



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**Asociación de Burnout y Comunicación
efectiva en el personal de salud**

Tesis que para obtener el título de

Licenciado en Psicología

Presenta

Juan Manuel León Torres

Director: Dr. Juan José Sánchez Sosa, *Facultad de Psicología*

Revisor: Dr. Ángel García Pacheco, *Facultad de Estudios
Superiores Zaragoza*

Tutor: Dra. Karina Serrano Alvarado, *Facultad de Estudios
Superiores Zaragoza*

Sinodal: Mtra. Donanin Delgadillo Carrasco, *Facultad de
Estudios Superiores Zaragoza*

Sinodal: Dr. Rafael Peñaloza Gómez, *Facultad de Estudios
Superiores Zaragoza*

CDMX, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Resumen	3
Abstract	4
Créditos y agradecimientos	5
Dedicatoria	6
Salud Mental y el personal de Salud	7
Burnout	9
Burnout y Comunicación Efectiva	19
Fase 1: Adaptación	
Método	24
Procedimiento	26
Resultados	28
Discusión	30
conclusiones	31
Fase 2: Evaluación	
Método	32
variables	35
Procedimiento general	36
Procedimiento específico por evaluación	37
Resultados	39
Discusión	52
Conclusiones	57
Referencias	60
Anexos	70

Resumen

Objetivo: La presente investigación tuvo la finalidad de examinar la posible asociación entre niveles de Burnout y el nivel percibido de comunicación efectiva en el personal de salud de un hospital general público de la Ciudad de México. Inicialmente se realizó la validación del Cuestionario Médico-Enfermera de comunicación para uso en el presente estudio. **Diseño:** No experimental, longitudinal correlacional. **Participantes:** Para el proceso de validación participaron un total de 908 profesionales de salud de distintas disciplinas. En la recolección final de datos participaron 453 profesionales de los cuales fueron 262 de enfermería y 191 de medicina, en un hospital público de la ciudad de México. **Medición:** Se utilizaron la *Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional* (EMEDO) y el *Cuestionario Médico-Enfermera de Comunicación*. **Resultados:** El análisis de datos reveló una asociación moderada negativa, estadísticamente significativa entre los niveles de Burnout y de comunicación adecuada en tres evaluaciones sucesivas realizadas en el personal médico ($r = -.35, -.43, -.47; p < .01$), y el de enfermería ($r = -.45, -.57, -.46; p < .01$). La comparación entre profesiones mostró una diferencia significativa en comunicación en los profesionales de enfermería ($\chi^2 = 24.57 p < .05$) y de medicina ($\chi^2 = 40.50 p < .05$). Finalmente, los resultados mostraron presencia de *Burnout* en los médicos que oscilan del 56.8% al 61.5% y en enfermería es de 46.6% al 51.9%. Los niveles más altos de desgaste ocurrieron en los estudiantes tanto de enfermería como de medicina con porcentajes máximos de 69.3% y 77.6% respectivamente. **Discusión:** Dado que los resultados indican asociación inversa entre Burnout y comunicación efectiva, se requieren estudios que profundicen en el fenómeno, examinando el pormenor de sus circunstancias en cada escenario para promover estrategias que aminoren consecuencias negativas.

Palabras clave: Burnout, comunicación, médicos, enfermeras(os), estudiantes, personal adscrito.

Abstract

Objective: The present study aimed to examine the possible association between Burnout levels and the perceived level of effective communication in health personnel of a public general hospital in Mexico City. Initially, the Physician-Nurse Communication Questionnaire was validated for use in data collection. **Design.** Data were arranged for analysis through a non-experimental, longitudinal correlational scheme. **Participants.** First, a total of 908 health professionals from different disciplines participated in the validation process of data-collection instruments. Then, a total of 453 professionals, 262 nurses and 191 physicians participated in the final data collection. **Measurement.** The Mexican Scale of Occupational Wear and Tear (EMEDO) and the Medical-Nurse Communication Questionnaire were applied. **Results.** Data analysis revealed a moderate negative, statistically significant association between Burnout and adequate communication levels in three successive evaluations performed on both medical staff ($r = -.35, -.43, -.47; p < .01$), and nursing staff ($r = -.45, -.57, -.46; p < .01$). The comparison between professions showed a significant difference in communication in nursing ($\chi^2 = 24.57 p < .05$) and medical professionals ($\chi^2 = 40.50 p < .05$). Finally, the results showed the presence of Burnout in physicians ranging from 56.8% to 61.5% and in nursing from 46.6% to 51.9%. The highest levels of burnout occurred in both nursing and medical students with maximum percentages of 69.3% and 77.6% respectively. **Discussion.** Given that the results indicate an inverse association between burnout and effective communication, further studies are required to examine specific details of their circumstances in each scenario, in order to promote interventions strategies that will minimize negative burnout consequences.

Key words: Burnout, communication, physicians, nurses, students, staff.

Créditos y agradecimientos

El presente trabajo fue posible gracias al financiamiento IN-303618 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM. Se agradece a las Autoridades, Directivos y Jefes de Servicio del Hospital General "*Dr. Manuel Gea González*" las facilidades otorgadas para la conducción del presente estudio.

A mis profesores, al Dr. Juan José Sánchez Sosa, por su guía y consejos para mi formación como profesional y como un ser humano. Al Mtro. Ángel García, que me mostró el camino de quehacer como psicólogo y enseñarme las bases de esta profesión. A la Mtra. Karina Serrano, que inculcó en mí el compromiso y la dedicación necesaria para mi formación y desempeño profesional. A la Mtra. Donanin Delgadillo, por su paciencia hacia mí, además de mostrarme las virtudes de la labor como psicólogo, y a todos aquellos que fueron parte de mi vida académica les doy mis más sinceras gracias.

También quisiera agradecer a mis compañeros de proyecto Cynthia, Eduardo, Ricardo y Antonio, sin su apoyo y arduo trabajo no hubiera sido posible la realización y culminación de este trabajo.

A mis amigos de facultad, Lore, Bibi, Miguel, Hazel y Cat, quienes me encaminaron y apoyaron a lo largo de nuestras clases juntos y en especial a Liz, gracias a ti los cuatro años fueron una grata experiencia.

A mis hermanos Deltas, que gracias a sus lúdicas y amenizantes reuniones me ayudaban despejar mi mente para poder continuar y concluir esta meta.

Finalmente, pero no menos relevante, quiero agradecer a compañeros y amigos, que si bien no menciono su nombre no es por falta de importancia sino por falta de espacio pero que con poco o mucho contribuyeron para que pudiera cumplir este logro.

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a una persona importante en mi vida, que gracias a ella es posible que pueda cumplir este logro y los que vengan, cuyo apoyo constante y desinteresado me dieron las fuerzas para sobrellevar los obstáculos que se me presentaron y que sin ella posiblemente nunca me habría propuesto alcanzar esta meta, esto es para *ti mamá*.

A mi padre, tú que inculcaste en mi la ambición, tenacidad y responsabilidad en cada área de mi vida y que sin tus enseñanzas no habría sido capaz de sobreponerme a las adversidades que se me presentaron y por tu sacrificio, al darme lo mejor de ti para que yo pudiera sobresalir y destacar.

A mis hermanos, porque ustedes, sin importar las condiciones siempre depositaron su confianza y esperanzas en mí, por orientarme en cada paso que daba y reorientarme con su ejemplo cuando desviaba el rumbo.

Mis sobrinos, que con sus ocurrencias y alegrías han alimentado en mi la motivación de seguir siendo un ejemplo para ustedes.

A ti Dayana, que hemos caminado de la mano en este andar lleno de vicisitudes y con ello hemos aprendido muchas cosas uno del otro, saber que podemos estar tan juntos y a la vez tan lejos, saber que una palabra significa todo para nosotros, que enfocar nuestras miradas al cielo y observar el símbolo de nuestro amor y saber que tres casi cuatro años pueden significar un tiempo indeterminado que puede llegar al infinito, por eso y más, por ser tú. *Ti Amo*.

A mi familia Rosales Camacho, referirme de esta manera se debe a que en eso se han convertido, gracias a cada uno ustedes y su apoyo constante y desinteresado, por hacerme parte de su hogar y partícipe de sus logros, por todo eso esto también es para ustedes.

Salud mental y el personal de salud

La salud es un concepto que denota condiciones generalizadas entre la población en el sentido de una búsqueda constante por mantenerla. Si bien la Organización Mundial de la Salud (1978) la define como un *estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*, no siempre se es consciente de lo complejo que resulta tener una salud plena ya que el modelo biomédico sostuvo por muchos años que la salud era básicamente la ausencia de enfermedad. Esta premisa, sin embargo, implicaba sólo mitigar o eliminar la causa de una afección física, es decir, se priorizaba el bienestar físico en demérito de otros aspectos como el bienestar psicológico, social o “mental” (Prince, Patel, Saxena, Maj, Maselko, Phillips, & Rahman, 2007).

En cuanto a salud mental la OMS (2013) ha propuesto que se trata de *“un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”*. Adicionalmente, diversos estudios han señalado que incluso la salud física está fuertemente influenciada por aspectos psicológicos que deterioran el funcionamiento del individuo (Wahass, 2005). Si este desequilibrio físico, merma las capacidades y habilidades de los individuos, se podría extender a afectaciones individuales, laborales, sociales, etc.

Aunado a lo anterior, existe insuficiente información sobre la prevalencia de las afectaciones en la salud mental a nivel mundial y específicamente en América latina, lo que limita visualizar con exactitud cómo se manifiestan estas problemáticas en la población. (Organización Panamericana de la Salud 2013).

Se han documentado diversos factores relacionados con la afección de la salud psicológica, y según sea la población que analicemos, se podrían hallar uno o más de éstos incluyendo: socioeconómicos y culturales (Campo-Arias & Cassiani-Miranda, 2008), genéticos (Wray, et al.2018) y laborales (González & Pérez, 2011). En este

último caso, las investigaciones se han enfocado a identificar y explicar cómo el trabajo y sus condiciones subyacentes se asocian a diversos padecimientos en los trabajadores. Una variable importante es el tipo de actividad y ámbito donde se desempeñan los individuos (Ramos, & Jordao, 2015) y un sector que suele presentar mayor vulnerabilidad es el sector salud (Organización Internacional del Trabajo, 2016).

En el área de prestación de servicios de atención a la salud, los principales referentes son los profesionales de enfermería y de medicina, quienes enfrentan condiciones laborales que los hacen más susceptibles a padecer alteraciones psicológicas en comparación con la población general (Arora, Diwan & Harris, 2013). Su ambiente laboral se caracteriza por largas jornadas de trabajo, alta demanda y tasa de atención a usuarios, continuos eventos estresantes tales como procedimientos médicos de urgencia, toma de decisiones en periodos muy breves, muerte de pacientes, condiciones físicas inadecuadas, presupuestos insuficientes, escaso material de trabajo, riesgos sanitarios y escasos recursos humanos (Garduño-Juárez, 2008).

Estas condiciones de trabajo pueden tener como consecuencia que médicos y enfermeras(os) experimenten diversas afectaciones como son desmotivación, cansancio o agotamiento, pérdida de ingresos y desempleo (Duarte-Ayala, Velasco-Rojano, Sánchez Sosa y Reyes-Lagunes, 2017; Gabriel, & Liimatainen, 2000); alteraciones del sueño, cefaleas, dolencias gastrointestinales y disminución del deseo sexual (Aldrete, González, Navarro, León y Pérez; 2016). Estos cuadros sintomatológicos están asociados con padecimientos tales como la ansiedad, depresión y el *síndrome de Burnout* (OIT, 2016; García-Rivera, Maldonado-Radillo, y Ramírez, 2014).

Por lo tanto, es importante que los profesionales que laboran en las instituciones de salud (especialmente las públicas) sean un punto relevante de atención para los psicólogos, a fin de resguardar su bienestar físico y mental (WHO, 2000), ya que padecimientos como el *síndrome de Burnout* puede tener afectaciones de gran impacto en ellos

y en los de pacientes que buscan en sus habilidades el alivio a sus padecimientos.

Burnout

El Burnout es un fenómeno complejo cuya definición puede resultar tan variada como las perspectivas que tratan de explicarlo. Según la literatura especializada, la definición propuesta en los trabajos pioneros de Maslach y Jackson (1981) es la más aceptada, el Burnout *“es el desgaste emocional, cinismo y reducción de la eficacia profesional que sufre el personal que ofrece algún servicio y está en constante contacto con clientes”* (p. 99).

Gil-Monte, (2005) se refiere al síndrome como *quemarse por el trabajo* y lo define como: *“una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado”* (p. 31).

El Burnout puede entenderse como un estado de agotamiento físico, mental y emocional, con una percepción negativa de sí mismo y su entorno laboral, con temporalidad e intensidad indefinida que se manifiesta principalmente en aquellos que brindan algún servicio a terceros.

El Burnout está caracterizado por una serie de síntomas, que en palabras de Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) incluye principalmente tres síntomas:

- **Despersonalización:** es la distancia que genera el profesional a aquellos a quienes se les brinda el servicio, de tal manera que ignora las demandas personales y se establece una dinámica impersonal.
- **Agotamiento emocional:** fatiga o cansancio físico y/o emocional que manifiestan los individuos al no poder ejercer de

manera adecuada sus funciones debido al desgaste extremo que padecen.

- **Falta de realización** del rol profesional: tendencia del personal a evaluar de forma negativa su desempeño profesional.

Varios investigadores han analizado el desgaste profesional y suelen concordar en que éste se asocia a múltiples factores que pudieran generar este fenómeno en el personal de salud (Kaschka, Korczak, & Broich, 2011). Según el marco de referencia con el que se aborde, se pueden postular diferentes asociaciones que se condensan en dos grandes grupos, uno es el de factores propios de las instituciones donde se desempeñan (organizacionales) y el otro de factores (personales) más directamente relacionados con las características de los individuos (Dyrbye, Power, Massie Eacker, Harper, Thomas, Szydlo, Loan & Shanafelt, 2010).

En personal de salud se han identificado factores organizacionales e individuales como los descritos en una revisión sistemática realizada por Kaschka, et al., (2011) representados en la siguiente tabla:

(Tabla 1) Factores asociados al desarrollo de Burnout

Organizacionales	Individuales
<ul style="list-style-type: none">• Altas exigencias en el trabajo.• Problemas de liderazgo y colaboración.• Instrucciones contradictorias• La presión del tiempo• Mal ambiente en el trabajo; acoso• Falta de libertad para tomar decisiones• Falta de influencia en la organización del trabajo.• Pocas oportunidades para participar• Baja autonomía / derecho a aportar opiniones• Problemas de jerarquía• Mala comunicación interna (empleadores, empleados)• Restricciones administrativas• Presión de los superiores• Responsabilidad creciente• Mala organización del trabajo• Falta de recursos (personal, financiación)• Reglas y estructuras institucionales problemáticas• Falta de oportunidades percibidas para la promoción.• Falta de claridad sobre los roles.• Falta de comentarios positivos• Pobre trabajo en equipo• Ausencia de apoyo social.	<ul style="list-style-type: none">• Altas expectativas (idealistas) de uno mismo, alta ambición, perfeccionismo• Fuerte necesidad de reconocimiento• Siempre queriendo complacer a otras personas, suprimiendo sus propias necesidades• Sentirse insustituible; no querer / no poder delegar• Trabajo duro y compromiso hasta el punto de sobreestimarse y sobrecargarse• Trabajar como la única actividad significativa, Trabajar como sustituto de la vida social

Fuente: Kaschka, W. P., Korczak, D., & Broich, K., (2011). Burnout: a Fashionable Diagnosis Dtsch Arztebl Intv.108 (46), 781-787

También se han documentado otros factores, de tipo socio-demográfico: sexo, edad, estado civil, número de hijos, rasgos de personalidad (Ortega-Campos, et al., 2019); el servicio o área hospitalaria donde se labora y la antigüedad en el puesto (Ortega-

Campos, Cañadas-De la Fuente, Albendín-García, Gómez-Urquiza, Monsalve-Reyes, y De la Fuente-Solana, 2019).

Para el personal en formación (estudiantes) de medicina y de enfermería existen otras variables que se agregan a las anteriores y contribuyen a la presencia de Burnout: la sobrecarga académica y el desbalance entre la vida personal y académica (Bitran, Zúñiga, Pedrals, Echeverría, Vergara, Rigotti y Puschel, 2019).

Las repercusiones del síndrome de Burnout en profesionales de salud pueden ser numerosas y ocurrir en distintos ámbitos como lo detallan Hariharan & Griffin en una revisión sistemática del 2019 sobre consecuencias del Burnout, laborales y personales. En las laborales menciona la deserción o abandono ya sea de sus estudios o de su puesto en la institución, actitudes laborales negativas, insatisfacción laboral, baja autoeficacia y compromiso reducido; y errores médicos, que pueden ocasionar graves daños a pacientes e inclusive su muerte.

En lo que respecta a las consecuencias personales existen afectaciones interpersonales o sociales reflejadas en disminución de la empatía y selectividad en la atención a los pacientes. También hay repercusiones directas en la salud física y psicológica del personal de salud como presión arterial alta, variabilidad de ritmo cardiaco, uso de sustancias nocivas, falta de sueño, síntomas neuróticos e incluso ideación suicida.

El siguiente relato busca ilustrar las afectaciones que genera el síndrome de Burnout en estudiantes y personal de salud y que da una perspectiva del fenómeno.

