

Frecuencia de quejas durante los cuidados de enfermería en el Hospital Central Militar: un estudio comparativo

Mayor Esp. Enfría. Psiq. Josefina **Díaz-Bahena**,* Tte. de Snd. Victor Hugo **Barrera-Tecolapa**,**
Tte. de Snd. Cuauhtémoc **García-Mosqueda**,** Mayor M.C. Jesús **Almanza-Muñoz*****

Escuela Militar de Graduados de Sanidad-Dirección General de Sanidad, Hospital Central Militar. Ciudad de México.

RESUMEN

Antecedentes. La calidad de la atención en salud es un tema de creciente interés en enfermería, particularmente en relación con la presencia de quejas, existiendo limitados reportes en la literatura nacional e internacional.

Objetivos. Determinar la frecuencia de quejas y los factores asociados con el personal de Enfermería del Hospital Central Militar.

Método. Estudio de tipo descriptivo-retrospectivo, comparativo y correlacional, efectuado mediante la aplicación de instrumentos de medición de crisis vitales, autoestima, Síndrome de desgaste profesional, distrés, clima laboral y psicopatología general. El plan de análisis incluyó la descripción de valores porcentuales y medidas de tendencia central, así como estadísticas inferenciales mediante la determinación de χ^2 en los grupos de comparación.

Resultados. Se estudiaron 110 sujetos (hombres y mujeres). La frecuencia de quejas fue de 11.8%, y los principales factores asociados son: crisis vital ($\chi^2 = 9.9$; $df = 1$; $p = 0.002$), baja autoestima ($\chi^2 = 9.5$; $df = 1$; $p = 0.002$), realización personal limitada ($\chi^2 = 4.7$; $df = 1$; $p = 0.030$), distrés significativo ($\chi^2 = 19.0$; $df = 1$; $p = 0.000$), clima laboral inadecuado ($\chi^2 = 7.8$; $df = 1$; $p = 0.005$), y síntomas psicopatológicos ($\chi^2 = 7.8$; $df = 1$; $p = 0.005$). Se formuló el Índice de Riesgo de Quejas (IRQ), el cual es más elevado en personal con quejas ($\chi^2 = 20.2$; $df = 1$; $p = 0.027$).

Conclusiones. La frecuencia de quejas en relación con la atención de enfermería en el Hospital Central Militar es de 11.8% y se asocia con factores individuales e institucionales factibles de prevenir, para lo cual se describen recomendaciones específicas. Es necesario replicar el presente estudio para confirmar estos resultados y abordar otras variables que influyen en las quejas.

Palabras clave: quejas, enfermería, militar, autoestima, desgaste profesional, distrés, clima laboral.

Frequency of complaints related with nursing care at the Military Central Hospital and associated factors: comparative study

SUMMARY

Background. Quality of healthcare is a topic of rising interest in nursing care, especially in relation with complaints. There are limited reports in the national and international literature.

Objectives. To determine the frequency of complaints and its associated factors in regarding nursing care at the Military Central Hospital.

Method. A descriptive-retrospective, comparative as well as correlational study effected through measure instruments of self esteem, *Burnout* syndrome, distress, laboral climate, Vital Crisis, and psychopathologic symptoms. Analyses plan included descriptive and inferential statistics using χ^2 for the comparison groups.

Results. A total of 110 subjects were studied (12 men/11%; and 101 women/89%). Frequency of complaints was 11.8%, and the associated factors were vital crisis ($\chi^2 = 9.9$; $df = 1$; $p = 0.002$), low self esteem ($\chi^2 = 9.5$; $df = 1$; $p = 0.002$), limited personal realization ($\chi^2 = 4.7$; $df = 1$; $p = 0.030$), significant distress ($\chi^2 = 19.0$; $df = 1$; $p = 0.000$) laboral climate ($\chi^2 = 7.8$; $df = 1$; $p = 0.005$), and psychopathologic symptoms ($\chi^2 = 7.8$; $df = 1$; $p = 0.005$). A Risk Index of Complaints (RIC) was formulated, which is higher for the studied personal involved in complaints ($\chi^2 = 20.2$; $df = 1$; $p = 0.027$).

Conclusions. Frequency of complaints related with nursing care at the Military Central Hospital is 11.8% and it is associated with individual and institutional factors which are feasible to prevent. Some recommendations are described in that order. It is necessary to replicate this study looking for confirm the results and to explore other variables which influence the presence of complaints in nursing care.

Key words: Complaints, nursing, military, self esteem, *Burn-out*, distress, laboral climate.

* Jefa del Curso de Técnico Especializado en Psiquiatría y neurología, E.M.G.S. Jefa de Enfermería de la Sala de Psiquiatría de Mujeres. ** Graduados del Curso de Técnico Especializado en Psiquiatría y Neurología, Escuela Militar de Graduados de Sanidad. *** Médico Psiquiatra General y de Enlace. Jefe de Salud Mental de la Dirección General de Sanidad

Correspondencia:

Dr. Jesús Almanza-Muñoz

Dirección General de Sanidad, Jefatura de Salud Mental

Periférico, Esq. Av. Ejército Nacional S/N, Campo Militar No. 1-J Predio Reforma, Col. Irrigación. C.P. 11500, Del. Miguel Hidalgo. México, D.F.

E-mail: almanzaj@yahoo.com

Recibido: Septiembre 14, 2004.

Aceptado: Octubre 4, 2004.

Introducción

La calidad de atención, como objeto de estudio en el ámbito de la medicina, es un tópico cuya aproximación ofrece no pocas dificultades epistemológicas en un terreno de gran complejidad cuyo tema central gira en torno al hombre. En ese contexto destaca el papel de la enfermería como una disciplina de creciente profesionalización, que incluye la realización propositiva de investigación a diversos niveles metodológicos, dentro de los cuales destaca el estudio de los factores que influyen en la inconformidad de los pacientes con los cuidados clínicos.¹

En este contexto, el Plan Nacional de Salud 2002-2006² contempla, como uno de los ejes rectores, el estudio de la calidad de atención en los servicios de salud y favorece la consolidación paulatina de la cultura de calidad en las diversas instituciones del sector salud. Uno de los aspectos que mayor dificultad ofrecen a su estudio es el fenómeno de las quejas que se generan durante la prestación de servicios de salud, pues constituyen eventos multideterminados cuyo abordaje involucra, además, diversos aspectos de carácter personal vinculados con los factores propiamente técnico-profesionales e institucionales.

El personal de salud se expone en su práctica clínica a diversas situaciones traumáticas por la confrontación repetida y dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte. Este aspecto ha recibido cierta atención por parte de algunos grupos de profesionales³⁻⁵ y es de creciente preocupación en el desarrollo de los servicios de salud.^{6,7} Tal recarga traumática y la ansiedad asociada con la cercana interacción con personas en desgracia puede desembocar en determinadas conductas y respuestas emocionales en quienes brindan cuidados médicos, las cuales pueden tener implicaciones en su capacidad para hacerlo de una forma adecuada, sobre su bienestar emocional y su vida particular. Mientras que la angustia se suscita a nivel individual, algunas organizaciones han desarrollado modelos que reflejan las ansiedades del grupo de trabajadores y que afectan la habilidad del servicio para realizar las labores requeridas.⁸ Por esta razón, es importante que, para el bienestar del personal, la calidad de la atención y la función integral, sean examinados estos factores.

Durante la atención médica, se desarrollan relaciones estrechas entre el personal de salud y los pacientes; probablemente la única forma de establecer un vínculo entre el personal de atención médica y el paciente sea la capacidad para descubrir su confianza y responder a ella con una atención sensitiva, competente a compasiva. Sobre el vínculo establecido, cualquiera de los dos puede responder inapropiadamente si están influenciados por experiencias importantes y significativas ocurridas en el pasado. Por ejemplo, un paciente que ha tenido relaciones poco satisfactorias con personas de mayor autoridad o que han cuidado de él en anteriores ocasiones, inconscientemente revivirá las dificultades del pasado y ocasionará problemas a largo plazo con el personal que lo atiende. Tales problemas se expresan, por parte del paciente, como

sentimientos confusos hacia el personal como exagerado enfado, dependencia o necesidad de mantener un control excesivo en la relación. De igual manera, el personal aporta a esta relación un cúmulo importante de experiencias como otros pacientes que, inconscientemente, influyen en su forma de acercarse a los nuevos pacientes. Esto se debe principalmente a la gran carga emocional presente en todos los aspectos de su trabajo. Un trabajador puede tener dificultades particulares con ciertos pacientes que otros no experimentan, o verse más involucrados con unos que con otros.

