



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**Síndrome de *burnout* en médicos: ausentismo, seguridad del paciente. Una
revisión sistemática exploratoria**

MARLENE EDITH OCHOA GONZÁLEZ

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Bogotá, Colombia
2017

Síndrome de *burnout* en médicos: ausentismo, seguridad del paciente. Una revisión sistemática exploratoria

Marlene Edith Ochoa González

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en salud y seguridad en el trabajo

Director (a):

MsSc. María Amparo Lozada de Díaz

Línea de Investigación:

Conceptualización y métodos en salud y seguridad en el trabajo

Grupo de Investigación:

Salud y trabajo

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2017

Resumen

El sector salud ha sido tradicionalmente señalado en diversos estudios como un escenario donde se presenta con mayor frecuencia el síndrome de *burnout*, como consecuencia del estrés laboral crónico, siendo los trabajadores de la salud el personal más afectado por esta condición, tal como lo atestiguan estudios sobre este tema, desarrollados a partir del trabajo pionero de Maslach. Dentro de los profesionales de esta área, el personal médico ha sido incluido en el grupo de los afectados.

El síndrome de *burnout* se caracteriza por presentar una triada de síntomas que incluyen: agotamiento emocional, despersonalización y la baja realización personal. Estos síntomas se expresan en manifestaciones de orden físico, psicológico y social. Dentro de este último, se encuentran factores relacionados con la actividad laboral y las consecuencias derivadas de esta. Este estudio se propuso describir la mejor evidencia científica disponible acerca del impacto del síndrome de *burnout* en médicos sobre el ausentismo y la seguridad del paciente en términos de error médico.

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica con el uso de ecuaciones de búsqueda en ocho bases de datos: EBSCO-host, Embase, JSTOR Medline, OVID, ScienceDirect, Scielo y Scopus, para seleccionar los artículos que cumplieran con los criterios de inclusión, hubieran sido publicados en el periodo comprendido entre 2002 y 2015 y en idioma inglés como en español. Se evaluó la calidad de los estudios incluidos para determinar el nivel de evidencia de cada uno. Como resultado de la aplicación de todos los criterios establecidos, se obtuvo un total de cuatro artículos.

No se encontraron estudios que permitieran demostrar evidencia del impacto del *burnout* en médicos sobre el ausentismo laboral, sin embargo, los estudios realizados sobre estrés laboral crónico en diferentes países reportan aumento del ausentismo laboral en trabajadores afectados por éste. En términos de seguridad del paciente, se encontró que los médicos con *burnout* tienen una probabilidad mayor de cometer errores médicos

Palabras clave: *burnout*, médicos, ausentismo, seguridad del paciente, error médico

Abstract

The healthcare sector has been traditionally indicated in diverse studies as a scene where one presents with major frequency the syndrome of *burnout*, as consequence of the chronic job stress, being the healthcare workers are the personnel most affected by this condition, as studies testify it on this topic, developed from Maslach's pioneering work. Inside the professionals of this area, the medical personnel has been included in the group of the affected ones.

The syndrome of *burnout* is characterized for presenting a triad of symptoms that they include: emotional depletion, depersonalization and the low personal accomplishment. These symptoms express in manifestations of physical, psychological and social order. Inside the latter, they find factors related to the labor activity and the consequences derived from this one. This study proposed to describe the best scientific available evidence it brings over of the impact of the syndrome of *burnout* in doctors on the absenteeism and the safety of the patient in terms of medical error.

There was realized a systematic review of the scientific literature by the use of equations of search in eight databases: EBSCO-host, Embase, JSTOR Medline, OVID, ScienceDirect, Scielo and Scopus, to select the articles that were expiring with the criteria of incorporation, had been published in the period understood between 2002 and 2015 and in language English as in Spanish. The quality of the studies was evaluated included to determine the level of evidence of each one. As result of the application of all the established criteria, there was obtained a total of four articles.

We did not find studies that were allowing to demonstrate evidence of the impact of the *burnout* in doctors on the labor absenteeism, nevertheless, the studies realized on chronic job stress in different countries they bring increase of the labor absenteeism in workers affected by this one. In terms of patient safety, one found that the doctors with *burnout* have a major probability of committing medical errors.

Keywords: *burnout*, physicians, absenteeism, patient safety, medical errors

Contenido

	Pág.
Resumen	V
Lista de figuras	IX
Lista de tablas	X
Lista de Símbolos y abreviaturas	XI
Introducción	1
1. Delimitación del área problemática	4
2. Justificación	11
3. Pregunta de investigación	15
4. Objetivos	17
4.1 Objetivo general.....	17
4.2 Objetivos específicos.....	17
5. Marco teórico	19
5.1 Síndrome de <i>burnout</i>	19
5.1.1 Definición	19
5.1.2 Epidemiología del síndrome de <i>burnout</i>	21
5.1.3 Modelos explicativos y etiología del síndrome de <i>burnout</i>	22
5.1.4 Consideraciones clínicas sobre el síndrome de <i>burnout</i>	27
5.1.5 Medición del síndrome de <i>burnout</i>	31
5.1.6 Consecuencias sobre la organización	32
5.2 Ausentismo.....	34
5.2.1 Definición	34
5.2.2 Clasificación del ausentismo laboral.....	35
5.2.3 Causas del ausentismo	36
5.2.4 Síndrome de <i>Burnout</i> y ausentismo laboral.....	38
5.3 Seguridad del paciente	40
5.3.1 Definición	40
5.3.2 Modelos de causalidad.....	41
5.3.3 Clasificación de los errores médicos	42
5.3.4 Síndrome de <i>Burnout</i> y error médico.....	44
5.4 Revisión sistemática exploratoria.....	45

