14	4.50	0.941		
<b>Falta de conocimiento sobre el cuadro clínico</b>	1 medición	31	3.13	1.147	0.721	-0.595 – 0.853
	2 medición	14	3.00	1.038		
<b>Conocimiento inadecuado sobre el paciente</b>	1 medición	31	3.10	1.274	0.909	-0.853 – 0.761
	2 medición	14	3.14	1.167		
<b>Supervisión inadecuada</b>	1 medición	31	3.55	1.312	0.956	-0.858 – 0.812
	2 medición	14	3.57	1.222		
<b>Problemas de sistemas o con equipo de diagnóstico</b>	1 medición	31	3.42	1.177	0.549	-0.970 – 0.523
	2 medición	14	3.64	1.082		
<b>Distracciones</b>	1 medición	31	3.19	1.276	0.330	-0.428 – 1.243
	2 medición	14	2.79	1.311		

\*Chi-cuadrada;  $p$  significativa <0,05. Abreviaturas: n= Número de residentes evaluados, M= Media, D.E.= Desviación Estándar



## Capítulo 5

### Análisis de resultados

## Capítulo 5- Análisis y discusión de resultados

La muestra que se obtuvo para el estudio no fue del todo favorable, ya que en la segunda medición se redujo a un 42% de los residentes participaron en el estudio, esto se pudiera atribuir a la falta de interés del residente o tiempos académicamente no protegidos para participar en el estudio.

Conforme a la población de la primera medición contra la segunda medición, en términos sociodemográficos no se ven afectados estadísticamente, lo que quiere decir que son grupos semejantes e independientes.

Desafortunadamente, el Programa de Bienestar no logro impactar de la manera esperada a la población a la que se aplicó, ya que de manera global no existió una disminución del SDP en los residentes que asistieron al Programa de Bienestar. De igual manera, el SDP no tuvo ningún impacto en la percepción de la calidad otorgada.

Para profundizar en el comportamiento del SDP se realizó una segmentación por categorías de la herramienta y en dicha evaluación fue donde se encontró una ligera disminución en la comparación de las dos mediciones, dicha medición fue en el Agotamiento Emocional. Se pudiera decir que el Programa Bienestar influyó solo en esta categoría.

En las categorías de Despersonalización y Realización personal no hubo modificación, ni de manera positiva ni negativa, la medición se encontró estática durante las dos mediciones, aun teniendo en cuenta que un porcentaje de la segunda medición se realizó en tiempos de Pandemia por SARS CoV-2, por lo que, de manera positiva, no influyó negativamente.

Con dichos resultados no resultan diferente a lo publicado, ya que en el artículo de Shanafelt et al. (2017) menciona que el impacto positivo al evaluar el SDP por dominios para poder detectar de manera más fidedigna y objetiva el SDP, por lo que, en este estudio solo se vio el impacto en un dominio concordando con las conclusiones del autor.

Con respecto a la segunda hipótesis, si el SDP estaba relacionado con la presencia o participación en los errores en la atención no se encontró ninguna relación, dicho resultado se obtuvo ya que no hubo modificación en la primera hipótesis.

En muchas ocasiones se dice que existe mayor SDP por tipo de hospital, pero en el estudio encontramos que el SDP se presentó de manera igual en los hospitales públicos y privados, por lo que podemos pensar que no influye el tipo de hospital.

### **5.1 Limitaciones del estudio**

Estos resultados se pueden atribuir a la diferencia de la tasa de respuesta que hubo entre la primera medición y la segunda medición, quizás se puede relacionar que la primera medición se encontraba en un tiempo académico protegido por el curso de Ética Clínica y la segunda medición era de libre participación, por otra parte, se pudiera considerar que los tiempos de la segunda medición fueron afectados por la situación de la pandemia, ya que las actividades académicas se modificaron, con estrategias virtuales para garantizar la continuidad académica.

Dentro de la metodología se tuvo que realizar un cambio de la segunda medición, ya que la tasa de respuesta fue muy baja en el mes de febrero.

