

ASOCIACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE ESTRÉS ASISTENCIAL EN RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA, EL REPORTE DE SUS PRÁCTICAS MÉDICAS DE CUIDADOS SUBÓPTIMOS Y EL REPORTE DE LOS PACIENTES*

ISABEL CASTAÑO, MARÍA GARCÍA, LINA LEGUIZAMÓN, MÓNICA NOVOA,
ISABEL DEL SOCORRO MORENO
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BOGOTÁ

Recibido: Mayo 12 de 2006

Revisado: Junio 11 de 2006

Aceptado: Junio 12 de 2006

ABSTRACT

This investigation pretended to establish the association between the Burnout Syndrome in internal medicine residents, the report of their sub optimal medical practices and the report of their hospitalized patients in charge, by using a multitrait-multimethod with a concurrent design that allows the research of two objects in the same investigation with convergent results. The translated version by Moreno (2004) of the Maslach Burnout Inventory (MBI) and the semi structured interview were used in medical residents, and a questionnaire to patients based on the scales proposed by McKinley, Manku-Scott, Hastings, French and Baker (1997) in their research. The results showed no association between the Burnout Syndrome and the report of the sub optimal practices from residents and patients. On the contrary, it was found a significant association between the communication category and the report of patients. Finally, suggestions are formulated for improvements of these sub optimal practices and complementary studies are proposed.

Keywords: Health Psychology, Burnout Syndrome, Quality of care.

RESUMEN

Esta investigación pretendía establecer la asociación entre el Síndrome de Estrés Asistencial (SEA) de residentes de medicina interna, el reporte de sus prácticas médicas subóptimas de cuidados y el reporte de los pacientes hospitalizados a su cargo. Para esto se empleó un sistema multimétodo-multifuerza de tipo concurrente que permite abordar dos objetos de estudio diferentes dentro de un mismo estudio con resultados convergentes. Se utilizó el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) en su versión en español traducida por Moreno (2002), una entrevista semiestructurada para los médicos y una encuesta aplicada a los pacientes validada durante el estudio con base en las escalas propuestas por McKinley, Manku-Scott, Hastings, French y Baker (1997) en su investigación. Los resultados mostraron que el SEA no se asocia con los reportes de prácticas subóptimas por parte de los residentes y de los pacientes; por el contrario, se encontraron asociaciones significativas en la categoría de comunicación y manejo y el reporte de los pacientes. Se formulan sugerencias de mejoramiento de las prácticas subóptimas e interrogantes para estudios posteriores.

Palabras clave: Psicología de la salud, Síndrome de Estrés Asistencial, calidad del cuidado.

* Este artículo se deriva del trabajo de investigación adelantado por las tres primeras autoras bajo la dirección de las dos últimas como requisito para acceder al título de Psicología en la Pontificia Universidad Javeriana.

* Correo electrónico: mmnovo@javeriana.edu.co. Dirección postal: Carrera 5 No. 39-00 Piso 2 - Edificio Manuel Briceño, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Tel: (57 1) 320 8320 Extensión 5757

Introducción

El Síndrome de Estrés Asistencial o *Burnout syndrome* ha sido foco de múltiples estudios; como lo afirman Novoa et al. (2005), “no hay un acuerdo sobre el término adecuado en español para hacer referencia al *Burnout Syndrome* [literalmente, ‘síndrome de quemarse en el trabajo’] por esta razón dentro de esta investigación se trabajó con el término manejado por Novoa et al. (2005) que se refiere al agotamiento físico y emocional producto de la forma en que los profesionales interpretan y mantienen sus propios estados emocionales en momentos de crisis (Maslach & Jackson, 1986, citados por Novoa et al., 2005): “El desgaste profesional que sufren los trabajadores (sanidad, enseñanza, administración pública, policía, servicios sociales, etc.) debido a unas condiciones de trabajo que tienen fuertes demandas sociales. Desde un enfoque psicosocial el fenómeno ha sido conceptualizado como un síndrome de baja realización personal en el trabajo, que es considerado como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta la habilidad en la realización del trabajo y la relación con las personas a las que atienden. La persistencia de la situación estresante, y la imposibilidad del organismo para recuperarse, lo llevan a esta condición severa, donde los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales” (p. 3).

De acuerdo con Maslach y Jackson (1981) este síndrome se presenta usualmente en profesionales cuyo trabajo implica una relación directa con seres humanos, a diferencia de trabajos en los cuales no se tiene este contacto y no se trabaja con este tipo de necesidades.

Pines y Aronson (1988) brindan una explicación similar de la prevalencia del síndrome en profesionales del servicio humano, en tanto son vulnerables porque tienen una necesidad inherente de encontrar un significado existencial a sus trabajos. Específicamente, la mayoría de profesionales que entran a este tipo de servicios están motivados por un deseo de trabajar con seres

humanos y realizar en ellos contribuciones significativas para sus vidas.

Golembiewsky (1999) por su parte toma estos tres elementos, *despersonalización*, *cansancio emocional* y *realización personal* para definir el SEA, y resalta que existen diferentes fases expuestas en la siguiente tabla.

Este síndrome afecta al profesional e influye en sus prácticas médicas. Estas prácticas se perciben por parte de los pacientes de diferentes formas, como por ejemplo insatisfacción frente a la calidad del servicio, quejas en la relación y comunicación con el médico, retrasos en las visitas y la actitud del médico en general. Dichas prácticas médicas que no se consideran satisfactorias se conocen como *prácticas médicas subóptimas* (Shanafelt, Bradley, Wipf & Back, 2002). Por parte de los médicos, el Síndrome de Estrés Asistencial puede explicarse por la limitación en el tiempo para las consultas o visitas, por largas jornadas de atención, sumados a la carga en la formación educativa, la presión que ejercen los médicos a cargo y la carga emocional por parte de los pacientes (Rodríguez, 1995).