6. Metodología.....	47
6.1 Diseño de investigación.....	47
6.1.1 Identificación del problema y variables de interés	47
6.1.2 Definición de las fuentes y método de búsqueda.....	48
6.1.3 Definición y aplicación de criterios de selección de estudios.....	50
6.1.4 Evaluación de la información	52
6.1.5 Análisis y presentación de resultados	53
6.2 Reducción de sesgos	54
6.3 Consideraciones éticas	54
7. Resultados	56
7.1 Ausentismo laboral.....	56
7.2 Seguridad del paciente.....	58
8. Discusión.....	64
9. Conclusiones y recomendaciones	68
9.1 Conclusiones.....	68
9.2 Recomendaciones.....	69
9.3 Limitaciones	70
A. Anexo: Protocolo de búsqueda	71
B. Anexo: características de los estudios sobre <i>burnout</i> en médicos y seguridad del paciente.....	75
Bibliografía	83

Lista de figuras

	Pág.
Figura 5-1: Modelo teórico comprensivo sobre el síndrome de <i>burnout</i> , elaborado por Gil Monte.	25
Figura 5-2: Manifestaciones clínicas del síndrome de <i>burnout</i>	30
Figura 5-3: Clasificación del ausentismo laboral.....	35
Figura 5-4: Figura. Modelo del Queso Suizo.....	41
Figura 6-1: Proceso de selección de artículos	51
Figura 7-1: Diagrama de flujo de selección de artículos respecto a <i>burnout</i> en médicos y ausentismo.....	57
Figura 7-2: Diagrama de flujo de selección de artículos respecto a <i>burnout</i> en médicos y error médico	59

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 5-1: Diferencias entre estrés y síndrome de <i>burnout</i>	20
Tabla 5-2: Repercusiones organizacionales del síndrome de <i>burnout</i>	33
Tabla 5-3: Clasificación de los errores médicos.....	43
Tabla 5-4: Diferencias entre la revisión sistemática y la revisión sistemática exploratoria	46
Tabla 6-1: Escala de evaluación de la calidad de los estudios incluidos.....	52
Tabla 6-2: Calificación del nivel de evidencia	53
Tabla 7-1: Distribución porcentual del número de publicaciones científicas encontradas en las bases de datos consultadas	56
Tabla 7-2: Distribución porcentual del número de publicaciones científicas encontradas en las bases de datos consultadas	58
Tabla 7-3: Características de los estudios sobre <i>burnout</i> en médicos y error médico.....	60
Tabla 7-4: Evaluación del nivel de evidencia de los estudios seleccionados	61
Tabla 7-5: Resumen resultados de los artículos	62

Lista de Símbolos y abreviaturas

Abreviaturas

Abreviatura	Término
<i>IOM</i>	Institute of Medicine
<i>MBI</i>	Maslach <i>Burnout</i> Inventory
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>OIT</i>	Organización Internacional del Trabajo
<i>OPS</i>	Organización Panamericana de la Salud

Símbolos

Símbolo	Término
p	Valor de p

Introducción

Las condiciones de trabajo se han definido como el conjunto de factores intralaborales, que aunados a las condiciones extralaborales e individuales interactúan con la realización de la tarea, y que determinan el proceso salud-enfermedad de los trabajadores. Esta interrelación puede afectar el desarrollo de la actividad laboral maximizando o reduciendo la capacidad laboral del trabajador. Actualmente, el estrés laboral constituye uno de los principales factores que afectan la calidad y el rendimiento de los trabajadores. Si bien hay una interacción entre factores internos (variables de personalidad) como externos (entorno laboral), es en definitiva el entorno laboral el decisivo de la etiología de los síntomas y su curso. Al respecto, algunos ejemplos de contextos que favorecen el estrés laboral son: cargas de trabajo excesivas, exigencias contradictorias y falta de claridad de las funciones del puesto, escasa participación en la toma de decisiones que afectan al trabajador y falta de influencia en el modo en que se lleva a cabo el trabajo, gestión deficiente de los cambios organizativos, inseguridad en el empleo, comunicación ineficaz, falta de apoyo por parte de la dirección o los compañeros, acoso psicológico y sexual y violencia ejercida por terceros (1).

El síndrome de *burnout* es una consecuencia del estrés laboral crónico caracterizado por una triada de síntomas que incluye agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Se da principalmente en personas que trabajan en el sector de servicios como la educación y la salud, donde la tarea implica una relación directa con otras personas (2). Los efectos del *burnout* se dan en las esferas mental, física y psicosocial. En el campo mental se ha reportado depresión y ansiedad; físicos como cefaleas frecuentes, cansancio injustificado y alteraciones del apetito, entre otros (3); psicosocial como conflicto trabajo – familia y dependencia al alcohol (4). También hay repercusión en la institución prestadora de servicios y los usuarios del servicio de salud, con insatisfacción del servicio, daños permanentes o temporales en la salud de los

pacientes, aumento de costos por mala realización de procedimientos, diagnósticos equivocados e incluso aumento de la pérdida de recursos por ausentismo laboral (5).