La Dra. María M., residente de tercer año que asiste a un centro médico académico en una ciudad grande del medio oeste de Estados Unidos, parece distraída cuando recoge sus notas y camina lentamente a la clínica. Una vez más ha estado despierta toda la noche realizando procedimientos endoscópicos complicados. Una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica emergente por sospecha de colangitis que terminó mal unas horas antes con una

perforación duodenal. La habían llamado poco después de regresar a casa tarde del trabajo, lo que significaba perderse la fiesta de cumpleaños de su hija. Su esposo, un cirujano colorectal, había llegado a casa justo cuando ella estaba saliendo para regresar al hospital. La mayoría de las noches no cenan juntos, y la mayoría de los fines de semana, sólo uno u otro está disponible. Esta fue la cuarta noche de guardia de este mes, y el mes solo iba a la mitad. ¿"Nadie más toma la llamada?", "Se preguntó a sí misma", ella debatió cómo iba recibir su beca, que estaba apenas inscrita a medias, y que debía entregarse a fin de mes. La beca era importante porque podría ayudar a ascender a profesor asistente y también a liberar un tiempo dedicado para la investigación. Cuando llega a la clínica, el programador le informa que en la clínica se han programado demasiados pacientes porque uno de sus colegas volvió a llamar a los enfermos. Pensó que era una coincidencia "graciosa", ya que era viernes y sospechaba que su colega, quien tenía un cargo y era mucho más veterano, sólo estaba tomándose otro largo fin de semana. Respira hondo, trata de ignorar el dolor persistente en la parte superior del abdomen y el dolor de cabeza por la falta de sueño, mira sus notas y se da cuenta de que la primera paciente incluye una cuarta opinión para dolor abdominal que se remonta a más de 20 años. Tira sus notas al suelo y grita al programador: "¡Esto es completamente inapropiado!, estoy harta de ver pacientes con dolor abdominal crónico, si esto vuelve a suceder, me aseguraré de que te despidan." El programador se marcha llorando mientras la Dra. M. recoge sus notas, tratando de ignorar las miradas del personal y los colegas. (Lacy & Chan, 2018, p.312)

Este caso (real) pone en manifiesto cómo el desgaste laboral en profesionales de salud afecta la salud física, psicológica, y que puede llevar a problemas en sus relaciones interpersonales y laborales o complicarlos.

Prevalencia internacional

En el mundo se ha tratado de documentar la prevalencia del síndrome de Burnout en diferentes profesionales de la salud (médicos, enfermeras(os), nutriólogos, fisioterapeutas, psicólogos, etc.). Esto debido a que las características de cada profesión difieren entre sí por las actividades que desempeñan y por la población que atienden. Diversos estudios han focalizado su interés en una población en específico, una muestra de ello es un estudio de meta-análisis realizado por Low, et al., en el 2019 que buscó agrupar la prevalencia de Burnout a nivel global en médicos residentes de diferentes especialidades en diversas regiones del mundo, encontrando una presencia estimada de 51.0% (n= 22,778).

Otros estudios similares han registrado prevalencias del síndrome de Burnout en residentes de medicina de diferentes especialidades con un 35.7% de un total de 4,664 evaluados (Rodrigues, Cobucci, Oliveira, Cabral, Medeiros, Gurgel, ... Gonçalves, 2018). En un estudio (Serenari, et al., 2019) en hospitales públicos y privados con 190 residentes de diferentes especialidades se documentó una prevalencia del 62.1%. Estos datos muestran la variabilidad de la prevalencia a nivel mundial en residentes médicos y que ésta depende tanto de la forma y el número de participantes evaluados, como de la región de dichos estudios.

Siguiendo esta tendencia, en estudiantes de medicina de diversas categorías que se manejan internacionalmente (*junior doctor, internship, PGY 1*), que aún cursan estudios universitarios y realizan uno, o más años de práctica clínica en un hospital escuela, se encuentra una prevalencia estimada a nivel mundial de 44.2%, (n=17,431). En este meta-análisis (Frajermana, Morvan, Krebs, Gorwood & Chaumette, 2019) analizaron un total de 24 estudios de 16 países en diferentes regiones del mundo (Brasil, Reino Unido, Estados Unidos, Holanda, Corea del sur y México, entre otros).

De manera particular en el personal médico interno (en su formación de licenciatura) se ha encontrado presencia de Burnout. Un estudio longitudinal (Rosen, Gimotty, Shea, Bellini, 2006) evaluó médicos internos al inicio y al final de su internado. En un inicio 4.3% (n=58) de los participantes presentaban indicadores de Burnout, mientras que al final de este periodo la cifra fue de 55.3% (n=47), un aumento significativo al finalizar ese segmento de su formación. De manera similar, otro estudio (Doolittle & Windish, 2015) evaluó médicos internos de la universidad de Yale, en dos mediciones, una al iniciar el internado (junio 2009) y otra al concluir (febrero 2010) con 1.5% de 66 participantes y 18.9% de 53 participantes, respectivamente. Es importante notar que en ambos estudios se muestra que en tan sólo unos meses bajo las condiciones de un ambiente hospitalario con actividades propias de los médicos, aunado a las actividades académicas que exige su formación, se da un aumento en los índices de Burnout.

Por otro lado, en el personal de enfermería se han realizado numerosos estudios, aunque no existen datos concretos sobre la presencia de este síndrome como diagnóstico formal. Un estudio de revisión sistemática con meta-análisis realizado por Zhang, Y.-Y., et Al. (2018), señala que 51.98% (N=7,996) de las enfermeras en el estudio tienen algún nivel de Burnout. Hay una diversidad de publicaciones que informan la prevalencia del Burnout en el equipo de enfermería según la especialidad en que laboran. Se aprecia una variedad en los porcentajes, por ejemplo, un meta-análisis elaborado por Gómez-Urquiza, De la Fuente-Solana, Albendín-García, Vargas-Pecino, Ortega-Campos, y Cañadas-De la Fuente, en 2017. La prevalencia de Burnout reflejada en las tres dimensiones que evalúa el inventario de Burnout de Maslach en enfermeras(os) del servicio de urgencias, dio como resultado que, de un total de 1566 enfermeras reportadas en el estudio, aproximadamente un 30% se encontraba en Burnout. Dentro de las subescalas se encontraron altos niveles de despersonalización de 23% a 51%, agotamiento emocional entre 20% y 44% y bajo logro personal, entre 15% y 44%. Estos niveles son similares a los descritos por Pradas-

Hernández, Ariza, Gómez-Urquiza, Albendín-García, De la Fuente, Cañadas-De la Fuente, en un meta-análisis realizado sobre enfermeras del área de pediatría en 2018. Encontraron entre 26.20% y 73.70% para despersonalización, de 30.77% a 73.70% para agotamiento emocional y 46% al 85.50% para bajo logro personal, en 1,600 enfermeras(os).

También hay datos en otras especialidades médicas como cuidados paliativos con 18.6% (Parola, Coelho, Cardoso, Sandgren, Apostolo, 2017) y, en la unidad de cuidados intensivos o terapia intensiva 14.3 % (Vasconcelos, Martino & França, 2018). Esta variedad de porcentajes entre los distintos servicios se explica a causa de las distintas actividades, tiempo de atención y cantidad de pacientes que se tiene en cada servicio (Monsalve, San Luis, Gómez-Urquiza, Albendín-García, Aguayo, & Cañadas-De la Fuente, 2018).

Las(os) estudiantes de enfermería resultan ser otra población que suele presentar el síndrome de Burnout, se reporta que un 2.65% (n=113) de los estudiantes de enfermería de último año del colegio de enfermería de Murcia en España presentan Burnout (Ríos-Risquez, García-Izquierdo, Sabuco-Tebar, Carrillo-García, & Martínez-Roche, 2016). Estudios longitudinales muestran que los índices de Burnout en esta población pueden aumentar a lo largo de su vida académica y su incursión al ámbito clínico-hospitalario, como lo refleja el estudio realizado en el 2012 en Suecia por Rudman y Gustavsson con evaluaciones cada año durante 4 años: 3 años académicos y 1 año de prácticas clínicas de 1,702 estudiantes de enfermería. Al término del estudio se identificó que hubo un aumento en los niveles de Burnout que del 30% al 41%. Esto puede ser un punto de referencia para apreciar que los estudiantes de enfermería pueden ser un sector vulnerable como lo son su contraparte de medicina y el personal adscrito (de base) de ambas disciplinas.

Prevalencia en México

En el contexto nacional se pueden encontrar algunas publicaciones que documentan datos sobre prevalencia del síndrome de Burnout en diferentes profesionales de la salud en México. Uno de estos estudios (Curiel-García, Rodríguez-Morán, y Guerrero-Romero, 2006) describen la prevalencia en dos hospitales públicos de la ciudad de Durango donde participaron un total 173 profesionales de la salud: 73 médicos y 100 enfermeras(os), de las dos instituciones mencionadas. Sus resultados revelaron 43.2 % y 14.5% de despersonalización, mientras que hubo 41.4% y 19.4% de fatiga emocional en los trabajadores. Señalando que quienes presentaban mayor desgaste profesional fueron las enfermeras(os) con un 35%, en comparación con el 30% de los médicos participantes.

De manera particular, el personal médico ha sido foco de atención en nuestro país. En un estudio donde participaron 145 médicos adscritos a un hospital público de Torreón, Coahuila, se encontró Burnout en 26.2% del total de los participantes (Esquivel-Molina, Buendía-Cano, Martínez-García, Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz y Velasco-Rodríguez, 2007).

Respecto a los médicos residentes (quienes trabajan en un hospital hacia su formación como especialistas) en un hospital público del estado de Durango se evaluaron a 116 residentes de los servicios de anestesiología, cirugía, ginecología, medicina familiar, medicina interna, ortopedia, patología, radiología, pediatría y urgencias. En general 89.7% de los encuestados presentaron Burnout (Terrones-Rodríguez, Vicente Cisneros-Pérez, & Arreola-Rochab, 2016). En un estudio similar (Balcázar-Rincón, Montejo-Fraga, & Ramírez-Alcántara, 2015) de 72 residentes de diferentes especialidades 72.2% presentaba Burnout.

Un estudio de tipo longitudinal realizado en un nosocomio público de la ciudad de Guadalajara (Prieto-Miranda, Rodríguez-Gallardo, Jiménez-Bernardino, & Guerrero-Quintero, 2013) evaluó en 3 momentos (al inicio del año, a los 6 meses y al finalizar el año) a 45

residentes de diferentes especialidades durante su primer año de residencia. En la primera evaluación, agotamiento emocional y despersonalización resultaron con 83.3% y 42.2% respectivamente, mientras que un 42.2% presentó un bajo nivel de satisfacción laboral. A los 6 meses, se presentó un aumento en los tres factores, reflejando el aumento de número de casos de Burnout (agotamiento emocional 82.10% y despersonalización 55.5%), a la par que algunos participantes se percibían con mayor satisfacción en su trabajo (64.7%). Finalmente se presentó un aumento en agotamiento emocional y en satisfacción laboral (84.2% y 75.5% respectivamente), pero también hubo un descenso en el porcentaje de despersonalización, aunque éste no fue significativo (53.3%). En principio esto indica que los niveles de Burnout suelen aumentar a lo largo del tiempo en los residentes de medicina.

El personal de enfermería también ha sido objeto de estudios similares en México. Un estudio (Chico-Barba, Jiménez-Limas, Sánchez-Jiménez, Sámano, Rodríguez-Ventura, Castillo-Pérez, y Tolentino, 2019) evaluó 168 enfermeras(os) adscritas de un hospital de la Ciudad de México y un 19.6 % mostró presencia de Burnout. El bajo porcentaje de Burnout en este estudio contrasta con los resultados de otro estudio (Miranda-Lara, Monzalvo-Herrera, Hernández-Caballero, y Ocampo-Torres, 2016). En éste participaron 535 enfermeras(os) de 21 hospitales públicos del estado de Hidalgo con un total de 181 participantes, quienes mostraron puntajes para desgaste profesional notorio en un 33.8% del total.

Como se puede apreciar, la prevalencia del desgaste ocupacional tanto en México, como en el extranjero manifiesta una variabilidad la cual puede estar ligada a otros factores que pueden estar fungiendo como moderadoras o mediadoras, que como se mencionó anteriormente, existen tanto de tipo individual como de tipo organizacional, en este último destaca la comunicación efectiva entre profesionales de la salud, el cual no se ha establecido cómo es que afecta dicha variable en esta asociación.

Burnout y Comunicación efectiva

Cuando se habla de comunicación, una definición clásica la refiere como “*el intercambio verbal y no verbal de ideas, sentimientos, creencias, y actitudes que permiten un entendimiento común entre el emisor y el receptor de un mensaje*” (Wang, Wan, Lin, Zhou, Shang, 2017, p.5). La comunicación efectiva en el contexto del personal médico y de enfermería se ha propuesto definirlo como: “*...un proceso bidireccional que implica enviar el mensaje correcto mientras la otra persona lo recibe y comprende correctamente*” (Courtney, 2010, recuperado de <http://www.effective-communication.net/>).

Se ha propuesto que el concepto de comunicación efectiva incluye otros elementos específicos en la interacción médico-enfermera(o) entre otros:

- *Oportuna*, el grado en que la información de atención de un paciente se relaciona rápidamente con los profesionales a quienes se informan.
- *Abierta*, hasta qué punto las enfermeras y los médicos son capaces de hablar entre sí sin repercusiones o malentendidos
- *Precisa o exacta*, que es el grado en que las enfermeras y los médicos perciben la precisión de la información que les transmite la otra parte (Shortell, Rousseau, Gillies, Devers & Simons, 1991).
- *Clara y relevante*, la información que se trasmite requiere ser comprensible y entendible, además de tener importancia y/o utilidad para el sujeto y/o lo que está ocurriendo en el momento (Jain, Fennell, Chagpar, Connolly, & Nembhard, 2016; Ellison, 2015).

La percepción de una comunicación ineficaz o insatisfacción de la comunicación interprofesional puede tener repercusiones como lo señalan Sutcliffe, Lewton & Rosenthal, (2004) quienes identificaron que una comunicación deficiente se relaciona con

91% de los errores médicos informados por médicos residentes de un hospital docente de Estados Unidos.

Por su lado, *The Joint Commission Center*, institución encargada de certificar y acreditar la calidad de diversos programas y organizaciones que dan atención médica de Estados Unidos, ha informado que en el 2014 cuantificaron 8,645 incidentes relacionados a un evento adverso en la atención médica, de los cuales un tercio se atribuyó a fallas de comunicación (Joint Commission, 2015). Para 2016 se estimó que las fallas en comunicación generaron 30% de todas las reclamaciones por negligencia médica lo que representó 1,744 muertes y 1,7 mil millones de dólares en costos por negligencia médica durante cinco años, tan sólo en la unión americana (The Joint Commission, 2017), lo que muestra un impacto económico en las instituciones prestadoras de este servicio. Otras consecuencias asociadas a una comunicación deficiente son retrasos en el tratamiento (Foronda, MacWilliams & McArthur, 2016; The Joint Commission, 2017), y tiempos innecesariamente prolongados de hospitalización de los pacientes (Ellison, 2015; The Joint Commission, 2017).

La comunicación efectiva es una variable escasamente explorada en relación con el desgaste profesional o Burnout en profesionales de la salud, sin embargo, se ha abordado en varias publicaciones como componente o factor de alguna otra variable general como lo es el trabajo en equipo o colaboración interprofesional, específicamente entre profesionales médicos y de enfermería.

En este contexto, la colaboración interprofesional se ha definido como el *proceso conjunto de toma de decisiones en el que las enfermeras(os) y los médicos comparten objetivos y la responsabilidad de los resultados* (House & Havens, 2017, p.170). Los componentes que integran esta variable suelen ser diversos, pero los más frecuentes según la revisión sistemática de House & Havens, son la toma de decisiones compartidas, el trabajo en equipo y la comunicación (2017).

En los estudios enfocados en esta variable y su relación con el Burnout, se ha señalado que la colaboración actúa de manera inversa al desgaste profesional (Kanayama, Suzuki, y Yuma, 2016). Asimismo, se ha documentado relación entre alta percepción de colaboración con los médicos y bajo nivel de agotamiento profesional por parte de 10,022 enfermeras en el Reino Unido (Rafferty, Ball, y Aiken, 2001). Esto concuerda con los resultados de un estudio realizado en 23 hospitales de Bélgica (Deneckere, Euwema, Lodewijckx, Panella, Mutsvari, Sermeus, & Vanhaecht, 2013), con personal médico (n=75) y de enfermería (n=412) y otros profesionales (n=94) de diferentes servicios. Se designaron grupos control y experimental y a éstos últimos se les aplicó una intervención para mejorar el trabajo en equipo en la atención de pacientes. El grupo intervenido mostró mejor trabajo en equipo interprofesional y menor puntaje de agotamiento en comparación con los participantes no intervenidos (Deneckere et al, 2013).

La colaboración interprofesional es un constructo complejo en el que la comunicación en el equipo de trabajo resulta ser elemento clave, como lo ha señalado una revisión sistemática de la literatura internacional de investigación (Tang, Chan, Zhou & Liaw, 2013) que concluye que la influencia de esta variable puede tener un peso medular en el desempeño laboral del personal de salud.

Para que se pueda dar una comunicación efectiva en el personal de salud existen factores que la facilitan, como lo describen Tan, Zhou & Kelly (2017) en su revisión sistemática. Se identifican tres variables: **a)** la comprensión “común” es decir la comprensión del rol profesional tanto de médicos y de enfermeras(os), **b)** la comprensión específica de información transmitida entre profesionales; **c)** el respeto y la confianza entre los profesionales (respeto y confianza de médicos hacia el personal de enfermería y viceversa tanto en sus comentarios como en su actuar clínico). Además de mejorar la comunicación, estos componentes reforzaron actitudes colaborativas y comportamientos proactivos hacia colegas y otros profesionales, por ejemplo pedir

opiniones sobre los pacientes, principalmente del equipo médico al de enfermería.

En contraste, se han documentado barreras que afectan la comunicación efectiva entre médicos y enfermeras(os) como la falta de oportunidades de comunicación, modos de comunicación, preferencia por la práctica autónoma (particularmente por los médicos) aunado a actitudes de impaciencia, ira y "mal genio". Todo ello limita la interacción y hace que fluya información insuficiente para atender a los pacientes. Otra barrera es la comunicación selectiva con las contrapartes y finalmente diferencias del lenguaje y la cultura (Tan, Zhou & Kelly, 2017).

Así, en el ámbito de la atención de la salud, la comunicación efectiva toma una relevancia notable como lo han descrito Matziou, Vlahioti, Perdikaris, Matziou, Megapanou & Petsios (2014) quienes señalan que la necesidad de comunicación efectiva debe reconocerse tanto por el personal médico como el de enfermería y se requiere generar e implementar intervenciones para fortalecer esta interacción.