## 5.2 Recomendaciones

Se pudiera decir que habría un mayor impacto en el Programa Bienestar si se modificara el programa, tomar en cuenta una perspectiva de realizarlo a la medida del residente, hecho por residentes, para residentes como menciona Apela (2014) en su artículo, donde las intervenciones mixtas son las que se encuentran personalizadas a la organización o la población.

Otro aspecto importante, es modificar el instrumento de medición para detección del SDP, ya que, dentro de los comentarios de los residentes es que se tardan mucho contestando. Una de las opciones es el WBI, es una encuesta rápida y se puede hacer un análisis a través del tiempo, la única limitante es que solo se encuentra en idioma inglés.

Dentro de las modificaciones del cuestionario, sería poder tener acceso a la identidad del residente para poder realizar grupos dependiente y conocer el comportamiento de las intervenciones en el tiempo, al igual, agregar ítems relacionados con la autopercepción del SDP, si alguna actividad percibe que disminuye (o incrementa) el SDP del Programa de Bienestar, al igual, conocer la autopercepción de los ambientes de trabajo ya que de manera individual pudiéramos conocer que tipos de factor ambiental influye.

## Capítulo 6

### Conclusiones

## Capítulo 6- Conclusión

A pesar de que no se encontró una disminución del SDP de manera global posterior a la intervención del Programa de Bienestar, al igual, la falta de relación del SDP con la calidad de la atención otorgada nos deja pensando sobre la modificación de la intervención para conocer específicamente hacia que categoría será el impacto.

Es difícil poder determinar de manera genérica un programa que impacte todas las categorías a la vez, por lo que, se deberían de enfocar específicamente hacia donde iría dirigido en un futuro.

Es una gran responsabilidad para las instituciones educativas poder realizar intervenciones junto con las sedes hospitalarias para la mejora del entorno del residente. No olvidar la importancia de involucrar a los directivos de las instituciones de salud, tanto educativas como de las sedes, para que conozcan las actividades realizadas para prevenir o disminuir el SDP.

Una de las recomendaciones que me parecen pertinentes en este tema es realizar un diagnóstico situacional de los residentes para conocer en que categoría presentan mayor necesidad de intervención y que el programa se realice “por residentes, para residentes”, ya que muy probablemente podría influir en la empatía y relaciones de cordialidad entre los residentes ya que buscan un bien común para ellos mismos como para sus compañeros.

Nos podemos preguntar la importancia sobre estos estudios, y la realidad es que no debemos de parar en la búsqueda, innovación y mejora de las intervenciones hacia la disminución del Síndrome de Desgaste Profesional ya que el personal que se encuentra en

formación para ser especialista necesita el mayor apoyo posible para poder concluir de manera más sana posible, sin afecciones personales ni hacia su entorno.

## Referencias

López-Morales, A., González-Velázquez, F., Morales-Guzmán, M. I., & Espinoza-Martínez, C. E. (2007). Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 233-242.

Moreno-Jiménez, B., González, J. L., & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. *Empleo, estrés y salud*, 1(1), 59-83.

Dyrbye, L., Satele, D., Sloan, J., and Shanafelt, T. (2014) Ability of the Physician Well-Being Index to Identify Residents in Distress. *J Grad Med Educ.*; 6(1): 78–84. doi: 10.4300/JGME-D-13-00117.1 Recuperado el 4 de abril de 2019 en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3963800/>

Richardson-López Collada, V. (2006). Y a nuestros residentes ¿Quién los cuida?. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 63(3), 155-157.

Dyrbye, L. N., Satele, D., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2014). Ability of the physician well-being index to identify residents in distress. *Journal of graduate medical education*, 6(1), 78-84.

Dyrbye, L. N., Satele, D., Sloan, J., & Shanafelt, T. D. (2013). Utility of a brief screening tool to identify physicians in distress. *Journal of general internal medicine*, 28(3), 421-427.

Clínica Mayo. Well-Being Index (WBI). Página Web recuperada el 4 de abril de 2019: <https://www.mededwebs.com/well-being-index>.

Cordero, MA, Guerra, D, Felix, C, Davila, JA. (2017) Programa de profesionalismo y bienestar para médicos residentes (Abstract). *Investigación en Educación Médica*, 6 (22), 37.



