

## Eventos adversos y *burnout* en profesionales de una clínica de atención primaria

*Adverse event and burnout in health professionals of primary health care center*

Elisa Yazmín Jiménez Flores,\* Alejandro Alayola Sansores,\*  
Arturo Mancebo Hernández,\*\* Mahuina Campos Castolo\*\*\*

### RESUMEN

\* Departamento de Informática Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.  
\*\*Secretaría de Salud de la Ciudad de México.  
\*\*\* Jefatura del Departamento de Informática Biomédica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

**Correspondencia:**  
EMCC, infobiomedix@gmail.com

**Conflicto de intereses:**  
Los autores declaran que no tienen.

**Citar como:** Jiménez FEY, Alayola SA, Mancebo HA, Campos CM. *Eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria*. Rev CONAMED 2018; 23(2): 66-72.

Recibido: 19/02/2018.  
Aceptado: 02/05/2018.

**Introducción:** La cultura de seguridad del paciente busca prevenir posibles daños, resultado de una serie de eventos imprevistos y que repercuten en la calidad y seguridad de la atención médica. Un evento adverso hace referencia a un daño o una complicación que resulta de la asistencia sanitaria que no está relacionada con la enfermedad o con el estado subyacente del paciente y que provoca en éste una prolongación de la estancia hospitalaria, discapacidad en el momento del alta o la muerte. La primera víctima es el paciente y los familiares afectados, una segunda víctima es el profesional involucrado y por último, una tercera víctima es la clínica u hospital donde tuvo lugar el evento adverso. La investigación en las consecuencias de las primeras víctimas se amplía, mientras que en segundas víctimas ha sido un tema poco estudiado, por lo que realizar un estudio sobre las consecuencias emocionales y sociales del evento adverso en segundas víctimas dará pauta para demostrar los conocimientos, actitudes y conductas que nos permitirán analizar y hacer sugerencias sobre los pasos a seguir en la prevención de eventos adversos. Por otra parte, algunas publicaciones han documentado que el síndrome de *burnout* puede estar relacionado con la incidencia de los eventos adversos. **Metodología:** Se aplicaron los instrumentos Cuestionario para Profesionales de Atención Primaria de España y el *Maslach Burnout Inventory* a todos los médicos y personal de enfermería del Centro de Salud de T-II Nayaritas de la Ciudad de México, siendo en total 20 profesionales consultados. Setenta por ciento (14) fueron mujeres y 30% (seis) hombres, con edades de 19 a 66 años, con una media de edad de 41 años, 45% (nueve) médicos, 30% (seis) de personal de enfermería y 25% (cinco) odontólogos. Además de una media de 14 años de experiencia laboral. **Resultados:** Las consecuencias tras un evento adverso son mayores a nivel emocional. Las puntuaciones del *burnout* en promedio para médicos, personal de enfermería y odontólogos fueron de 58, 52 y 41 respectivamente, puntuaciones consideradas bajas. Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas entre las consecuencias de un evento adverso y el síndrome de *burnout*. **Conclusiones:** Realizar y contar con programas de notificación relacionados con la cultura de seguridad del paciente nos permitirá analizar y hacer sugerencias sobre los pasos a seguir para prevenir los eventos adversos y con ello las consecuencias en los profesionales de la salud, garantizando así una verdadera práctica de la cultura de seguridad del paciente.

**Palabras clave:** Evento adverso, *burnout*, médicos, enfermería, atención primaria, cultura de seguridad, segundas víctimas.