Es necesario clarificar que el termino *comunicación efectiva* ha sido un concepto un tanto controvertido en ausencia de una definición clara, por falta de concordancia sobre los requerimientos o necesidades básicas que la constituyen (Robinson, Gorman, Slimmer & Yudkowsky, 2010), con ello la búsqueda de instrumentos enfocados a la comunicación efectiva implica una revisión en la literatura nacional e internacional, donde este concepto está integrado una variable general como lo es la colaboración, por lo que en los instrumentos resulta ser similar, teniendo escalas en las cuales uno de sus componentes a medir es la comunicación como lo son *The Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician-Nurse Collaboration* (Hojat M., Fields S., Veloski J., Griffiths M. 1999) o *Collaboration and Satisfaction about Care Decisions (CSACD)* (Baggs, J. G. 1994), las cuales emplean a la comunicación efectiva como un mecanismo para la resolución de problemas dentro de un equipo de trabajo multidisciplinario. Otro instrumento es ICU Nurse-Physician

Questionnaire Background (shortell, 1994) el cual también está enfocado a la colaboración entre médicos y enfermeras(os), pero a diferencia de los ya mencionados, los componentes son independientes entre sí y buscan la percepción de efectividad en el equipo de trabajo, donde la comunicación efectiva se conforma de los componentes de abierta, precisa y oportuna (Dougherty, M. B. & Larson, E., 2005).

La implementación de estas escalas en otros países implicaría un trabajo de adaptación y validación, en específico en México, donde no se logró encontrar alguna escala que permitiera obtener datos cuantificables de la variable, lo cual da evidencia de la brecha que existe en nuestro país sobre la investigación sobre el impacto de la comunicación efectiva en los profesionales de la salud y su relación con otras variables como lo es el Burnout.

En síntesis, la relevancia del síndrome de Burnout en el personal de salud, específicamente en médicos y enfermeras(os) hace necesaria la búsqueda de información que dé lugar a intervenciones eficaces para mitigar o reducir y prevenir la presencia del desgaste profesional extremo, para lo cual se requiere identificar sus componentes organizacionales e individuales (Hariharan & Griffin, 2019). Teniendo esto en cuenta y retomando la información relacionada a las consecuencias de una falta de comunicación efectiva (errores médicos, retrasos en la atención, estancias hospitalarias prolongadas, insatisfacción laboral, elevación de costos por negligencia médica) la exploración del impacto que tiene la comunicación efectiva en la relación interprofesional entre el equipo médico y de enfermería resulta crucial para determinar si la relación entre ambas variables pueda influir para el beneficio de la reducción de las consecuencias desfavorables (Foronda, MacWilliams, & McArthur, 2016; The Joint Commission, 2017).

En este contexto surgió la necesidad de realizar el presente estudio buscando una aproximación empírica a la relación

entre Burnout y comunicación efectiva en personal de salud. Aunado a lo anterior, la escasez de investigaciones de corte longitudinal tanto sobre el desgaste profesional (Dunford, Shipp, Boss, Angermeier, & Boss, 2012) como de comunicación efectiva (Foronda, MacWilliams, & McArthur, 2016; Ellison, 2015; Tan, Zhou & Kelly, 2017) limitan la comprensión de estas variables a lo largo del tiempo.

Fase 1: Adaptación

Método

Objetivo general

Realizar la adaptación al castellano del apartado de comunicación del Cuestionario de Enfermero-Médico de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI N-P-Q) para su uso entre enfermeras(os) y médicos de la Ciudad de México.

Objetivos específicos

Determinar la sensibilidad de la escala de comunicación en profesionales de medicina y enfermería de la Ciudad de México.

Participantes

Se encuestó a 908 profesionales de la salud de distintas disciplinas (medicina, enfermería, odontología, fisioterapia, terapia respiratoria, foniatría y nutrición), todos ellos pertenecientes a un hospital general público de la Ciudad de México.

(tabla 2) Datos sociodemográficos de participantes

Disciplina	Sexo	Edad	Estado civil	Procedencia
Medicina N= 357	Mujer (54.2 %)	M= 32.4 DE=9.4	Soltero (69.5%)	Int. de la republica (42.3%)
Enfermería N= 464	Mujer (82.8 %)	M= 38.5 DE=12	Soltero (46.1 %)	Ciudad de México (74.3 %)
Odontología N= 36	Mujer (83.3 %)	M= 32.4 DE=13.6	Soltero (69.4 %)	Ciudad de México (41.7 %)
Fisioterapia N= 12	Mujer (91.7 %)	M= 35.3 DE=15.3	Soltero (83.3 %)	Ciudad de México (58.3%)
Foniatría N= 4	Mujer (100 %)	M= 30.2 DE=12.8	Divorciado (50 %)	Ciudad de México (75 %)
Terapia respiratoria N= 16	Mujer (62.5 %)	M= 39 DE=13	Soltero (50 %)	Ciudad de México (68.8 %)
Nutrición N= 19	Mujer (85 %)	M= 26.8 DE=8.6	Soltero (85 %)	Ciudad de México (47.4 %)

Instrumento

Inicialmente se revisaron instrumentos usualmente empleados para evaluar “comunicación”, “comunicación efectiva”, “colaboración” y “trabajo en equipo” y se seleccionó el “*The ICU Nurse-Physician Questionnaire (short version)*” (Shortell, et al., 1991) en su apartado de comunicación, el cual cumplía con los criterios teóricos y metodológicos de la presente investigación. Este se compone por 22 reactivos distribuidos en cinco factores: *Apertura de comunicación dentro del grupo*, *Apertura de comunicación entre grupos*, *Precisión de comunicación dentro del grupo*, *Precisión de comunicación entre grupos* y *comunicación oportuna*.

Procedimiento

Para el proceso de adaptación y validación de los instrumentos se siguieron las directrices recomendadas por la *International Test Commission* (2017) como sigue:

Se realizó una revisión de los instrumentos empleados en la evaluación de "comunicación efectiva", con la finalidad de encontrar una escala que cumpliera con los criterios teóricos y metodológicos del presente estudio.

Una vez encontrado, se solicitó y obtuvo la autorización a los autores para su adaptación y validación al castellano usual en México.

Para la adaptación y validación se procedió a realizar la traducción literal del cuestionario del inglés al castellano por medio de dos traductores certificados, uno de ellos con formación académica en psicología y el otro ajeno a esta disciplina. Una vez realizada la traducción al castellano, se elaboró un documento donde se compararon dichas traducciones y para los reactivos con mejor precisión en la traducción se conservó sólo una de dos versiones. El documento (véase el Anexo 1) se sometió a "jueceo" por parte de 26 estudiantes de posgrado en Psicología de la salud (maestría y doctorado).

El cuestionario contenía los 22 reactivos de la escala original, seguidas por una o dos traducciones del reactivo (dependiendo de la versión más referida en el proceso de traducción). A los 26 jueces expertos se les pidió (instruyéndoles verbalmente y por escrito) que analizarán la traducción. Si a su juicio los reactivos no se entendían con claridad o no reflejaban claramente la dimensión que medían, se les pedía que escribieran una versión más comprensible o más pertinente del reactivo. Una vez recolectadas las sugerencias de redacción se volvía a revisar ésta y se modificaba el reactivo en la forma propuesta, de modo que pudieran comprenderla participantes con instrucción escolar de secundaria y superior.

Sobre los resultados de elección de la mejor traducción y los ajustes recomendados por un segundo jueceo, el panel de expertos volvió a determinar la pertinencia de los ajustes recomendados; adaptó los reactivos de la escala buscando que su aplicación pudiera generalizarse a cualquier servicio médico sin modificar su integridad y generando una nueva versión de la traducción sobre la que se procedió a realizar una traducción inversa (del castellano al inglés) por un tercer traductor certificado ajeno a la disciplina de la psicología. (Véase el Anexo).

La traducción de la escala al inglés se envió al autor original para que examinará los reactivos y comparara la versión re-traducida con la original, con la intención de verificar si la nueva versión preservaba la integridad de la escala original, misma que fue aprobada por éste.

Por último, se hizo una aplicación piloto a 908 participantes de la población objetivo a fin de recabar datos para realizar análisis factorial exploratorio que demostrara que el proceso de adaptación no hubiera modificado la estructura original del instrumento y permitiera adecuar de manera estadística los reactivos a la población objetivo en México.

Con los datos obtenidos, se realizaron análisis descriptivos para identificar las respuestas de los 908 participantes y se realizó un primer análisis confirmatorio, que mostró que tres reactivos (16, 19 y 21) eran inconsistentes en el factor al que correspondían en la versión original. Se realizaron tres análisis factoriales más excluyendo uno a uno los reactivos “irregulares” y finalmente, se aplicó un último análisis factorial donde se retiraron dos reactivos (16 y 21) que marcaban mayor inconsistencia para su aplicación final.

Análisis de Datos

Se hicieron análisis descriptivos para las variables sociodemográficas de los participantes del piloteo. Para los datos del cuestionario Médico-Enfermera, se aplicó una prueba de KMO y Bartlett para determinar la viabilidad de la aplicación de un análisis factorial a los datos obtenidos.

Por último, se aplicaron análisis factoriales exploratorios y sus respectivos análisis de consistencia interna mediante el índice Alfa de Cronbach.

Resultados

Se presenta el análisis descriptivo del piloteo aplicado de la versión final del Cuestionario Medico-Enfermera versión corta del sub factor de comunicación.

Se obtuvo en la prueba de KMO un índice de .903 y una significancia de $<.001$ en la prueba de esfericidad de Bartlett, que confirmaba la viabilidad de realizar análisis factoriales confirmatorios en los datos obtenidos.

En un primer análisis se observó que los reactivos se distribuían en cuatro factores, con índices entre .471 a .820. En contraste, se identificó que los reactivos 16, 19 y 21 se colocaban en factores que no correspondían a la estructura original con índices de .502, .471 y .557 respectivamente. Por lo anterior se realizaron nuevos análisis factoriales excluyendo uno a uno estos tres reactivos y examinando la distribución de los restantes, obteniendo los mismos cuatro factores, pero con reactivos que no correspondían teóricamente entre sí. Posteriormente por medio de un último análisis factorial, los reactivos 16 y 21 se eliminaron obteniendo cuatro factores. Por último, se realizó un análisis de consistencia interna a la escala completa arrojando un 0.880 de Alfa de Cronbach.

(tabla3) Distribución de reactivos entre los cuatro factores según su carga factorial

	Componente			
	1	2	3	4
6. Cuando los enfermeros (as) hablan entre sí, existe un buen grado de comprensión.	.780			
5. Encuentro agradable hablar con otros enfermeros (as)	.772			
3. La comunicación entre los enfermeros(as) es abierta	.725			
1. Se me facilita hablar abiertamente sobre el trabajo con otros enfermeros (as).	.680			
8. Es fácil pedir consejo a otros enfermeros (as).	.630			
4. A menudo es necesario que verifique la información que he recibido de otros enfermeros (as).		.681		
13. A menudo es necesario que regrese y verifique la exactitud de la información que he recibido de los médicos.		.663		
11. En varias ocasiones he recibido información incorrecta por parte de los médicos		.656		
9. Creo que algunos enfermeros (as) no comprenden completamente la información que reciben.		.637		
2. En ocasiones he recibido información incorrecta por parte de otros enfermeros (as).		.632		
7. En ocasiones la precisión de la información transmitida entre los enfermeros (as) deja mucho que desear		.603		
18. Considero que algunos médicos no comprenden completamente la información que reciben		.584		
14. Encuentro agradable hablar con los médicos			.767	
17. Es fácil pedir un consejo de los médicos.			.762	
12. La comunicación entre enfermeras (os) y médicos es abierta.			.670	
10. Se me facilita hablar con los médicos acerca del trabajo con los pacientes.			.651	
15. Cuando las (os) enfermeras (os) hablan con los médicos, existe un buen grado de comprensión.			.643	
20. Cuando el estado de un paciente cambia, recibo rápidamente la información relevante.				.822
22. En los asuntos relacionados con la atención al paciente, los médicos llaman de manera oportuna a los enfermeros (as).				.685
19. Cuando lo requiero obtengo información sobre el estado de los pacientes				.486

(tabla 4) *Varianza explicada y coeficiente de fiabilidad de los cuatro factores resultantes del análisis factorial*

	Apertura de comunicación dentro del grupo	Apertura de comunicación entre grupos	Precisión de comunicación	Comunicación oportuna
Varianza explicada	17.292	16.049	15.302	9.689
Alfa de Cronbach	.829	.785	.866	.735

Discusión

El objetivo de este estudio consistió en realizar la adaptación y validez del apartado de comunicación del cuestionario Medico-Enfermera de Unidad de cuidados intensivos, para el castellano con la intención de su implementación en profesionales de la salud de distintos servicios médicos en la Ciudad de México.

A partir de los datos arrojados de los análisis aplicados, se puede decir que la adaptación que se realizó a esta sub escala obtuvo resultados favorables en función de un índice de fiabilidad adecuado y similar al α de Cronbach reportado en el formato original, que oscila en 0.66 y 0.88 (Shortell et al, 1991).

Cabe destacar que los resultados son de la adaptación de la versión corta del THE ICU NURSE-PHYSICIAN QUESTIONNAIRE (Shortell et al, 1991), por lo que pese a tener datos similares sobre la distribución de factores y su índice de fiabilidad, se debe tener cautela para hacer comparaciones entre las distintas adaptaciones (Sasaki, H., Yonemoto, N., Mori, R., Nishida, T., Kusuda, S., & Nakayama, T., 2016).

Respecto a la escala, mantuvo cuatro de los cinco factores originales, debido a que se agruparon los reactivos de los factores “precisión de comunicación dentro del grupo” y “precisión de comunicación entre grupos”, lo cual podría deberse a que la redacción en los reactivos pertenecientes en estos factores no fue lo suficientemente precisa, a pesar que ningún participante reportara alguna confusión o inquietud

en dichos reactivos, por lo que es recomendable hacer una revisión de dichos reactivos y realizar una nueva aplicación y análisis en otras poblaciones para determinar si existe variabilidad en la distribución de los reactivos y los factores.

Por último, como es importante realizar análisis complementarios a los datos que permitan reforzar la evidencia estadística y así obtener una mayor certeza de la confiabilidad de esta escala, esto podría efectuarse por medio de un análisis factorial confirmatorio y someter el instrumento a un proceso de validez (ITC, 2017).

Aunado a lo anterior, también se recomienda realizar nuevas aplicaciones en otros centros hospitalarios para observar la variabilidad de los datos con la intención de especificar cómo se presentan los resultados en otras poblaciones de profesionales de la salud, como laboratoristas, psicólogos, fisioterapeutas, entre otros.

Conclusiones

El cuestionario Médico - Enfermera(o) de comunicación mostró propiedades adecuadas en sus factores por separado y en su conjunto, pese a esto es importante realizar los análisis complementarios que permitan obtener evidencia de su solidez estadística y que pueda garantizar la obtención de datos más confiables en profesionales de la salud

A su vez, es importante mencionar que se requieren algunas consideraciones en su aplicación, ya que la generalización de esta escala no es adecuada si las condiciones de comunicación entre profesionales se ven limitadas por el propio servicio o por la misma profesión o especialidad como en servicios de patología y citología, donde la interacción con otros profesionales es limitada.

Fase 2: Evaluación

Método

Pregunta de investigación

¿Existe alguna relación entre el nivel de comunicación percibido y los niveles de Burnout, a lo largo del tiempo, en estudiantes y personal médico y de enfermería de un hospital general público de la Ciudad de México?

Objetivos

Identificar la presencia o ausencia de Burnout durante un periodo relativamente prolongado (3 meses) en estudiantes y personal médico y de enfermería.

Identificar los niveles de comunicación efectiva durante dicho periodo en estudiantes y en personal médico y de enfermería.

Diseño

Se empleó un diseño no experimental, correlacional descriptivo y longitudinal.

Participantes

Se evaluó a estudiantes y personal médico y de enfermería de un hospital general público de la Ciudad de México, seleccionados de manera no probabilística por conveniencia.

El número total incluidos en la fase dos fue de 453 participantes: 262 profesionales de enfermería y 191 profesionales de medicina.

(Tabla 5) *Tabla Datos sociodemográficos de los participantes.*

	Personal Adscrito de Enfermería (N=197)	Estudiantes de enfermería (N=65)	Personal Adscrito de medicina (N=76)	Estudiantes de medicina (N=115)
Sexo	Mujer (86.3%)	Mujer (75.4%)	Hombre (51.4%)	Mujer (56.5%)
Edad	M= 41.1 DE=11	M= 25.5 DE=5.1	M= 42.1 DE=9.1	M= 27.2 DE=4.4
Estado civil	Casado (40.1 %)	Soltero (83.1%)	Casado (55.4%)	Soltero (82.6%)
Procedencia	CDMX (77.2 %)	CDMX (67.7%)	CDMX (63%)	Int. de la republica (40.9%)
Escolaridad	Licenciatura (47.2%) C T (32.5%) P O (10.7%)	Licenciatura (70.8%) C T (16.9%) P O (7.7%)		
Servicio o área del hospital	QX (35.9%) HP (49.8%) CE (12.8%) SP/E (1.5%)		QX (44.8%) HP (18.5%) CE (36.7%)	
Puesto	Jefe(a) de servicio (12.7%) Encargada(o) (3%) Enfermera (o) general (84.3%)	Servicio social (56.9%) Posgrado (43.1%)	Jefe de servicio (21.1%) Adscrito (67.1%) Otros (11.8%)	Residentes (66.1%) Médico Interno de pregrado (6.1%) Servicio social (27.8%)
Turno	Matutino (44.7%) Vespertino (34%) Nocturno (20.3%) Especial (1%)	Matutino (75.4%) Vespertino (24.6%)	Matutino (77.6%) Vespertino (6.6%) Nocturno (2.6%) F y F (13.2%)	

M: media DE: desviación estándar CDMX: Ciudad de México QX: Áreas Quirúrgicas HP: Área F y F: Fin de semana y festivos

Criterios de Inclusión

Se incluyó a los estudiantes y personal médico y de enfermería de todos los turnos y servicios que desearon participar de forma voluntaria.

Se incluyó a aquellos que consintieron participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Estar participando en otro estudio o protocolo que pudiera sesgar los hallazgos.

Estar recibiendo un tratamiento psicológico que pudiera influir en los objetivos del estudio.

Aquellos cuya permanencia en el hospital fuera menor a tres meses a partir de la primera evaluación.

Criterios de eliminación.

No se incluyeron en los análisis los datos del personal y estudiantes que no hubieran respondido por lo menos un 80% de los instrumentos evaluación.