Secretaría de Salud. (04 de 01 de 2013). Diario Oficial de la Federación. Recuperado el 08 de 2017, de NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013)

Jennings, M.L. & Slavin, S.J. (2015). Resident Wellness Matters: Optimizing Resident Education and Wellness Through the Learning Environment. *Academic Medicine*, 90(9), 1246-50.

Fargen K, Drolet B, Philibert I. (2016) Unprofessional Behaviors Among Tomorrow's Physicians. *Academic Medicine*, 91(6), 858-864.

Organización Mundial de la Salud. (2018). 10 datos sobre seguridad del paciente. Recuperado de: [https://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/es/](https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/)

Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PloS one*, 11(7), e0159015.

Amézquita, J. N. R. (2015). Eventos adversos, una metodología de estudio. Los "Global Trigger Tool". *BOLETÍN CONAMED*, (3). Recuperado de : [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos\\_adversos\\_metodologia.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos_metodologia.pdf)

Delgado, B. M., Márquez, V. H., & Santacruz, V. J. (2012). La Seguridad del Paciente: eje toral de la calidad de la atención. *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones*, 12, 127-46.

Bates, D. D. (2010). IBEAS red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica Argentina. Colombia, Costa Rica, México y Perú.

Aranaz-Andrés, J. M., de Castro, M. G. V., Jiménez-Pericás, F., Balbuena-Segura, A. I., Meyer-García, M. C., López-Fresneña, N., ... & Aibar-Remón, C. (2015). Identificación de eventos adversos en pacientes hospitalizados por gripe. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(1), 17-23.

Barajas, E. R. (2015). La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: una estrategia de gran escala. *Salud en México*, 87.

Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (Eds.). (2000). *To err is human: building a safer health system* (Vol. 6). National Academies Press.

Mena, P. (2008). Error médico y eventos adversos. *Revista chilena de pediatría*, 79(3), 319-326.

Dávila, F. J. A. (2011). Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Multiciencias*, 11(4), 370-377.

A Framework for a Systems Approach to Clinician Burnout and Professional Well-Being." National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2019. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being. Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/25521.

Apela, V. M. (2014). Síndrome de desgaste profesional: ¿Qué podemos hacer?. *Bioseguridad y manejo de citostáticos*| Fabiana de Armas, 8(2), 38-47.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2019). Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being. Washington, DC: The National Academies Press. [doi.org/10.17226/25521](https://doi.org/10.17226/25521)

Palmer-Morales, Y., Prince-Vélez, R., y Searcy-Bernal, R. (2007). Factores relacionados con el síndrome de burnout en ginecólogos. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 75(7).

Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. D. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS one*, 12(10), e0185781. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5627926/>

Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Mariné, A., & Serra, C. (2014). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).

Hernández Gómez, L. C., Hernández Meléndrez, D. E., & Bayarre Veá, H. D. (2014). La autoestima como variable moduladora del desgaste profesional en especialistas en Medicina General Integral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(2), 149-159.

Hu, Y. Y., Ellis, R. J., Hewitt, D. B., Yang, A. D., Cheung, E. O., Moskowitz, J. T., ... & Bilimoria, K. Y. (2019). Discrimination, abuse, harassment, and burnout in surgical residency training. *New England Journal of Medicine*, 381(18), 1741-1752.

Beumer, C. M. (2008). Innovative solutions: The effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 27(6), 263-267.

Steinberg, B. A., Klatt, M., & Duchemin, A. M. (2017). Feasibility of a mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel. *American Journal of Critical Care*, 26(1), 10-18.