### ABSTRACT

**Introduction:** The culture of patient safety seeks to prevent possible damage resulting from a series of events that were planned and that have an impact on the quality and safety of medical care. An adverse event it means to a damage or complication that results from health care, and it does not correspond with the illness or the underlying condition of the patient, and which causes in it a prolongation of the hospital stay, disability at the time of discharge or death. First victim is the patient and the affected relatives, second victim is the professional involved and finally a third victim is the clinic or the hospital where the adverse event it happened. The research into the consequences of first victims are broad, while in second victims it has been a little studied topic, so a study about the emotional and social consequences of the adverse event in second victims will give us guidelines to show the knowledge, attitudes and behaviors that would allow us to analyze and give suggestions on the steps to follow to prevent adverse events, in addition to some publications have documented that the Burnout syndrome may be related to the incidence of adverse events. **Methodology:** It was carried out the application of the instruments Questionnaire for Primary Care Professionals of Spain and the Maslach Burnout Inventory to

all physicians and nurses of the Centro de Salud de T-II Nayaritas from Mexico City, being consulted in total 20 professionals. 70% (14) were women and 30% (6) men, professional's age range 19 years to 66 years, with an average of 41 years. 45% (9) doctors, 30% (6) of nursing staff and 25% (5) dentists. In addition, an average of 14 years of work experience. **Outcome:** The consequences after an adverse event are higher emotionally. Burnout scores on average for physicians, nurses and dentists were 58, 52 and 41 respectively, scores considered low. However, no significant correlations were found between the consequences of an adverse event and the Burnout syndrome. **Conclusion:** Carrying out and having notification programs related to the culture of patient safety will allow us to analyze and give suggestions on the steps to be taken to prevent adverse events, and with them the consequences for health professionals, just like that guaranteeing a true practice of the culture of patient safety.

**Key words:** Adverse event, Burnout, physician, infirmary, primary care, safety culture, second victims.

## INTRODUCCIÓN

La *Health and Safety Commission of Great Britain*<sup>1</sup> define la cultura de seguridad del paciente (CSP) como «el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente». La CSP busca evitar posibles daños resultado de incidentes inesperados y que repercuten en la calidad y seguridad de la atención médica, realizando acciones que disminuyan las cifras de eventos adversos. Un evento adverso (EA)<sup>2</sup> hace referencia a un daño o una complicación que resulta de la asistencia sanitaria que no está relacionada con la enfermedad o con el estado subyacente del paciente y que provoca en éste una prolongación de la estancia hospitalaria, discapacidad en el momento del alta o la muerte.

En España se realizó el Estudio Nacional sobre los EA ligados a la Hospitalización y el Estudio sobre Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria (ANEAS) y (APEAS) que estiman que casi 10% de los pacientes sufre anualmente un EA, de los cuales 50% pueden evitarse. Las principales causas de los EA estuvieron relacionadas con errores en la medicación y en el diagnóstico y con problemas de comunicación médico-paciente.<sup>3</sup>

La prevalencia reportada en México en el estudio IBEAS<sup>4</sup> (Estudio de Latinoamérica sobre Acontecimientos Adversos, por sus siglas en inglés) en 2005 fue de 10.5%; 62.9% de estos EA prolongaron en promedio 16.1 días el tiempo de estancia en el hospital, mientras que otro estudio<sup>5</sup> realizado en 2011 en tres hospitales diferentes cuantificó que la prevalencia de EA en cirugía fue de 4.1%, prolongando en promedio nueve días el tiempo de hospitalización de los pacientes con EA.

## Personal involucrado en un evento adverso

Un EA implica a diferentes actores, mientras la primera víctima es el paciente que sufre el EA, la segunda<sup>3</sup> es todo profesional que participa en un EA, en un error médico y/o en una lesión relacionada con el paciente y se convierte en víctima en el sentido que queda traumatizado por el suceso, según lo definió Wu (en segundas y terceras víctimas).<sup>3</sup> En este sentido se utiliza el término profesional para incluir a cualquier persona que provee servicio a los pacientes.<sup>3</sup> La institución sanitaria donde ocurrió el EA, junto con todos los que laboran en ella, representa una tercera víctima que ve amenazado su prestigio y puede alterar sus prácticas.