En tanto el síndrome influye en el estado físico del médico residente presentando sintomatología asociada con el cansancio, dolores osteoarticulares, cefaleas, trastornos del sueño, alteraciones gastrointestinales y taquicardias (Garcés, 2003), es imperativo adelantar investigaciones que permitan analizar la educación médica y las implicaciones que ella tiene en los médicos especialistas en formación. Desde una perspectiva social y de servicio, es importante analizar cómo el compromiso del médico en la atención, sin discriminación de edad o categoría social consagrado en el juramento hipocrático, tiene implicaciones en la interacción médico-paciente. La interacción entre el médico residente y su paciente es la ocasión propia de la expresión de un *auténtico servicio* (Garcés, 2003), pues del tipo de interacción dependerá la satisfacción del profesional por el deber cumplido y la satisfacción de los pacientes con la calidad del servicio.

La literatura reporta tres estudios sobre el Síndrome de Estrés Asistencial en residentes de medicina interna,

TABLA 1. MODELO DE OCHO FASES DEL SÍNDROME DE ESTRÉS ASISTENCIAL

Modelo de ocho fases del síndrome de estrés asistencial								
Escala	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Despersonalización	Bajo	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta
Realización personal	Baja	Baja	Alta	Alta	Baja	Baja	Alta	Alta
Cansancio emocional	Baja	Baja	Baja	Baja	Alta	Alta	Alta	Alta

NOTA. LA FASE VI DEL MODELO REPRESENTA LOS NIVELES DE LAS CATEGORÍAS DE DESPERSONALIZACIÓN, REALIZACIÓN PERSONAL Y CANSANCIO EMOCIONAL, EN EL SÍNDROME DE ESTRÉS ASISTENCIAL, ESCOGIDAS DENTRO DE LA INVESTIGACIÓN.

solo uno de ellos con población colombiana. Shanafelt, Bradley, Wipf, & Back (2002) adelantaron un estudio en la Universidad de *Washington Affiliated Hospitals Internal Medicine Program*, que evaluó la prevalencia del Síndrome de Estrés Asistencial en médicos residentes de medicina interna y valoró la relación del síndrome con el autoreporte de las prácticas de cuidado al paciente, utilizando una encuesta de 92 ítems que abarcaban categorías asociadas a factores demográficos, la experiencia del estrés vivido durante la residencia, el Síndrome de Estrés Asistencial, depresión, uso de alcohol u otras sustancias, la actitud ante el cuidado del paciente, estrategias para manejar el estrés, y el valor que le dan a los programas diseñados para el bienestar del residente. Los resultados mostraron que los residentes participantes que tomaron un descanso de un año entre el grado de medicina y la residencia eran menos propensos que otros residentes a reportar prácticas subóptimas de cuidado por lo menos mensualmente. Al mismo tiempo indicaron que los residentes de segundo año eran más propensos que los de tercer año a reportar prácticas subóptimas de cuidado al mes. Más del 75% de los respondientes conocían el criterio de síndrome, y los médicos que resultaban con el síndrome reportaban por lo menos dos o tres veces más prácticas subóptimas de cuidado mensual o semanalmente. Como se esperó, el síndrome fue inversamente proporcional a la satisfacción con la carrera, lo cual no significa que en todos los casos quienes presentan el Síndrome de Estrés Asistencial no estén satisfechos profesionalmente. Los médicos que ya conocían el criterio del Síndrome de Estrés Asistencial diferían de otros residentes en algunas respuestas de algunas categorías como depresión, mayores estresores, estrategias personales para manejar el estrés y aspectos del programa que se consideran importantes para manejar el estrés. Los autores concluyen también que el síndrome se puede desarrollar en cualquier momento de la carrera de un médico, aunque no hay muchos estudios que especifiquen su relación con la calidad del cuidado (Shanafelt & cols., 2002).

Así mismo, en Alemania, Visser, Smets, Oort y de Haes (2003), indagaron aspectos de estrés y de satisfacción, a través de un cuestionario de estrés y satisfacción en el trabajo que consta de preguntas que incluyen temas como el estrés, la satisfacción del trabajo, el Síndrome de Estrés Asistencial, las características personales y la percepción de las condiciones de trabajo. Mostró que la satisfacción del trabajo en contraposición con las consecuencias del estrés eran de carácter organizacional más que personal.

En Colombia se reporta un estudio descriptivo transversal realizado por Guevara, Henao y Herrera (2002) en Cali, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia e

intensidad del síndrome, sus características y su asociación con alteraciones en la dinámica familiar en médicos internos y residentes del hospital. Evaluó 150 médicos, el 42% internos, el 30% residentes que pertenecían a especialidades clínicas y un 28% pertenecía a especialidades quirúrgicas, sin diferencias sociodemográficas entre internos, residentes clínicos y residentes quirúrgicos. Como metodología, fueron usadas encuestas anónimas autodilucidadas que evaluaron aspectos sociodemográficos, de funcionalidad familiar y la presencia e intensidad del Síndrome de Estrés Asistencial.

Los resultados mostraron que el 85,3% de los médicos puntuaron entre moderado y severo en la escala del Síndrome de Estrés Asistencial (60% despersonalización y 50% alta realización personal), siendo el componente de desgaste emocional el más afectado y sin diferencias entre los grupos; un 68% presentaba disfunción familiar, siendo ésta más frecuente sobretodo en los médicos internos, y encontrándose que el 90% de los médicos con desgaste profesional presentaban disfunción familiar. Se concluyó que el Síndrome de Estrés Asistencial en los participantes es bastante alto, asociándolo con el número de turnos y con la disfunción familiar (Guevara y cols., 2002).

La presente investigación fue un estudio que retomó los resultados arrojados por la investigación realizada por Moreno (2004) donde se afirma que la población de médicos residentes que presenta una mayor incidencia del síndrome de Estrés Asistencial es el servicio de medicina interna.

La medicina interna es un área especializada enfocada al espectro de la edad adulta, distinguida por su enfoque integral y evaluación activa en el individuo de todos los aspectos relevantes para su salud a través de un conocimiento científico profundo de la fisiopatología del ser humano (Harrison, 2005).