Dyrbye, L. N., Lipscomb, W., & Thibault, G. (2020). Redesigning the learning environment to promote learner well-being and professional development. *Academic Medicine*, 95(5), 674-678. doi: 10.1097/ACM.0000000000003094 Recuperado de: [https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2020/05000/Redesigning\\_the\\_Learning\\_Environment\\_to\\_Promote.12.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2020/05000/Redesigning_the_Learning_Environment_to_Promote.12.aspx)

Downing, N. L., Bates, D. W., & Longhurst, C. A. (2018). Physician burnout in the electronic health record era: are we ignoring the real cause?. Recuperado de: [https://www.mfprac.com/web2020/07literature/literature/Misc/Burnout\\_Downing.pdf](https://www.mfprac.com/web2020/07literature/literature/Misc/Burnout_Downing.pdf)

Edmondson, E. K., Kumar, A. A., & Smith, S. M. (2018). Creating a culture of wellness in residency. *Academic Medicine*, 93(7), 966-968.

Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., ... & Esmail, A. (2018). Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 178(10), 1317-1331. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6233757/>

Windover, A. K., Martinez, K., Mercer, M. B., Neuendorf, K., Boissy, A., & Rothberg, M. B. (2018). Correlates and outcomes of physician burnout within a large academic medical center. *JAMA internal medicine*, 178(6), 856-858. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5885154/>

Shanafelt, T. D., Kaups, K. L., Nelson, H., Satele, D. V., Sloan, J. A., Oreskovich, M. R., & Dyrbye, L. N. (2014). An interactive individualized intervention to promote behavioral change to increase personal well-being in US surgeons. *Annals of*

*surgery*, 259(1), 82. doi: 10.1097/SLA.0b013e3182a58fa4 Recuperado el 4 de abril de 2019 en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4333681/>

López-Morales, A., González-Velázquez, F., Morales-Guzmán, M. I., & Espinoza-Martínez, C. E. (2007). Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3).

## Anexos

### Anexo 1. Cuestionario ambientes entrenamiento y bienestar.

**CUESTIONARIO AMBIENTES ENTRENAMIENTO Y BIENESTAR**

Estimado Residente, la presente encuesta tiene la intención de obtener datos que nos otorguen una panorámica sobre el estado actual del Médico en su grado de formación como especialista y su relación al Síndrome de Desgaste Profesional así como los posibles factores relacionados a éste. Tu participación es voluntaria y anónima, al realizarla colaborarás con nosotros para poder detectar las áreas de oportunidad dentro del programa.

Te pedimos de favor contestar lo más apegado a la realidad, y te recordamos que los datos obtenidos serán de carácter anónimo y confidencial.

1. ¿Qué edad tienes?

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

+ 35

Otro (especifique)

2. ¿Cuál es tu género?

Masculino

Femenino

Otro (especifique)

3. ¿Qué especialidad o subespecialidad cursas?

- Anestesiología
- Calidad
- Cirugía General
- Geriatria
- Ginecología y Obstetricia
- Medicina Crítica
- Medicina Interna
- Neonatología
- Oftalmología
- Pediatría
- Psiquiatría
- Radiología
- Otro (especifique)

4. ¿Qué año de especialidad o subespecialidad cursas?

- R1 (especialidad)
- R2 (especialidad)
- R3 (especialidad)
- R4 (especialidad)
- R5 (especialidad)
- R1 de subespecialidad
- R2 de subespecialidad
- R3 de subespecialidad
- Otro (especifique)

5. ¿Cuál es tu estado civil?

- Soltero
- Noviazgo
- Casado
- Unión Libre
- Divorciado

6. ¿De dónde eres originario?

- Local
- Foráneo
- Local/independiente

7. ¿Con quién vives?

- Con Familia
- Departamento compartido
- Departamento solo
- Otro (especifique)

8. ¿En qué tipo de hospital estas rotando

- Hospital San José
- Hospital Metropolitano "Bernardo Sepúlveda"
- Hospital Materno Infantil
- Hospital Zambrano Helion
- Otro



9. ¿Practicas algún pasatiempo? ¿Cuál?

- Ejercicio
- Pintura/Escultura
- Tocar un instrumento musical
- Reuniones con familiares/amigos
- Ninguno
- Otro (especifique)

10. ¿Has recibido terapia psicológica/psiquiátrica?

- Sí
- No
- Estoy recibiendo actualmente
- Otro (especifique)

11. ¿Has recibido terapia con ansiolíticos?