Medición

Se elaboró un cuestionario con reactivos de tipo sociodemográfico *ad hoc* con las variables sexo, edad, estado civil, servicio o área en el hospital, tiempo laborando en el hospital, ingesta de sustancias nocivas, etc., sin pedir nombre o dato alguno de identidad personal.

variables

Burnout

Definición conceptual

“El desgaste ocupacional extremo o quemarse por el trabajo (“Burnout” en inglés) es una respuesta al estrés laboral crónico, integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado” (Gil Monte, 2005).

Definición Operacional

Medido con la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional EMEDO, construida y validada para población mexicana por Uribe Prado (2007).

Instrumento

Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO), consta en total de 110 reactivos que evalúan tres componentes: Burnout, problemas psicosomáticos y variables sociodemográficas. Para fines del presente estudio, se usaron los reactivos del componente de Burnout que consta de 30 reactivos, divididos en tres factores: agotamiento (alfa de Cronbach=.78), despersonalización (alfa=.77) e insatisfacción (alfa=.86). Se compone de escalas tipo Likert con 6 opciones de respuesta que van de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”; la escala fue construida y validada en México por Uribe-Prado (2007).

Comunicación efectiva

Definición conceptual

“La comunicación efectiva entre la(el) enfermera(o) y el médico es un proceso bidireccional que implica enviar mensajes correctos mientras la otra persona lo recibe y comprende correctamente” (Courtney, 2010).

Definición Operacional

La comunicación efectiva se midió con el instrumento ICU *Nurse-Physician Questionnaire (short versión)*, construida y validada para población estadounidense por Shortell et al. (1991). Para fines del presente estudio se utilizó su apartado de comunicación del cual se realizó una adaptación y validación a la población mexicana participante.

Instrumento

El cuestionario Médico-Enfermera para UCI (ICU) sólo cuenta con psicométricos publicados para el instrumento original el cual consta de 148 reactivos, tiene una escala tipo Likert que va de 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*). Mide 3 factores: **1)** liderazgo, **2)** comunicación y **3)** coordinación. Para fines del presente estudio, se usó la escala del factor comunicación integrada por 22 reactivos y un coeficiente alfa de consistencia interna de 0.70.

Procedimiento general

Una vez obtenida la aprobación del Comité de Ética e Investigación del hospital, se invitó a participar a estudiantes y personal de medicina y enfermería por medio de reuniones generales por servicio (autorizados por el directivo responsable de cada área), así como mediante la distribución de folletos informativos, donde se describía a estudiantes y personal médico y de enfermería los objetivos y procedimiento del estudio. Esta invitación fue extendida a todos los turnos del hospital: matutino, vespertino, nocturno (para enfermería se clasificaba en velada A y B) y fines de semana o especiales.

Se realizaron tres aplicaciones generales de los instrumentos en un periodo de tres meses (una aplicación por cada mes) a los participantes dentro de un espacio designado por los responsables de cada área, entre las cuales estaban áreas de trabajo, aulas académicas, áreas de descanso o auditorios.

En el caso de individuos interesados en participar en la investigación que no pudieron asistir a alguna de las aplicaciones generales, se creó la opción de una aplicación extraordinaria en un lapso no mayor a 2 semanas a partir de la aplicación general; se acordaba un lugar y horario donde un investigador era el encargado de aplicar los instrumentos.

Procedimiento específico por evaluación

Se programaron y realizaron reuniones para la aplicación de la batería integrada en un solo formato que facilitara su respuesta. Se iniciaba cada aplicación distribuyendo los instrumentos a cada participante, quien respondía de forma individual. Una vez explicados los objetivos del estudio, con énfasis en la confidencialidad de su información y solicitarles la firma del consentimiento informado, se daban las instrucciones del llenado. A fin de garantizar el anonimato y la confidencialidad, se pedía a los participantes que formularan y escribieran un número-folio de seguimiento de sus evaluaciones con las siguientes características:

1. *Iniciales del servicio al que pertenece el participante (en mayúsculas):*

Ejemplo: Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos = UCIA

Ejemplo 2: Ortopedia = ORT

2. *Iniciales de nombre y apellidos del participante*

Ejemplo (ficticio): María López López = MLL

Ejemplo 2 (ficticio): Adrián Manuel Sánchez Sánchez (en mayúsculas) = AMSS

3. *Día de nacimiento del participante (agregar 0 si va del 1 al 9):*

Ejemplo: 27 de septiembre = 27

Ejemplo 2: 7 de julio = 07

4. *Folio*

Ejemplo: UCIAMLL27

Ejemplo 2: ORTAMSS07

Este procedimiento se aplicó en las tres evaluaciones para cada participante, ya fuera de manera general o en las evaluaciones extraordinarias.

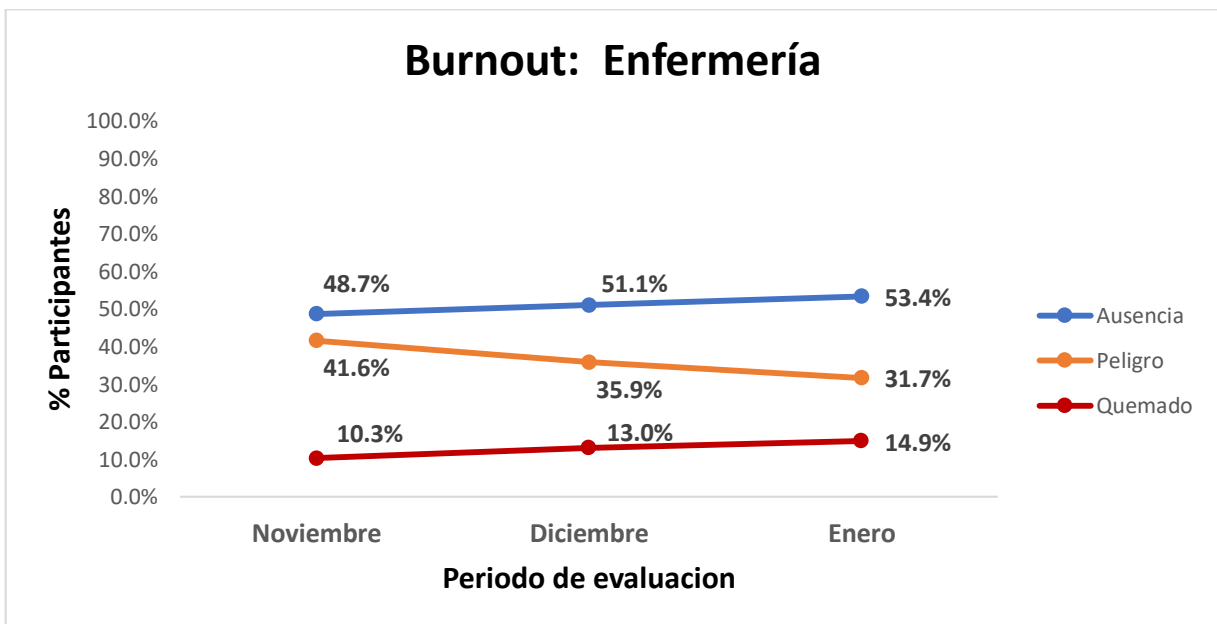
Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos para las variables sociodemográficas de los participantes y análisis no paramétricos: correlación de Pearson y análisis de comparación de varianzas por la prueba de Friedman y análisis de Wilcoxon.

Resultados

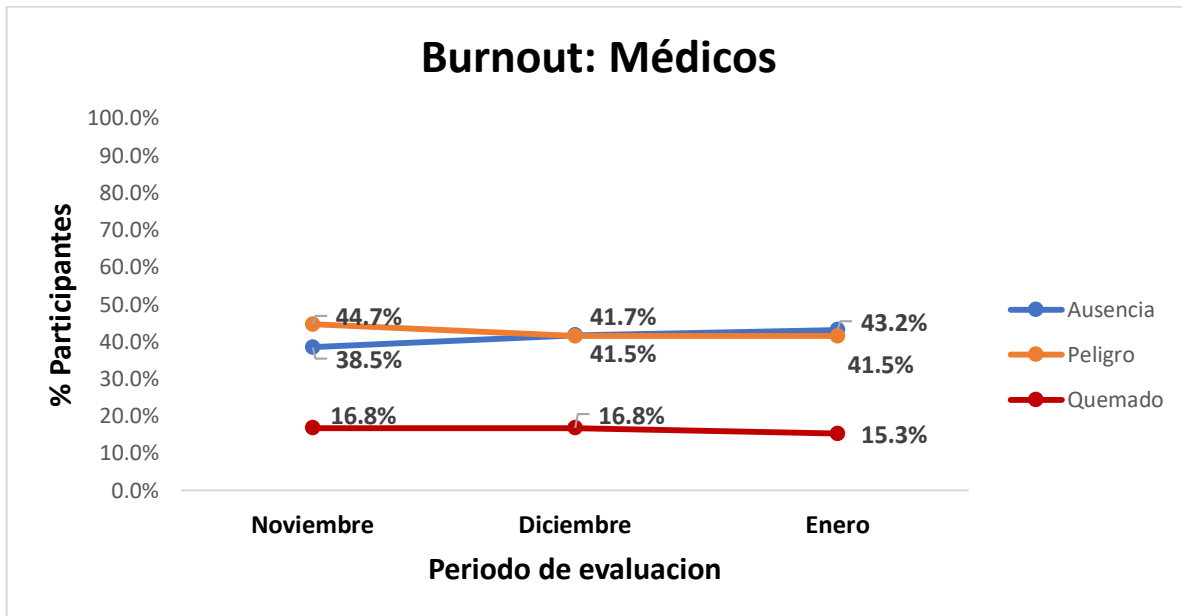
Burnout o Desgaste ocupacional

Se realizaron análisis descriptivos mostrando la distribución de los niveles de Burnout representados en las siguientes dos figuras. La primera representa los profesionales de enfermería. Hubo un incremento en los porcentajes en el nivel de “quemado” iniciando en noviembre 10.3% y terminando en diciembre 14.9%, asimismo hubo un descenso en el porcentaje de participantes que presentaban nivel de Burnout “en peligro” que va de 41.6% al 31.7%.



Distribución en tres momentos de evaluación del porcentaje de participantes de estudiantes y personal de enfermería, por nivel de Burnout.

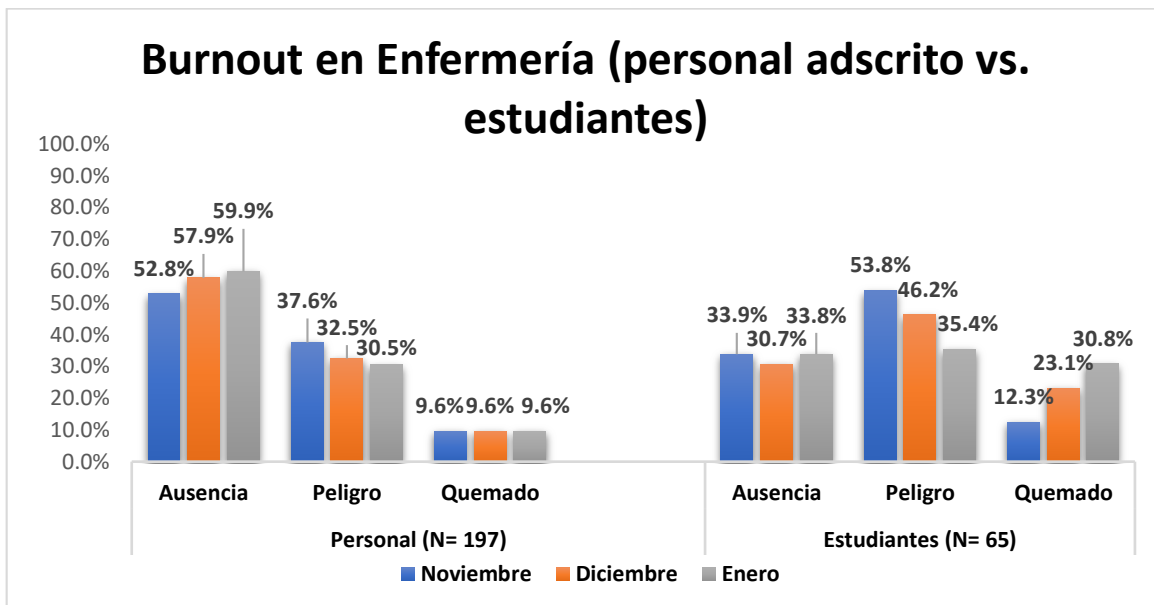
La siguiente figura muestra los niveles en el equipo de medicina donde el porcentaje del nivel “quemado” muestra un descenso iniciando en 16.8% y terminando en un 15.3%. El nivel de “en peligro” resultó ser el de mayor porcentaje de participantes con ese grado de Burnout oscilando entre un 41% y 44% a lo largo del periodo de evaluación.



Distribución por momento de evaluación y el porcentaje de participantes de estudiantes y personal médico, según su nivel de Burnout.

La siguiente figura muestra la comparación entre los porcentajes de la población y su nivel de Burnout del personal adscrito y estudiantes de enfermería en el mismo periodo. Contrasta el 53.8% del nivel de “*en peligro*” en estudiantes con el 37.6% del personal adscrito de enfermería, siendo los porcentajes más altos en este nivel de Burnout en los tres meses de evaluación para ambas poblaciones.

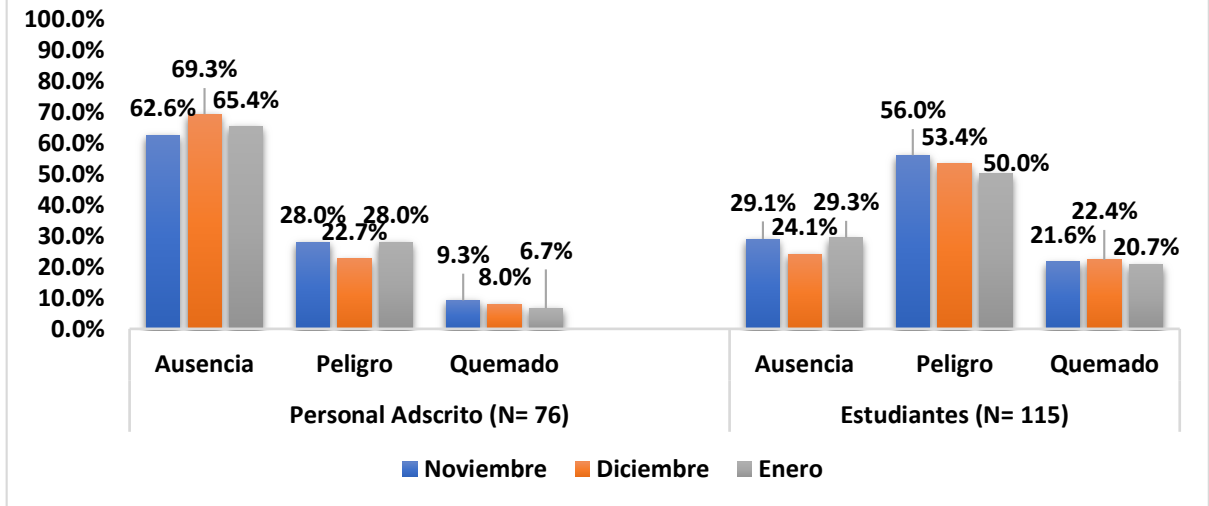
Los niveles de “*ausencia*” son más altos en el personal de enfermería con porcentaje máximo de 43.7% que contrasta con el 23.1% de los estudiantes, ambos del mes de enero.



Niveles de Burnout en cada mes, del personal y de estudiantes de enfermería

En el equipo de medicina, comparando personal adscrito y estudiantes, el porcentaje más alto de las tres evaluaciones es el nivel de *“ausencia”* en el personal adscrito con 69.3%, en comparación al 24.1% de estudiantes en el mismo mes. De manera inversa, el porcentaje más alto en estudiantes se sitúa en el nivel de *en peligro* con 56% en el mes de noviembre y desciende ligeramente a 50% al final del período de evaluación y que contrasta con el 28% del personal adscrito en el mismo mes el cual presenta un declive en diciembre con 22.7% pero que se repunta en enero con el mismo porcentaje que en noviembre (28%).

Burnout en Medicina (Personal Adscrito vs. estudiantes)



Niveles de Burnout en cada mes del personal médico adscrito y de estudiantes de medicina.

Para explorar si las diferencias en los grupos de participantes mostraban significancia estadística, se aplicaron las pruebas de Wilcoxon y U de Mann-Whitney. En los meses de diciembre y enero hubo diferencias significativas entre la población del personal adscrito y estudiantes de enfermería, mientras que, entre el personal adscrito y estudiantes de medicina hubo diferencias significativas en cada mes del periodo de evaluación (véase tablas 6 y 7).

(Tablas 6 y 7) Resultados de las Pruebas de Wilcoxon y U de Mann-Whitney para la diferencia entre la población de adscritos y estudiantes de medicina y enfermería en cada evaluación de Burnout.