Al respecto, la Organización Mundial para la Salud (OMS), en la publicación del año 2007 titulada: "Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores", estima que una atención deficiente proveniente de los efectos en la salud de los médicos derivados del trabajo, y una capacidad reducida para laborar en los trabajadores puede ocasionar pérdidas económicas entre el 10 % y hasta el 20 % del producto interno bruto (PIB) de un país (6).

El creciente interés por la comprensión, prevención y las consecuencias del síndrome de *burnout* ha aumentado desde el año 2000 con el pronunciamiento de entidades internacionales como la OMS y el Instituto de Medicina de los Estados Unidos acerca de las condiciones de trabajo del personal de salud, el *burnout* y sus efectos sobre la seguridad del paciente derivados de los errores médicos y sus consecuencias en la organización, como el ausentismo laboral y la disminución en la calidad de la atención (6,7). Aunque se han realizado algunos estudios en trabajadores de la salud acerca del *burnout* y el ausentismo, es necesario identificar de acuerdo con la literatura científica disponible, cómo impacta el síndrome de *burnout* en médicos en términos de ausentismo.

Por otro lado, la seguridad del paciente ha sido una preocupación mundial por la presencia de eventos adversos y errores médicos que ponen en riesgo la salud de los pacientes. En el informe "To Err is Human" del Instituto de Medicina de los Estados Unidos calificó a los errores médicos como una de las causas de mortalidad en ese país (7). Posteriormente en otros países se hicieron estudios al respecto (8). En la literatura se ha reportado casos de errores médicos en profesionales de la salud con *burnout*, los cuales pueden impactar negativamente en la seguridad del paciente (9), sin embargo el tema no ha sido ampliamente estudiado en médicos. Entonces, surge la duda del impacto del síndrome de *burnout* en médicos y seguridad el paciente en términos de error médico.

Disponer de la mejor evidencia permite llenar este vacío y tener razones científicamente válidas para la formulación de acciones orientadas a su reconocimiento, intervención y control. Para encontrar la respuesta a estas preguntas, se realizó una revisión sistemática exploratoria, ya que es una herramienta que permite un acercamiento estructurado de la información científica de un tema, generalmente poco estudiado o en el que hay discrepancia en los resultados de las investigaciones (10).

En el presente trabajo se consultaron ocho bases datos para identificar la mejor evidencia científica respecto al *burnout* en médicos y su impacto en el ausentismo y la seguridad del paciente en términos de error médico. Se consultaron 8 bases datos: EBSCO-host, Embase, JSTOR Medline, OVID, ScienceDirect, Scielo y Scopus, con el uso de ecuaciones de búsqueda formadas a partir de descriptores consultados en un tesoro. Se identificaron los artículos según unos criterios de inclusión y exclusión. Se describieron las características de cada artículo, se evaluó la calidad y el nivel de los artículos. Posteriormente se describieron los resultados de cada uno, se analizan y dan conclusiones teniendo en cuenta la evidencia encontrada.

1. Delimitación del área problemática

En 1974, un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger quien trabajaba en una clínica de New York, observó que algunos trabajadores se presentaban una pérdida progresiva de energía, desmotivación y falta de interés por el trabajo, junto con síntomas de ansiedad y depresión. Su trabajo tenía en común un horario fijo, alto número de horas, salario escaso y un contexto social exigente. Freudenberger, denominó a este patrón de conducta, *Burnout* (estar quemado, consumido, apagado) (11,12). Posteriormente, Maslach y Jackson en 1986 utilizaron el mismo término, describiéndolo como el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés. Lo conceptualizaron como el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso (13)

La definición de síndrome de *burnout* más aceptada científicamente es la postulada por Cristina Maslach en los años ochenta, establecido como respuesta al estrés laboral crónico y descrito como la presencia de altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización y una reducida realización personal (14). Esta definición fue complementada por Cherniss, quien destaca la importancia del trabajo como antecedente a este síndrome y las demandas excesivas o frustrantes en la labor del trabajador. Se presenta en profesionales que trabajan con personas, siendo los docentes y trabajadores de la salud los principales afectados junto con otras profesiones que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás. Sumado a una personalidad perfeccionista con un alto grado de autoexigencia y con una gran tendencia a implicarse en el trabajo (15). Se caracteriza por:

- Agotamiento emocional: incluye sensaciones de sobre esfuerzo y se refleja en un sentimiento de incapacidad de servir a los demás.

- Despersonalización: se presenta con actitudes, respuestas, emociones frías y distantes hacia los demás manifiestas por cinismo, irritabilidad e ironía con las personas con quien trabaja y a las que le sirve.
- Baja realización personal: se presenta disminución de la autoconfianza y el rendimiento laboral, baja tolerancia a la frustración que se plasma en precarias expectativas laborales y personales (16).

El síndrome de *burnout* presenta factores predisponentes que se pueden agrupar en tres categorías básicas: 1) factores de la personalidad, 2) factores del lugar de trabajo y 3) factores sociales. Respecto a los factores laborales, Burke y Mikkelsen (17) mencionan seis componentes principales: sobrecarga de trabajo, falta de control, desbalance en el sistema de recompensas y reconocimiento, baja respuesta de la empresa frente a las necesidades de los empleados, falta de justicia e incongruencia entre las características propias del trabajador, los valores de la organización y el perfil del cargo. La sobrecarga de trabajo se refiere a horas excesivas de trabajo de una persona o gasto exagerado de energía y tiempo para realizar la tarea. La falta de control se da cuando no hay autonomía del trabajador en relación con la forma de organizar su trabajo y solamente cumple órdenes.