- Sí
- No
- Estoy recibiendo actualmente
- Otro (especifique)

12. ¿Has recibido terapia con antidepresivos?

- Sí
- No
- Estoy recibiendo actualmente
- Otro (especifique)

13. ¿Fumas? ¿Cuánto por día?

- No
- 1-3 cigarrillos por día
- 4-6 cigarrillos por día
- 7-10 cigarrillos por día
- 10-20 cigarrillos por día
- + 20 cigarrillos por día
- Otro (especifique)

14. ¿Tomas alcohol? ¿Cuánto? (tomando como base una cerveza de 355 ml ó una copa de vino/licor)

- No
- 1-3/ día
- 4-6/ día
- 7-12/ día
- + 12 día
- Social llegando a la ebriedad
- Social sin llegar a la ebriedad
- Otro (especifique)

15. ¿Consumes algún tipo de droga?

- Marihuana
- Cocaína
- Anfetaminas
- Otro
- No

16. ¿Cuántas horas a la semana trabajas?

- 30 hrs/semana
- 31-40 hrs/semana
- 41-50 hrs/semana
- 51-60 hrs/semana
- 61-70 hrs/semana
- + 70 hrs/semana

17. ¿Te sientes satisfecho con tu trabajo/vida?

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Neutral
- Desacuerdo
- Totalmente desacuerdo

18. ¿Qué tipo de Rol de Guardias llevas?

- ABC
- ABCD
- ABCDE
- Sin guardias
- Otro (especifique)

Maslach

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que sientes los siguientes enunciados

19. 1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

20. 2.- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

21. 3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

22. 4.- Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

23. 5.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al año
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

24. 6. -Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

25. 7.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

26. 8.- Siento que mi trabajo me esta desgastando

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

27. 9.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

28. 10.- Siento que me he hecho mas duro con la gente

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

29. 11.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

30. 12.- Me siento con mucha energía en mi trabajo

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

31. 13.- Me siento frustrado en mi trabajo

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

32. 14.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

33. 15.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre



34. 16.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

35. 17.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al año
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

36. 18.- Me siento estimado después de haber trabajado estrechamente con mis pacientes

- Nunca
- Pocas veces
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

37. 19.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

38. 20.- Me siento como si estuviera al limite de mis posibilidades

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

39. 21.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

40. 22.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes
- Pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Pocas veces a la semana
- Siempre

## CUESTIONARIO AMBIENTES ENTRENAMIENTO Y BIENESTAR

### Áreas de impacto

Para esta sección, seleccione la opción que especifique LA FRECUENCIA en que se presentan las siguientes situaciones de trabajo

41. 1.- No puedo darles solución a los problemas que se me asignan

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. 2.- Estoy atrapado en mi trabajo sin opciones

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. 3.- Soy incapaz de influenciar en las decisiones que me afectan. Estoy incapacitado y no hay nada que pueda hacer al respecto

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44. 4.- No estoy claro sobre las responsabilidades en mi trabajo. No tengo la información necesaria para trabajar bien

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. 5.- Las personas con las que trabajo no comprenden mi rol. No comprendo el propósito de mi trabajo

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46. 6.- Me siento atrapado en medio. Debo satisfacer demandas conflictivas

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. 7.- Estoy en desacuerdo con las personas en mi trabajo. Debo violar procedimientos para hacer mi trabajo

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48. 8.- Mis compañeros de trabajo me subestiman. La dirección muestra favoritismo

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

49. 9.- La burocracia interfiere con la realización de mi trabajo. Las personas en mi trabajo compiten en vez de cooperar

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

50. 10.- Mi trabajo interfiere con mi vida personal

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. 11.- Tengo demasiadas cosas que hacer en muy poco tiempo. Debo de trabajar en mi propio tiempo

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

52. 12.- Mi carga de trabajo es abrumadora

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53. 13.- Tengo pocas cosas que hacer

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

54. 14.- El trabajo que realizo actualmente no está acorde con mis calificaciones. Mi trabajo no es desafiante

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55. 15.- La mayoría del tiempo la utilizo en labores de rutina