Burnout Medicina (Adscritos VS estudiantes)

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	p.	Medianas		Rango	
					Estudiantes	Adscritos	Estudiantes	Adscritos
Noviembre	2453.0	5379.0	-5.287	.000	3	1.5	3	3
Diciembre	2190.5	116.5	-6.008	.000	3	1.5	3	3
Enero	2538.5	5464.5	-5.082	.000	3	1.5	3	3

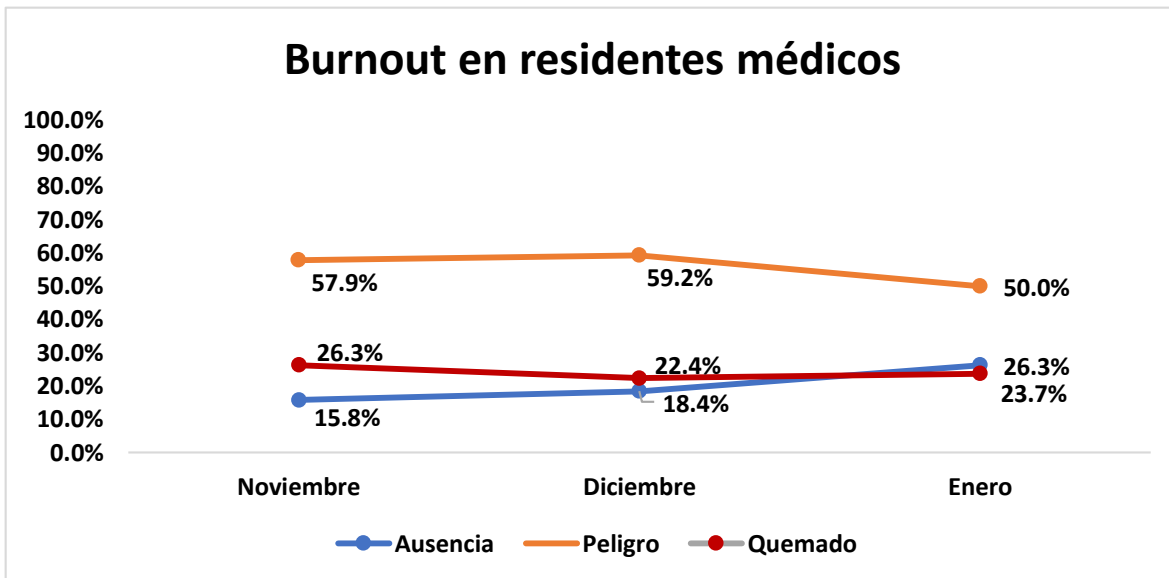
P < .05

Burnout Enfermería (Adscritos VS estudiantes)

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	p.	Medianas		Rango	
					Estudiantes	Adscritos	Estudiantes	Adscritos
Noviembre	5455.0	24958.0	-1.857	.063	3	2	3	3
Diciembre	4337.5	23840.5	-4.048	.000	3	2	3	3
Enero	4328.0	23831.0	-4.067	.000	3	2	3	3

P < .05

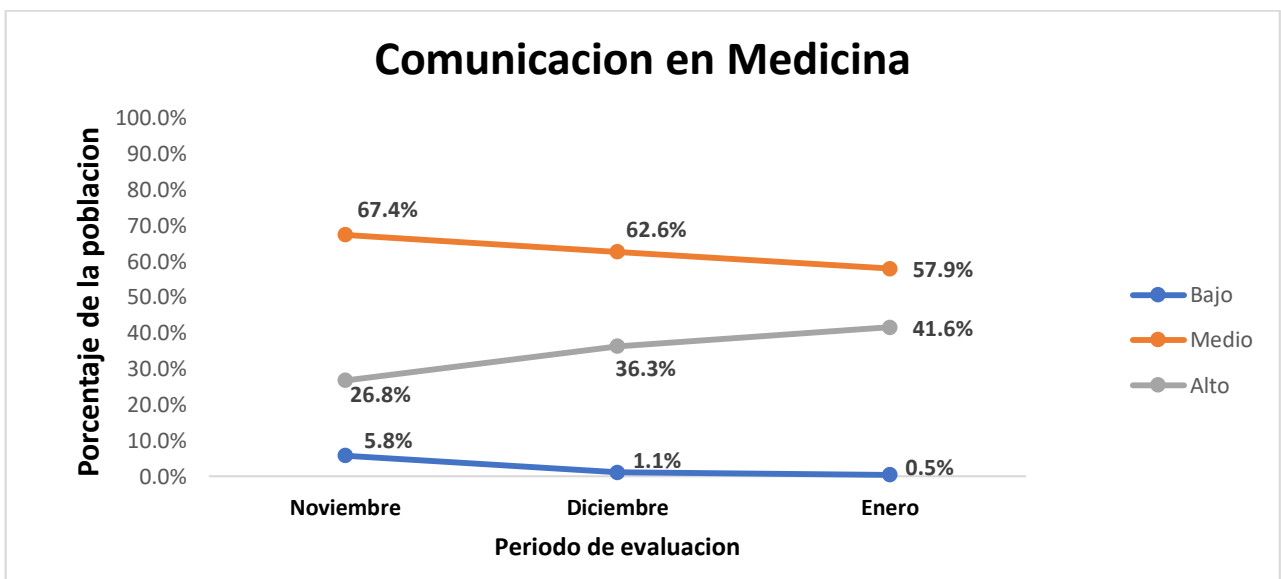
De manera particular, los residentes médicos presentaron la mayor prevalencia de Burnout entre los participantes. En la siguiente figura, el porcentaje más alto de residentes se encuentra en el nivel de *en peligro* con 57.9% el cual presenta un declive hasta enero con 50% de los participantes. En segundo lugar, se encuentra el nivel de *quemado* con un 26.3 % en noviembre y finalizando con 23.7 % en enero.



Porcentajes de residentes de medicina y sus niveles de Burnout en el período de evaluación

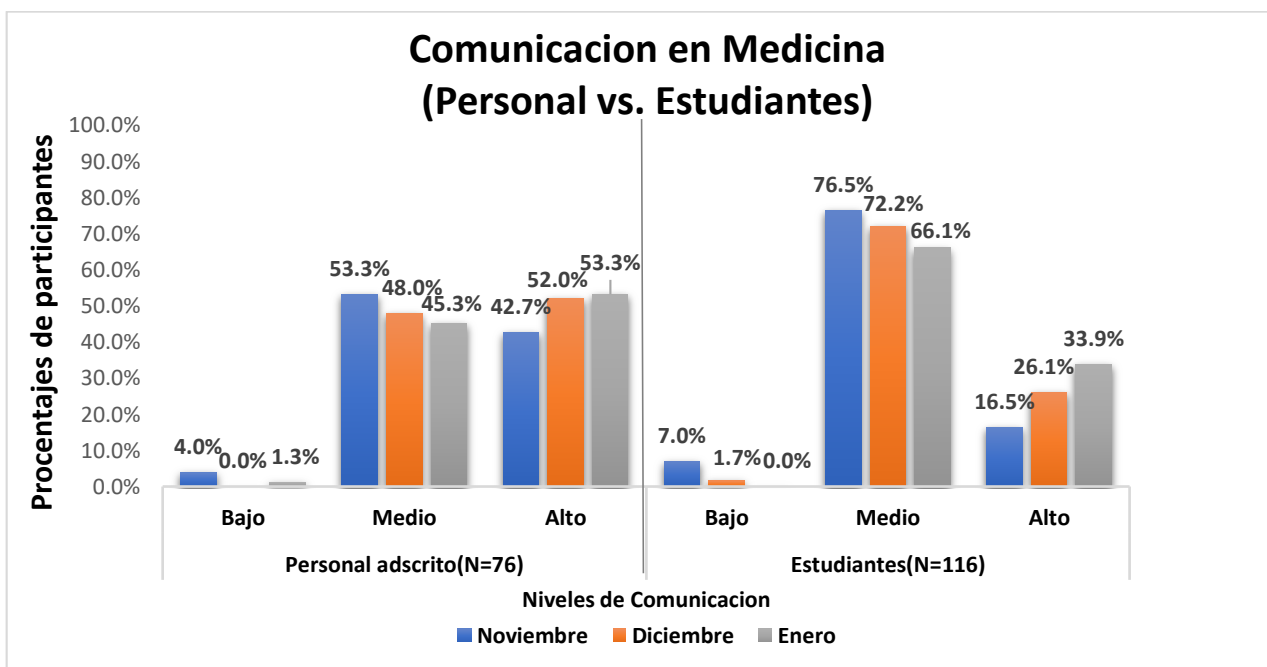
Comunicación

En lo que respecta a la comunicación efectiva, en los profesionales de medicina un 67.4% de médicos reportó percibir un *nivel medio* de comunicación y este porcentaje va disminuyendo hasta un 57.9% al final del periodo de evaluación (véase la siguiente figura).



Porcentajes de la población respecto al nivel de comunicación informado por el personal y estudiantes de medicina.

Haciendo una comparación respecto al nivel de comunicación percibido por el personal adscrito y los estudiantes de medicina, la siguiente figura muestra que las tendencias en el *nivel medio* son similares, pero que los estudiantes de medicina tienen mayor puntaje con un 76.5% contra un 53.3% del personal adscrito, finalizando en 66.1% y 45.3% respectivamente.



Comparación de los niveles de comunicación en cada mes, del personal adscrito y de estudiantes de medicina.

En los profesionales de enfermería se aprecia que el *nivel medio* tiene los porcentajes más altos en los tres meses de evaluación, marcando una tendencia descendente iniciando en noviembre con 69.5% y finalizando en enero con 61.1%.

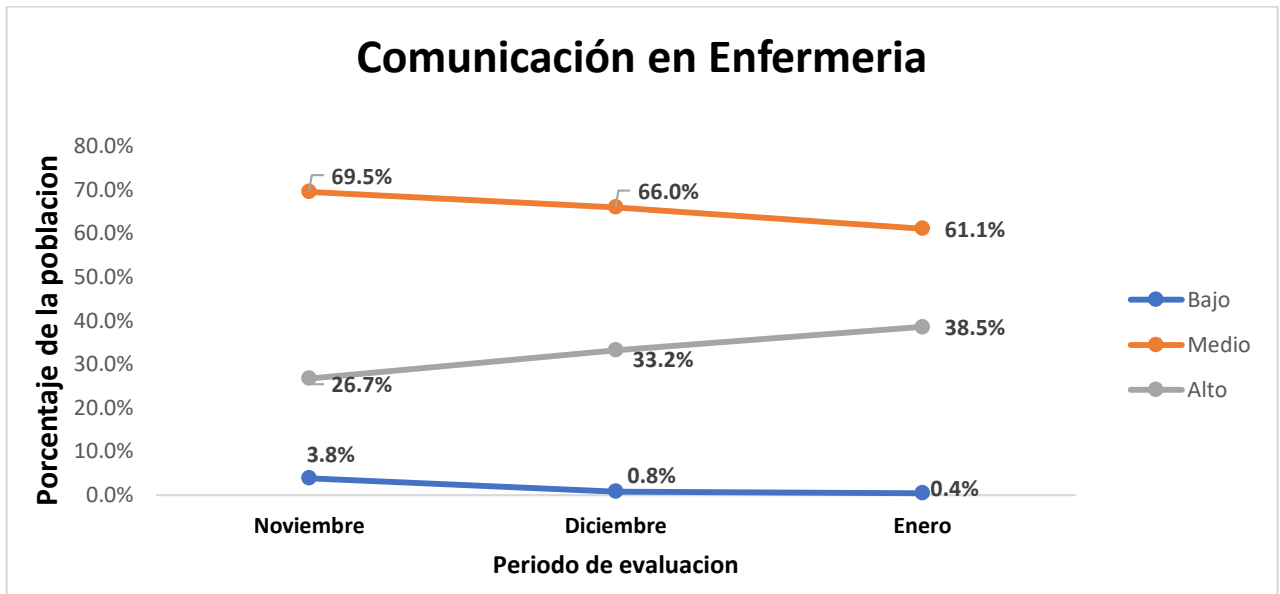
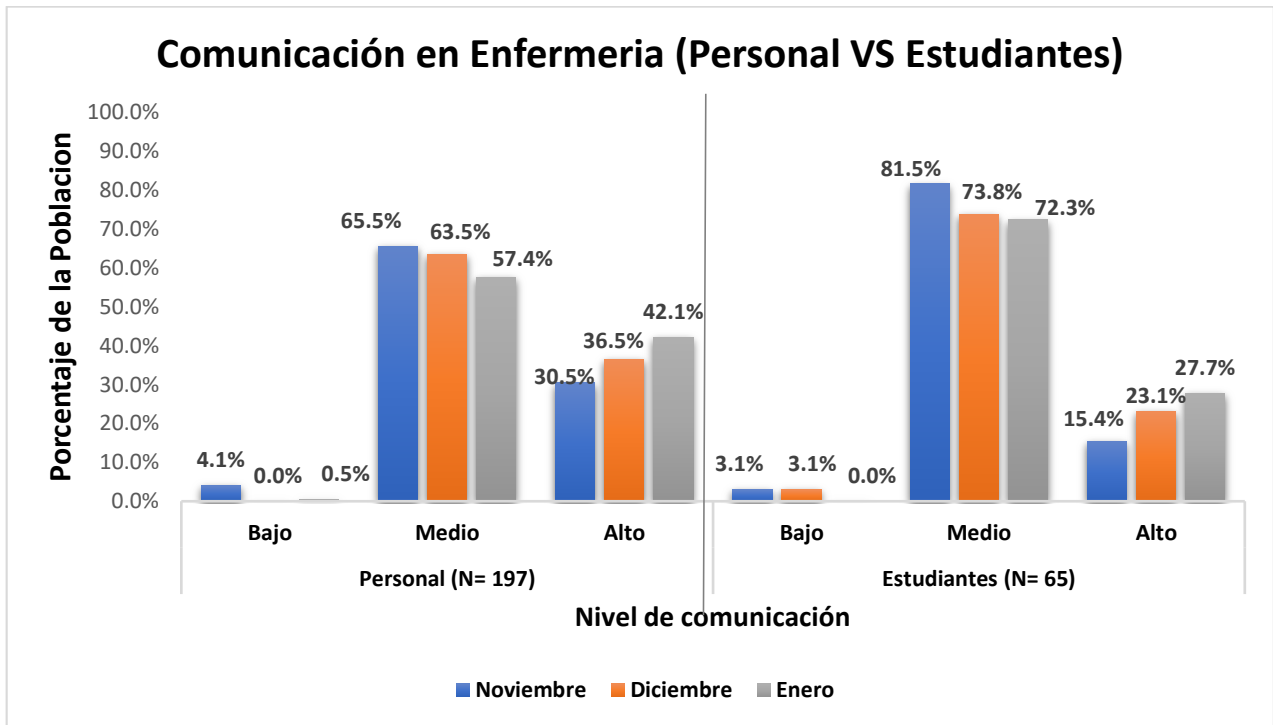


Figura 8. Porcentajes de la población respecto al nivel de comunicación informado en el personal y estudiantes de enfermería.

La siguiente figura muestra la comunicación percibida por el personal adscrito de enfermería. Presenta tendencias similares a los estudiantes de la misma disciplina donde el nivel *medio* tiene su porcentaje más alto 60.5% y 81.5% respectivamente, y éste fue decreciendo al paso de los meses de evaluación terminando en 61.1% y 72.3%



Comparación de los niveles de comunicación en cada mes del personal adscrito y de estudiantes de enfermería.

Se aplicó la prueba U de Mann Whitney para explorar diferencias estadísticamente significativas en las evaluaciones para la variable de comunicación, entre personal adscrito y estudiantes de enfermería y de medicina. Las siguientes tablas muestran los resultados que indican una diferencia estadísticamente significativa.

(Tablas 8 y 9) Resultado de las Pruebas Wilcoxon y U de Mann-Whitney para determinar la diferencia entre la población de adscritos y estudiantes de medicina y enfermería en cada evaluación de la variable de comunicación.

Comunicación Medicina (Adscritos VS estudiantes)

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	p.	Medianas		Rango	
					Estudiantes	Adscritos	Estudiantes	Adscritos
Noviembre	2453.0	5379.0	-5.287	.000	2	2	2	2
Diciembre	2190.5	116.5	-6.008	.000	2	2	2	1
Enero	2538.5	5464.5	-5.082	.000	2	2.5	2	2

P < .05

Comunicación Enfermería (Adscritos VS estudiantes)

	U de Mann- Whitney	W de Wilcoxon	Z	p.	Medianas		Rango	
					Estudiantes	Adscritos	Estudiantes	Adscritos
Noviembre	5455.0	24958.0	-1.857	.063	2	2	2	2
Diciembre	4337.5	23840.5	-4.048	.000	2	2	2	1
Enero	4328.0	23831.0	-4.067	.000	2	2	1	2

P < .05

El cuestionario de comunicación Médico-Enfermera explora el grado de comunicación del participante (médico o enfermera(o) con sus colegas o su contraparte según sea el caso. Destaca el 13.2% del *nivel bajo* de comunicación *intra equipo* en el mes de noviembre, siendo el porcentaje más alto de todos los grupos de profesionales participantes. Pese a esto hubo una mejoría a 6.6% en el mes de enero, situación similar al personal adscrito de enfermería que inició con 51.8% en el *nivel alto*, incrementó a 64.5% al final del mismo periodo. Respecto a la comunicación *inter equipos*, los estudiantes de enfermería mostraron el mayor porcentaje en el nivel *bajo* que inicia en noviembre con 6.1%, pasa por diciembre con un 12.3% y finaliza en enero con 1.5%. Fue el único segmento de la población donde el *nivel alto* oscila por debajo del 10% de participantes, en contraste con el resto de la población donde hubo un incremento del porcentaje inicial hasta final del periodo de evaluación (véase la siguiente tabla).

(Tabla 10) Distribución del porcentaje del nivel de comunicación intra e inter equipos respecto al puesto y especialidad de los profesionales de salud.

		Comunicación intra equipos			Comunicación inter equipos		
		Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Residentes médicos	Noviembre	13.20%	67.10%	19.70%	5.30%	80.30%	14.50%
	Diciembre	3.90%	64.50%	31.60%	1.30%	73.70%	25%
	Enero	6.60%	55.30%	38.20%	1.30%	69.70%	28.90%
Personal Adscrito (médicos)	Noviembre	2.90%	45.70%	51.40%	7%	50.70%	42.30%
	Diciembre	2.80%	47.90%	49.30%	0.0%	59.20%	40.80%
	Enero	1.40%	44.30%	54.30%	1.40%	47.90%	50.70%
Estudiantes Medicina Pregrado	Noviembre	7.70%	69.20%	23.10%	10.30%	64.10%	25.60%
	Diciembre	5.10%	74.40%	20.50%	7.70%	59.00%	33.30%
	Enero	5.10%	53.80%	41.10%	5.10%	43.60%	51.30%
Personal Adscrito (enfermería)	Noviembre	2.50%	45.70%	51.80%	10.20%	79.10%	10.70%
	Diciembre	2.00%	39.60%	58.40%	4.50%	77.70%	17.80%
	Enero	1.50%	34.00%	64.50%	2.60%	79.50%	17.90%
Estudiantes (enfermería)	Noviembre	3.10%	47.70%	49.20%	6.10%	86.20%	7.70%
	Diciembre	1.50%	55.40%	43.10%	12.30%	83.10%	4.60%
	Enero	0.0%	52.30%	47.70%	1.50%	92.30%	6.20%

Análisis Correlacional

Se computaron análisis de correlación no paramétrica por medio de la correlación de Spearman para explorar la posible asociación entre las tres evaluaciones de Burnout y comunicación tanto en estudiantes como en personal médico y de enfermería. El análisis reveló correlaciones negativas estadísticamente significativas modestas en ambas poblaciones (véase la siguiente tabla).