En cuanto al sistema de recompensas y reconocimiento, se resalta el desbalance entre un trabajo excesivamente demandante sin recibir la recompensa adecuada, la falta de interés de la empresa frente a las necesidades de sus trabajadores genera en ellos sentimientos de insatisfacción. La injusticia se refiere al incumplimiento de alguno de los factores del sitio de trabajo (confianza, respeto y apertura). Por último, la incongruencia indica que el trabajador no está de acuerdo o no se acopla a los valores de la empresa, lo que genera descontento, estrés y frustración en el trabajador y el usuario (18)

Bajo este contexto, los factores predisponente del *burnout* son numerosos y varían de acuerdo al entorno donde se encuentre el individuo y los recursos personales que este posea para afrontarlos y/o mitigarlos. Determinaran si lo presentan. Independiente del sector productivo se relacionan directamente con las condiciones de trabajo: individuales, extralaborales e intralaborales. En las últimas décadas se han planteado modelos teóricos que buscan explicar el origen, los factores predisponentes que contribuyen a que

se presente *burnout* y cuáles son sus consecuencias. Los modelos más relevantes se clasifican en cuatro líneas de investigación: 1) teoría sociocognitiva del yo, 2) teoría del intercambio social, 3) teoría organizacional y 4) teoría estructural (19).

Los trabajos realizados en personal del sector salud sobresalen en forma importante. Se han enfocado principalmente en la identificación de los factores desencadenantes, la prevalencia y consecuencias del *burnout*. Además, se han tenido en cuenta transformaciones sociolaborales relevantes para la salud médica, estas son: 1). Sobrecarga en la atención de pacientes causando un aumento de la carga emocional y mental 2). Más exigencias macroeconómicas a las cuales se deben adaptar los médicos y 3). Empeoramiento de las condiciones laborales; con aumento de turnos de trabajo, escasa promoción, cambios de oficio, desempleo y precarización laboral y como consecuencia conjunta aumento de *burnout* en la profesión médica (20). Por otro lado, algunas especialidades por sus características pueden ser de mayor riesgo para el desarrollo de *Burnout*, como el personal médico que labora en servicios de urgencia o en unidades de cuidados intensivos, en psiquiatría o medicina interna. Sin embargo, falta investigación al respecto para establecer conclusiones sólidas (21).

Las consecuencias del *burnout* son de gran relevancia para el individuo que lo padece, su entorno social y para la organización a la que pertenecen, ya que repercuten negativamente. Se estiman en alrededor de 100 consecuencias, hay muchas formas de clasificarlas, por ejemplo: 1. Emocionales, 2. Cognitivas, 3. Conductivas y 4. Sociales (22). Otra forma es: 1) en el individuo y 2) en la organización (23). En lo individual se ha encontrado un deterioro progresivo de los recursos energéticos de la persona, generando agotamiento, falta de energía y otros síntomas como cefalea, afecciones gastrointestinales, inmunosupresión, alteraciones del sueño, alteraciones sexuales, problemas musculares y alteraciones en el sistema nervioso (24).

Otros incluyen: dificultad para concentrarse en los usuarios, violencia verbal y física, desinterés por las necesidades de otros, comportamientos explosivos y cambios de humor repentinos, aislamiento social y pocos amigos (25). En la organización se destaca el elevado ausentismo laboral por enfermedades psicósomáticas, bajo compromiso del

trabajador que puede llegar al abandono del puesto de trabajo o a la reducción de su producción, deterioro en el servicio que presta y aumento de accidentes laborales (26).

Las consecuencias del síndrome de *burnout* dirigidas a la organización del sector salud afectan los objetivos y los resultados de esta, debido a la disminución de la satisfacción laboral, elevado ausentismo laboral, el bajo interés por las actividades laborales y el deterioro de la calidad del servicio prestado, aumento de costos por mala realización de procedimientos, diagnósticos equivocados y, por ende, pérdida de recursos sin resolución de los problemas de salud de los pacientes y efectos negativos en la seguridad del paciente (27)

Bajo este contexto, el análisis de las consecuencias del *burnout* en médicos es complejo porque se manifiestan de forma diferente en cada caso, dependiendo de las características individuales, organizacionales y de la presión laboral a la que está sometido. Sin embargo, en la mayoría de los casos hay una progresión similar abarcando efectos individuales, organizacionales y sociales. En este último, al estar implicada la atención médica de los usuarios o pacientes repercute en el mantenimiento de la fuerza laboral de un país. Si bien son múltiples los efectos negativos del *burnout* en médicos, en este caso es objeto de estudio el ausentismo laboral y la comisión de errores médicos, este segundo factor directamente relacionado con la seguridad del paciente. Se aclara que se abordaran de manera independiente.

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el ausentismo es “la práctica de un trabajador que consiste en no reportarse al trabajo por un período de uno o más días (o turnos) para desempeñar el trabajo que se le asignó o para el que fue programado” (28). Se exoneran los períodos vacacionales y las huelgas. En España es más frecuente usar la palabra absentismo, por lo que se le considera sinónimo (29).