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

56. 16.- No sé que es lo que hago bien o mal

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

57. 17.- Mi superior (supervisor) no me retroalimenta en mi trabajo. Obtengo la información demasiado tarde para utilizarla

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58. 18.- No veo los resultados de mi trabajo

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59. 19.- Mi superior (supervisor) es crítico

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

60. 20.- Los créditos por mi trabajo los obtienen otros. Mi trabajo no es apreciado

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

61. 21.- Soy culpado por los errores de otros

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62. 22.- Estoy aislado de los demás

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

63. 23.- Soy solo un eslabón en la cadena organizacional

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

64. 24.- Tengo poco en común con las personas con las que trabajo

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

65. 25.- Evito decirle a las personas dónde trabajo y qué cosa

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

66. 26.- Las reglas están cambiando constantemente. No sé que se espera de mí

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

67. 27.- No existe relación entre el rendimiento y el éxito

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

68. 28.- Las prioridades que debo de conocer no están claras para mí

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

69. 29.- Mi trabajo no me satisface. Tengo realmente pocos éxitos

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

70. 30.-El progreso en mi carrera no es lo que he esperado

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

71. 31.-Nadie me respeta

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

72. 32.Debo de comprometer mis valores

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

73. 33.- Las personas desaprueban lo que hago. No creo en la institución

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

74. 34.- Mi corazón no está en mi trabajo

Raramente	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Frecuentemente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## CUESTIONARIO AMBIENTES ENTRENAMIENTO Y BIENESTAR

75. ¿Haz participado de manera no intencionada en un error durante el proceso de atención de un paciente?

- Sí  
 No

76. ¿Haz presenciado un error durante el proceso de atención de un paciente por parte de un colega?

- Sí  
 No

77. ¿ Qué tan frecuente se relacionan los errores a: FATIGA?

Nunca	1	2	3	4	5 Muy frecuente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

78. ¿ Qué tan frecuente se relacionan los errores a: CARGA EXCESIVA DE TRABAJO?

Nunca	1	2	3	4	5 Muy frecuente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

79. ¿ Qué tan frecuente se relacionan los errores a: FALTA DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUADRO CLÍNICO?

Nunca	1	2	3	4	5 Muy frecuente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

80. ¿ Qué tan frecuente se relacionan los errores a: CONOCIMIENTO INADECUADO SOBRE EL PACIENTE?

Nunca	1	2	3	4	5 Muy frecuente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

81. ¿ Qué tan frecuente se relacionan los errores a: SUPERVISIÓN INADECUADA?

Nunca	1	2	3	4	5 Muy frecuente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

82. ¿ Qué tan frecuente se relacionan los errores a: PROBLEMAS DE SISTEMAS O CON EQUIPO DE DIAGNÓSTICO?

Nunca 1 2 3 4 5 Muy frecuente

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

83. ¿ Qué tan frecuente se relacionan los errores a: DISTRACCIONES?

Nunca 1 2 3 4 5 Muy frecuente

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

## CONACYT

## Datos generales

CURP: PCC680302MBCYGL08	Fecha de nacimiento: 02mar1988	RFC:
Nombre: SILVA, SILVIA	Primer apellido: SILVA	segundo apellido: CAGIHO
Sexo: Femenino	Estado conyugal:	País de nacimiento: México
Entidad federativa: BAJA CALIFORNIA		CVU: 600645
Contacto principal: silvia.pinecastro@gmail.com		Nacionalidad: Mexicana

## Identificadores de autor

ORCID ID:
Researcher ID Thomson:
arXiv Author ID:
PubMed Author ID:
Open ID:

## Medios de contacto

Medio de contacto	Categoría de contacto	Correo / Teléfono	Principal
Correo electrónico	Oficial	silvia.pinecastro@gmail.com	NO
Correo electrónico	Personal	silvia.pinecastro@gmail.com	SI

## Domicilio de residencia

Estado o distrito federal: NUEVO LEÓN	Municipio o delegación: MONTERREY
Localidad: MONTERREY	Código postal: 64700
Asentamiento: Colonia - Tecnológica	