Una de las respuestas no adaptativas, que ha sido recientemente estudiada, es el desarrollo del Síndrome de Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional, caracterizado por cansancio emocional con agotamiento de los recursos emocionales y un sentimiento de no se ha dejado nada para dar a los demás, despersonalización con desarrollo de actitudes negativas, en algunos casos, con la gente con quien se trabaja, y una desvalorización de los éxitos personales (por ejemplo, la percepción de que sus logros en el trabajo se queden cortos respecto con sus expectativas personales, acompañado de una evaluación totalmente negativa de sí mismo). Existe también agotamiento físico, malestar persistente, dolencias psicosomáticas (constante dolor de cabeza, insomnio y alteradores gastrointestinales), así como otros cambios emocionales y de conducta como irritabilidad, frustración y predisposición al mal humor, rigidez e inflexibilidad ante los asuntos de trabajo, incremento en el consumo de alcohol, cigarrillo o drogas, y relaciones conyugales y familiares conflictivas.^{9,10}

El servicio de enfermería puede definirse como la atención que se proporciona en un nosocomio al paciente hospitalizado por el grupo integrado de enfermeras profesionales, auxiliares y asistentes. Sin embargo, independientemente de los cuidados que señala la técnica aprendida en la escuela de enfermería y el proporcionar al cuerpo médico todos los datos necesarios para la mejor atención, están implicados una serie de aspectos humanos propios de la profesión, como son infundir confianza al paciente, proporcionarle la comodidad necesaria y vigilar su seguridad dentro de la institución, pues hay que recordar que el servicio de enfermería es el único que permanece alerta, cuidando del enfermo las 24 horas, todos los días del año.¹¹

La conceptualización de la “queja” en el entorno de calidad de atención

Un indicador muy importante de la calidad de atención es la existencia de “quejas” respecto a los servicios de salud. Un reporte reciente de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) describe las distintas acepciones del término queja: 1) expresión de dolor, 2) manifestación de disconformidad, disgusto o descontento, 3) motivo de queja, 4) recurso a interponer por la parte interesada en contra de algo y 5) quejilla. Las acepciones 2 y 4 constituyen parte de la definición operativa que se utilizó en la presente investigación.

Los principales motivos de queja llevados a la CONAMED fueron: inconformidad con el tratamiento orientado,

problemas relacionados con intervenciones quirúrgicas y con el diagnóstico emitido, todos relacionados con aspectos tecnomédicos de la atención, y más de la mitad de las quejas fueron planteadas por derechohabientes de seguridad social.

El impacto de las quejas sobre la prestación de servicios es sumamente relevante; por ejemplo, un aspecto común en su existencia es la pobre comunicación que limita la obtención de consentimiento para llevar a cabo determinados procedimientos médicos, lo cual agrega distrés familiar y puede no responder al interés del paciente.¹² En efecto, algunos estudios de enfermería han mostrado que todos los cambios que afecta al equipo de trabajo tienen un impacto sobre los resultados de la organización. Por ejemplo, está demostrado que la sobrecarga de trabajo de enfermería es el predictor más poderoso de infecciones nosocomiales.¹³ En ese mismo sentido, Abraham¹² coincide al señalar que la limitación de recursos humanos contribuye a la existencia de quejas durante la atención de enfermería; asimismo, otros factores como organización inadecuada pueden tener una influencia negativa importante.

Debido al incremento de la carga de trabajo y a la reducción del equipo de trabajo, el interés en la condición de salud del equipo de enfermería se ha incrementado notablemente. Tracogna¹⁴ señala como conductas de riesgo de este grupo condiciones como el consumo de tabaco, alcohol y abuso de sustancias, hábitos alimenticios, índice de masa corporal, salud dental, conducta riesgosa durante el tráfico, sobrecarga de trabajo y síndrome de Burnout. La promoción de hábitos de vida saludable es un tema de importancia para dicho grupo.

Una modalidad para estudiar el fenómeno de las quejas es la aplicación de encuestas previas o inmediatas al egreso del paciente. Gargutt¹⁵ reporta 695 quejas en 1,233 entrevistas telefónicas completas acerca de la calidad del servicio; las quejas se referían a la mala calidad de los alimentos, retrasos en el ingreso y egreso y pobre comunicación acerca de los procedimientos médicos. La obtención de una historia completa, así como la graduación de aspectos clave, permiten guiar a la enfermera en la atención y manejo apropiado de las quejas de los pacientes.¹⁶

Existen diversos estudios, diseños y planes de abordar el fenómeno de las quejas, que van desde las recomendaciones técnicas de los departamentos de enfermería hacia su personal, encuestas, estudios monotemáticos que enfatizan los aspectos de calidad,¹⁵ comunicación,¹² sobrecarga de trabajo,¹⁴ etc., hasta estudios que buscan integrar las distintas dimensiones del problema. Un reporte relativamente reciente de Aiken¹⁶ resalta la importancia del uso de índices como parámetros útiles para la evaluación del trabajo de enfermería. Se describe el desarrollo y validez del índice revisado de trabajo de enfermería, enfatizando la importancia de la consideración de las distintas facetas que conllevan los cuidados de enfermería y la forma en que se vinculan con los resultados del paciente y de la organización. Es importante puntualizar que hasta el momento no se ha reportado ningún

índice similar para la evaluación, medición y ponderación del fenómeno de las quejas.

El presente proyecto planteará la formulación de un Índice de Riesgo de Quejas (IRQ), como se describe más adelante. Lo señalado enfatiza la importancia del estudio del fenómeno de las quejas, especialmente en el ámbito de la prestación de servicios de salud, como es el caso del Hospital Central Militar. Dicha importancia es congruente con la creación en enero del año 2003 de la Oficina de Quejas dentro de la estructura organizacional del mismo. En esta línea de trabajo se inscribe el presente proyecto, que busca ofrecer una respuesta sistemática y ordenada a un fenómeno de creciente importancia, con el propósito de contribuir a su conocimiento y al diseño de estrategias que permitan su abordaje adecuado.

Hipótesis

La *hipótesis de trabajo* señala que el Índice de Riesgo de Quejas es significativamente más elevado en personal que se ha visto involucrado en quejas, en comparación con quienes no se involucraron; la *hipótesis alterna*, que el Índice de Riesgo de Quejas es significativamente más bajo en personal que se ha visto involucrado en quejas, en comparación con quienes no se involucraron, y la *hipótesis nula*, que el Índice de Riesgo de Quejas es similar en personal que se ha visto involucrado en quejas, en comparación con quienes no se involucraron.

Objetivos

Determinar la frecuencia de quejas y los factores asociados en el personal de Enfermería del Hospital Central Militar. Asimismo, determinar la influencia de los siguientes factores en el desarrollo y presentación de las quejas en el personal de enfermería: a) la presencia de crisis vitales, b) el nivel de autoestima, c) el nivel de distrés, d) el clima laboral, e) presencia del Síndrome de Desgaste Profesional y e) síntomas de psicopatología general en la existencia de quejas. Finalmente, se desarrollará y propondrá un índice para valorar el riesgo de quejas en el personal de enfermería.

Método

Estudio de tipo descriptivo-retrospectivo, comparativo y correlacional. El universo de estudio fue una muestra significativa del personal del Departamento de enfermería del Hospital Central Militar, de la cual se determinó el personal elegible para el estudio a través de una asignación estatística para garantizar la representatividad de los diferentes servicios.

Se incluyó a personal de enfermería que labora en las áreas de hospitalización del Hospital Central Militar, de cualquier edad o sexo, que labora en las áreas hospitalización e involucrado en quejas ocurridas entre enero del 2003 y abril del

2004, con experiencia de enfermería mínima de un año; se obtuvo aceptación mediante consentimiento informado por escrito para participar en el estudio.

Se excluyó a personal sin contacto con pacientes, con menos de un año de experiencia en enfermería, quejas no relacionadas con los cuidados de enfermería, quejas fuera del periodo establecido, negativa a participar en el estudio y personal comisionado.

Se eliminó a personal de enfermería que durante la investigación fue cambiado de adscripción, cursó con problemas de carácter legal o médico-legal ajenos a la investigación, aparición de cualquier situación de salud-enfermedad en los sujetos de la investigación que interfirieron con su participación en el estudio, y a quienes decidieron abandonar el estudio.

Después de la aprobación del protocolo, por el Comité de Investigación de la Escuela Militar de Graduados de Sanidad, se estableció contacto y coordinación necesaria con el área de Investigación y Enseñanza del Hospital Central Militar, con el Departamento de Enfermería y con el Departamento de Quejas.