Los médicos internistas de primer año atienden a pacientes adultos. Son los encargados de llevar a cabo un proceso con el paciente pero no de intervenir a nivel quirúrgico ni de tratamiento. Deben realizar una epicrisis, el cual es un resumen de la historia de cada paciente. La rutina que deben llevar a cabo incluye la *revista médica*, que implica atender y examinar a los pacientes que les corresponden por lo menos dos veces al día, la primera vez para conocer la evolución de los pacientes y así poderlos formular y la segunda, para tener la información necesaria para dársela a su profesor. En segundo lugar, realizan una revisión de tema con los estudiantes de medicina. En tercer lugar, una vez a la semana se presenta un caso con todo el servicio de medicina interna y finalmente asisten a los diferentes seminarios o reuniones académicas respectivas. Son los encargados de todos los ingresos de pacientes que se realizan en el hospital en las diferentes especialidades de medicina interna, las salidas de piso y urgencias. Al final del turno deben entregar un

reporte de todos los pacientes que atendieron. Por último realizan un examen para su promoción a segundo año de residencia entre otras funciones.

Desde la perspectiva del paciente, las prácticas médicas subóptimas hacen referencia a la percepción que tienen los pacientes con respecto a las prácticas insatisfactorias por parte del personal médico, como la insatisfacción frente a la calidad del servicio, quejas en la relación y comunicación con el médico, retrasos en las visitas y la actitud del médico en general. (Shanafelt & cols, 2002).

El objetivo general de esta investigación fue establecer la asociación entre el Síndrome de Estrés Asistencial de residentes de medicina interna, el reporte de sus prácticas médicas subóptimas de cuidados y el reporte de los pacientes hospitalizados a cargo del servicio de medicina interna en un hospital universitario de la ciudad de Bogotá.

Para esta investigación se tomaron en cuenta las siguientes categorías: prácticas sub óptimas y SEA, definidas anteriormente. También la categoría de comunicación y manejo entendida como la satisfacción del paciente y del médico con respecto a la claridad de las explicaciones. En tal sentido, una de las dimensiones básicas en la relación médico-paciente es la comunicación; la forma y el contenido de comunicación entre el médico y el paciente dependen de la naturaleza de la relación que se establece entre ellos (Rodríguez, 1995). La actitud del médico, relacionada con la empatía que se establece entre este y su paciente, teniendo en cuenta su dedicación, asertividad y la manera como lo hace sentir, y la forma en la que el médico residente se relaciona con sus pacientes y percibe su manera de actuar y reaccionar frente a ellos. Se indagó por la categoría de continuidad del cuidado, la cual hacía referencia a la satisfacción del paciente frente al médico y el deseo de seguir todo su proceso con el mismo y con la percepción que tienen los residentes frente a su trabajo con el paciente y su capacidad de atenderlo o de remitirlo a otro médico más preparado en el manejo del caso. Por otra parte, se incluyó la categoría de retraso en la visita, la cual se refirió a la percepción que el paciente tiene del manejo adecuado del tiempo del residente respecto a las visitas y a la valoración que hace el médico del manejo de su tiempo. Por último se incluyó la de satisfacción general, referida a la valoración del cuidado que recibió el paciente por parte del residente durante su tiempo de hospitalización y por parte del residente se relaciona con la apreciación del cuidado que le brinda a sus pacientes. (McKinley et al., 1997). Para esto se analizó el reporte de las prácticas médicas subóptimas de residentes de medicina interna de primer año, el reporte de las prácticas médicas subóptimas de los pacientes hospitalizados a cargo de medicina interna, la relación entre los reportes de pacientes y residentes en función del Síndrome de

Estrés Asistencial de los residentes, se contrastaron los resultados con la literatura científica en el tema para finalmente proponer alternativas de mejoramientos de las prácticas médicas subóptimas de cuidado.

Variables

Las variables que se evaluaron dentro de la investigación fueron las prácticas médicas subóptimas de cuidado, el Síndrome de Estrés Asistencial, la comunicación y el manejo, la actitud del doctor, la continuidad de cuidado, el retraso hasta la visita y la satisfacción general.

Método

Diseño

Se empleó un sistema multimétodo-multifuerza de tipo concurrente (Denzin & Lincoln, 1998). La evaluación de las prácticas médicas subóptimas de cuidado de los residentes se realizó empleando la estrategia de entrevistas semiestructuradas (Morse & Fiel, 1995). La evaluación de las percepciones de los pacientes se realizó mediante la estrategia de encuesta, en un diseño de corte transversal con mediciones únicas sobre cada participante (Patton, 1990).

Participantes

En esta investigación participaron cinco residentes de medicina interna de primer año e incluye los residentes de medicina interna ingresados en el segundo semestre del 2005, evaluados en la investigación de Moreno (2004). Al mismo tiempo participaron pacientes hospitalizados del mismo hospital universitario que estuvieron a cargo de estos residentes.

Con los pacientes se utilizó un muestreo por conveniencia (Sandoval, 2002). Los criterios de inclusión para seleccionar a los pacientes implicaron: contar con un tiempo de hospitalización no menor a 5 días, acceder a la participación a través de la firma del consentimiento informado, no tener diagnóstico psiquiátrico o psicológico mayor, algún impedimento físico o alteración de la conciencia que interfiera en la validez de los resultados. Originalmente la muestra consistió en cinco pacientes por cada residente, lo que daba un total de 25 pacientes, sin embargo al finalizar la investigación, según el tiempo estipulado, esta muestra se redujo a 16 pacientes.

Para los residentes de medicina interna se utilizó un muestreo de casos homogéneos (Sandoval, 2002). En este caso los criterios de inclusión se relacionaron con que al momento de la evaluación se encontraran matriculados en el primer año de residencia del programa de medicina interna de una universidad de Bogotá; que hubieran firmado el consentimiento informado, el cual permitió utilizar la información obtenida con fines

investigativos; y que hubiesen participado dentro de la investigación propuesta por Moreno en el 2004.