## Vialidad de domicilio

Nombre de vialidad: CONTADORES
-----------------------------------

## Identificación del inmueble

Número exterior:	Parte numérica: 311	Parte alfanumérica: A	Número exterior anterior:
Número interior:	Parte numérica:	Parte alfanumérica:	

## Entre que calles

Nombre de vialidad: CALLE RIO PANUCO y CALLE AGRÓNOMOS
---

## Calle posterior

Nombre: CALLE PSICÓS
-------------------------

Descripción de la ubicación:

## CONACYT

DEPARTAMENTO DE DOS PISOS, PARTE DE ARRIBA

## Grados académicos

Título: LICENCIADO EN MEDICINA

Nivel de escolaridad: Licenciatura

Estatus: Créditos terminados

Institución de obtención de grado: Universidad Autónoma de Baja California

País de obtención de grado: México

## Áreas de conocimiento

Área: Medicina y ciencias de la salud

Campo: Ciencias médicas

Disciplina: Medicina general

Subdisciplina: Medicina general

## Grados académicos

Título: CALIDAD DE LA ATENCIÓN CLÍNICA

Nivel de escolaridad: Especialidad

Estatus: Título o grado en proceso

Institución de obtención de grado: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

País de obtención de grado: México

## Áreas de conocimiento

Área: Medicina y ciencias de la salud

Campo: Especialidad médica

Disciplina: Calidad de la atención clínica

Subdisciplina: Calidad de la atención clínica

## Otro

Formación continua: Curso

Nombre: BASIC CERTIFICATE IN QUALITY &amp; SAFETY

Institución: Institute for Healthcare Improvement

Año: 2018

Horas totales: 18

## Áreas de conocimiento

Área: Medicina y ciencias de la salud

Campo: Especialidad médica

Disciplina: Calidad de la atención clínica

Subdisciplina: Calidad de la atención clínica

## Otro

Formación continua: Curso

Nombre: APLICACIÓN LEAN EN SECTOR SALUD

Institución: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

Año: 2018

Horas totales: 26

## Áreas de conocimiento

Área: Medicina y ciencias de la salud

Campo: Especialidad médica

Disciplina: Calidad de la atención clínica

Subdisciplina: Calidad de la atención clínica

**CONACYT**

Otro

Formación continua: Curso

Nombre: Evaluación de políticas y programas públicos

Institución: Secretaría de Educación Pública

Año: 2018

Horas totales: 96

Áreas de conocimiento

Área: Medicina y ciencias de la salud

Campo: Especialidad médica

Disciplina: Calidad de la atención clínica

Subdisciplina: Calidad de la atención clínica

Otro

Formación continua: Curso

Nombre: Directivos de Gestión de Riesgos para Almacenes Conforme a ISO 31000

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social

Año: 2018

Horas totales: 8

Áreas de conocimiento

Área: Medicina y ciencias de la salud

Campo: Especialidad médica

Disciplina: Calidad de la atención clínica

Subdisciplina: Calidad de la atención clínica

Otro

Formación continua: Curso

Nombre: Formación en Modelo ISO 9001:2015 para almacenes

Institución: Instituto Mexicano del Seguro Social

Año: 2018

Horas totales: 8

Áreas de conocimiento

Área: Medicina y ciencias de la salud

Campo: Especialidad médica

Disciplina: Calidad de la atención clínica

Subdisciplina: Calidad de la atención clínica

Otro

Formación continua: Taller

Nombre: Comunicación efectiva en salud

Institución: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey

Año: 2018

Horas totales: 8

Áreas de conocimiento

Área: Medicina y ciencias de la salud

Campo: Especialidad médica

Disciplina: Calidad de la atención clínica

Subdisciplina: Calidad de la atención clínica

Otro

Formación continua: Curso

Nombre: Curso para evaluadores en el proceso de acreditación de establecimientos y servicios de atención médica



Contacto:  
Avenida Insurgentes Sur, 1582,  
Barrio Juárez, Crédito Constructor, 03840  
Ciudad de México, D.F. Tel: (55) 5523-7700