(Tabla 11) Coeficiente de correlación Rho de Spearman entre Burnout y comunicación en cada mes del periodo de evaluación.

		Enfermería			Medicina		
		Burnout			Burnout		
		Noviembre	Diciembre	Enero	Noviembre	Diciembre	Enero
Comunicación	Noviembre	-0.450			-0.354		
	Diciembre		-0.576			-0.433	
	Enero			-0.467			-0.479

$p < .01$

A su vez, se buscó explorar diferencias a lo largo del periodo de evaluación en cada variable por disciplina. Para ello se calculó el análisis de Friedman, el cual reveló que el Burnout, tanto en profesionales de enfermería como de medicina, que no mostró diferencias significativas entre evaluaciones. En cambio, en comunicación enfermería (*chi cuadrada*= 24.568 $p < .05$) y medicina (*chi cuadrada*= 40.496 $p < .05$) resultaron significativas (véase la siguiente tabla).

(Tabla 12) Resultado del análisis de Friedman para la comparación entre medidas por variable distribuidos según la población.

		Enfermería			Medicina		
		χ^2	gl	Sig.	χ^2	gl	Sig.
Burnout		.379	2	.828	5.172	2	.075
Comunicación		24.568	2	.000	40.496	2	.000

$p < .05$

En función de los resultados anteriores, se planteó realizar "análisis de rangos" (*Wilcoxon rank test*) para determinar la orientación y monto probabilístico de las diferencias entre evaluaciones en los profesionales de medicina y enfermería. Se observó un incremento en las medias entre evaluaciones en enfermería iniciando con \bar{x} 67.93 y

terminando en \bar{x} 71.23 y del lado de los profesionales de medicina iniciando con \bar{x} 67.09 y terminando con \bar{x} 71.82 (véase la siguiente tabla).

(Tabla 13) Resultado de la prueba de rangos de Wilcoxon respecto a los meses de evaluación para la variable de comunicación distribuidos en profesionales de enfermería y de medicina.

	Enfermería			Medicina		
	Media	Z	p	Media	Z	P
Noviembre	67.93	-2.905	.004	67.09	-3.896	.000
Diciembre	69.74			70.59		
Diciembre	69.74	-3.566	.000	70.59	-3.232	.001
Enero	71.23			71.82		
Noviembre	67.93	-5.522	.000	67.09	-5.580	.000
Enero	71.23			71.82		

p<.05

Discusión

El objetivo del presente estudio fue identificar la asociación del síndrome de Burnout y la comunicación efectiva a través del tiempo (tres medidas sucesivas) en el personal de salud de un hospital público de la Ciudad de México, así como identificar la prevalencia de ambas variables en dicha población.

Los análisis de los datos muestran que existe una asociación significativa moderada e inversa (negativa) a lo largo del periodo de evaluación. Esto significa que, a menor comunicación efectiva, mayores niveles de Burnout a lo largo del tiempo. Esto indica que, a mejor comunicación, menor desgaste ocupacional. Los hallazgos son similares a los de una investigación de tipo longitudinal donde el resultado fue la asociación también inversa, estadísticamente significativa entre Burnout y la colaboración profesional, la cual contenía el componente de comunicación (Kanayama, Suzuki, & Yuma, 2016).

Una posible explicación para este hallazgo tan consistente es que, al existir una comunicación efectiva en los profesionales de atención a la salud, estos pueden presentar menores conflictos entre sí. Es probable que además de una mejor comprensión (propia y mutua) de los roles de trabajo de cada uno contribuya a una satisfacción con su rol profesional y una mejora en la colaboración. Esto a su vez, podría propiciar una disminución o ausencia en la sintomatología del desgaste profesional que surge del trabajo (West, Dyrbye & Shanafelt, 2018; Kanayama, Suzuki, & Yuma, 2016; Barnard, D., Street, A., & Love, A. W. 2006).

En lo que respecta a los niveles de Burnout y comunicación a lo largo del periodo de evaluación, la ausencia de diferencias entre las evaluaciones de Burnout realizadas en médicos y enfermeras(os) indicaría una relativa permanencia en los niveles de desgaste profesional. En principio esto contrastaría con hallazgos de otros estudios (O'Connor, P., Lydon, S., O'Dea, A., Hehir, L., Offiah, G.,

Vellinga, A., & Byrne, D. 2017; Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. 2013). Esto podría explicarse por el periodo transcurrido entre evaluaciones (sólo un mes) que puede haber sido demasiado corto para mostrar cambios a mediano plazo. Sin embargo, se ha recomendado trabajar con periodos que no sean demasiado cortos o demasiado largos. Hay incluso sugerencias de que los efectos del Burnout pueden manifestarse después de un año de labores en los participantes (Dunford et Al., 2012) y que, posiblemente con las rotaciones del personal podría haberse interrumpido. También habría que explorar la contribución del hecho de que todos los participantes tenían laborando por lo menos seis meses en el hospital, en contraste con permanencias más cortas o más largas.

En contraste, la comunicación mejoró tanto en el equipo de enfermería, como en el de medicina. Es probable que este cambio pueda atribuirse a que, en el momento en que se realizaron las evaluaciones se presentaron periodos vacacionales en el personal adscrito de enfermería y de medicina, principalmente de jefes de servicio y personal de mayor antigüedad. Esto podría haber propiciado mayor acceso y empatía entre el personal que permanecía laborando y haber facilitado la comunicación entre pares y con el otro equipo, como han sugerido otros estudios (Jain, Fennell, Chagpar, Connolly, & Nembhard, 2016). También se ha sugerido que conforme el tiempo pasa y se genera entre el personal un vínculo colaborativo reflejado en la familiaridad y confianza va mejorando su comunicación (Foronda, MacWilliams, & McArthur, 2016; Ellison, 2015; Tan, Zhou & Kelly, 2017).

Ahora bien, poco más de 40% del total de profesionales de enfermería presentaron algún grado de Burnout, un porcentaje mayor a lo encontrado en otros estudios realizados en México (Miranda-Lara et al. 2016) aunque ese estudio se realizó en otro estado de la república, lo cual podría implicar condiciones distintas a las observadas en los nosocomios públicos de la Ciudad de México.

En comparación con lo documentado en estudios extranjeros, con prevalencias que se ubican alrededor de 52% (Zhang, Y.-Y., et Al. 2018) resultan mayores a los del presente estudio. En parte, estas diferencias podrían deberse a que la muestra del estudio de Miranda es menor a la del presente estudio, y está por debajo a la analizada en el meta-análisis de Zhang, Y.-Y., et al. (2018).

Otra posible fuente de esta variabilidad podría explicarse por el uso de la escala EMEDO ya que los estudios extranjeros tienden a emplear, para medir Burnout, el inventario de Maslach por lo cual los niveles arrojados por las escalas podrían variar entre las muestras.

En cuanto a prevalencia, el Burnout osciló de 56% en los médicos, un porcentaje mayor al 43% del estudio de Curiel-García, (2006) en hospitales de la ciudad de Durango, México. La diferencia entre estos porcentajes podría sugerir la influencia de las diversas condiciones de trabajo de los médicos que laboran en instituciones públicas diversas, además del posible efecto de las diferencias de afectaciones conjuntas de índole individual y organizacional en función de variables atribuibles a las características propias de las ciudades (Rothenberger, 2017).

Otro punto notorio fue el porcentaje de residentes que mostraron desgaste profesional, el cual llegó al 83%, cifra muy superior a las documentadas internacionalmente, como en el meta-análisis de Low, et al., en el 2019 que fue del 51%. Es posible que esta considerable diferencia entre porcentajes se deba a que el instrumento empleado en este estudio (EMEDO) pueda diferir en la forma de calificar los síntomas del desgaste ocupacional, en contraste con la escala considerada como *gold standard*, el Maslach Burnout Inventory (MBI), que emplea otro tipo de clasificación de niveles resultantes de la escala.

Otro motivo que podría explicar estas diferencias podría ser que, en los meses en que se aplicaron las escalas coincidieron las vacaciones de una cantidad importante de médicos adscritos del

hospital, por lo que muchos residentes se hicieron responsables de actividades académicas, médicas y administrativas, a falta de responsables de mayor jerarquía. Al ser los residentes una fuerza laboral muy amplia en los hospitales públicos del país, es de destacarse que haría falta explorar si estos cambios los vulneran de manera especial.

Continuando con las poblaciones de médicos, la mayoría del personal adscrito presentó niveles bajos de desgaste profesional, en contraste (más de dos tercios) de los estudiantes de medicina, quienes mostraron niveles altos de Burnout. Entre otras posibilidades, esto puede deberse a que, nuevamente, el periodo de evaluación coincidió con el periodo vacacional de un gran porcentaje de médicos adscritos, por lo que sus niveles de estrés podrían reflejarse como reducidos por la cercanía temporal con este periodo. Mientras que esta población se encontraba en descanso, sus actividades recayeron en los estudiantes que asumieron la carga de trabajo resultante de la reducción de personal sin descuidar sus actividades académicas. Esto ocurrió tanto en residentes, como en médicos internos y pasantes, por lo que los niveles de estrés en éstos pudieron verse incrementados.

En los profesionales de enfermería se presentó una diferencia similar a la de los profesionales de medicina. Cerca de un tercio del total de estudiantes de enfermería mostraron niveles altos de Burnout y éste se incrementó con el tiempo. Por el contrario, el personal adscrito se mantuvo por debajo de 10%. Nuevamente, el periodo vacacional pudo influir en estas cifras aunado a que, la carga académica de los estudiantes puede incrementar los niveles de estrés.

Respecto a la prevalencia de los tipos o calidad de la comunicación se puede decir que cerca de la mitad de los profesionales de medicina percibe una comunicación adecuada, a diferencia del personal de enfermería ya que poco más de un tercio de ellas(os) concuerdan con esta percepción. Esta diferencia es similar a lo reportado en estudios extranjeros que proponen que esta diferencia podría deberse a que los médicos tienen una concepción de la comunicación enfocada a instrucciones u órdenes hacia las(os) enfermeras(os) y esperan que las

indicaciones se lleven a cabo según sus estándares, a partir de interacciones o conversaciones muy cortas (House & Havens, 2017).

En contraste, los profesionales de enfermería perfilan como una comunicación adecuada aquella que se fundamenta en el respeto de los roles siempre y cuando se tomen en cuenta sus opiniones y recomendaciones (Elsous, Radwan & Mohsen, 2017; House & Havens, 2017; Matziou, Vlahioti, Perdikaris, Matziou, Megapanou & Petsios, 2014; McCaffrey, Hayes, Cassell, Miller-Reyes, Donaldson & Ferrell, 2012; Robinson, Gorman, Slimmer & Yudkowsky, 2010).

Al observar la comparación entre el personal adscrito y los estudiantes de medicina y enfermería, los estudiantes percibieron menos comunicación adecuada, quizá porque se encuentran aún en formación en un hospital escuela donde interactúan con personal adscrito tanto de medicina, como de enfermería mucho más experimentados profesionalmente y quizá con hábitos estandarizados de comunicación que los estudiantes no han terminado de establecer o fortalecer dada la falta de entrenamiento y experiencia, como han sugerido algunos estudios (Schwartz, El-Banna, Conroy & Browne, 2019; Manojlovich & Antonakos, 2008).

Conclusiones

Los principales hallazgos del presente estudio proveen evidencia, en primer lugar, de la necesidad de la creación de instrumentos de evaluación válidos y sensibles para cada población de profesionales de la salud. Esta validación requiere cumplir tres requisitos metodológicos que muy rara vez reúnen instrumentos adaptados al castellano: **a)** una validación por jueces expertos independientes, sobre si cada reactivo representa, en efecto, la dimensión psicológica que se pretende medir, **b)** un segundo “jueceo” también por expertos respecto de qué tan comprensible sería cada reactivo para la población meta y **c)** un piloteo con personas con las características de los participantes finales (población meta) sobre los que se recolectarán los datos definitivos, como prueba final de su susceptibilidad de comprensión dentro de sus peculiaridades lingüísticas y culturales.

Es indispensable una recolección de datos sistemática y cuidadosa de cuyo análisis se pueda derivar información para el diseño de intervenciones psicológicas que ayuden a prevenir y mitigar las afecciones provocadas por el desgaste ocupacional.

En las poblaciones con mayor vulnerabilidad en el contexto de las instituciones de salud (los estudiantes tanto de medicina, como de enfermería), al ser una muy amplia fuerza laboral de los hospitales públicos del país, requieren la instrumentación de medidas de atención para capacitación y entrenamiento de habilidades de regulación emocional y para afrontar el estrés. Estos esfuerzos requieren orientarse al manejo eficaz de las demandas exigentes que implican sus respectivas disciplinas y condiciones laborales.

También se requieren adecuaciones en la institución que fomenten buenas prácticas de trabajo e interpersonales entre un personal tan diverso e incluso la creación de centros de atención psicológica dentro de las propias instituciones para estudiantes y personal.

Lo anterior incluye la comunicación efectiva, aunque hace falta realizar investigaciones que detecten los detalles que la impiden o la deterioran. Esto debería conducir a la generación de reglas comprensibles sobre las especificidades de las interacciones propensas a mayor conflicto o déficits de comunicación verbal y no verbal, que idealmente sean fáciles de seguir y generen compromiso amplio. En efecto, hacen falta protocolos estandarizados de comunicación entre el personal y entre éste y los estudiantes a fin de, entre otros objetivos, disminuir el índice de error en la práctica clínica de cada profesional.

No resulta exagerado proponer que esta incorporación de componentes de alta calidad debería iniciarse en la formación misma del nivel licenciatura e incorporarse a programas de capacitación de individuos antes de asignarles responsabilidades de autoridad. También es recomendable fomentar una cultura de colaboración desde los planes de estudios universitarios en las carreras de medicina y enfermería, orientado a un trabajo colaborativo centrado en el bienestar del paciente y del propio personal.

Recomendaciones para estudios futuros

Para esta investigación se utilizaron instrumentos de auto informe debido a las condiciones de trabajo de los participantes y a su cantidad, pues se requirió de una facilidad razonable en la recolección de datos. Los resultados obtenidos podrían verse parcialmente afectados por la denominada *deseabilidad social* que implicaría subestimar síntomas, quejas, actitudes o conductas a evaluarse. Futuros estudios se beneficiarían de medidas y procedimientos más objetivos tales como registros observacionales o incluso algunos marcadores psico-fisiológicos de fácil recolección que permitan comparar los parámetros obtenidos en verbales.

Asimismo, se recomienda profundizar los aportes de este estudio por medio de su réplica en otras instituciones de salud, que permita una perspectiva de cómo se manifiestan estas variables en otros contextos hospitalarios.

Igualmente, se recomienda tomar con alguna cautela los presentes hallazgos respecto a la comparación entre el personal adscrito y los estudiantes de ambas disciplinas, buscando grupos más comparables en tamaño y condiciones de recolección de datos más estables o definidos cuando se trabaja con grandes números de participantes.

Finalmente, este trabajo busca contribuir a la literatura contemporánea internacional que se enfoca en el Burnout y su relación con otras variables que puedan tener una importante influencia en su prevalencia y su magnitud, como lo es la comunicación efectiva, siendo esta investigación una primera aproximación a esta relación de variables en nuestro país.

Referencias

- Aldrete, R. M. G., González, B. R., Navarro, M. C., León, C. S. G., Pérez, A. J. (2016) Factores psicosociales y estrés en personal de enfermería de un hospital público de tercer nivel de atención. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 15(3), 8-15
- Arciniega Arce, R. (2012). Factores organizacionales causantes del estrés en el trabajo y estrategias para afrontarlo. *Revista Venezolana de Gerencia*, 17(60), 611-634.
- Arora, M., Diwan, A., & Harris, I. (2013). Burnout in orthopedic surgeons: a review. *Anz Journal or surgery*. 83(7-8), 512-515
<https://doi.org/10.1111/ans.12292>
- Baggs JG. Development of an Instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *J Adv Nurs*. 1994; 20:176-182
- Balcázar-Rincón L.E., Montejo-Fraga L.F., Ramírez-Alcántara Y.L. (2015). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México. *Atención Familiar*. 22(4), 111-114
- Barnard, D., Street, A., & Love, A. W. (2006). Relationships between stressors, work supports, and burnout among cancer nurses. *Cancer nursing*, 29(4), 338-345. doi:10.1097/00002820-200607000-00013
- Bitran, M., Zúñiga, D., Pedrals, N., Echeverría, G., Vergara, C., Rigotti, A., Puschel, K; (2019). Burnout en la formación de profesionales de la salud en Chile: Factores de protección y riesgo, y propuestas de abordaje desde la perspectiva de los educadores. *Revista Médica de Chile*; 147(4), 510-517
- Campo-Arias, A., Cassiani, C. A., (2008) Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 37(4), 598-613
- Courtney M. (2010) Effective-Communication.Net. Recuperado el 27 de julio del 2018 en: <http://www.effective-communication.net/>

- Curiel-García, J.A., Rodríguez-Morán, M. y Guerrero-Romero, F. (2006). Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 44(3), 221-226
- Deneckere, S., Euwema, M.C., Lodewijckx, C., Panella, M., Mutsvari, T., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013). Better interprofessional teamwork, higher level of organized care, and lower risk of burnout in acute health care teams using care pathways: a cluster randomized controlled trial. *Medical care*, 51(1), 99-107.
- Doolittle, B. R., & Windish, D. M. (2015). Correlation of burnout syndrome with specific coping strategies, behaviors, and spiritual attitudes among interns at Yale University, New Haven, USA. *Journal of educational evaluation for health professions*, 12(41). doi:10.3352/jeehp.2015.12.41
- Dougherty, M. B., & Larson, E. (2005). *Instruments related to NursePhysician collaboration.* 35(5), 244–253. Retrieved from papers2://publication/uuid/28342816-B0D2-44E4-9301-F16154727D2E%5Cnpapers2://publication/uuid/96C0900A-B004-48CD-B2F7-A60EA1649121
- Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., Power, D.V., Durning, S., Moutier, C., Massie, F.S. Jr., Harper, W., Eacker, A., Szydlo, D.W., Sloan, J.A., Shanafelt, T.D. (2010). Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. *Acad Med.* (1), 94-102. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181c46aad
- Duarte-Ayala, R.E., Velasco-Rojano, A.E., Sánchez-Sosa, J.J. & Reyes Lagunes, L.I. (2017). Adaptación y validación de la escala de impacto de fatiga. *Acta de Investigación Psicológica*, 7, 2585-2592.
- Dunford, B. B., Shipp, A. J., Boss, R. W., Angermeier, I., & Boss, A. D. (2012). Is burnout static or dynamic? A career transition perspective of employee burnout trajectories. *Journal of Applied Psychology*, 97(3), 637-650. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027060>
- Ellison, D. (2015). Communication skills. *Nursing Clinics of North America*, 50(1), 45–57. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.10.004>
- Elsous, A., Radwan, M., & Mohsen, S. (2017). Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from