Instrumentos

Para medir el Síndrome de Estrés Asistencial se empleó el Inventario de *Burnout* de Maslach (MBI), utilizando una adaptación de la versión en castellano (Moreno, 2004).

A partir de la investigación realizada por McKinley, Manku-Scott, Hastings, French & Baker (1997), en la cual se estudió la validez y confiabilidad de nuevas formas de medir la satisfacción del paciente; se desarrolló un cuestionario (Apéndice A) tomando como base el instrumento de este estudio, el cual se adaptó y se normalizó de acuerdo con la población a la cual se aplicó, y se validó mediante la metodología Delphi (Astigarraga, s.f.).

Finalmente se realizó un formato de entrevista estructurada (Apéndice B) basado en las categorías del instrumento que se utilizó para los pacientes, para lograr establecer una relación entre las categorías, de acuerdo con los resultados que arrojó cada instrumento. Este formato se adecuó al formato Delphi y fue validado por juicio de expertos.

La estrategia que se utilizó para evaluar a los residentes de medicina interna fue la entrevista estructurada (Sandoval, 2002). La estrategia utilizada para evaluar el reporte de los pacientes hospitalizados fue la encuesta (León & Montero, 2003, p. 135). Se empleó un escalamiento tipo *likert*, donde a cada punto se le asignó un valor numérico, obteniendo así una puntuación final en relación con todas las afirmaciones (Hernández, Fernández & Baptista, 1998).

Es importante resaltar que los instrumentos en este artículo no están en sus versiones completas. Si por diversas razones se quiere tener acceso a ellas, se pueden obtener de las investigadoras, las cuales tienen las versiones completas de estos instrumentos.

Procedimiento

Para llevar a cabo esta investigación se contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Universitario San Ignacio. Previa firma del consentimiento informado de pacientes y médicos residentes, y teniendo la muestra definida, se realizó la aplicación de los instrumentos validados. Se aplicaron simultáneamente los instrumentos de residentes y pacientes para lograr un mayor nivel de validez interna en los datos y una mayor concordancia en las experiencias de los participantes de la investigación.

Una vez transcritas las entrevistas, se realizó una triangulación. Luego se organizaron los resultados dentro

de las categorías del estudio; la información que se consideró ajena a las categorías ya descritas se clasificó como información correspondiente a una nueva categoría llamada *emergente*. A la luz de este nuevo orden de categorías se realizó el análisis de las entrevistas, indagando por información relevante.

Se obtuvo un libro de códigos del nuevo orden de categorías, el cual se analizó, asignando a cada subcategoría un puntaje de 1 a 4, en donde 1 representaba la práctica subóptima y 4 la práctica óptima. Cada investigadora asignó un puntaje, el cual se discutió y por consenso se estableció la puntuación final con el fin de facilitar el posterior análisis de resultados cuantitativos y cualitativos.

Por medio del análisis matricial citado por Novoa (2006) se procedió a clasificar la información dentro de las categorías nominales descritas inicialmente. Clasificada la información, se indicó un puntaje para cada práctica médica basada en la escala *likert* utilizada en la construcción del cuestionario aplicado a pacientes, los cuales describían si la práctica se percibía como óptima o sub óptima. En los rangos de 1 a 4, se determinó que: siendo 1 *completamente en desacuerdo* en el cuestionario, se interpretaría como una práctica sub óptima; y siendo 4 para los pacientes *completamente de acuerdo* correspondería a una práctica óptima. 2 correspondería a una práctica con características negativas y 3 a una práctica con características positivas.

Los resultados obtenidos dentro de la investigación, corresponden a los residentes que presentaron los criterios del SEA de la fase número VI. Se utilizó la prueba exacta de Fisher para probar la hipótesis de no independencia entre las prácticas subóptimas de las categorías específicas de comunicación y manejo, actitud del doctor y el SEA (puesto que estas son las categorías más significativas dentro la investigación y las que cuentan con una mayor asociación con el Síndrome de Estrés Asistencial).

Resultados

A continuación se exponen los puntajes asignados por las investigadoras a los reportes de los médicos residentes en las entrevistas semiestructuradas.

Para la prueba exacta de Fisher a una cola se tomó un valor de $\alpha = 0,05$, los valores que aparecen en paréntesis corresponden al valor de p obtenido en esta prueba para cada categoría. Comunicación y manejo ($p = 0,392$), Actitud del doctor ($p = 0,5$), Continuidad del cuidado ($p = 0,60$), Demora en la visita ($p = 0,150$) y Satisfacción general ($p = 0,62$).

TABLA 1. MATRICES DE ENTREVISTAS CON RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA CON SUS RESPECTIVAS PUNTUACIONES

Categorías	Subcategorías	Sujeto/Puntajes				
		R1	R2	R3	R4	R5
Comunicación y manejo	Satisfacción de la información del paciente	4	4	3	2	4
	Explicación y resolución de dudas	4	4	3	2	3
	Asertividad en el tratamiento e indicaciones	3	4	1	3	2
	Conflicto ético*	2			3	
	Evaluación de la adherencia	2	2	2	2	3
	Asistencia del supervisor ante situaciones difíciles*	4			3	
Actitud del doctor	Desvío del procedimiento	3	3	2	4	4
	Postergar la visita	4	3	3	4	4
	Descripción de la actitud desde el paciente	4	4	4	4	4
	Actitud del residente	4	4	4	3	4
	Atención pos-turno*	1		1	1	
Continuidad del cuidado	Optimizar la atención	3	4	2	3	2
	Satisfacción de la atención	4	4	4	4	4
	Cuidado durante todo el proceso	3	3	4	3	4
Demora en la visita	Horario de evolución	4	4	4	4	4
	Tiempo de visita	4	2	3	3	3
Satisfacción general	Cambio de médico	4	3	3	4	4
	Satisfacción de familiares	2	3	4	3	4