### *Modelo de desarrollo de las consecuencias de un evento adverso en profesionales de la salud*

Susan Scott (2017)<sup>3</sup> describe una serie de etapas por las que pasa el personal de salud que se ha visto involucrado en un EA, identificadas en su modelo de trayectorias:

1. Caos respuesta incidente.
2. Reflexión interna no pertinente.
3. Restauración de la integridad-búsqueda de respaldo.
4. Soportar la inquisición de los demás.
5. Obtención de ayuda.
6. Resolución.

En las diferentes etapas el profesional puede verse afectado en las esferas emocionales, familiares y laborales, con una serie de consecuencias que varían en su intensidad de una persona a otra: a) ansiedad,

síntomas afectivos; b) preocupación mórbida por su rendimiento y capacidad profesional; c) problemas de concentración; d) insomnio; e) cambios de humor; f) miedo a las consecuencias legales; g) pérdida de prestigio profesional; h) estrés postraumático.<sup>3</sup>

#### *Síndrome de burnout (SB)*

Rosales<sup>6</sup> afirmó en 2013 que el término fue acuñado por Freudenberger en 1974 cuando se percató de un síndrome clínico que lo aquejaba a él y a sus colegas que atendían a víctimas de adicciones. La definición ha sido modificada por diversos autores, la más utilizada es la propuesta por Maslach y Jackson de la Universidad de Berkeley, California 1981:

«*Burnout* es un síndrome de agotamiento emocional, de despersonalización y de rendimiento personal mermado que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas».<sup>7</sup>

Desde esta perspectiva el SB se compone de tres dimensiones: a) agotamiento, b) despersonalización y por último c) bajo rendimiento personal.

#### *Modelos de desarrollo del burnout*

Garrosa (2011)<sup>8</sup> plantea otro enfoque del SB a través del modelo de demanda y recursos laborales (JD-R model). Una demanda es todo aspecto que requiere esfuerzo, tanto físico como psicológico por parte del trabajador. Los recursos son todo aquello que ayuda a hacer frente a las demandas para alcanzar un óptimo funcionamiento. Cuando las demandas son excesivas rebasan los recursos del profesional para satisfacerlas, ocasionando que el SB se desencadene.

El fortalecimiento de recursos personales del trabajador, tales como el desarrollo de competencias emocionales o la regulación emocional, puede mejorar la empatía y el reconocimiento de los sentimientos de las personas con las que interactúa para así poder saber cómo reaccionar ante ciertas situaciones y ser capaz de responder de manera no agresiva frente a los pacientes y/o trabajadores.

En este sentido, es la búsqueda de recursos que lleven a una mejor adaptación del trabajador. Es importante destacar que pretender que el trabajador

sea el que exclusivamente se adapte a las condiciones adversas del trabajo es una idea errónea, ya que la adaptación debe incluir cambios organizacionales para que sean efectivos.<sup>8</sup>

#### *Síndrome de burnout y EA en profesionales de la salud*

La búsqueda de culpables no soluciona los problemas. Muchos de los errores están vinculados a diversos factores, por ejemplo a la insatisfacción, a las condiciones de trabajo, a la inapropiada selección o conducción del personal o a un desgaste continuo por el estrés prolongado: síndrome de *burnout* (SB).<sup>9</sup>

En este sentido Cherniss (1980) citado en Ortega (2003)<sup>9</sup> describió el interés del concepto SB basándose en cuatro razones: afecta la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes y en el aspecto laboral tiene repercusiones como la disminución de la productividad, conflictos laborales, bajo compromiso laboral, incremento en la tasa de accidentes, ausentismo, situaciones que se traducen en pérdidas económicas para la organización. Algunas otras manifestaciones son la baja autoestima, dificultad para concentrarse, comportamientos agresivos hacia compañeros y pacientes, trastornos del sueño, alteraciones gastrointestinales, taquicardias y aumento en el consumo de café/tabaco/alcohol/fármacos, convirtiéndose en un problema de salud pública y de salud laboral. De ahí la importancia de reflexionar en la magnitud que tiene el SB en el problema de los EA para prevenir que ocurran y progresar en acciones que garanticen una práctica segura.