El plan de análisis incluyó la descripción de variables porcentuales y medidas de tendencia central, estadística descriptiva y correlacional. El nivel de confianza fue de 95% y el máximo error aceptado fue de 5%. Todos los análisis fueron efectuados mediante el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales versión 12.0.¹⁷

Instrumentos

Se aplicaron un total de ocho instrumentos, dos de ellos diseñados específicamente para este estudio, y el resto para uso común:

1. Cuestionario Exploratorio de Quejas de Enfermería Militar (CEQEM)

Se trata de un instrumento diseñado específicamente para el presente estudio y explora datos de identificación, socio-demográficos, aspectos curriculares, así como el reporte y descripción de las quejas en las cuales se ha visto involucrado el participante.

2. Escala de Crisis Vitales.^{18,19}

Consiste en un instrumento de 43 reactivos calificados y cuantificados en función de la severidad de experiencia de crisis. Dicho instrumento fue adaptado a la idiosincrasia militar y fue evaluado en un grupo con una prueba piloto antes de su aplicación en el presente estudio.

Se basa en el planteamiento teórico de que algunos sucesos son tan universalmente devastadores que casi siempre son capaces de precipitar una crisis, por ejemplo la muerte inesperada de un ser querido o la violación; el impacto de un suceso particular depende de su oportunidad, intensidad, duración, continuación y grado de interferencia con otros acontecimiento para el desarrollo, asignando un puntaje proporcional con el impacto de la crisis.³⁴

3. Escala de Rosenberg para valoración de actitudes en la Autoestima.²⁰

Es un instrumento que determina el nivel de autoestima, es autoaplicable y autoclasificadora. Consiste en 10 reactivos que se contestan en una escala del uno al cinco, en donde uno es igual a “muy en desacuerdo”, y cinco, “muy de acuerdo”. El punto de corte utilizado para fines del presente estudio es el siguiente: un puntaje mayor de 30 determinará una adecuada autoestima, y un puntaje menor señalará baja autoestima.

4. Escala de Maslach,²¹ en su versión en castellano validada preliminarmente en nuestro medio.²²

Instrumento de autoevaluación desarrollado por Maslach y Jackson para valorar el grado de Burnout, término que se ha utilizado en español como “desgaste profesional”. Consta de 22 reactivos que exploran tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

Las preguntas se refieren a afirmaciones sobre las actitudes, emociones y sentimientos que el individuo muestra hacia su trabajo o pacientes.

Cada reactivo es calificado del cero al seis, de tal manera que el cero supone que el suceso en cuestión “nunca sucede”, y el número seis, “ocurre todos los días”, reservándose las demás puntuaciones para las frecuencias que aparecen entre los extremos.

Dicho instrumento ha sido ampliamente validado en idioma español y de acuerdo con un reporte preliminar de su aplicación en la Clínica de Especialidades de la Mujer y un protocolo en desarrollo.

5. Termómetro de distrés.

Fue desarrollado en el estudio una escala análoga visual que semeja un termómetro. El nivel de cero significa la ausencia de distrés, en tanto que el nivel de 10 representa el distrés más severo que pueda experimentarse.

Fue desarrollado originalmente en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales del Centro de Cáncer de Nueva York, por Holland y cols.,²³ su versión en español ha sido validada por la Sección de Salud Mental de la Dirección General de Sanidad.²⁴ Asimismo existen diferentes dimensiones señaladas en forma muy concreta para que el personal de enfermería especifique en que área de su vida identifica el distrés.

6. Escala de Clima laboral.²⁵

Es una escala de 25 reactivos en que se explora el ambiente laboral, las relaciones interpersonales, la motivación laboral, la satisfacción en el trabajo, la capacitación y actualización como indicadores del clima laboral con un puntaje de 0 (nunca), 1 (casi nunca), 2 (pocas veces), 3 (regularmente), 4 (casi siempre) y 5 (siempre).

Dicha escala ha sido adaptada a la población militar por Almanza y cols.,²⁴ siendo su consistencia interna de 0.89.

7. Lista de Chequeo de Síntomas Revisada (SCL-90-R/Symptom Checklist 90-R).²⁶

Es un inventario de autorreporte breve, diseñado para explorar un rango amplio de problemas psicológicos y de síntomas de psicopatología. Es utilizada para propósitos clínicos y con objetivos de investigación.

Consta de nueve subescalas que incluyen somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Incluye tres índices globales: el índice de severidad global, el índice positivo de síntomas de distrés, y el de síntomas positivos totales.

En el presente proyecto se utiliza el índice de severidad Global como parámetro de calificación.

8. Índice de Riesgo de Quejas (IRQ).

Constituye una propuesta del presente proyecto y consta de 10 rubros que incluyen Edad, Tiempo de servicio, Antigüedad en el grado, Años de experiencia, Crisis vitales, Autoestima, Síndrome de desgaste profesional (Burnout), Distrés, Clima laboral y Psicopatología general.

Para cada aspecto existen parámetros definidos que permiten asignar un puntaje bruto, que después se multiplica por un factor determinado con base en la significancia estadística obtenida.

Aspectos bioéticos de la investigación

La presente investigación se llevó a cabo de total conformidad con los principios de la Declaración de Helsinki de 1964, según las enmiendas realizadas en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989) y Somerset West (1996), y ratificada por la Asociación Médica Mundial (2000), con base en lo cual se formuló una Carta de Consentimiento Informado.

Previo a la aplicación de instrumentos, se proporcionó una explicación amplia a los potenciales participantes acerca de los objetivos de estudio, de su diseño y de las condiciones de su colaboración, así como su consentimiento informado. La aplicación se llevó a cabo de manera individual en cada sala, teniendo especial cuidado en no afectar el desarrollo de las actividades.

Resultados

De un total de 845 elementos que conforman el personal de enfermería del HCM, se descartaron a quienes no estaban en contacto con pacientes y quedó un total de 180 elementos que constituyeron la muestra para elegibilidad. Dicho número rebasa con mucho el número significativo estadísticamente calculado, que fue de 107 (95% de confianza y error máximo aceptado de 5%).

El diagrama de flujo (*Cuadro 1*) señala que 70 sujetos fueron excluidos del éste por llenado incorrecto de instrumentos ($n = 30$), porque lo extraviaron ($n = 27$), por retraso ($n = 7$), y por decisión de no participar ($n = 6$).

El factor de atracción fue de 38.8% para un número final de 110 sujetos estudiados: 102 mujeres (92.7%) y 8 hom-

bres (7.3%). Su promedio de edad fue de 28.6 ± 7.15 , y su estado civil predominante fue soltero (49.1%), seguido de casado (45.5%). La escolaridad reportada fue de nivel técnico 61.8%, de nivel licenciatura 17.3% y preparatoria 16.4%. (*Cuadro 2*).

El tiempo de servicios fue en promedio de 10.5 años ± 6.98 (mediana = 8; moda = 7). 63% reportó 10 o menos años de servicio; 26% de 10 a 20 años de servicio, y 11% de 20 a 33 años de servicio. La antigüedad en el grado se reportó en un promedio de 3.7 años ± 2.9 (mediana = 3; moda = 1). Respecto con los años de experiencia el promedio fue 8.3 ± 0.6 , (media = 6; moda = 1). El tiempo de laborar en Hospital Central Militar tuvo un promedio de 5.4 años ± 5.2 , con una varianza de 27.3, presentando un rango de 25, donde el tiempo de servicio mínimo fue de un año y el máximo de 26. Asimismo, los años de experiencia en área de enfermería fueron en promedio de 8.3 Años ± 7.29 . Al agrupar la muestra, el 72.7% de la muestra tiene entre uno y 10 años; 18% reportó entre 11 y 20 años de experiencia y el resto, 9%, reportó entre 21 y 30 años de experiencia (*Cuadro 2*).

El grado militar se distribuyó como sigue: subteniente en 38 casos (34.5%), teniente 37 casos (33.6%), capitán 1o. y Sargento 1o., ambos, en nueve casos (8.2%). El cargo correspondiente al personal participante fue de Jefa 8 (7.3%), Subjefa una (0.9%) y personal de enfermería en general 101 (91.8%) (*Cuadro 3*).

La muestra pertenece a 37 diferentes servicios dentro del Hospital Central Militar en las Áreas de Medicina (30%), Cirugía (40%), Consulta Externa (11%), Pediatría (11%) y Medicina Crítica (8%) (*Figura 1*).