NOTA. * CATEGORÍAS EMERGENTES

TABLA 2. RELACIÓN ENTRE EL REPORTE DE LOS PACIENTES EN LAS CATEGORÍAS DE COMUNICACIÓN Y MANEJO (CM), ACTITUD DEL DOCTOR (AC), CONTINUIDAD DE CUIDADO (CC), DEMORA EN LA VISITA (DV) Y SATISFACCIÓN GENERAL (SG) Y LA PRESENCIA DEL SÍNDROME DE ESTRÉS ASISTENCIAL (SEA) EN MÉDICOS RESIDENTES

Residente	Paciente	CM	AC	CC	DV	SG	SEA
R1	P1	S	S	S	S	O	A
	P2	S	S	S	S	S	A
R2	P1	O	O	S	S	O	P
	P2	S	O	S	S	O	P
	P3	S	O	S	S	O	P
	P4	S	S	S	S	O	P
R3	P1	S	S	S	S	O	P
	P2	S	O	O	S	O	P
R4	P1	S	S	S	S	O	A
	P2	O	O	S	S	O	A
	P3	O	S	S	S	O	A
	P4	O	O	O	O	O	A
	P5	S	S	S	S	O	A
R5	P1	S	O	O	O	O	A
	P2	S	O	S	O	O	A
	P3	S	S	S	S	O	A

NOTA. PARA LAS CATEGORÍAS DE CM, AC, CC, DV Y SG, S = PRÁCTICA SUBÓPTIMA Y O = PRÁCTICA ÓPTIMA. EN LA COLUMNA DEL SEA, A SIGNIFICA AUSENCIA DEL SEA Y P PRESENCIA DEL SEA.

Discusión

Las pruebas estadísticas empleadas mostraron independencia entre las diferentes categorías de Prácticas Subóptimas de Cuidados y el Síndrome de Estrés Asistencial. La investigación no mostró una asociación entre el SEA, los reportes de los pacientes y los del residente debido a que existe una variación entre la coincidencia y discrepancia del reporte de las prácticas y la presentación del SEA. Es decir, tanto los que presentan SEA como los que no, presentan reportes de prácticas subóptimas propios y de sus pacientes. Esto puede estar relacionado con el número de pacientes evaluados, pues los tiempos de rotación influyeron en el acceso a la evaluación de la totalidad de la muestra establecida inicialmente, lo que dio como resultado una desigualdad en el número de pacientes evaluados por cada residente, afectando así las condiciones bajo las cuales cada residente fue evaluado.

Según el reporte de los residentes, el mayor reporte de prácticas subóptimas estuvo en la categoría de *comunicación y manejo*, específicamente en la subcategorías de *adherencia al tratamiento y asertividad*, *la comunicación sobre el tratamiento e indicaciones*. La primera, por la imposibilidad de realizar un seguimiento adecuado y por las limitaciones de tiempo; y la segunda, relacionada con la realización de errores en los procedimientos. Como lo afirman, Visser, y cols. (2003), la satisfacción del trabajo en contraposición con las consecuencias del estrés puede considerarse de carácter organizacional más que personal, lo cual sustenta el reporte de los residentes frente a las prácticas subóptimas. La explicación de esto puede ser vista desde los problemas y desórdenes administrativos, específicamente en cuanto al seguimiento y efectividad de indicaciones y tratamiento a los pacientes.

De acuerdo con el reporte de los pacientes, se encuentra una asociación entre los reportes de los pacientes y los residentes, puesto que cuatro de los cinco residentes reportaron prácticas subóptimas en la categoría de comunicación y manejo, y 12 de los 16 pacientes (razón 3:1) también reportaron prácticas subóptimas en esta misma categoría. Esto puede estar relacionado con las diferencias sociodemográficas entre residentes y pacientes. Rodríguez (1995) refiere que el uso de la 'jerga' médica dificulta la comunicación entre pacientes y residentes; es claro que el uso de este lenguaje constituye una barrera evidente en la relación médico-paciente, no obstante, los pacientes no piden aclaración de los términos, frecuentemente debido a no querer parecer ignorantes, o a no querer causar problemas pidiendo explicaciones. Esto puede reflejar los efectos de las diferencias de rol percibidas por los pacientes, tanto como las diferencias en clase social y en experiencia.

Esta categoría puede estar influida por la dimensión de despersonalización del SEA, pues sujetos con altos

puntajes en este subdominio frecuentemente evitan implicarse emocionalmente con sus pacientes, omitiendo dar información que puede resultar incómoda para los dos, evitando así una vinculación emocional a la situación misma. Los profesionales que no tienen experiencia ni entrenamiento en responder a las necesidades emocionales de sus pacientes, pueden sentirse vulnerados e incapacitados para dar respuestas. Este caso puede ser el trato impersonal empleado de forma voluntaria e intencional para mantener al paciente tranquilo durante la consulta, pero también puede ser una conducta automática, en la medida en que los pacientes se han convertido en *objetos* de la atención del profesional.

En relación con el SEA y como resultado de esto, el trato despersonalizado y el estilo de práctica 'centrado en el profesional' parecen agudizarse en el ejercicio de los roles profesionales en el medio hospitalario (Adler 1999, citado por Arranz & Cols. (2003). Existen algunos factores que explican este fenómeno en el trato de los profesionales: 'A veces la actividad laboral es intensa, sus decisiones con frecuencia tienen implicaciones vitales para los pacientes, el personal necesita protegerse emocionalmente cuando muere un paciente o cuando su estado empeora. Esta despersonalización implica distanciarse del sufrimiento del paciente, que les afecte menos emocionalmente y poder efectuar su trabajo' (Sarafino, 2002 citado por Arranz & Cols. 2003). Estas reacciones pueden constituir un signo de mal afrontamiento de la sobrecarga laboral y un modo desadaptativo de manejar el estrés, por las consecuencias que se derivan para el profesional y para el enfermo.