Se han realizado estudios con modelos para predecir el ausentismo en empresas. Bakker et al., aplicó el modelo de JD-R (Job Demands-Resources, por sus siglas en inglés) a empleados de producción de nutrición. Los resultados del modelo de análisis de ecuación estructural (SEM-Analysis, Structural Equation Modeling, por sus siglas en inglés) mostraron que las demandas de trabajo eran predictores únicos de *burnout* e indirectamente de la duración del ausentismo, mientras que los recursos de trabajo eran

predictores únicos de compromiso con la organización, e indirectamente del ausentismo (30).

En un meta-análisis realizado en Estados Unidos se afirma que la presencia de altas demandas de trabajo se vincula al aumento del *burnout* en el empleado, al ausentismo y disminución del desempeño (31). Dierendonck, et al., (32) quienes realizaron la evaluación de la tasa de ausentismo antes y después de un programa de intervención del *burnout*, encontraron que el *burnout* y el ausentismo disminuyeron en el grupo experimental comparado con un grupo de control. Mendoza Urrizola JH, (33) investigó la asociación entre el nivel de ausentismo y el síndrome de *burnout*, para lo cual midió el nivel de *burnout* en 402 mujeres trabajadoras de un hospital privado. Concluye que “ha observado la existencia de asociación entre el nivel de *burnout* e incremento de ausentismo por enfermedad, incluso en niveles intermedios de *burnout*, sin que ello implique que la relación sea de causalidad”. En un estudio prospectivo, realizado en Dinamarca, con 2301 trabajadores del sector servicios, reportó a los 3 años de seguimiento una asociación lineal entre niveles de *burnout* y números de días de ausentismo por enfermedad (34).

Si bien estos estudios permiten un acercamiento al ausentismo como consecuencia del *burnout* en trabajadores, cabe preguntarse si esto ocurre con médicos y cuál es la evidencia científica que lo sustenta.

Por otro lado, la OMS define la seguridad del paciente como la “reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o dispensar otro” (35) El reconocimiento del error médico y el daño a los pacientes ha ganado importancia desde el siglo pasado cuando se “empezaron a publicar las tasas de daños atribuibles a fallas en la atención médica, conocidas como eventos adversos. Esas publicaciones alentaron una corriente de opinión favorable para promover políticas, programas y estrategias dirigidos a mejorar la seguridad del paciente, cuyo objetivo principal es la disminución de errores en el sistema

sanitario, así como la prevención de eventos adversos y daños innecesarios en los pacientes” (36).

El error médico es un “evento adverso o cuasiincidente que es prevenible en el estado actual de los conocimientos médicos”. “Resulta de una equivocación en que no existe mala fe, ni se pone de manifiesto una infracción o imprudencia, como la negligencia, abandono, indolencia, desprecio, incapacidad, impericia e ignorancia profesional” (9).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Organización Panamericana de Salud (OPS) y otras organizaciones lanzó en el año 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad Clínica del Paciente. Dentro de las acciones propuestas se incluyen: elaboración de sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos, siendo indispensable mayor investigación al respecto (37).

La OMS en su informe de 2008 (38) “La investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención segura” indica que la falta de suficiente personal de enfermería, el *burnout* y la fatiga de los profesionales de asistencia médica son las principales causas de los errores médicos en los hospitales. También, menciona que aún hay preguntas que requieren más estudios para ser resueltas, como por ejemplo:

- Es el nivel de estrés y de fatiga la causa de las consecuencias a corto plazo?
- Qué efecto tiene el estrés y la fatiga en el desempeño que induce al error?

Para responder estas preguntas, es necesario sustentarnos según la evidencia científica disponible. En este sentido, surge la necesidad de dar razón del error médico como consecuencia del *burnout* en médicos teniendo en cuenta que está directamente relacionado con la seguridad del paciente.

2. Justificación

En el sector salud, el *burnout* tiene una elevada prevalencia y repercute significativamente en el desempeño laboral (39). En estudios europeos, se ha estimado que la prevalencia de agotamiento entre médicos podría extenderse de 2.4 al 72 %. La prevalencia varía de un país a otro e incluso dentro del mismo territorio nacional valorado, y se encuentra a nivel internacional gran variabilidad respecto al grupo ocupacional, se presentan fluctuaciones que van del 17,83 % reportada en enfermeras de España, hasta un 71,4 % en médicos asistenciales del mismo espacio geográfico (40,41). La literatura respecto al síndrome de *burnout* en médicos ha aumentado, y con el ello el interés por la comprensión de las consecuencias derivadas de este y su repercusión en los sistemas de salud (42).

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe del año 2000, señala que el talento humano de los sistemas de salud es vital para su funcionamiento y enfatiza en el mejoramiento de la calidad de vida laboral de estos profesionales. Es de gran relevancia las condiciones laborales de su entorno, en especial los factores psicosociales, debido a que estos contribuyen a la aparición del *burnout* y sus consecuencias repercuten en las organizaciones de salud (43).