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México<sup>10</sup> plantea que la labor de los profesionales de la salud se desenvuelve bajo factores como altas cargas laborales, que con el tiempo pueden llegar a tener consecuencias en la salud de éstos, por ejemplo, el SB no sólo afecta la salud, también compromete de manera directa la atención médica que se brinda a los usuarios, además de que los profesionales de la salud tienen mayor probabilidad de cometer un error médico, generando un círculo vicioso en el profesional de la salud.<sup>10</sup>

«El bienestar de médicos y residentes dentro de una organización de salud tiene indudablemente un

efecto positivo en la calidad de la atención médica, pues al estar comprometidos con el trabajo y tener satisfacción en su desarrollo profesional los hace más productivos, lo que se correlaciona directamente con la percepción de los pacientes en cuanto a la calidad de la atención médica recibida».<sup>10</sup>

El resultado de un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado de Durango<sup>11</sup> demostró que la prevalencia de SB en médicos es mayor que en el personal de enfermería. Otro estudio<sup>12</sup> evaluó a 11,530 profesionales de la salud hispanoamericanos: en los profesionales residentes en España la prevalencia fue de 14.9%, en Argentina de 14.4% y en Uruguay de 7.9%; mientras que los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala y El Salvador presentaron frecuencias de SB entre 2.5 y 5.9%. Por profesiones: médicos 12.1%, enfermeras 7.2% y dentistas, psicólogos y nutricionistas fue menor a 6%. Entre los médicos predominó el SB en quienes trabajan en los departamentos de urgencias (17%) y los de medicina interna (15.5%); en tanto que los anestesiólogos y los dermatólogos tuvieron la menor prevalencia (5 y 5.3%, respectivamente).

#### *Recomendaciones para disminuir el síndrome de burnout*

Algunas de las medidas que se han recomendado para prevenir y disminuir la aparición del SB son aplicables tanto a profesionales de la salud como a otras profesiones:<sup>13,14</sup>

- Reducción de horarios excesivos.
- Distribución equitativa de cargas de atención médica.
- Supervisión adecuada durante el proceso formativo.
- Reducción de cargas administrativas innecesarias.
- Crear un ambiente social fuera de las horas de trabajo.
- Estimular en los residentes la nutrición y el deporte.
- Sesiones periódicas dirigidas específicamente a ellos sobre cómo manejar el estrés.
- Evitar el estrés del rol (conflicto y ambigüedad del rol).
- Desarrollo profesional.

- Participación en la toma de decisiones.
- Objetivos alcanzables.
- Apoyo social.

#### *Programas de apoyo a segundas víctimas*

El resultado de algunas investigaciones ha derivado en programas mediante los cuales las instituciones sanitarias de Estados Unidos buscan apoyar a las segundas víctimas que se han visto involucradas en un EA, por ejemplo: Susan Scott en *University of Missouri Health Care System (UMHC)*<sup>3</sup> con el programa *For YOU* que intenta brindar una especie de «primeros auxilios emocionales» a profesionales de la salud que estuvieron inmersos en un EA.<sup>3</sup>

Una estrategia para afrontar el estrés es el enfoque BICEPS por sus siglas *Brevedad, Inmediatez, Centralidad, Expectativa, Proximidad y Simplicidad*. El objetivo de este método es reducir los síntomas desadaptativos y recuperar el nivel base de funcionamiento y el programa *RISE (Resilience in Stressful Events)* que ofrece apoyo interdisciplinario a las segundas víctimas.<sup>3</sup>

Villareal<sup>15</sup> en 2007 habló sobre la necesidad de contar con programas de notificación de EA que evalúen los conocimientos, actitudes y conductas relacionadas con la cultura de seguridad del paciente. Los datos obtenidos nos permitirán analizar y hacer sugerencias sobre los pasos a seguir para prevenir los EA y con ellos las consecuencias en los profesionales de la salud, garantizando así una verdadera práctica de la cultura de seguridad del paciente.