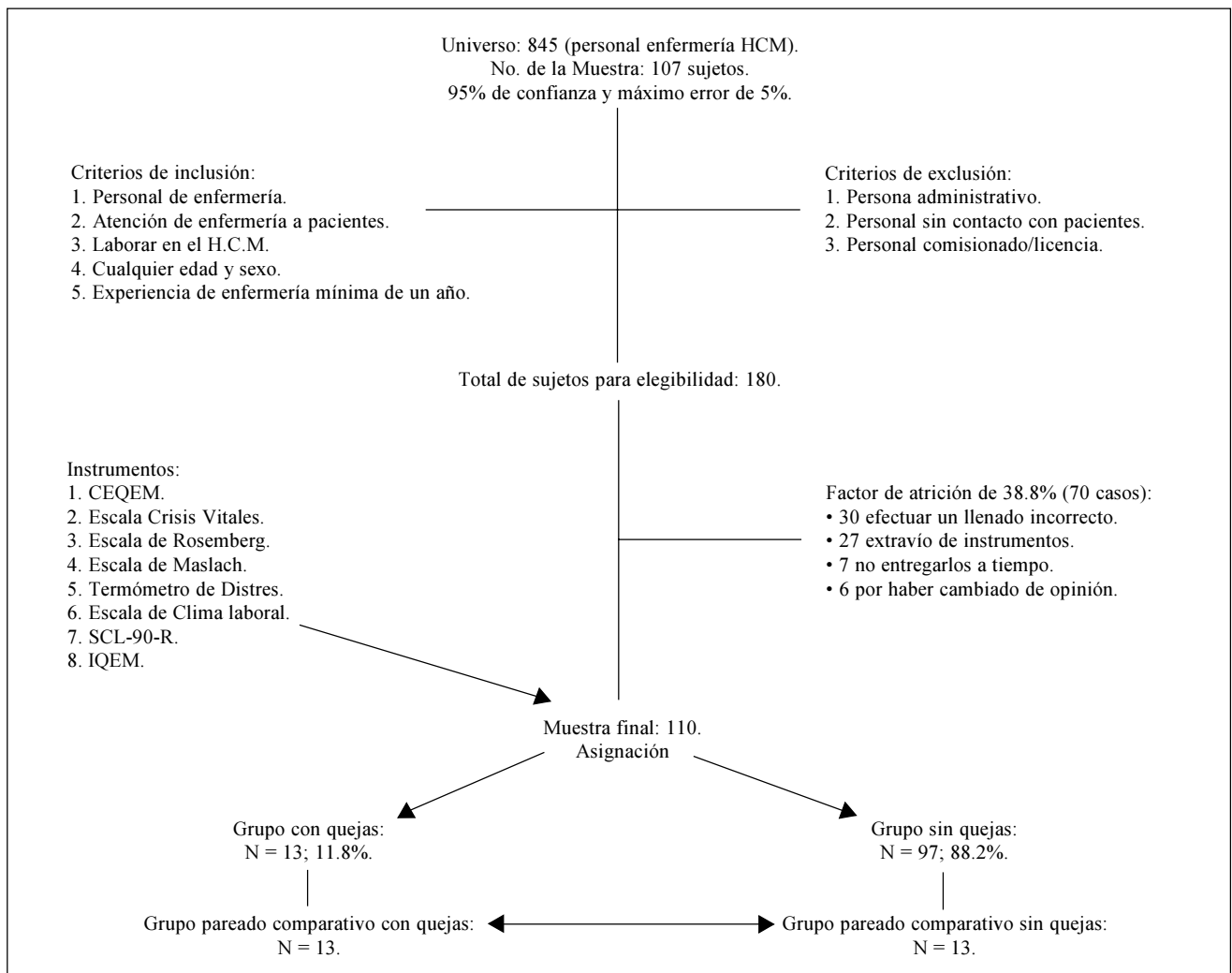
Frecuencia de quejas

De un total de 110 individuos encuestados, se reportó un total de 13 quejas, las cuales corresponden con 11.8% de la muestra estudiada, en tanto que 97 (88.2%) sujetos reportaron no haber estado involucrado en situación de queja (*Figura 2*). Las quejas reportadas, en la mayoría de los casos, son manifestadas por el propio paciente (84.6%). Únicamente en dos de las 13 quejas detectadas se reportó algún grado de afectación al tratamiento (15.3%), asimismo no se reportaron ni documentaron repercusiones de tipo legal, tanto para la institución como para el personal involucrado, únicamente de tipo disciplinario consistentes en arrestos, en dos casos (15.3%).

Las acciones del inmediato superior en las quejas detectadas fueron de apoyo en siete casos y de nulo apoyo en cuatro casos (30.7%), y dos no precisaron su respuesta (15.3%). Las quejas expresadas fueron de diversa índole y consistieron principalmente en no cumplir todas las demandas del paciente con prontitud, malestar por ser instado a seguir indicaciones médicas, incorrecto trato a un paciente, riñas entre pacientes, etcétera (*Cuadro 4*).

Factores asociados con la presencia de quejas

Crisis vitales. Fueron, en primer lugar, la muerte de un familiar cercano en 31 casos (28.2%); en segundo lugar, matrimonio, así como lesiones personales o enfermedad en

Cuadro 1. Diagrama de Flujo del progreso del personal participante a través de las fases de la investigación.

nueve casos, para cada uno (8.2%), y en tercer lugar fue la separación matrimonial en siete casos (6.4%). De la población de estudio, 57 casos (51.8%) presentaron algún tipo de crisis en el actual año, 27 (24.5%) presentaron algún suceso en el año 2003, y 12 (10.9%) en otros años. El promedio de severidad del impacto de los eventos vitales fue 51.3 ± 17.9 (mediana = 53; moda = 63). El análisis comparativo no mostró correlación significativa (*Cuadro 5*).

Autoestima. Tuvo un puntaje global promedio fue de 41.4 ± 7 (mediana = 42; moda = 42). Del grupo con quejas, sólo el 30.7% reportó autoestima normal en contraste con 69.2% que autoreportó autoestima baja, lo cual muestra una tendencia clara, aunque no significativa ($p = 0.899$) (*Cuadro 5*).

Nivel de distrés. El puntaje promedio fue de 2.7 ± 2.2 , con una mediana de 3, una moda de 3 y un varianza de 4.9. Del grupo con quejas, 23.5% autorreportó la existencia de distrés significativo, mientras que únicamente 8.6% del grupo

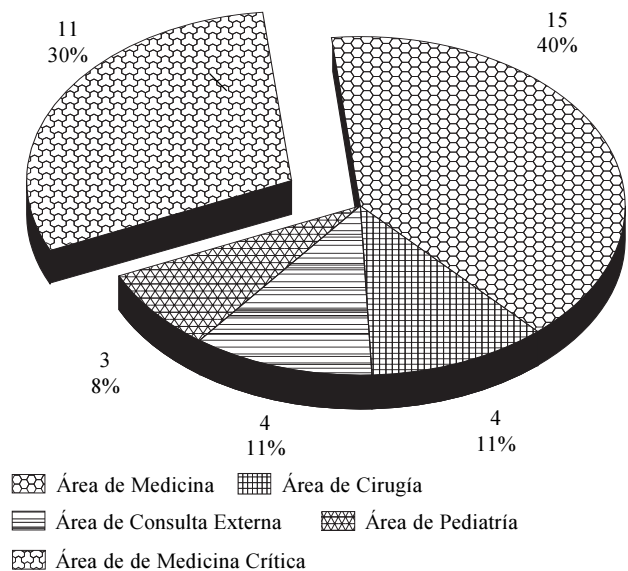
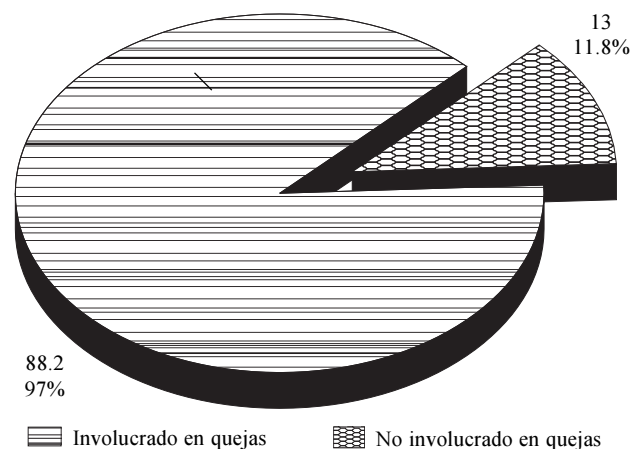
sin quejas manifestó distrés significativo ($\chi^2 = 19.0$; $df = 1$; $p = 0.000$) (*Cuadro 5*).

Al considerar las causas o problemas a los cuales el personal de enfermería atribuyen el distrés significativo y no significativo que autorreportaron, se encontró que 59.1% reportó problemas personales; 48.2% presentó problemas médicos, 30% problemas familiares, 59.1% manifestó problemas emocionales; y, únicamente 11.8% reportó problemas espirituales (*Figura 3*).