Así pues, la despersonalización puede tener efectos tanto positivos como negativos, puesto que si bien en ciertos momentos permite la protección emocional de los médicos, en otros tiene efectos perturbadores al impedir una buena comunicación (Rodríguez, 1995). Esta proposición sirve como sustento a la vez para dar explicación a la categoría emergente de conflicto ético proveniente de esta categoría, en la cual los residentes reportaron querer hacer todo lo posible para prolongar la vida del paciente, así en términos de calidad de vida no fuera lo más conveniente. Esta categoría resulta importante ya que genera en los residentes momentos de confrontación emocional y un proceso de aprendizaje frente a su formación profesional en donde en este primer año de residencia, deben manejar este tipo de situaciones y controlar sus reacciones emocionales sin que interfieran en los procedimientos que realizan. Esto refleja también en algunos de los residentes un proceso de aprendizaje de los conceptos óptimo y subóptimo, ya que, desde la perspectiva médica, se pueden considerar inadecuadas algunas prácticas que vayan en pro de la calidad de vida. Hovell & Cols. (1997), afirman que los médicos buscan ante todo curar a sus pacientes, sin embargo, se enfrentan

a casos difíciles como enfermedades crónicas donde muy pocos pacientes salen beneficiados, existiendo mayor fracaso ante estas situaciones. Desde esta mirada de la práctica se ven enfrentados a más fracasos que satisfacciones por las exigencias elevadas que se imponen frente a sus ejecuciones; por esto, lo que puede ser visto como fracaso para los médicos puede ser visto desde la salud pública como un éxito. Es así como los resultados reflejan que las implicaciones del síndrome no alcanzan a permear las relaciones que se establecieron en la investigación entre el médico y el paciente.

Otra categoría emergente que surgió fue la de *asistencia del supervisor ante situaciones difíciles*; en esta los médicos afirmaban buscar el apoyo del supervisor para resolver dudas del paciente y comunicar noticias que consideran difíciles de manejar. Los factores asociados a esta categoría pueden estar relacionados con los hallazgos en comunicación y manejo, donde las dificultades de los residentes frente a esta habilidad, se logran compensar mediante la ayuda de un experto, por lo que cuando este no está, se genera estrés. Sin embargo, esta categoría podría verse de manera positiva ya que en el momento de aprendizaje en el que se encuentran los residentes, el apoyo de un supervisor es de gran ayuda para adquirir y reforzar sus habilidades frente a los pacientes mediante un modelo experto.

Otras características del paciente que pueden exacerbar la experiencia de estrés emocional por parte de los residentes se relacionan con una identificación que hace el residente entre el paciente y alguna persona con la que él tenga un vínculo emocional. Particularmente trabajando con pacientes jóvenes en estados terminales y crónicos aumenta el riesgo de presentar SEA ya que existiría una identificación con sí mismos (Maslach & Jackson, 1982).

Con respecto a la categoría de *actitud del doctor*, solo uno de los reportes de los residentes refiere prácticas subóptimas dentro de esta categoría, sin embargo, uno de cada dos pacientes reporta prácticas subóptimas en esta categoría, lo que muestra una diferencia entre lo que perciben y expresan los pacientes y lo que perciben los residentes sobre su propia conducta. Se define esta categoría como la empatía que se establece entre el médico y su paciente, teniendo en cuenta su dedicación, asertividad y la manera como hace sentir al paciente, su manera de actuar y reaccionar frente a los pacientes. Los residentes reportan una actitud 'adecuada' caracterizada por tranquilidad, seguridad y dedicación al explicarles la condición de salud. Sin embargo las discrepancias que se encontraron en la investigación pueden estar asociadas a los factores mencionados en la categoría de *comunicación y manejo* pues por fallas en esta categoría el médico no se da cuenta de la percepción negativa de sus pacientes en

cuanto a su actitud, y al paciente no se le facilita comunicárselo.

Frente a esta categoría, emergió una nueva que se catalogó como *atención pos-turno*, en la cual los residentes reportaron cansancio físico y mental asociado con poca fluidez, errores en la formulación de los medicamentos y procedimientos, disminución en la calidad de la atención -caracterizada por pensamientos y acciones lentas-, alteración en la rutina y evolución diaria de los pacientes. Es importante aclarar que, según sus reportes, algunos afirman que los turnos espaciados y el pos-turno les han ayudado a sobrellevar estos inconvenientes, lo que refleja la importancia de abordar esta área en futuras investigaciones, para así mejorar tanto la calidad de vida de los residentes como la atención a los pacientes. Estas características, que son vistas por los residentes como producto de la atención pos-turno, también son tomadas en cuenta por Golebyewsky (1999) quien las describe como síntomas del SEA: exhaustividad, fatiga, pérdida de autoestima, problemas de concentración, irritabilidad y negativismo, así como una disminución en la calidad del trabajo por algunos meses. La presencia de estos factores puede llevar a un deterioro en la calidad del servicio ofrecido por los pacientes. Es importante resaltar la importancia de esta categoría ya que muestra las condiciones en las cuales los residentes están más vulnerables a presentar síntomas del SEA; dichas condiciones deben ser tomadas en cuenta a la hora de planear estrategias que ayuden a disminuir algunos síntomas e incluidas en próximas intervenciones como factor preventivo.

Tanto en la categoría de *continuidad de cuidado* como en la categoría de *demora en la visita*, 13 de 16 pacientes perciben las prácticas de su residente como subóptimas, mientras que sólo un residente refiere presentar prácticas subóptimas en este aspecto. Lo que muestra nuevamente una diferencia entre el reporte de las dos poblaciones evaluadas. El reporte de las prácticas subóptimas de los pacientes puede estar relacionado con el sistema de red pública; ya que el paciente no constituye una fuente de refuerzo, el médico no se ve afectado por la satisfacción del paciente, puesto que la actuación de este suele evaluarse sobre la base del número de *actos médicos* realizados; es así como esto termina produciendo consultas cortas y muchas remisiones a especialistas para solucionar algún problema (como lo reportan varios de los residentes). Así mismo el sistema de salud ha reducido la relación médico-paciente continuamente: debido al el diseño de los nuevos sistemas, el paciente es visto por enfermeras, practicantes o incluso por ninguna persona en particular. La falta de control sobre muchas variables, influye en el período que el residente le dedica a cada paciente.