La combinación de todos los distintos factores personales, laborales y sociales facilitan el desarrollo del SB en los trabajadores.<sup>16</sup> Desde este punto de vista, el síndrome puede considerarse como resultado de que el profesional busca ajustarse a su entorno laboral, mientras que el ambiente puede funcionar como elemento desencadenante y los factores personales inhiben o facilitan su desarrollo.

Por todo lo anterior, comprender cuáles son los factores personales, organizacionales y laborales que propician el desarrollo del SB es de suma importancia para la organización (impacto en la productividad), para el trabajador (calidad de vida en el trabajo), para el usuario que recibe la atención (calidad y seguridad del paciente) y para el bienestar de la sociedad en general.<sup>13</sup>

## METODOLOGÍA

Los instrumentos se aplicaron a médicos y personal de enfermería del Centro de Salud de T-II Nayaritas de la Ciudad de México. Estudio observacional, transversal descriptivo, con una muestra por conveniencia con un total de 20 profesionales consultados.

### Instrumentos

Para evaluar el impacto de los EA y sus efectos emocionales y conductuales se aplicó el Cuestionario para Profesionales de Atención Primaria creado en 2016 por el grupo liderado por José Joaquín Mira del Centro de Salud Hospital Plá, Alicante, Departamento de Psicología de la Salud/Facultad de Medicina (España), denominado «Segundas víctimas»<sup>3</sup> 2016. El cuestionario original está compuesto por 51 preguntas organizadas en nueve bloques de autoaplicación, cuya duración es de aproximadamente 20 minutos. Las dimensiones que el cuestionario evalúa: 1) cultura de seguridad, 2) experiencia como segunda víctima, 3) transparencia en la comunicación con paciente (o familiares) y 3) atención prevista a las segundas víctimas.

Para fines de este estudio se utilizaron únicamente las preguntas del apartado 6, 7 y 9, donde se evalúan las experiencias como segunda víctima de un EA (sección 6 y 7) y los datos sociodemográficos (sección 9), los apartados restantes serán motivo de otra publicación. El cuestionario es de tipo escala *likert* con las siguientes opciones de respuesta: nunca, alguna vez, casi siempre, siempre. En la sección 7 las respuestas son dicotómicas. Para la evaluación del síndrome de *burnout* se utilizó el Maslach *Burnout Inventory*-Human Services (MBI-HS) estandarizado en México.<sup>17</sup> El MBI-HS está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario MBI-HS se realiza entre 10 y 15 minutos y mediante una escala *likert* mide los tres aspectos del síndrome: 1) cansancio emocional, 2) despersonalización y 3) rendimiento personal.

- 0 = Nunca.
- 1 = Pocas veces al año o menos.
- 2 = Una vez al mes o menos.
- 3 = Unas cuantas veces al mes o menos.
- 4 = Una vez a la semana.
- 5 = Pocas veces a la semana.
- 6 = Todos los días.

Con respecto a las puntuaciones por escalas en agotamiento emocional se consideran bajas de 0 a 18 puntos, medias de 19 a 26 puntos y altas de 27 a 54 puntos; en despersonalización las puntuaciones bajas van de 0 a 5 puntos, de 6 a 9 medio y de 10 a 30 altas; en el caso del rendimiento personal las puntuaciones que califican como bajas deben ser de 40 a 56, medio de 34 a 39 y alto de 0 a 33 puntos (Tabla 1).

El SB se diagnostica cuando existen puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero.

Los instrumentos fueron de autoaplicación para ser contestados de manera autógrafa por los encuestados durante su horario laboral, previamente autorizados por la gerencia del Centro de Salud T-II Nayaritas.