En cuanto al ausentismo laboral, en un artículo publicado en el 2001, señalan que “los resultados encontrados indican que la influencia del *burnout* sobre el absentismo no está clara, puesto que algunos investigadores no han encontrado relaciones significativas entre ambas variables” (22). No obstante, a lo largo de estos años se han realizado investigaciones al respecto. Algunas han determinado una asociación entre el *burnout* y el ausentismo sin que eso implique causalidad (33). Los modelos teóricos, como el presentado por Gil Monte y en general en la literatura consideran el ausentismo laboral como consecuencia del *burnout*. Además, muchos autores hacen énfasis en su importancia en los sistemas de salud, afirmando que es necesario que las organizaciones

sanitarias prevengan el *burnout*, puesto que las consecuencias para la organización son importantes: aumento del ausentismo laboral, bajas laborales, entre otras (44).

Sin embargo, hay estudios recientes, como el publicado en el 2013 en el cual no encuentran esta asociación (45). En otros, solo alguno de los componentes del *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) se asocia con el ausentismo, como el estudio de Olivares-Faúndez y cols, que evidenciaron una relación significativa y positiva entre la dimensión desgaste psíquico y absentismo laboral en trabajadores de la salud en un hospital de Chile (46). Se infiere que los estudios no son del todo concluyentes, pero si se considera de importancia el ausentismo en trabajadores con *burnout*. Puesto que la profesión médica es una de las principales afectadas por el *burnout*, describir la evidencia científica respecto al *burnout* en médicos y el ausentismo laboral permitirá identificar quien, cómo y los resultados encontrados respecto a esta variable, y aclarar estas diferencias para fortalecer el conocimiento de las consecuencias del *burnout* en estos profesionales.

Por otro lado, la importancia de los efectos causados por las condiciones de trabajo de los médicos afecta los resultados en salud de los pacientes y las investigaciones han aumentado desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM, por sus siglas en inglés) puso de presente ante la comunidad científica en el año 2000, en el informe "To Err is Human", que entre 44000 a 98000 personas morían al año debido a errores médicos, ubicándose como la octava causa de mortalidad en Estados Unidos (7). En Canadá y Nueva Zelanda, cerca del 10% de los pacientes hospitalizados sufren las consecuencias negativas de estos errores (7).

A partir de la publicación del IOM, rápidamente se extendió por el mundo la preocupación por contar con sistemas de atención más seguros y diversos países empezaron a desarrollar políticas y estrategias para reducir los errores de la práctica médica y mejorar la seguridad de los pacientes (36). Organizaciones internacionales como la OMS y la OPS promovieron acciones para la elaboración de sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos, siendo indispensable mayor investigación al respecto (37).

Posteriormente, la OMS en su informe de 2008 “La investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención segura”, señala que la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo y hace énfasis en fomentar la investigación como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria (38). Asimismo indica que la falta de suficiente personal de enfermería, el *burnout* y la fatiga de los profesionales de asistencia médica son las principales causas de los errores médicos en los hospitales

La capacidad de los profesionales de salud para proporcionar seguridad en el cuidado del paciente está influenciada por factores personales como el estrés, el *burnout*, y la insatisfacción laboral. Los síntomas del síndrome de *burnout* hacen que el trato con otros integrantes del equipo de salud y los usuarios se vuelva distante e indiferente, afectando de esta manera la atención y seguridad del usuario (47). Los médicos con *burnout* pueden tener mayor probabilidad de cometer errores en la medicación. Al respecto, Hickman, et al, (48) afirman que el *burnout* es común entre médicos internos y se ha asociado con prácticas subóptimas de cuidado del paciente que generan consecuencias en la seguridad del paciente. Debido a dificultad en la toma de decisiones, comunicación ineficaz e irritabilidad que puede llevar a errores médicos (39), que afectan la confianza, la satisfacción y salud de los pacientes, y generan pérdidas en materia financiera por concepto de pago de indemnizaciones y los tratamientos asumidos (47).

West CP, et al., evaluaron en un estudio prospectivo longitudinal, la frecuencia de errores autopercebidos en 184 médicos residentes y la asociación con la calidad de vida y el *burnout*. Usaron el MBI (Maslach *Burnout* Inventory, por sus siglas en inglés). Encontraron que los errores médicos autopercebidos fueron asociados con una disminución subsecuente en la calidad de vida ($P=.02$) y empeorados en todas las 3 subescalas del MBI de *burnout* ($P=.002$ para cada uno). Además, el incremento del *burnout* fue asociado con aumento de las probabilidades de error autopercebido en los 3 meses siguientes ($P=.001$, $P<.001$, y $P=.02$ para despersonalización, el agotamiento emocional, y baja realización personal, respectivamente) (49).

Por lo tanto, la información anteriormente referenciada pone en conocimiento la presencia del síndrome de *burnout* entre los profesionales de medicina y su impacto en

aspectos de la seguridad del paciente. Esta situación indica que se deben abordar acciones orientadas a su prevención e intervención, sustentadas en la mejor evidencia como condición esencial para proponer planes y programas costo-efectivos, eficaces y eficientes en las instituciones de salud. Sin embargo, consecuencias del *burnout* como los errores médicos en personal de medicina no han sido ampliamente estudiados. Disponer de la mejor evidencia permite llenar este vacío y tener razones científicamente válidas para la formulación de acciones orientadas a su reconocimiento, intervención y control.