Con respecto a la categoría de *satisfacción general*, solo uno de los 16 pacientes reportó prácticas subóptimas en su residente, coincidiendo con la práctica subóptima reportada por uno de los residentes. A partir de esto es importante resaltar que a pesar de que la mayoría de los resultados reflejaron prácticas subóptimas, esta última categoría difiere del resto. Esto nos lleva a concluir que quizás las respuestas de los pacientes son interpretadas como la satisfacción que perciben del servicio (hospital, enfermeras, entre otros) más no del residente como tal, o a las variables relacionadas con la confidencialidad y las repercusiones que pueda tener la investigación en alguna sanción al residente encargado. Esto se puede deber también al número de ítems incluidos en cada categoría ya que en esta última categoría dos ítems evaluaban la satisfacción mientras que en comunicación y manejo siete ítems cumplían la misma función. Por lo tanto hay más probabilidad de respuesta ante un mayor número de ítems y mejor comprensión de la práctica evaluada por parte del paciente. Se considera conveniente revisar el instrumento para próximas investigaciones, procurando incluir un número similar de ítems por cada categoría.

Es así como esta investigación muestra que el SEA en residentes de medicina interna, el reporte de sus prácticas médicas subóptimas de cuidados, y el reporte de los pacientes, no están asociados, a diferencia de los resultados obtenidos en la investigación realizada por Shanafelt y cols. (2002) en la Universidad de *Washington Affiliated Hospitals Internal Medicine Program*, en donde se encontró una asociación entre el SEA y el reporte de los residentes evaluados.

Además es importante resaltar que los resultados del SEA muestran tanto a los residentes con el síndrome como también a los que presentan un nivel moderado en cuanto a los criterios establecidos. Por eso es importante tener en cuenta estos resultados como medida de prevención para que los residentes que se encuentran en un nivel moderado puedan evitar presentar el síndrome en el futuro, afectando la calidad de sus prácticas y servicio.

Para futuras investigaciones se considera pertinente abordar un estudio en donde la muestra sea mayor para lograr encontrar variaciones en comparación con esta investigación, buscando estrategias que permitan controlar las variables que en este caso fueron difíciles de controlar, como el tiempo, la rotación, las respuestas socialmente aceptadas por parte de los residentes o la omisión de información.

Sería útil realizar investigaciones que estudien la relación entre las diferentes especialidades de medicina interna y el SEA, pues se pudo evidenciar en esta investigación que dependiendo de la especialidad en la que estuviera rotando el residente, se encontraba una

mayor o menor probabilidad de estrés frente a las situaciones particulares de la misma. De esta manera, sería importante indagar y tener en cuenta las condiciones ambientales, físicas, de número de pacientes a cargo y las funciones particulares de cada rotación.

Se considera relevante profundizar en las áreas que con mayor frecuencia reportaron prácticas subóptimas, como las categorías de comunicación y manejo, para de esta manera realizar un plan de intervención, con un carácter tanto asistencial como preventivo, que ayude con el aspecto emocional de los residentes y la influencia que este tiene en la calidad de las prácticas médicas a los pacientes. Frente a esto es importante retomar ciertos aspectos del plan de intervención propuesto por Gómez y Gómez (2004), desde una perspectiva cognitiva conductual, resaltando así intervenciones específicas en habilidades sociales, enfatizando en comunicación asertiva, específicamente en rechazar o realizar peticiones, solicitar ayuda, solicitar cambio de conducta que resulta molesta, expresar desacuerdos, formular y responder a una crítica, así como conductas no verbales tales como contacto visual, afecto, voz, pausas, gestos y postura corporal. Se propone realizar un entrenamiento en habilidades de solución de problemas, teniendo como objetivo hacer frente a la situación, definición de un problema, generación de soluciones alternas, toma de decisiones y evaluación y verificación de la decisión. Estas conductas estarían dirigidas a un trabajo con las categorías que resultaron problemáticas en el estudio; es pertinente diseñar intervenciones en estos aspectos de manera individual, grupal y organizacional, donde se propongan cambios en cuanto a la conducta desadaptativa del residente, apoyo grupal, y mejoramiento del ambiente laboral, mediante cambios organizacionales que mejoren el entorno laboral a nivel físico y tecnológico.

Por otra parte, se considera importante indagar por las variaciones de estas prácticas y la presencia del síndrome en años de residencias posteriores, para evaluar si cambian en comparación con la variable *tiempo de residencia*.

Se puede decir que la investigación permitió evidenciar una mirada global de la problemática de los residentes de medicina interna de primer año, sin embargo se considera importante tener en cuenta otros aspectos que puedan influir en la vulnerabilidad o presencia del síndrome y de las prácticas subóptimas, como lo afirma Rodríguez (1995) cuando dice que en cada acto médico, hay siempre dos partes implicadas, el médico y el paciente. Por lo tanto, la historia de la medicina, no puede limitarse a la historia de la ciencia, las instituciones y los caracteres de la medicina, sino que debe incluir la historia del paciente en sociedad, la del médico, y la historia de las relaciones entre médico y paciente (p. 119).

Finalmente este análisis no sostiene que estas variables no estén realmente asociadas sino que probablemente la manera como estas categorías fueron medidas dio como resultado una independencia entre ellas. Frente a esto se recomienda para futuras evaluaciones incluir otros elementos y mediante diferentes metodologías estimar la relación entre estas variables y el SEA. Sin embargo también es pertinente aclarar que el hecho de que los residentes y pacientes reporten prácticas subóptimas no implica necesariamente que los residentes presenten el SEA o viceversa.