El tiempo empleado en la aplicación para ambos cuestionarios fue de aproximadamente media hora.

## RESULTADOS

### Análisis descriptivo

Se analizó un total de 20 profesionales de la salud, de los cuales 70% (14) fueron mujeres y 30% (seis) hombres, el intervalo de edades se encontró entre 19 y 66 años de edad, con una media de edad de 41 años. Por profesión se encontraron 45% (nueve) médicos, 30% (seis) de personal de enfermería y 25% (cinco) odontólogos. El intervalo de experiencia

**Tabla 1.** Valores de referencia del Maslach *Burnout Inventory* -Human Services (MBI-HS).

	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Rendimiento personal	40-56	34-39	0-33

laboral fue de uno a 35 años, con una media de 14 años de experiencia laboral.

Las puntuaciones del SB en promedio para médicos, personal de enfermería y odontólogos fueron de 58, 52 y 41 puntos respectivamente, que pueden clasificarse como niveles bajos del SB. Y en las subescalas del mismo instrumento fueron en agotamiento emocional 13 puntos para médicos, 12 puntos para personal de enfermería y seis puntos para odontólogos, todas las puntuaciones bajas. En la subescala de despersonalización, las puntuaciones fueron de 4 para médicos, 0 para personal de enfermería y de 3 puntos para odontología, nuevamente las tres puntuaciones bajas. Y por último, la subescala de rendimiento personal fue 41, 40 y 33 puntos respectivamente, puntuaciones bajas para médicos y enfermeros y media para odontólogos (Tabla 2).

Los profesionales de la salud consideran que las consecuencias emocionales y conductuales de un EA que pueden experimentar alguna vez son: dificultades para concentrarse, sentimientos de culpa y baja laboral.

**Tabla 2.** Resultados del índice de Maslach *Burnout Inventory-Human Services (MBI-HS)* del grupo estudiado.

	Agotamiento emocional	Desperso-nalización	Rendimiento personal
Médicos	13	4	41
Enfermería	12	0	40
Odontología	6	3	33

Médicos y enfermeros reportan que en promedio alguna vez se presenta pesimismo ante la vida, los odontólogos enuncian que nunca se da el pesimismo ante la vida. En cuanto al cansancio, la ansiedad y los trastornos del sueño los médicos y odontólogos declaran que algunas veces pueden sufrir esas consecuencias, mientras que los enfermeros casi siempre presentan dichas consecuencias. Por otro lado, los profesionales de la salud no requieren un traslado del lugar de trabajo o abandonar su profesión (Tabla 3).

Debido al tamaño de la muestra no fue recomendable realizar análisis estadísticos.

### DISCUSIÓN

De lo anterior podemos concluir que las consecuencias tras un EA que más afectan al personal de salud son de tipo emocional (dificultades para concentrarse, sentimientos de culpa, pesimismo ante la vida, cansancio, ansiedad y trastornos del sueño), en comparación con las conductuales (baja laboral, traslado de lugar de trabajo y abandono de la profesión). En cuanto al síndrome de *burnout*, al igual que en la literatura, los médicos son los que presentan mayor puntaje en niveles, en contraste con enfermeros y odontólogos, no solamente en la puntuación general, también en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización; sin embargo, no todos los profesionales de salud presentan el síndrome de *burnout*.

Realizar y contar con programas de notificación cuyos datos obtenidos nos muestran los conocimientos, actitudes y conductas relacionadas con la cultura de seguridad del paciente, nos permitirá analizar y hacer sugerencias sobre los pasos a seguir