- Gaza Strip, Palestine. *Nursing research and practice*, 2017, 7406278. doi:10.1155/2017/7406278
- Esquivel-Molina, C.G., Buendía-Cano, F., Martínez-García, O., Martínez-Mendoza, J.A., Martínez-Ordaz, V.A. y Velasco-Rodríguez, V.M. (2007). Síndrome de agotamiento profesional en personal médico de un hospital de tercer nivel. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 45(5), 427-436
- Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. (2016). Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 19, 36–40.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.005>
- Frajermana, A., Morvan, Y., Krebs, M., Gorwood, P. & Chaumette, B. (2019). Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry.* 55, 36-42 <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.08.006>
- Gabriel, P., & Liimatainen, M.R. (2000). Mental Health in the Workplace: Introduction, Executive Summaries. *International Labour Organization.*
- García-Rivera, B., Maldonado-Radillo, S., & Ramírez Barón, M. (2014) Estados afectivos emocionales (síntomatología depresiva, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *SUMMA psicológica UST.* 11(1), 65-73
- Garduño-Juárez, M; (2008). Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes y médicos de base de anestesiología del Hospital General de México. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 31(S1), 259-262
- Gil - Monte, P (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
- Gómez-García, R. (2013). Influencia de factores personales y organizacionales en la satisfacción laboral de los trabajadores sociales. *Portulari.* 13(2), 25-37. doi: 10.5218/prts.2013.0015
- Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E. M., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Prevalence of Burnout Syndrome in

- Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Critical Care Nurse*. 37(5), e1-e9. <https://doi.org/10.4037/ccn2017508>
- González, E. I., & Pérez, E.,(2011) Factores de Riesgo Laboral y la Salud Mental en Trabajadores de la Salud. *Psicología Iberoamericana*. 19(2), 67-77
- Hojat M, Fields S, Veloski J, Griffiths M, Cohen M, Plumb J. Psychometric properties of an attitude scale measuring physician nurse collaboration. *Eval Health Prof*. 1999;22(2): 208-220.
- Hariharan T.S. & Griffin B. (2019). A review of the factors related to burnout at the early-career stage of medicine. *Med Teach*: 1(12). doi: 10.1080/0142159X.2019.1641189.
- House, S., & Havens, D. (2017). Nurses' and Physicians' Perceptions of Nurse-Physician Collaboration: A Systematic Review. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 47(3), 165-171 doi: 10.1097/NNA.0000000000000460
- International Test Commission. (2017). The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition). Recuperado el 27 de julio del 2018 en: [www.InTestCom.org]
- Jain, A. K., Fennell, M. L., Chagpar, A. B., Connolly, H. K., & Nembhard, I. M. (2016). Moving Toward Improved Teamwork in Cancer Care: The Role of Psychological Safety in Team Communication. *Journal of Oncology Practice*, 12(11):1000-1011. <https://doi.org/10.1200/JOP.2016.013300>
- Joint Commission. (2015). Patient Delays in Treatment. *Quick Safety*. Recuperado el 27 de julio del 2019 en: http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Policy_and_Procedures/
- Joint Commission. (2016). *Most Commonly Reviewed Sentinel Event Types* Recuperado el 27 de julio del 2019 en: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Event_type_2Q_2016.pdf
- Kanayama, M., Suzuki, M., & Yuma, Y. (2016). Longitudinal burnout-collaboration patterns in Japanese medical care workers at special needs schools: a latent class growth analysis. *Psychology research and behavior management*, 9, 139-146. doi:10.2147/PRBM.S93846

- Kaschka, W. P., Korczak, D., & Broich, K., (2011). Burnout: a Fashionable Diagnosis *Dtsch Arztebl Intv*.108 (46), 781-787. doi: 10.3238/arztebl.2011.0781
- Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 10(6), 2214-2240. doi:10.3390/ijerph10062214
- Lacy, B., & Chan, J., (2018). Physician Burnout: The Hidden Health Care. *Crisis Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 16(3), 311-317 doi: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.06.043>
- Low, Z.X., Yeo K.A., Sharma, V.K., Leung, G.K., McIntyre, R., Guerrero, A., Lu, B, Sin Fai Lam, C.C., Tran, B.X., Nguyen, L., Ho, C, Tam, W.W., Ho, R.C. (2019). Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 16(9), E1479. doi: 10.3390/ijerph16091479.
- Manojlovich, M., & Antonakos, C. (2008). Satisfaction of intensive care unit nurses with nurse-physician communication. *The Journal of nursing administration*, 38(5), 237-243. doi: 10.1097/01.NNA.0000312769.19481.18
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C., Sachufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- McCaffrey, R., Hayes, R. M., Cassell, A., Miller-Reyes, S., Donaldson, A., & Ferrell, C. (2012). The effect of an educational programmer on attitudes of nurses and medical residents towards the benefits of positive communication and collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 293-301. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05736.x>
- Monsalve-Reyes, C. S., San Luis-Costas, C., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., Aguayo, R., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC family practice*, 19(1), 59. Doi: 10.1186/s12875-018-0748-z

- Matziou, V., Vlahioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Megapanou, E., & Petsios, K. (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), 526–533.
<https://doi.org/10.3109/13561820.2014.934338>
- O'Connor, P., Lydon, S., O'Dea, A., Hehir, L., Offiah, G., Vellinga, A., & Byrne, D. (2017). A longitudinal and multicentre study of burnout and error in Irish junior doctors. *Postgraduate Medical Journal*, 93(1105), 660 LP – 664.
<https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2016-134626>
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). Estrés en el trabajo: un reto colectivo. Recuperado el 29 de octubre 2018 de http://www.ilo.org/Search5/search.do?searchWhat=burnout&ocale=es_ES
- Organización mundial de la salud (1978). Alma Ata. Recuperado el 29 de octubre 2018 de <https://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>
- Organización mundial de la salud (2013). Alma Ata. Recuperado el 29 de octubre 2018 de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Panamericana de la salud (2014). Recuperado el 29 de octubre 2018 de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-de-accion-SM-2014.pdf>
- Ortega-Campos E., Cañadas-De la Fuente G.A., Albendín-García L., Gómez-Urquiza J.L., Monsalve-Reyes C., de la Fuente-Solana E.I. (2019). A Multicentre Study of Psychological Variables and the Prevalence of Burnout among Primary Health Care Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 16(18), E3242. Doi: 10.3390/ijerph16183242
- Parola, V., Coelho, A., Cardoso, D., Sandgren, A., & Apóstolo, J. (2017). Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7). doi: 10.111124/JBISRIR-2016-003309

- Phyllis, G. & Liimatainen, M. & Labour Office, International. (2000). Mental Health in the Workplace – An Introduction, Executive Summaries. *GLADNET Collection*
- Piqueras, J.A., Martínez, A.E., Ramos, V., Rivero, R., García-López, L.J. y Oblitas, L.A. (2008). Ansiedad y sintomatología depresiva: implicaciones para la salud. *Suma Psicológica*. 15, 43-74.
- Pradas-Hernández, L., Ariza, T., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2018). Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 13(4), e0195039. doi: 10.1371/journal.pone.0195039
- Prieto-Miranda S.E., Rodríguez-Gallardo G.B., Jiménez-Bernardino, C.A. y Guerrero-Quintero, L.G. (2013). Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 51(5), 574-579
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M., & Rahman, A., (2007). No health without mental health. *Lancet*. 370(9590), 859-77. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0
- Rafferty, A. M., Ball, J., & Aiken, L. H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in health care: QHC*, 10 Suppl 2(Suppl 2), ii32–ii37. doi:10.1136/qhc.0100032.
- Ramos, V., & Jordão, F. (2015). Relación entre el conflicto de valores, el sector y el estrés laboral: un modelo descriptivo. *Psicología Iberoamericana*, 23 (1), 16-27.
- Restrepo, O., Diego, A., Jaramillo E., & Juan C., (2012) Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 30(2), 202-211
- Reyes-Lagunes I, García y Barragán F. (2008) Procedimiento de Validación Psicométrica Culturalmente Relevante: Un ejemplo. En: Rivera S, Díaz-Loving R, Sánchez A, Reyes-Lagunes I, editores. *La Psicología Social en México*, México: Asociación Mexicana de Psicología Social. 625-36
- Ríos-Risquez, M. I., García-Izquierdo, M., Sabuco-Tebar, E. de los A., Carrillo-García, C., & Martínez-Roche, M. E. (2016). An

- exploratory study of the relationship between resilience, academic burnout and psychological health in nursing students. *Contemporary Nurse*, 52(4), 430–439.
<https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1213648>
- Robinson, F. P., Gorman, G., Slimmer, L. W., & Yudkowsky, R. (2010). Perceptions of Effective and Ineffective Nurse-Physician Communication in Hospitals. *Nursing Forum*, 45(3), 206–216.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00182.x>
- Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J., Medeiros, L., Gurgel, K., Souza, T., & Gonçalves, A.K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 13(11), e0206840. doi: 10.1371/journal.pone.0206840
- Rosen, Ilene M., Gimotty, Phyllis A., Shea, Judy A., Bellini, Lisa M. (2006). Evolution of Sleep Quantity, Sleep Deprivation, Mood Disturbances, Empathy, and Burnout among Interns. *Academic Medicine*. 81(1), 82-85 DOI: 10.1097/00001888-200601000-00020
- Rothenberger D. A. (2017). Physician Burnout and Well-Being: A Systematic Review and Framework for Action. *Diseases of the colon and rectum*, 60(6), 567–576.
doi:10.1097/DCR.0000000000000844
- Rudman, A., & Gustavsson, J. P. (2012). Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 988–1001.
<https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2012.03.010>
- Sasaki, H., Yonemoto, N., Mori, R., Nishida, T., Kusuda, S., & Nakayama, T. (2016). Use of the ICU Nurse-Physician Questionnaire (ICU N-P-Q): Testing reliability and validity in neonatal intensive care units in Japan. *BMJ Open*, 6(5).
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010105>
- Serenari, M., Cucchetti, A., Russo, P. M., Fallani, G., Mattarozzi, K., Pinna, A. D., ... Cescon, M. (2019). Burnout and psychological distress between surgical and non-surgical residents. *Updates in Surgery*, 71(2), 323–330. <https://doi.org/10.1007/s13304-019-00653-0>

- Shortell, S., Rousseau, D., Gillies, R., Devers, K. & Simons, T. (1991). Organizational Assessment in Intensive Care Units (ICUs): Construct Development, reliability, and Validity of the ICU Nurse Physician Questionnaire. *Medical care*. 29(8), 709-726
- Schwartz, L., El-Banna, M., Conroy, J. F., & Browne, J. (2019). What's Your Style? Enhanced Interprofessional Communication and Practice Using the Communication Wheel. *Nurse educator*, 44(1), 20-24. doi:10.1097/NNE.0000000000000509
- Sutcliffe, K. M., Lewton, E., & Rosenthal, M. M. (2004). Communication Failures: An Insidious Contributor to Medical Mishaps. *Academic Medicine*, 79(2), 186-194 DOI: 10.1097/00001888-200402000-00019
- Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T., & Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), 291-302. <https://doi.org/10.1111/inr.12034>
- Tan TC, Zhou H, K. M. (2017). Title: Nurse-Physician Communication - An Integrative Review Authors: *International Journal of Laboratory Hematology*, 38(1), 42-49. <https://doi.org/10.1111/ijlh.12426>
- Terrones-Rodríguez, J.F., Cisneros-Pérez, V. & Arreola-Rocha, J.J.(2016). Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc*. 54(2), 242-248
- Uribe-Prado, J. (2007). Estudio confirmatorio de la escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): un instrumento de Burnout para mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*. 26 (1), 7-21.
- Vasconcelos, E. M. de, Martino, M. M. F. De, & França, S. P. de S. (2018). Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 135-141. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0019>
- Wahass S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of family & community medicine*, 12(2), 63-70.
- Welp, A., Meier, L. L., & Manser, T. (2016). The interplay between teamwork, clinicians' emotional exhaustion, and clinician-rated

- patient safety: a longitudinal study. *Critical care* (London, England), 20(1), 110. doi:10.1186/s13054-016-1282-9
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- WHO. The World Health Report (2000). Health Systems: Improving performance 2000 [online] Disponible en: <https://www.who.int/whr/2000/en/>
- Wray, N.R., Ripke, S., Mattheisen, M., Trzaskowski, M., Byrne, E. M., Abdellaoui, A.,...Sullivan, P. F.,(2018). *Nature Genetics*.50(5), 668-681. doi: 10.1038/s41588-018-0090-3
- Zhang, Y-Y, Han, W-L, Qin, W, et al. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *J Nurs Manag.* 26, 810–819. <https://doi.org/10.1111/jonm.12589>

Anexo 1. Formato de comparación de traducciones del “ICU Physician – nurse Questionnaire”

Estimado juez

Ha sido seleccionado debido a sus conocimientos acerca de la comunicación en el personal de salud (médicos y enfermeras (os) y su dominio del idioma inglés, para su participación en el proceso de adaptación al español en población mexicana del instrumento “ICU Physician – nurse Questionnaire” creado en Estados Unidos.

Instrucciones

En la parte de abajo aparece una serie de reactivos con dos tentativas traducciones al español, señale en los recuadros de la izquierda si está de acuerdo o en desacuerdo con la traducción **A** o **B**, si en dado caso que considere que ninguna es adecuada, en el espacio debajo de cada traducción puede agregar una que le parezca más adecuada. Así mismo, puede agregar comentarios y sugerencias.

<i>Section one: relationships and communications within the ICU</i>	
A	Sección uno: relaciones y comunicaciones dentro de la UCI
B	Sección uno: relaciones y comunicación dentro de la UCI
<i>For each of the following statements, please circle the number under the response that best reflects your judgment</i>	
A	Para cada siguiente enunciado, por favor circula el número debajo de la respuesta que mejor refleje tu juicio/opinión.
B	Para cada una de las siguientes afirmaciones, por favor marque con un círculo el número debajo la respuesta que mejor refleje su juicio.
<i>Physician-to-Physician Relationships: These statements refer to relationships between physicians.</i>	
A	Relaciones Médico-Médico: estas afirmaciones se refieren a las relaciones entre médicos
B	Relaciones de médico a médico: Estos enunciados se refieren a las relaciones entre médicos
<i>1. It is easy for me to talk openly with the physicians of this ICU</i>	
A	Para mí es fácil hablar abiertamente con los médicos de esta UCI.
B	Es fácil para mí hablar abiertamente con médicos de esta UCI.

2. <i>I can think of a number of times when I received incorrect information from physicians in this unit</i>	
A	Puedo recordar varias veces en las que recibí información incorrecta de médicos en esta unidad.
B	Puedo pensar en un número de veces de cuando recibí información incorrecta por parte de los médicos en esta unidad.
3. <i>Communication between physicians in this unit is very open.</i>	
A	La comunicación entre los médicos de esta unidad es muy abierta.
B	En esta unidad, la comunicación entre médicos es muy abierta.
4. <i>It is often necessary for me to go back and check the accuracy of information I have received from physicians in this unit</i>	
A	Frecuentemente es necesario que regrese y revise la precisión de la información que he recibido por parte de los médicos en esta unidad.
B	A menudo es necesario que regrese y verifique la exactitud de la información que he recibido de los médicos de esta unidad.
5. <i>I find it enjoyable to talk with other physicians of this unit.</i>	
A	Disfruto hablar con otros médicos de esta unidad.
B	Encuentro agradable hablar con otros médicos de esta unidad.
6. <i>When physicians talk with each other in this unit, there is a good deal of understanding</i>	
A	Cuando los médicos de esta unidad hablan entre sí, existe un buen grado de comprensión.
B	Cuando los médicos hablan entre ellos en esta unidad, hay un buen entendimiento
7. <i>The accuracy of information passed among physicians of this unit leaves much to be desired</i>	
A	La precisión de la información que se pasa entre los médicos de esta unidad deja mucho que desear.
B	La exactitud de la información transmitida entre los médicos de esta unidad deja mucho que desear.
8. <i>It is easy to ask advice from physicians in this unit</i>	
A	Es fácil pedir consejo a los médicos en esta unidad.

B	Es fácil pedir un consejo a los médicos de esta unidad.
<i>9. I feel that certain ICU physicians don't completely understand the information they receive</i>	
A	Siento que ciertos médicos de la UCI no entienden completamente la información que reciben.
B	Siento que ciertos médicos de la UCI no entienden completamente la información que reciben.
<i>Nurse-to-Physician Relationships: These statements refer to relationships between nurses and physicians.</i>	
A	<u>Relación enfermero(a)-medico:</u> estas afirmaciones se refieren a la relación entre enfermeros (as) y médicos.
B	<u>Relaciones de enfermeras a médicos:</u> Estos enunciados se refieren a las relaciones entre las enfermeras y los médicos
<i>10. It is easy for me to talk openly with the nurses of this ICU</i>	
A	Para mí es fácil hablar abiertamente con los enfermeros (as) de esta UCI
B	Es fácil para mí hablar abiertamente con las enfermeras de esta UCI.
<i>11. I can think of a number of times when I received incorrect information from nurses in this unit</i>	
A	Puedo recordar varias veces en las que recibí información incorrecta de enfermeros (as) en esta unidad.
B	Puedo pensar en un número de veces de cuando recibí información incorrecta de las enfermeras en esta unidad.
<i>12. Communication between nurses and physicians in this unit is very open</i>	
A	La comunicación entre las enfermeras y los médicos en esta unidad es muy abierta.
B	En esta unidad, la comunicación entre enfermeros (as) y médicos es muy abierta.
<i>13. It is often necessary for me to go back and check the accuracy of information I have received from physicians in this unit</i>	
A	Es frecuentemente necesario para mí regresar y revisar la precisión de la información que he recibido de los médicos en esta unidad
B	A menudo es necesario que regrese y verifique la exactitud de la información que he recibido de los médicos de esta unidad.