La revisión sistemática exploratoria es una metodología utilizada para abordar temas nuevos, poco estudiados o como paso previo a una revisión sistemática clásica. Permiten toma de decisiones, en este caso, en el ámbito laboral, ya que permite valorar la calidad y hallazgos en investigaciones del tema de estudio, así como conocer quién y dónde se han hecho. De este modo permite apoyar la justificación de decisiones. Para la Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo es esencial porque permite generar hipótesis para nuevas investigaciones que se adelanten dentro de la línea de investigación, especialmente en un tema que afecta en particular a los médicos y la atención en salud y aún no ha sido ampliamente estudiado en el país.

3.Pregunta de investigación

¿Cuál es la evidencia científica disponible del impacto del síndrome de *burnout* en médicos sobre el ausentismo y la seguridad del paciente en términos de error médico?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Describir la mejor evidencia científica disponible acerca del impacto del síndrome de *burnout* en médicos sobre el ausentismo y la seguridad del paciente en términos de error médico.

4.2 Objetivos específicos

- Reconocer mediante la búsqueda en la literatura científica disponible la mejor evidencia del impacto del síndrome de *burnout* en el ausentismo laboral en los médicos.
- Documentar a través de la mejor evidencia científica el impacto del síndrome de *burnout* en la seguridad del paciente en términos de error médico

5. Marco teórico

5.1 Síndrome de *burnout*

5.1.1 Definición

La palabra *burnout* es un término anglosajón que significa estar quemado, gastado, exhausto y desilusionado con el trabajo (50). El primero en utilizar este término como concepto psicosocial asociado con el desempeño laboral fue Freudenberger en 1974. Refiriéndose a este como una respuesta al estrés emocional crónico relacionado con el trabajo, caracterizada por un conjunto de síntomas de graduación variable, que incluyen: desmotivación, irritabilidad, cinismo, ansiedad y depresión (51). Más adelante, en 1976, la psicóloga Christina Maslach lo define como un estrés crónico causado por el contacto con los clientes y un desequilibrio prolongado entre las demandas y los recursos de afrontamiento del trabajador, llevándolo a la extenuación y el distanciamiento emocional (52).

Las investigaciones y los trabajos de Maslach realizados en los años siguientes, permitieron delimitar el concepto de síndrome de *burnout*, siendo aceptado por la mayoría de la comunidad científica. Se definió como una respuesta al estrés crónico que incluye un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Se presenta principalmente en quienes trabajan en contacto directo con personas (53,54). Esto ha permitido orientar las investigaciones y tener claridad respecto al estudio del síndrome de *burnout*.

Sin embargo, se debe aclarar que se diferencia de una situación de estrés porque el síndrome de *burnout* tiene un antecedente de estrés laboral crónico y desarrolla una sintomatología específica que involucra variables afectivas, cognitivas, actitudinales y

físicas (55). Además, Rocío, C. M. resume a partir del estudio de varios autores, otras diferencias significativas y se presentan en la Tabla 5-1.

Tabla 5-1: Diferencias entre estrés y síndrome de *burnout*

	ESTRÉS	BURNOUT
Sustrato primario	Daño fisiológico	Daño emocional
Factores causales	Estímulos estresores Tipo de personalidad	Organizacionales y laborales modulados por tipo de personalidad
Instauración	Episodios agudos de sobrecarga o dificultad	Episodios crónicos de sobrecarga o dificultad
Efectos	Positivos (eustrés) en exposiciones moderadas y negativos	Solo negativos
Problemas en el trabajo Emocionalmente Agotamiento	Sobreimplicación Hiperactividad Relacionado con falta de energía física	Falta de implicación Embotamiento Afecta a motivación y a energía psíquica
Sobrecarga laboral	Directamente proporcional	No identificación habitual
Si depresión	Reacción a preservar energías físicas	Pérdida de ideales de referencia-tristeza
Periodo de reposo y descanso	Puede desaparecer	No desaparece
Población diana	Personas con ideas omnipotentes, aspiraciones irreales, horas excesivas de trabajo y sobrecarga de agenda	Cualquier profesión, especialmente del ámbito de la sanidad y educación
Características de personalidad	Altruismo, compromiso y desinterés	Dos perfiles: •Falta de asertividad, baja autoestima, dependencia y escasa implicación •Entusiasmo, idealismo, alto nivel de implicación

Fuente: Campos Méndez, R. Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de *burnout* en profesionales de centros de mayores en Extremadura [tesis doctoral]. Extremadura: Universidad de Extremadura, Departamento Terapéutica Médico-Quirúrgica; 2015: 64 (56).

5.1.2 Epidemiología del síndrome de *burnout*

Las investigaciones iniciales y según lo descrito por autores pioneros en el estudio del síndrome de *burnout*, este se relaciona con las personas que trabajan en contacto con otras personas. Generalmente en profesiones de ayuda; dentro de este grupo están: la educación y los servicios sociales y sanitarios (51). No obstante, hay autores que consideran que el síndrome de *burnout* se presenta en cualquier profesión (57,58). Sin embargo, se reconoce que existe mayor incidencia en profesiones asistenciales.