**Tabla 3.** Resultados de las consecuencias que han observado los participantes en casos de EA.

	Dificultades para concentrarse	Sentimientos de culpa	Pesimismo ante la vida	Cansancio	Ansiedad	Trastornos del sueño	Baja laboral	Traslado de lugar de trabajo	Abandono de la profesión
Médicos	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	No	No
Enfermería	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Alguna vez	No	No
Odontólogos	Alguna vez	Alguna vez	Nunca	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	Alguna vez	No	No

para prevenir los EA y con ellos las consecuencias en los profesionales de la salud, garantizando así una verdadera práctica de la cultura de seguridad del paciente; además de comprender cuáles son los factores desencadenantes del síndrome de *burnout*, ya que es de suma importancia por el impacto en la productividad, para el trabajador (calidad de vida en el trabajo), el usuario que recibe la atención (calidad y seguridad del paciente) y la sociedad, lo que se supone fomenta la gestión de calidad y la oportunidad institucional de aprender que los errores deben prevenirse.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Hamui-Sutton A, Pérez-Castro JA, Durán-Pérez VD, García-Téllez SE, Fernández-Cantón SB, Lezana-Fernández MA. Percepción de los médicos residentes sobre la cultura de seguridad del paciente en México. *Rev CONAMED*. 2016; 20 (2): 54-63.
2. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1. Informe Técnico Enero de 2009. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2009 [acceso 2018-27-01]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf)
3. Segundas y terceras víctimas. Proyecto de Investigación [Internet]. España: Segundas víctimas; 2006 [acceso 2018-30-10]. Disponible en: <http://www.segundasvictimas.es/index.php>
4. Echevarría S, Sandoval Castellanos F, Gutiérrez S, Alcantar A, Cote L. Eventos adversos en cirugía. *Cir Gen* 2011; 33 (3): 163-169.
5. Pineda-Pérez D, Puentes-Rosas E, Rangel-Chávez NJ, Garrido-Latorre F. Eventos adversos quirúrgicos en tres instituciones públicas de salud mexicanas. *Salud Pública México*. 2011; 53 (Supl 4): S484-S490.
6. Rosales R, Rosales F. Burnout estudiantil universitarios. Conceptualización y estudio. *Salud Mental*. 2013; 36 (4): 337-345.
7. Juárez-García A, Idrovo ÁJ, Camacho-Ávila A, Placencia-Reyes O. Síndrome de Burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud Mental*. 2014; 37 (2): 159-176.
8. Garrosa E, Carmona I. Salud laboral y bienestar. Incorporación de modelos positivos a la comprensión y prevención de los riesgos psicosociales del trabajo. *Med Segur Trab*. [Internet] 2011 [acceso 2018-22-02]; 57 (Suplemento 1):224-238. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/actualizacion12.pdf>
9. Ortega Ruiz C, López Ríos F. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology* [Internet]. 2004 [acceso 2018-23-02]; 4(1):137-160. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740108>
10. Ruiz L, Sánchez M. Seminario. El Ejercicio Actual de la Medicina. Profesión y profesionalismo en medicina. [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2006. [Acceso 2017 28 01] Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/nov\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/nov_01_ponencia.html)
11. Curiel-García J, Rodríguez-Morán M, Guerrero-Romero F. Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006; 44 (3): 221-226.
12. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83 (2): 215-230.
13. Grau E, Álvarez R, Sánchez M. Seminario. El Ejercicio Actual de la Medicina. El síndrome de "Burnout": La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2007. [Acceso 2017-28-01]. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html)
14. Moreno B, González L, Garrosa E. Desgaste profesional (Burnout), Personalidad y Salud percibida. Madrid: Pirámide; 2001, pp. 59-83.
15. Villareal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. *Revista Científica Salud Uninorte* [Internet]. 2007 [acceso 2017-30-10]; 23(1). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4057/5714#>
16. Moreno B, Báez C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. [Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2010 [acceso 2018-12-02] p.116-133. Disponible en: [http://www.ridso.com/documentos/muro/207\\_1445032095\\_5621709f6380a.pdf](http://www.ridso.com/documentos/muro/207_1445032095_5621709f6380a.pdf)
17. Meda R, Moreno B, Rodríguez A, Morante M, Ortiz G. Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*. 2008; 18 (1): 107-116.