<i>14. I find it enjoyable to talk with physicians of this unit</i>	
A	Disfruto hablar con otros médicos de esta unidad.
B	Encuentro agradable el hablar con los médicos de esta unidad.
<i>15. When nurses talk with physicians in this unit, there is a good deal of understanding.</i>	
A	Cuando los enfermeros (as) de esta unidad hablan con médicos, existe un buen grado de comprensión.
B	Cuando las enfermeras hablan con los médicos en esta unidad, hay una buena comprensión.
<i>16. The accuracy of information passed between nurses and physicians of this unit leaves much to be desired.</i>	
A	La precisión de la información pasada entre las enfermeras y los médicos de esta unidad deja mucho que desear.
B	La exactitud de la información transmitida entre enfermeros (as) y médicos de esta unidad deja mucho que desear.
<i>17. It is easy to ask advice from physicians in this unit</i>	
A	Es fácil pedir consejo de los médicos en esta unidad.
B	Es fácil pedir un consejo a los médicos de esta unidad.
<i>18. I feel that certain ICU physicians don't completely understand the information they receive.</i>	
A	Siento que ciertos médicos de la UCI no entienden completamente la información que reciben.
B	Siento que ciertos médicos de la UCI no entienden completamente la información que reciben
<i>General Relationships and Communications: These statements refer to general relationships and communications within the ICU.</i>	
A	<u>Relaciones en general y comunicaciones:</u> Estos enunciados se refieren a las relaciones en general y comunicaciones.
B	<u>Relaciones Generales y Comunicación:</u> estas afirmaciones se refieren a las relaciones generales y la comunicación dentro de la UCI.

<i>19. I get information on the status of patients when I need it.</i>	
A	Recibo información del estatus de los pacientes cuando la necesito
B	Obtengo información sobre el estado de los pacientes cuando lo necesito.
<i>20. When a patient's status changes, I get relevant information quickly.</i>	
A	Cuando el estatus de un paciente cambia, recibo información relevante rápidamente.
B	Obtengo información relevante rápidamente cuando el estado de un paciente cambia.
<i>21. There are needless delays in relaying information regarding patient care</i>	
A	Existen retrasos innecesarios en la transmisión de información relacionada con la atención al paciente.
B	Hay retrasos innecesarios en comunicar la información sobre el cuidado de un paciente.
<i>22. In matters pertaining to patient care, nurses call physicians in a timely manner</i>	
A	En asuntos relacionados con la atención al paciente, los enfermeros (as) llaman a los médicos de manera oportuna.
B	En asuntos pertenecientes al cuidado del paciente, las enfermeras llaman a los médicos de manera oportuna.

Anexo 2. Formato de traducción versión en español para su traducción al inglés de “ICU Physician – nurse Questionnaire”

Estimado juez

Ha sido seleccionado debido a su dominio del idioma inglés, para su participación en el proceso de adaptación al español en población mexicana del instrumento “ICU Questionnaires” creado en Estados Unidos.

Instrucciones

En la parte de abajo aparece una serie de reactivos y debajo de ellos hay un espacio en el cual se le pedirá agregar la traducción literal al inglés.

Instrucciones: En la siguiente sección, le pedimos indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones sobre las relaciones con el equipo de enfermería del servicio en el que labora actualmente.
1. Se me facilita hablar abiertamente sobre el trabajo con otros enfermeros (as).
2. En ocasiones he recibido información incorrecta por parte de otros enfermeros (as).
3. La comunicación entre los enfermeros (as) es abierta.
4. A menudo es necesario que verifique la información que he recibido de otros enfermeros (as).
5. Encuentro agradable hablar con otros enfermeros (as).
6. Cuando los enfermeros (as) hablan entre sí, existe un buen grado de comprensión.

7. En ocasiones la precisión de la información transmitida entre los enfermeros (as) deja mucho que desear
8. Es fácil pedir consejo a otros enfermeros(as).
9. Creo que algunos enfermeros (as) no comprenden completamente la información que reciben.
Instrucciones: En la siguiente sección, le pedimos indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones sobre las relaciones entre el equipo de medicina del servicio en el que labora actualmente.
10. Se me facilita hablar con los médicos acerca del trabajo con los pacientes.
11. En varias ocasiones he recibido información incorrecta por parte de los médicos.
12. La comunicación entre enfermeras(os) y médicos es abierta
13. A menudo es necesario que regrese y verifique la exactitud de la información que he recibido de los médicos.
14. Encuentro agradable hablar con los médicos.
15. Cuando las (os) enfermeras (os) hablan con los médicos, existe un buen grado de comprensión.

16. La precisión de la información transmitida entre las enfermeras y los médicos de esta unidad deja mucho que desear
17. Es fácil pedir un consejo de los médicos.
18. Considero que algunos médicos no comprenden completamente la información que reciben
Instrucciones: Ahora le pedimos indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones sobre las relaciones generales y comunicación dentro del servicio donde actualmente labora.
19. Cuando lo requiero, obtengo información sobre el estado de los pacientes
20. Cuando el estado de un paciente cambia, recibo rápidamente la información relevante
21. Hay retrasos innecesarios en la transmisión de información con respecto a la atención del paciente
22. En los asuntos relacionados con la atención al paciente, los médicos llaman de manera oportuna a los enfermeros(as)

Anexo 3. Cuestionario de datos sociodemográficos



Datos generales

Las siguientes preguntas tienen la finalidad de conocer aspectos personales, académicos y laborales. Contesta de manera honesta, no existen respuestas buenas ni malas. Los datos que nos proporcionas serán confidenciales.



Responde las siguientes preguntas en los espacios y líneas disponibles, a partir de la página 3, las preguntas se responden en la hoja de respuestas.

1. Edad: _____ sexo: H__ M__
2. Puesto:
Jefe de servicio: _____ Adscrito: _____ Residente: _____ /año: _____
Interno: _____ Otro (especificar): _____
3. Servicio o área del hospital te encuentras laborando actualmente (ej. Medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría, etc.): _____
4. Lugar de procedencia (Estado de la República o País) _____
5. Estado civil:
Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____ Unión libre _____
6. ¿Tienes pareja? Sí _____ No _____
¿Cuánto tiempo tienes con ella? _____ Años _____ meses
7. ¿Tienes hijos? Sí _____ No _____ ¿Cuántos? _____
8. ¿Con quién vives? (especifica) _____
9. ¿Actualmente cuentas con algún empleo ajeno al hospital? Sí _____ No _____
¿Cuál? _____
10. ¿Cuánto tiempo llevas de práctica profesional (incluyendo tu formación académica)?
_____ años _____ meses
11. ¿Padeces alguna enfermedad o has tenido algún accidente/ enfermedad que afecte tu funcionalidad? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____
12. ¿Fumas tabaco? Sí _____ No _____ ¿Cuántos cigarros fumas al día? _____

13. ¿Con que frecuencia ingieres bebidas alcohólicas?

Nunca _____ Una vez al año _____ Dos o tres veces al año _____

Una vez al mes _____ Una vez a la semana _____ Todos los días _____

Anexo 4. Consentimiento Informado

“Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le hace una cordial invitación a todo el personal de salud del hospital a participar en el estudio titulado: Asociación de burnout con variables psicológicas y organizacionales en estudiantes y personal de medicina y enfermería del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

Al firmar este documento se acepta la participación voluntaria en la evaluación. De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; Así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

- I. El objetivo de la presente investigación es evaluar si el burnout se asocia con algunas características psicológicas y de la organización, esto en estudiantes y personal de medicina y enfermería del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, ya que se ha identificado que el personal de salud es una población vulnerable a presentar burnout debido a ciertas condiciones organizacionales propias del rol profesional, así como a condiciones individuales. La información obtenida en esta investigación permitirá desarrollar intervenciones específicas para tratar dicho problema.
- II. Mi participación consiste en responder un cuestionario auto-aplicables; mismo que será aplicado una vez al mes, durante tres meses consecutivos, dando un total de cuatro evaluaciones, cada una con una duración aproximada de 40 minutos; las preguntas contenidas en dichos cuestionarios se relacionan con mi desempeño en el hospital, mi relación con mis compañeros; así como algunos datos personales como estado civil, número de hijos, tratamiento médico y problemas familiares, información que sólo será empleada para fines estadísticos. La información que brinde es totalmente anónima y confidencial; los cuestionarios no serán identificados y los resultados obtenidos sólo serán mostrados de manera general, por tanto, mi privacidad será respetada en todo momento.
- III. Asimismo, se me ha explicado que puedo asistir de manera voluntaria a una entrevista grupal que se llevará a cabo en un día dentro del periodo de los tres meses que comprende la evaluación, el cual se acordará con el jefe de mi servicio. En esta entrevista se preguntará sobre el ambiente laboral y las tareas usuales dentro de mi servicio; dicha participación será anónima y confidencial y la información que se obtenga sólo será usada para fines de investigación.
- IV. Posteriormente se nos invitará a participar, de manera opcional y voluntaria, en la intervención psicológica y organizacional resultante de la información recolectada durante las evaluaciones.
- V. Los cuestionarios han sido elaborados por profesionistas en el área y no suelen causar malestar emocional. En caso de que así sucediera, las personas que realizan la evaluación son psicólogos

capacitados que pueden brindarme ayuda en caso de que presente algún malestar emocional durante la evaluación.

- VI. Los hallazgos obtenidos en este estudio permitirán identificar los factores individuales y de la organización que podrían estar relacionados con la salud emocional del personal y de los estudiantes médicos y de enfermería del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".
- VII. Puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y mi participación.
- VIII. Puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que ello afecte mi relación laboral y/o educativa con la institución; toda vez que los resultados son confidenciales.
- IX. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantenga la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad y que no se publique mi nombre o revele mi identidad.
- X. Este estudio cuenta con financiamiento externo, por lo que ninguno de los participantes deberá absorber algún gasto derivado de la investigación.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo _____ acepto participar en el estudio titulado: Asociación de burnout con variables psicológicas y organizacionales en estudiantes y personal de medicina y enfermería del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Nombre y firma del participante _____

Nombre, y firma del testigo 1 _____

Relación que guarda con el participante: _____

Nombre, y firma del testigo 2 _____

Relación que guarda con el participante: _____

Nombre y firma del Investigador Principal:

Dr. Edgar Landa Ramírez. _____

Nombre y firma de quienes aplican el consentimiento informado:

Dr. Juan José Sánchez Sosa. Investigador Asociado Principal.

Lic. Eduardo Abraham Vidal Velazco. Investigador Asociado

Este documento se extiende por triplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que la Dirección de Investigación, o los Comités podrán requerir este documento en cuanto lo consideren necesario. Este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años.

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Presidente del Comité de Investigación, Dr. Pablo Maravilla Campillo al (01 55) 4000-3000 Ext 3217, o con el Presidente del Comité de Ética en Investigación, Dr. Samuel Weingerz Mehl al (01 55) 4000-000 Ext-8233.

3° versión 20/08/2018

Anexo 5. Escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO)

Instrucciones: A continuación, se le presenta una serie de enunciados a los cuales debe responder en una escala con seis opciones de respuesta, que indican qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las afirmaciones. Léalas cuidadosamente y conteste rellenando el óvalo correspondiente a la opción de respuesta con la que más se identifique.							
		Totalmente En desacuerdo	En desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Siento que mi trabajo es tan monótono que ya no me gusta.	1	2	3	4	5	6
2	Me cuesta mucho trabajo levantarme por la mañana para ir a trabajar.	1	2	3	4	5	6
3	He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.	1	2	3	4	5	6
4	Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.	1	2	3	4	5	6
5	Siento que un día de estos mi mente me estallará de tanta presión en el trabajo.	1	2	3	4	5	6
6	Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6
7	Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.	1	2	3	4	5	6
8	Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.	1	2	3	4	5	6
9	Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo.	1	2	3	4	5	6
10	Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.	1	2	3	4	5	6
11	Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.	1	2	3	4	5	6
12	Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.	1	2	3	4	5	6
13	Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.	1	2	3	4	5	6
14	Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.	1	2	3	4	5	6
15	Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.	1	2	3	4	5	6
16	En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.	1	2	3	4	5	6
17	Aunque me esfuerzo en realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.	1	2	3	4	5	6
18	He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.	1	2	3	4	5	6
19	Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.	1	2	3	4	5	6
20	Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.	1	2	3	4	5	6

21	Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.	1	2	3	4	5	6
22	Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.	1	2	3	4	5	6
23	Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.	1	2	3	4	5	6
24	Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.	1	2	3	4	5	6
25	Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.	1	2	3	4	5	6
26	Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.	1	2	3	4	5	6
27	Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.	1	2	3	4	5	6
28	No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.	1	2	3	4	5	6
29	Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.	1	2	3	4	5	6
30	En mi trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan o por cumplir un requisito académico.	1	2	3	4	5	6

Anexo 6. Cuestionario de comunicación Medico-Enfermera (Versión para médicos)

Instrucciones: En la siguiente sección, le pedimos indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones sobre las relaciones con el equipo de Medicina del servicio en el que labora actualmente.						
		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Se me facilita hablar abiertamente sobre el trabajo con otros médicos.	1	2	3	4	5
2	En ocasiones he recibido información incorrecta por parte de otros médicos	1	2	3	4	5
3	La comunicación entre los médicos es abierta.	1	2	3	4	5
4	A menudo es necesario que verifique la información que he recibido de otros médicos	1	2	3	4	5
5	Encuentro agradable hablar con otros en médicos.	1	2	3	4	5
6	Cuando los médicos hablan entre sí, existe un buen grado de comprensión.	1	2	3	4	5
7	En ocasiones la precisión de la información transmitida entre los médicos deja mucho que desear	1	2	3	4	5
8	Es fácil pedir consejo a otros médicos	1	2	3	4	5
9	Creo que algunos médicos no comprenden completamente la información que reciben.	1	2	3	4	5
Instrucciones: En la siguiente sección, le pedimos indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones sobre las relaciones entre el equipo de enfermería del servicio en el que labora actualmente.						
		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
10	Se me facilita hablar con los enfermeros(as) acerca del trabajo con los pacientes.	1	2	3	4	5
11	En varias ocasiones he recibido información incorrecta por parte de los enfermeros(as).	1	2	3	4	5
12	La comunicación entre enfermeras(os) y médicos es abierta	1	2	3	4	5
13	A menudo es necesario que regrese y verifique la exactitud de la información que he recibido de los enfermeros(as).	1	2	3	4	5
14	Encuentro agradable hablar con los enfermeros(as).	1	2	3	4	5
15	Cuando las (os) enfermeras (os) hablan con los médicos, existe un buen grado de comprensión.	1	2	3	4	5
16	Es fácil pedir un consejo de los enfermeros(as).	1	2	3	4	5
17	Considero que algunos enfermeros(as) no comprenden completamente la información que reciben	1	2	3	4	5
Instrucciones: Ahora le pedimos indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones sobre las relaciones generales y comunicación dentro del servicio donde actualmente labora.						

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
18	Cuando lo requiero, obtengo información sobre el estado de los pacientes	1	2	3	4	5
19	Cuando el estado de un paciente cambia, recibo rápidamente la información relevante	1	2	3	4	5
20	En los asuntos relacionados con la atención al paciente, los médicos llaman de manera oportuna a los enfermeros(as)	1	2	3	4	5

Anexo 7. Cuestionario de comunicación Medico-Enfermera (Versión para Enfermeras(os))

Instrucciones: En la siguiente sección, le pedimos indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones sobre las relaciones con el equipo de enfermería del servicio en el que labora actualmente.						
		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Se me facilita hablar abiertamente sobre el trabajo con otros enfermeros (as).	1	2	3	4	5
2	En ocasiones he recibido información incorrecta por parte de otros enfermeros (as).	1	2	3	4	5
3	La comunicación entre los enfermeros (as) es abierta.	1	2	3	4	5
4	A menudo es necesario que verifique la información que he recibido de otros enfermeros (as).	1	2	3	4	5
5	Encuentro agradable hablar con otros enfermeros (as).	1	2	3	4	5
6	Cuando los enfermeros (as) hablan entre sí, existe un buen grado de comprensión.	1	2	3	4	5
7	En ocasiones la precisión de la información transmitida entre los enfermeros (as) deja mucho que desear	1	2	3	4	5
8	Es fácil pedir consejo a otros enfermeros(as).	1	2	3	4	5
9	Creo que algunos enfermeros (as) no comprenden completamente la información que reciben.	1	2	3	4	5
Instrucciones: En la siguiente sección, le pedimos indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones sobre las relaciones entre el equipo de medicina del servicio en el que labora actualmente.						
		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
10	Se me facilita hablar con los médicos acerca del trabajo con los pacientes.	1	2	3	4	5
11	En varias ocasiones he recibido información incorrecta por parte de los médicos.	1	2	3	4	5
12	La comunicación entre enfermeras(os) y médicos es abierta	1	2	3	4	5
13	A menudo es necesario que regrese y verifique la exactitud de la información que he recibido de los médicos.	1	2	3	4	5
14	Encuentro agradable hablar con los médicos.	1	2	3	4	5
15	Cuando las (os) enfermeras (os) hablan con los médicos, existe un buen grado de comprensión.	1	2	3	4	5
16	Es fácil pedir un consejo de los médicos.	1	2	3	4	5
17	Considero que algunos médicos no comprenden completamente la información que reciben	1	2	3	4	5

Instrucciones: Ahora le pedimos indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes afirmaciones sobre las relaciones generales y comunicación dentro del servicio donde actualmente labora.

		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
18	Cuando lo requiero, obtengo información sobre el estado de los pacientes	1	2	3	4	5
19	Cuando el estado de un paciente cambia, recibo rápidamente la información relevante	1	2	3	4	5
20	En los asuntos relacionados con la atención al paciente, los médicos llaman de manera oportuna a los enfermeros(as)	1	2	3	4	5