Clima Laboral. En promedio fue de 97.5 ± 16.2 (mediana = 98; moda = 125). Con 18.8 ± 3.1 para ambiente laboral; 19.6 ± 4.2 para las relaciones interpersonales; para la motivación laboral, 18.7 ± 4.4 ; para satisfacción en el trabajo fue de 20.8 ± 4.1 , y respecto a capacitación fue de 19.7 (*Figura 4*). Al comparar el Grupo de quejas con el Resto de la muestra, se observa que quienes NO se vieron involucrados en situaciones de quejas puntuaron discretamente más altos en los rubros de motivación, satisfacción laboral y capacitación; en tanto que quienes SI estuvieron involucrados en

Cuadro 2. Características sociodemográficas de la muestra global.

(n = 110)		
Variable	No.	%
Áreas del Hospital Central Militar		
Área de medicina	11	30
Área de cirugía	15	40
Área de consulta externa	4	11
Área de pediatría	4	11
Área de medicina crítica	3	8
Sexo		
Masculino	8	7.3
Femenino	102	92.7
Estado civil		
Soltero	54	49.1
Casado	50	45.5
Divorciado	2	1.8
Unión libre	3	2.7
Viudo	1	0.9
Escolaridad		
Secundaria	5	4.5
Preparatoria	18	16.4
Nivel técnico	68	61.8
Licenciatura	19	17.3
Promedio de experiencia en enfermería: 8.3 Años $\pm$ 7.29.		
Variable	No.	%
Distribución por grupos de experiencia.		
1-10 años	80	72.7
11-20 años	20	18
21-30 años	10	9
Edad promedio: 28.6 Años $\pm$ 7.15		
Distribución por grupos de edad		
21-30 años	81	73.6
31-40 años	18	16.4
41-50 años	11	10
Grado Militar		
Cabo	8	7.3
Sargento 2o	4	3.6
Sargento 1o	9	8.2
Subteniente	38	34.5
Tenientes	37	33.6
Capitán 2o	2	1.8
Capitán 1o	9	8.2
Mayor	3	2.7
Cargo		
Enfermera general	101	91.8
Subjefa de sala	1	0.9
Jefa de sala	8	7.3
Personal de Enfermería que reportó queja		
Con queja	13	11.8
Sin queja	97	88.2

**Figura 1.** Distribución de la muestra estudiada de acuerdo con el Área de Servicio.**Figura 2.** Frecuencia de quejas en el personal de Enfermería del Hospital Central Militar.

dicha problemática tuvieron un puntaje más elevado en relaciones interpersonales y, muy discretamente, en la percepción del ambiente laboral. Dichas diferencias no fueron significativas ($p = 0.25$ a $p = 0.074$).

Síndrome de desgaste profesional (Burnout). La Escala de Maslach arrojó un puntaje total 57.5 con una desviación estándar de 12.5 (mediana = 57; moda = 57). El promedio para las subescalas fue de 13.6 ± 9.7 para la Dimensión de Cansancio Emocional, de 3.5 ± 4.9 para la Dimensión de Despersonalización, y de 41.1 ± 7.1 para la de Realización Personal.

Asimismo se pudo observar que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el Grupo de quejas y el Resto de la muestra, en términos de que el Cansancio Emocional es percibido por un 76.9% del grupo de quejas y sólo por un 56.7% del grupo sin quejas significativa ($\chi^2 = 5.9$; $df = 1$;

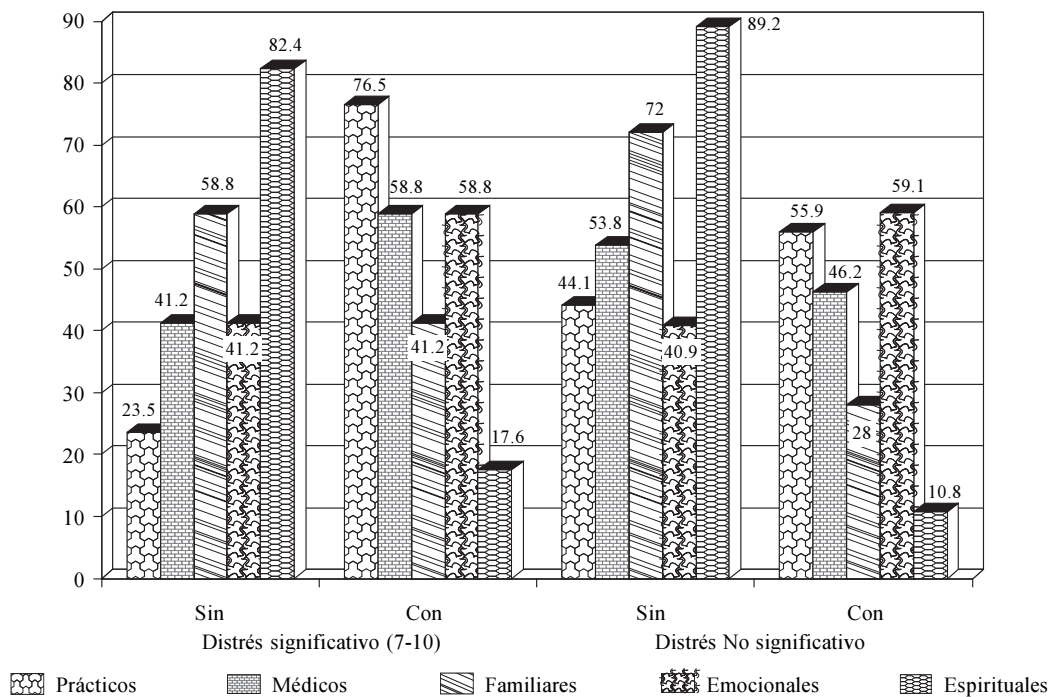


Figura 3. Problemas a los que se atribuye el distrés en personal de Enfermería estudiado de acuerdo con el Termómetro de distrés.

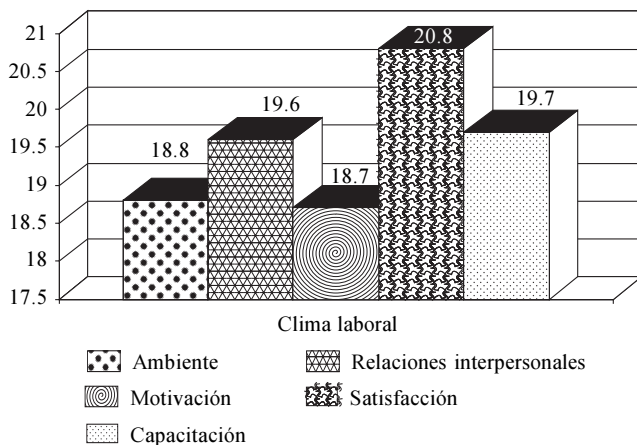


Figura 4. Perfil de Clima laboral en las distintas dimensiones de acuerdo con la Escala de Clima laboral.

Análisis correlacional

Grupo involucrado en quejas vs. Resto de la muestra.

Al efectuar un análisis de comparación entre el grupo de sujetos que se han visto involucrados en quejas ($n = 13$) con el resto de la muestra ($n = 97$), se encontró que el grupo de sujetos involucrados en quejas tienden a ser de menor edad ($\chi^2 = 5.3$; $df = 1$; $p = 0.023$), a tener menor tiempo de servicios ($\chi^2 = 7.2$; $df = 1$; $p = 0.008$), menor antigüedad en el grado ($\chi^2 = 6.2$; $df = 1$; $p = 0.014$), menor experiencia ($\chi^2 = 4.7$; $df = 1$; $p = 0.035$).

Por otro lado, se observó una diferencia estadísticamente significativa en la subescala de cansancio emocional; los sujetos que reportaron quejas tuvieron un mayor puntaje promedio que aquellos sin historia positiva de quejas ($\chi^2 = 5.9$; $df = 1$; $p = 0.017$). Del mismo modo existe una diferencia en el puntaje total del Maslach (Burnout), siendo significativamente mayor en quienes tienen una historia previa de quejas ($\chi^2 = 5.4$; $df = 1$; $p = 0.021$) (Cuadro 3).

El nivel de distrés reportado para el grupo involucrado Con Quejas fue de 23.5%, en contraste con el grupo Sin Quejas, en el cual sólo fue de 8.6%, lo cual es estadísticamente significativo ($\chi^2 = 19.0$; $df = 1$; $p = 0.000$).

Respecto con las dimensiones de desgaste profesional, el grupo Con Quejas se autorreportó 76.9% con cansancio emocional por arriba del punto de corte de normalidad, en contraste con sólo un 56.7% respectivamente del grupo Sin Quejas ($\chi^2 = 5.9$; $df = 1$; $p = 0.017$); las dimensiones de despersonalización y realización personal no fueron significativas. (Cuadro 5).