Referencias

- Arranz, P., Remor, E. & Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*, 1, 33-41. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Astigarraga, E. (s.f.). *El método Delphi*. Universidad de Deusto San Sebastián. Recuperado el 18 de octubre de 2005, de http://www.codesyntax.com/prospectiva/Metodo_delphi.pdf.
- Denzin, N. & Lincoln, Y. (1998). *The handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Garcés, E. (2003). Tesis sobre el Burnout, *Asociación colombiana para el avance de las ciencias del comportamiento en Colombia*, 1-9, Recuperado el 28 de agosto de 2005 de <http://www.abacolombia.org.co/bv/organizaciones/burnout1.pdf>.
- Golembiewsky, R. (1999). Next stage of Burnout research and applications, *Psychological Report*, 84, 443-446.
- Guevara, C., Henao, D. & Herrera, J. (2002). Síndrome de Estrés Asistencial en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia médica*, 35(4), 173-178.
- Harrison, T. (2005). *Harrison's principles of Internal Medicine*. New York: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación* (2ª ed.). México: McGraw-Hill.
- León, O. G. & Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación* (3ª ed., p.135). Madrid: McGraw-Hill.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventor Manual*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1982). *Burnt out in health professions: a social psychological analysis*.
- Maslach, C., Jackson, S., Leiter, M. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (3ra ed.). California: Consulting Psychologist Press.
- McKinley, R., Manku-Scott, T., Hastings, A. M., French, D. P. & Baker, R. (1997) Reliability and Validity of new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kingdom: development of a patient questionnaire. *Department of General Practice and Primary Health Care, University of Leicester*, 314, 193-198.
- Moreno, I. (2004). *Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Pontificia Universidad Javeriana: Tendencias del desarrollo del síndrome*. Tesis de Maestría en Epidemiología Clínica. Pontificia Universidad Javeriana.
- Morse, J. & Field, P. (1995) *Qualitative Research Methods for Health Professionals* (2 ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Novoa, M., Nieto, C., Forero, C., Caycedo, C., Palma, M., Montealegre, M., Bayona, M. & Sánchez, C. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas Psychologica*, 4 (1), 63-75.
- Novoa, M. (2006). *Transferencia del aprendizaje, tendencia referencial y condición emocional en adultos*. Maestría en Psicología, Universidad Nacional de Colombia. Monografía. Documento inédito. <http://www.unal.edu.co/>.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (2da. ed.). London: Sage.
- Pines, A. & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
- Pontificia Universidad Javeriana. (1992). Acuerdo N° 0066 del Consejo Directivo Universitario. *El proyecto educativo de la Pontificia Universidad Javeriana*. Recuperado el 2 de septiembre de 2005 de <http://www.javeriana.edu.co/puj/acerca/mision.html>.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. (pp. 119 - 131). Madrid: Síntesis.
- Sandoval, C. (2002). *Módulos de investigación social*. Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior.
- Schiappacasse, E. (1992) Acuerdo N° 0066 del Consejo Directivo Universitario, 22 de abril. *Humanismo y medicina*. Oficina de educación médica: Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, 37. Recuperado el 5 de septiembre de 2005 en <http://www2.udec.cl/~ofem/dctos/dcto1.htm>.

- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E. & Back, A. L. (2002). Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 58-367.
- Visser, R. M., Smets, E. M. A., Oort, F. J. & de Haes, H. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 168(3), 271-275.
- Waugh C. & Judd, M. (2003). Trainer Burnout: the Syndrome Explored. Southern Illinois. Recuperado el 5 de septiembre de 2005 en <http://scholar.lib.vt.edu/ejournals/JCTE/v19n2/waugh.html#maslach1982>.

Apéndice A
CUESTIONARIO PARA PACIENTES

Instrucciones

Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y elija la respuesta que más se adecue a su experiencia. No existen respuestas correctas o incorrectas, responda sinceramente y de manera individual, de acuerdo a la siguiente escala:

1 Completamente en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 Completamente de acuerdo
----------------------------------	--------------------	-----------------	-------------------------------

	1	2	3	4
1. Estoy completamente satisfecho con la información que el doctor me ha dado sobre mi situación de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. El doctor me ha dado una explicación clara acerca de cuándo pedir más ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. He entendido mi situación de salud mucho mejor después de consultar con el doctor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Creo que el doctor pudo haber empleado más tiempo al examinarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Creo que el doctor pudo haber sido más considerado cuando me examinó.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. El doctor me ha hecho sentir culpable por haberle preguntado sobre mi estado de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pienso que el doctor estaba un poco apurado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hubiese preferido haber sido atendido por un doctor diferente al que me atendió.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preferiría que el doctor llegara más temprano algunos días a verme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. He estado totalmente satisfecho con el cuidado que estoy recibiendo del doctor que me está atendiendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apéndice B
CUESTIONARIO PARA MÉDICOS
RESIDENTES

Categoría comunicación y manejo:

1. ¿Considera que los pacientes quedan satisfechos con la información que usted les ha brindado? ¿Por qué?
2. ¿Después de haberle dado la explicación al paciente se asegura de que éste haya comprendido? ¿Cómo?
3. Cuando se da cuenta de que su paciente, después de su explicación, queda con dudas, ¿cómo maneja la situación?

Categoría actitud del doctor:

1. ¿En qué situaciones se desvía de los procedimientos o del protocolo del examen médico?
2. ¿Ha habido situaciones en las cuales ha postergado la visita a sus pacientes? ¿Cuáles y por qué motivos?
3. Díganos cómo cree que los pacientes describirían su actitud en el momento de atenderlos.

Categoría continuidad del cuidado:

1. ¿Cree que podría optimizar su atención a los pacientes? ¿Cómo?
2. ¿Cree que sus pacientes están satisfechos con su atención? ¿Cómo se da cuenta?

Categoría de demora en la visita:

1. ¿Usted trata de visitar (evolucionar) siempre a sus pacientes a la misma hora? ¿Por qué?
2. ¿Cree que el tiempo que usted emplea para visitar a sus pacientes es adecuado? ¿Por qué?

Categoría de satisfacción general:

1. ¿En alguna ocasión ha sentido que su paciente hubiera preferido que lo viera otro residente? ¿Ha conocido las razones para esto? Si la respuesta es positiva ¿Cuáles? Si la respuesta es negativa ¿Por qué no se ha interesado en conocerlas?
2. ¿Considera que los pacientes y sus familiares se sienten satisfechos con la atención? Explique.