## CONACYT

Instrucción: Secretaría de Salud	
Año: 2018	Horas totales: 40

## Áreas de conocimiento

Área: Medicina y ciencias de la salud	Campo: Especialidad médica
Disciplina: Calidad de la atención clínica	Subdisciplina: Calidad de la atención clínica

## Otro

Formación continua: Curso	
Nombre: MELOMA MÚLTIPLE: RSTOS PARA ALCANZAR LA CURACIÓN	
Instrucción: Agrupación Médica para el Estudio de la Hematología, A.C.	
Año: 2008	Horas totales: 2

## Áreas de conocimiento

Área: Medicina y ciencias de la salud	Campo: Medicina
Disciplina: Ciencias y servicios de la salud	Subdisciplina: Administración hospitalaria

## Otro

Formación continua: Taller	
Nombre: Taller de liderazgo, gestión del cambio y educación para jefes de residentes	
Instrucción: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada	
Año: 2008	Horas totales: 36

## Áreas de conocimiento

Área: Medicina y ciencias de la salud	Campo: Especialidad médica
Disciplina: Calidad de la atención clínica	Subdisciplina: Calidad de la atención clínica

## Participación en congresos

Nombre del congreso: Congreso XXXIII Aniversario Hospital Metropolitano, Monterrey, Nuevo León		
Título del trabajo: EVALUACIÓN DE DOLOR		
Título de participación congreso: Póster		
Fecha: 21/may/2018	País: México	
Palabra clave 1: EVALUACIÓN DE DOLOR	Palabra clave 2: EVA	Palabra clave 3: DOLOR

## Participación en congresos

Nombre del congreso: Foro Nacional e Internacional por la Calidad en Salud y Cuarto Foro Latinoamericano de Calidad y Seguridad en Salud		
Título del trabajo: EVALUACIÓN DE DOLOR		
Título de participación congreso: Póster		
Fecha: 17/oct/2018	País: México	
Palabra clave 1: EVALUACIÓN DE DOLOR	Palabra clave 2: EVA	Palabra clave 3: DOLOR

## Participación en congresos

Nombre del congreso: 21 encuentro estatal de investigación en salud Nacional 2018
---

## CONACYT

Título del trabajo: Análisis de la situación del sistema nacional de salud y propuestas de los candidatos a la presidencia de México en las

Título de participación congreso: Póster

Fecha: 19/02/2018

País: México

Palabra clave 1: CANDIDATOS

Palabra clave 2: SALUD

Palabra clave 3: PROPUESTAS

## Participación en congresos

Nombre del congreso: FLASID

Título del trabajo: Percepción del uso de la realidad virtual como recurso educativo en enseñanza médica

Título de participación congreso: Póster

Fecha: 30/02/2018

País: México

Palabra clave 1: Simulación clínica

Palabra clave 2: Seguridad del Paciente

Palabra clave 3: Calidad

## Colaboradores

Nombre: Silvia Libert Olivares Olivares

Sexo: Femenino

Nombre: Miriam Lizbeth Tamblantes Corolla

Sexo: Femenino

Nombre: Yeliana Magary Mirquez González

Sexo: Femenino

Nombre: José Luis Tovar Martínez

Sexo: Masculino

## Participación en congresos

Nombre del congreso: FLASID

Título del trabajo: Aprendizaje Basado en Problemas mediante simulación para medir del impacto del Refuerzo Del Aprendizaje De Las

Título de participación congreso: Póster

Fecha: 30/02/2018

País: México

Palabra clave 1: Simulación clínica

Palabra clave 2: Seguridad del Paciente

Palabra clave 3: Calidad

## Colaboradores

Nombre: Silvia Libert Olivares Olivares

Sexo: Femenino

Nombre: Miriam Lizbeth Tamblantes Corolla

Sexo: Femenino

## Idioma

Idioma: English

## Grado de dominio

## CONACYT

Grado de dominio:		Nivel de comprensión:	Intermedio
Nivel de lectura:	Intermedio	Nivel de escritura:	Intermedio
Fecha de evaluación:	11/03/2011	¿Cuanta con certificación?	
Documento probatorio:			
Puntos / porcentaje:	0		
Institución que otorgó certificado:			