$p = 0.017$). Las otras dos dimensiones no mostraron diferencias significativas (Cuadro 5).

Psicopatología general. El puntaje total de Lista de Chequeo de Síntomas de 90 preguntas, el puntaje total fue de 17.5, con desviación estándar de 21.2 (media = 8.5; varianza = 452.2).

La correlación muestra que de los 13 elementos que reportaron quejas, sólo seis mostraron sintomatología relevante y seis se autorreportaron sin psicopatología, lo cual no obtuvo una puntuación estadística significativa ($p = 0.96$).

Cuadro 3. Comparación sociodemográfica entre el Grupo con quejas y el Resto de la muestra estudiada.

Variable	Grupo con quejas		Resto de la muestra		Obs.
	No.	%	No.	%	
Sexo					
Masculino	1	3.8	1	3.8	
Femenino	12	46.1	12	46.1	N/S
Edad promedio	29.7 ± 7.3		32.8 ± 9.8		N/S
Grupos de edad					
21-30 años	8	30.7	9	34.6	*p = 0.023
31-40 años	2	7.6	2	7.6	N/S
41-50 años	3	11.5	2	7.6	N/S
Estado civil					
Soltero	6	23	5	19.2	N/S
Casado	7	26.9	7	26.9	N/S
Divorciado	0	0	1	3.8	N/S
Años de experiencia en enfermería					
1-10 años	8	30.7	10	38.4	**p = 0.035
11-20 años	1	3.8	1	3.8	N/S
21-30 años	4	15.3	2	7.6	N/S
Grado militar					
Cabo	1	3.8	1	3.8	N/S
Sargento 1o.	1	3.8	1	3.8	N/S
Subteniente	3	11.5	4	15.3	N/S
Tenientes	5	19.2	4	15.3	N/S
Capitán 2o.	0	0	1	3.8	N/S
Capitán 1o.	2	7.6	1	3.8	N/S
Mayor	1	3.8	1	3.8	N/S
Cargo					
Enfermera general	11	42.3	10	38.4	N/S
Jefa de sala	2	7.6	3	11.5	N/S
Grado académico					
Enf. Auxiliar	1	3.8	0	0	N/S
Asist. Enfria.	1	3.8	1	3.8	N/S
Enfra. Gral.	5	19.2	9	34.6	N/S
Enfra. Especialista	2	7.6	0	0	N/S
Lic. Enfria.	4	15.3	3	11.5	N/S

*($\chi^2 = 5.3$; df = 1; p = 0.023). **($\chi^2 = 4.7$; df = 1; p = 0.035).

Cuadro 4. Cuadro descriptivo de quejas de la muestra de enfermería estudiada.

No.	Descripción del incidente	Áreas	%
1	De incorrecto trato atención a una derechohabiente.		
2	El paciente se oponía a que se le administrara el tratamiento indicado por el médico.		
3	Por descuido en atención, casi se cae el paciente.		
4	Por no pasar un cómodo oportunamente.	Cirugía	30.7
5	Por un mal entendido en la entrega de las indicaciones de un paciente.		
6	Por no proporcionar oportunamente una almohada.		
7	Por no administrar un medicamento por no estar en existencia.		
8	Por riñas entre pacientes.	Medicina	30.7
9	Trato de forma déspota a un derechohabiente.		
10	Por contestar una llamada telefónica de forma inapropiada.		
11	De incorrecto trato atención a una derechohabiente.	Consulta externa.	23
12	La madre de una niña se molesto por no habersele pasado rápidamente un cómodo.	Pediatría.	7.6
13	Por no cumplir todas sus demandas con prontitud.	Medicina crítica	7.6

Cuadro 5. Análisis comparativo de factores asociados con la presencia de quejas entre el Grupo con Quejas vs. el Resto de la Muestra:

Variable		Grupo		Significancia
		con quejas	sin quejas	
Crisis vitales	Si	13	83	0.38
	No	0	14	
Autoestima	Normal	30.7%	95.8%	0.89
	Baja	69.2%	4.1%	
Distrés	Significativo	23.5%	8.6%	0.000
	No significativo	76.5%	91.4%	
Síndrome de Desgaste Profesional	Cansancio emocional	76.9%	56.7%	0.0.017
	Despersonalización	30.7%	26.8%	NS
	Realización personal	30.7%	32.9%	NS

Cuadro 6. Análisis comparativo de factores asociados con la presencia de quejas entre el Grupo con Quejas vs. el Grupo Pareado.

Variable		Grupo		Significancia
		con quejas	sin quejas	
Crisis vitales	Si	11	3	0.002
	No	2	10	
Autoestima	Normal	7	13	0.002
	Baja	6	0	
Realización personal	Alta	9	13	0.030
	Baja	4	0	
Distrés	Significativo	11	0	0.000
	No significativo	2	13	
Clima laboral	Adecuado	7	13	0.005
	Inadecuado	6	0	
Psicopatología	Presencia	6	0	0.005
	Ausencia	7	13	

Grupo involucrado en quejas vs. Grupo pareado. A partir de la muestra que no reportó quejas ($n = 97$), se efectuó un procedimiento de apareamiento con base en las variables de Sexo, Edad, Estado civil, Años de experiencia, Grado militar, Cargo que desempeñan y Grado académico.

Se observó que el involucramiento en quejas laborales de enfermería con la existencia de una crisis vital personal ($\chi^2 = 9.9$; $df = 1$; $p = 0.002$), la existencia de baja autoestima ($\chi^2 = 9.5$; $df = 1$; $p = 0.002$), una menor realización personal de acuerdo con la Escala de Maslach ($\chi^2 = 4.7$; $df = 1$; $p = 0.030$), la presencia de distrés significativo (de seis puntos o más) ($\chi^2 = 19.0$; $df = 1$; $p = 0.000$), la existencia de clima laboral inadecuado ($\chi^2 = 7.8$; $df = 1$; $p = 0.005$), y la presencia de puntaje elevado de psicopatología ($\chi^2 = 7.8$; $df = 1$; $p = 0.005$) se asocian significativamente con el riesgo de presentar o verse involucrado en una queja durante la atención o cuidados de enfermería al paciente (*Cuadro 6*).

Índice de Riesgo de Quejas (IRQ) en los grupos pareados. Como uno de los objetivos específicos del presente es-

tudio, se desarrolló la versión preliminar del índice, el cual considera diez aspectos a saber:

1. Edad.
2. Tiempo de servicio.
3. Antigüedad en el grado.
4. Años de experiencia.
5. Crisis vitales.
6. Autoestima.
7. Síndrome de desgaste profesional (Burnout).
8. Distrés.
9. Clima laboral.
10. Psicopatología general.

De acuerdo con ello, se asignó un parámetro definido a cada reactivo, con base en la significancia estadística obtenida. Al establecer el denominado “Índice de Riesgo de Quejas” encontrado para cada uno de los sujetos involucrados en quejas y compararlo con el del grupo pareado, que no reportó involucramiento en quejas, se encontró en forma global un Índice de Riesgo de Quejas significativamente más elevado en personal que se ha visto involucrado en situacio-

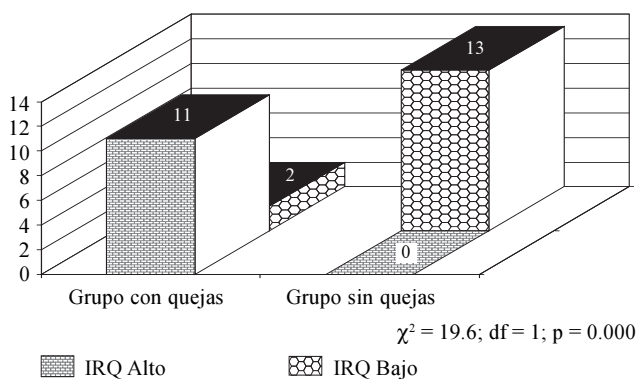


Figura 5. Índice de riesgos de quejas (IRQ) en el grupo con quejas vs. grupos sin quejas.

nes de quejas en comparación con quienes no se involucraron ($\chi^2 = 20.2$; $df = 1$; $p = 0.027$).

Finalmente, al establecer un punto de corte, se encontró que aquellos sujetos que califican con siete puntos o más cursan con un riesgo significativamente más alto de verse involucrados en una queja ($\chi^2 = 19.6$; $df = 1$; $p = 0.000$) (Figura 5).

Discusión

La muestra estudiada se caracterizó por un amplio porcentaje de personal femenino; este hecho ha sido observado en diversos estudios²⁷ y constituye un rasgo común de la profesión de enfermería. Por ello, no puede considerarse propiamente como un factor de riesgo aun cuando la mayoría de las quejas correspondieron en efecto a mujeres. Por otra parte se trata de una población joven en edad y con una experiencia aún breve dentro del ejército. Asimismo, existe experiencia limitada a un promedio de 5 años $\pm$ 5.2 en el ámbito hospitalario. Sin embargo la experiencia dentro del área de enfermería es de mayor tiempo y también de una mayor variación, pues va desde uno hasta 30 años de experiencia. En términos generales, las características de este grupo poblacional no difieren significativamente de otros estudios reportados.²⁷

La frecuencia encontrada de 13 quejas corresponde al 11.8%. Un parámetro de comparación es lo reportado por Garbutt,¹⁵ quien señaló la existencia de 12 quejas formales al sistema de registro de un hospital universitario en un lapso de tres meses. En comparación, nuestro estudio reporta 13 quejas formales en un periodo de 16 meses, es decir, 0.8 quejas por mes, lo cual se ubica por debajo de los reportados por Garbutt, que fue de cuatro quejas por mes. Es importante dicho contraste, aunque deben considerarse las diferencias socioculturales entre los dos entornos referidos. Por otra parte, es importante señalar que no existe en nuestro medio ningún reporte similar para poder contrastar estos resultados.

Un porcentaje elevado de personas refirió haber cursado con alguna crisis vital cronológicamente cercano con el evento de alguna queja, principalmente la muerte de un familiar cercano así como lesiones personales o enfermedad, y en

tercer lugar la separación matrimonial. El impacto de dichos eventos sobre el estado anímico del personal de enfermería es muy relevante, hecho que ha comenzado ya a recibir atención por parte de clínicos e investigadores.^{3-5,7}

En forma global, la autoestima se observó dentro de límites normales para un porcentaje muy amplio de la muestra: 94.5%. Este hecho denota, en términos generales, un estado mental adecuado en el grupo estudiado desde una perspectiva global. Nuevamente no existen estudios en la misma población con los cuales contrastar y discutir el resultado. En relación con el Distrés, éste se ubicó en un nivel ciertamente menor, de 2.7 ± 2.2 . Cabe señalar que tiene importancia clínica cuando el puntaje es de seis o más. Esta medición exploratoria, en una población general como lo es la muestra estudiada, es congruente con lo observado en aplicaciones piloto aún no publicadas. Un dato relevante es que existe una percepción importante de apoyo espiritual, lo cual probablemente contribuye a atenuar las limitaciones existentes en otras áreas.

El clima laboral se ubicó en un porcentaje adecuado, que es de 97.5 de un máximo de 125. Ello denota un adecuado ambiente laboral, satisfacción en el desempeño de sus labores y el desarrollo de relaciones interpersonales en un grado adecuado. Este reporte parcial sobre clima laboral es congruente con los puntajes obtenidos en otras aplicaciones previas de dicho instrumento, que se ubican entre 79 y hasta 98 puntos.²⁵ La medición de este aspecto del entorno laboral está tomando una importancia creciente, tanto desde dicha perspectiva como desde la complementariedad que proporciona el estudio del Síndrome de Desgaste Profesional.^{28,29}

La Escala de Maslach arrojó un puntaje total 57.5, con una desviación estándar de 12.5. Al respecto se ha señalado que enfermería es un grupo de alto riesgo para el desarrollo de este síndrome,¹⁰ por ello resulta importante establecer esta configuración de las dimensiones del Maslach, que señalan de alguna manera que existen recursos tanto individuales como institucionales que permiten a las enfermeras militares el afrontar las demandas laborales de manera apropiada.

En conjunto, las mediciones de Burnout no configuran el incremento en cansancio emocional y despersonalización aunados con la disminución en la realización personal, perfil que denotaría la existencia del síndrome propiamente. Ello es congruente con la percepción de un clima laboral adecuado; sin embargo, sí se apreció un mayor cansancio emocional en los sujetos de grupo con quejas. Aunado a lo anterior, la lista de chequeo de síntomas mostró un promedio más bien bajo de 17.5 ± 21.2 (media = 8.5; varianza = 452.2). Es importante puntualizar que por el diseño del estudio en el que se registró el nombre de los sujetos, debe tenerse en cuenta la posibilidad de que ello pueda haber influido en su grado de honestidad y haya generado la necesidad de dar una apariencia adecuada, aun cuando el análisis cruzado dará mayor información al respecto.

El análisis correlacional demostró que aquellos individuos que se ven involucrados en quejas son más jóvenes, tienen menos tiempo de servicios, menor antigüedad en el grado y menor

experiencia. En dicho grupo también se observó un puntaje más alto de cansancio emocional así como del puntaje global del Maslach. Dicho resultado nos permite suponer que el periodo variable dentro del cual se desarrollan y adquieren las habilidades que proporciona la experiencia, condiciona al individuo al desarrollo de un sistema defensivo, que tiene una salida hacia lo que se evidencia en este reporte como el cansancio emocional, sin llegar a estructurarse el síndrome completo. Otro hallazgo es el hecho de que el haber estado involucrado en quejas previas predispone a un nuevo involucramiento. Estudios efectuados por otros autores coinciden con estos resultados y añaden otros factores de importancia, tal es el caso de Tracogna,¹⁴ quien ha señalado la importancia del incremento en la sobrecarga de trabajo aunado a la reducción del equipo o personal disponible. Dicha variable es de indudable interés y deberá integrarse en futuros estudios en nuestro medio.

Con el propósito de disminuir en parte el sesgo de comparar un grupo amplio con un grupo pequeño, se decidió la comparación pareada en cuanto a variables como la Edad, Sexo, Estado civil, Años de experiencia, etc., para precisar la diferencia en cuanto a las variables en estudio, es decir la presencia de Distrés, el desarrollo de quejas etcétera.

Se logró configurar a los siguientes factores como asociados con la presencia u ocurrencia de una queja: una crisis vital, baja autoestima, menor realización personal, distrés significativo, clima laboral y un puntaje elevado de psicopatología en términos de los valores globales de la muestra estudiada. Esta configuración nos permite esbozar un perfil de aquellos sujetos con mayor predisposición a verse involucrados en quejas, lo cual es congruente con algunos otros autores.^{10,19}

Es importante señalar que en la búsqueda bibliográfica efectuada con motivo de este estudio y que incluyó bases de datos nacionales e internacionales, así como la revisión de la literatura gris tanto en la Biblioteca Central de la Universidad Nacional Autónoma de México como en la Escuela Médico Militar y Escuela Militar de Graduados de Sanidad, no se encontró ninguna referencia bibliográfica o reporte en el cual se describiera un índice similar con lo cual estar en posibilidades de contrastar este hallazgo.

Del mismo modo se estableció un punto de corte que permita en un momento dado ubicar al personal de enfermería que se encuentre en un riesgo relevante de verse involucrado en una queja en el contexto de este proyecto de investigación, siendo dicho punto de corte siete o más en la aplicación del Índice de Riesgo de Quejas (IRQ). Como señala la *figura 5*, la correlación resulta estadísticamente significativa. De antemano es preciso consolidar este instrumento en otros grupos poblacionales y sistematizar el protocolo de aplicación de los instrumentos además de ir confirmando la consistencia de los resultados.

Conclusiones

La frecuencia de quejas en el contexto de los cuidados de enfermería en el Hospital Central Militar es de 11.8%

en el periodo del estudio y corresponde a 0.8 quejas por mes, lo cual se ubica por debajo de otros reportes de la literatura.

Los factores que mostraron asociación estadísticamente significativa para la presentación de una queja fueron:

- Edad entre 21 y 30 años.
- Tiempo de servicio menor a quince años.
- Antigüedad en el grado militar de siete años o menos.
- Menos de quince años de experiencia.
- Experimentación de cansancio emocional.
- Existencia de una crisis vital personal.
- Baja autoestima.
- Menor realización personal.
- Distrés significativo (de seis puntos o más).
- Clima laboral inadecuado.
- Puntaje mayor de 45 en la medición de psicopatología general.

Se desarrolló la propuesta preliminar del Índice de Riesgo de Quejas, el cual consiste en la integración de diez variables, cuatro de ellas sociodemográficas; y las restantes, seis resultados de la aplicación de los instrumentos utilizados en este proyecto. La calificación se autoexplica en el propio instrumento y su correlación significativa con el grupo de quejas constituye la validación preliminar. El punto de corte establecido es un puntaje de 7 o más, mismo que señala una alta probabilidad de que se presente una queja durante la prestación de servicio de salud en el área de enfermería en el Hospital Central Militar. Los hallazgos descritos permiten concluir que se demostró la hipótesis de trabajo y se desecharon las hipótesis alterna y nula.

Con base en lo anterior, puede formularse el perfil del enfermero(a) con mayor propensión a verse involucrado en una queja: es un hombre o mujer joven, con poco tiempo de servicio y de antigüedad en el grado militar, consecuentemente poca experiencia en su área de trabajo. Este individuo muy probablemente esté experimentando cansancio emocional y quizás cursando con una crisis vital personal que le condiciona baja autoestima y una sensación de poca o limitada realización personal, percibiendo su ambiente laboral como inadecuado. Por lo anterior, su nivel de distrés será de seis puntos o más, y tendrá un puntaje de más de 45 en la medición de psicopatología general.

Los resultados de la presente investigación permitirán orientar la formulación de estrategias de prevención, detección y manejo de personal en quien existan los factores señalados, en ese sentido se recomienda:

1. Implementar la medición sistemática de los factores de riesgo mediante los instrumentos señalados, a fin de identificar a los individuos y servicios con mayor riesgo potencial de generar quejas.
2. Proporcionar apoyo, ya sea individual (orientación personalizada a quienes estén involucrados en quejas actua-

les o pasadas, o a quienes se encuentren en riesgo) o de grupo (conformación de grupos Balint o de grupos operativos en forma abierta o diseñados para un servicio en particular).

3. Implementar un programa psicoeducativo de prevención mediante conferencias y talleres sobre temas como manejo de conflictos, manejo de estrés, manejo del paciente difícil, comunicación, motivación, etc.
4. Continuar impulsando el desarrollo de acciones vinculadas con la calidad y mejora continua de la prestación de servicios de salud en el Hospital Central Militar, pues ello contribuye a modificar favorablemente los factores que influyen para la presentación de las quejas.
5. Proseguir con la presente línea de investigación mediante su replicación en otras muestras poblacionales hospitalarias, que incluyen otros escalones del servicio tales como Hospitales Militares Regionales y Enfermerías Militares, para consolidar los presentes hallazgos, diseñar y realizar la determinación de la confiabilidad del Índice de Riesgo de Quejas (IRQ) mediante su aplicación en otros proyectos, así como de otros instrumentos útiles y novedosos orientados a estudios de las quejas, y considerar el estudio de factores adicionales que pueden influir en la presentación de quejas, como son los factores de personalidad, la sobrecarga de trabajo, los aspectos socioeconómicos, entre otros. Asimismo ampliar lo referente a Clima Laboral y Síndrome de Desgaste Profesional.

Referencias

1. Ishikawa K. ¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa. México: Editorial Norma; 1992.
2. Secretaría de Salud; 2002.
3. Hay D, Oken D. The psychological stress of intensive care unit nursing. *Psychosomatic Medicine* 1972; 34: 109-18.
4. Pilowski S. Mental illness in Doctors. *Brit Med J* 1989; 298.
5. Firth Cozens J. Emotional distress in Junior House Officers. *Brit Med J* 1987; 295: 533-6.
6. Wells Y, Jorm AF. Evaluation of a special nursing home unit for dementia sufferers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1987; 21: 524-31.
7. Morris RG, Morris LW, Britton PG. Factors affecting the emotional wellbeing of the Caregivers of Dementia Sufferers. *Brit J Psychiat* 1988; 153, 147-56.
8. De Board R. The psychoanalysis of organizations. London: Tavistock; 1978.
9. Jagaratne SE, Chess WA. Burnout: Its impact on Child Welfare Workers and Their Spouses. *Soc Work* 1986; 33-9.
10. Gil Monte P, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo, el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997.
11. Barquin CM. Dirección de Hospitales. México: Editorial Interamericana; 1985, p. 485-8.
12. Abraham A. Lack of communication affects the care of patients and families. *Prof Nurse* 2004; 19(6): 351-3.
13. Yang KP. Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *J Nurs Res* 2003; 11(3): 149-58.
14. Tracogna U, Klewer J, Kugler J. Health behaviour and health status of nursing staff: a review of the literature. *Gesundheitswesen* 2002; 64(7): 430-6.
15. Garbutt, Bose D, McCawley BA, Burroughs T. Soliciting patient complaints to improve performance. *Jt Comm J Qual Saf* 2003; 29(3): 103-12.
16. Zimmermann PG. Triaging: common complaints in the workplace. *AAOHN J* 2003; 51(6): 267-73.
17. SPSS. SPSS for Windows Base System Users Guide Release 10.0 Chicago 1999.
18. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Research* 1967; 11(2): 213-8.
19. Slaikeu AK. Escala en la Tasa de Readaptación Social. Manual para práctica e investigación. 2a. Ed. España: El Manual Moderno; 1996.
20. Rosenberg M. Society and the adolescent self image. N. J.: Princeton University Press; 1965.
21. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. 2a. Ed. Palo Alto, Ca: Consulting Psychological Press; 1986.
22. Almanza MJ. Escala de Maslach. Reporte Interno de la Sección de Salud Mental (en proceso de Publicación). México; 2000.
23. Zabora JR. Screening procedures for psychosocial distress. In: Holland JC. *Psycho-oncology*. 2nd. Ed. New York: Oxford University Press; 1998, p. 653.
24. Almanza MJ. Termómetro de Distrés. Reporte Interno de la Sección de Salud Mental (en proceso de Publicación). México, 2003.
25. Almanza MJ, Bueno CM. Confiabilidad y validez de la Escala de Clima Laboral. Reporte Interno de la Sección de Salud Mental (en proceso de Publicación). México, 2002.
26. Steer RA, Clark DA, Ranieri WF. Symptom dimensions of the SCL-90-R: a test of the tripartite model of anxiety and depression. *J Personal Assess* 1994; 62(3), 525-36.
27. Chávez DM, Almanza MJJ, Guillen GR. Calidad de la atención de enfermería psiquiátrica en pacientes con depresión y ansiedad en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. *Psiquis México* 1997; 6 (2).
28. Fornés J. Síndrome de Burnout y enfermería. *Enfermer Científ* 1991; 108: 45-8.
29. Fornés J. Mobbing: Maltrato psicológico en el ámbito laboral. *Rev Rol Enfermer* 2001; 24(11): 20-6.
30. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 52a Asamblea General Edimburgo, Escocia. Octubre 2000.
31. Berné CJM, Múgica JM, Yagüe MJ. La gestión estratégica y los conceptos de calidad percibida, satisfacción del cliente y lealtad. *Foro Mundial de la Salud, OMS. Michigan. Economía Industrial* 1996; 307: 63-74.
32. Celaya BR. Certificación Hospitalaria. *Rev Sanid Milit Mex* 2003; 57(3): 116-8.
33. De Gortari E. Calidad en los Servicios de Salud. Documento técnico. Club mejora continua. México; 1994.
34. Departamento de Enfermería del Hospital Central Militar: Evaluación del 3er. Cuatrimestre del Programa Anual de Supervisión, 1993.
35. Departamento de Enfermería del Hospital Central Militar: Programa Anual de Supervisión, 1994.
36. Donabedian A. Quality assessment the industrial model and the health care model. *Clin Perf Qual Health Care* 1993; (1) 51: 2.
37. Ibarra CG. La calidad del Servicio de Enfermería. *México Desarrollo Científico de la Enfermería* 1994; 2(1): 18-22.
38. Jenkins JF. Evaluation of Burnout in Oncology nurses. *Cancer Nursing* 1986; 9(3): 108-16.
39. Kelly JA, St Lawrence JS. Stigmatization of AIDS patients by physicians. *Amer J Public Health* 1987; 77(7): 789-91.
40. Kumate RJ. Gaceta de salud mental. Salud mental y calidad 1994.
41. McCaffery MY, Ferrell B. ¿Cuál sería su respuesta frente al dolor del paciente? *Nursing (Ed. Española)* 1992; 10(3): 18-22.
42. McElroy AM. Burnout: review of the literature with application to cancer nursing. *Cancer Nursing*; 5, 211-7.
43. Merkuoris A, Papathanassoglou ED, Lemonidou C. Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach. *Int J Nurs Stud* 2004; 41: 355-67.
44. Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat; 1990.
45. Ruelas BE. Confusiones y definiciones. Editorial calidad de atención a la Salud 1995; 2(3): 5-6.
46. Scherer ZA, Scherer EA, Labate RC. Psychiatric nursing consultation and liaison: how do nurses understand this activity? *Rev Lat Am Enfermagem* 2002; 10(1): 7-14.
47. Yarza SME, Guzmán GC. Modelo de Calidad de los Servicios de Salud. *Desarrollo Científico de la Enfermería* 1994; 2(1): 10-4.