En cuanto a cifras epidemiológicas del síndrome de *burnout*, aún no hay un consenso global, ya que los datos reportados en las investigaciones que buscan este objetivo son muy variables. Incluso en una misma profesión y comparado con estudios de otra región geográfica en un mismo país. Esto se debe a los diversos factores desencadenantes del síndrome de *burnout*, tipo de cuestionario empleado, los puntos de corte utilizados y los constructos conceptuales que sustentan los estudios, entre otros factores (59). Por ejemplo, Gil-Monte y Marucco (2008) evaluaron la prevalencia del síndrome de *burnout* en 123 pediatras de acuerdo con los criterios de países como España, Argentina, Holanda y Estados Unidos. Encontraron que “siguiendo los puntos de corte del manual USA fue del 10,59 %, mientras que considerando los criterios clínicos establecidos en Holanda el porcentaje fue sólo del 3,25 %” (60).

- Sector salud

En un estudio realizado por Grau Martín, A. et al. (61), cuyo objetivo es comparar la prevalencia de *burnout* entre profesionales sanitarios de países de habla hispana y explorar su asociación con las características sociodemográficas, participaron 11.530 profesionales de la salud de habla hispana (51 % varones, edad media de 41,7 años). “La prevalencia de *burnout* en los profesionales residentes en España fue de 14,9 %, del 14,4 % en Argentina, y del 7,9 % en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5 % y 5,9 %. Por profesiones, medicina tuvo una prevalencia del 12,1 %, enfermería del 7,2 %, y odontología, psicología y nutrición tuvieron cifras inferiores al 6 %” (61).

Otros estudios han reportado valores más elevados. Cebriá, J. et al. (62) identificaron una prevalencia del 40 % en 427 médicos de 93 centros de atención primaria de Barcelona. Pereda-Torales et al. en su investigación realizada a 146 profesionales de la salud, con una participación del 51 % de médicos, hallaron una prevalencia del 19,6 %. En su discusión resaltan el hecho de que datos de prevalencia del síndrome de *burnout* reportados por otros estudios realizados en México entre el personal médico van desde el 42,3 % y el 44 % hasta el 50 % (63).

Lo expuesto anteriormente indica que no hay una cifra exacta de la prevalencia del *burnout* en el sector salud y tampoco exclusivamente para los médicos, se resalta que puede llegar hasta un 50%, además teniendo en cuenta que cada institución de salud tiene condiciones de trabajo distintas esto favorece la gran variabilidad en los datos reportados.

5.1.3 Modelos explicativos y etiología del síndrome de *burnout*

Para explicar el síndrome de *burnout* y su etiología, es necesario integrarlo en marcos teóricos que puedan dar razón de este. Hasta el momento se han generado diversas propuestas basadas en fundamentos teóricos amplios y diferenciados. Estos modelos contemplan antecedentes y consecuencias del síndrome, describiendo un proceso del desarrollo del *burnout*. Se clasifican en: teoría sociocognitiva del yo, teoría del intercambio social, teoría organizacional y teoría estructural. No obstante, en la actualidad la teoría con mayor respaldo es la presentada por Gil Monte y Peiró en 1997. Estas teorías se describen brevemente a continuación, junto con algunos ejemplos de modelos que las apoyan.

- Teoría sociocognitiva del yo

Los modelos basados en esta teoría consideran que las cogniciones de los individuos afectan la percepción y conducta propia, y le dan gran importancia a las variables relacionadas con la autoconfianza, la autoeficacia y el autoconcepto. Un modelo corresponde al de competencia social de Harrison, una función de la competencia

percibida, y en base a ello elabora el modelo de competencia social. En este se asume que el profesional asistencial tiene alto sentido de altruismo, en su entorno laboral encuentra factores facilitadores y de barrera. Si el trabajador se encuentra con los segundos, los sentimientos de eficacia disminuyen, porque no consigue sus objetivos, y esto afecta negativamente la esperanza de conseguirlos. Al mantenerse esta situación en el tiempo se origina el síndrome de *burnout* (19).

Otro modelo, como el de Cherniss en Campos R. (56), establece una relación causal desde la incapacidad del trabajador para desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal y el síndrome de *burnout*. Así, el autor incorpora la noción de autoeficacia percibida, entendida como las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades para ejercer un control sobre las situaciones que les afectan. Si no se logran los objetivos personales, el sentimiento de autoeficacia disminuye, aumentan los sentimientos de fracaso y puede dar lugar al desarrollo del síndrome de *burnout* (56).

- Teoría del intercambio social

Se basa en que el sujeto al establecer relaciones interpersonales, activa mecanismos cognitivos de comparación social que pueden generarle percepciones de inequidad o falta de ganancia, lo que aumentaría el riesgo de padecer *burnout*. En el modelo de Buunk y Schaufeli (1993) se explica la etiología del síndrome de *burnout* en profesionales de enfermería, a partir de tres fuentes relacionadas con los procesos de intercambio social: 1) la incertidumbre: es la falta de claridad sobre lo que se siente y piensa, sobre cómo actuar. 2) La percepción de equidad: equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. 3) La falta de control: se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales (56).

La teoría de la conservación de recursos, de Hobfoll y Freedy (1993), postula que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos. El *burnout* aparecería si esos recursos están amenazados, perdidos o mal retribuidos. Además, la exposición prolongada a las situaciones de demanda profesional hace que se desarrolle agotamiento emocional y físico; el componente central de *burnout* (64).

- Teoría organizacional

Se caracteriza por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento de los trabajadores. Los modelos que siguen esta teoría usan variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto con la forma de afrontar las situaciones amenazantes, afirmando que están implicadas en la aparición del síndrome. Para Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), el síndrome es un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo como respuesta al estrés laboral.

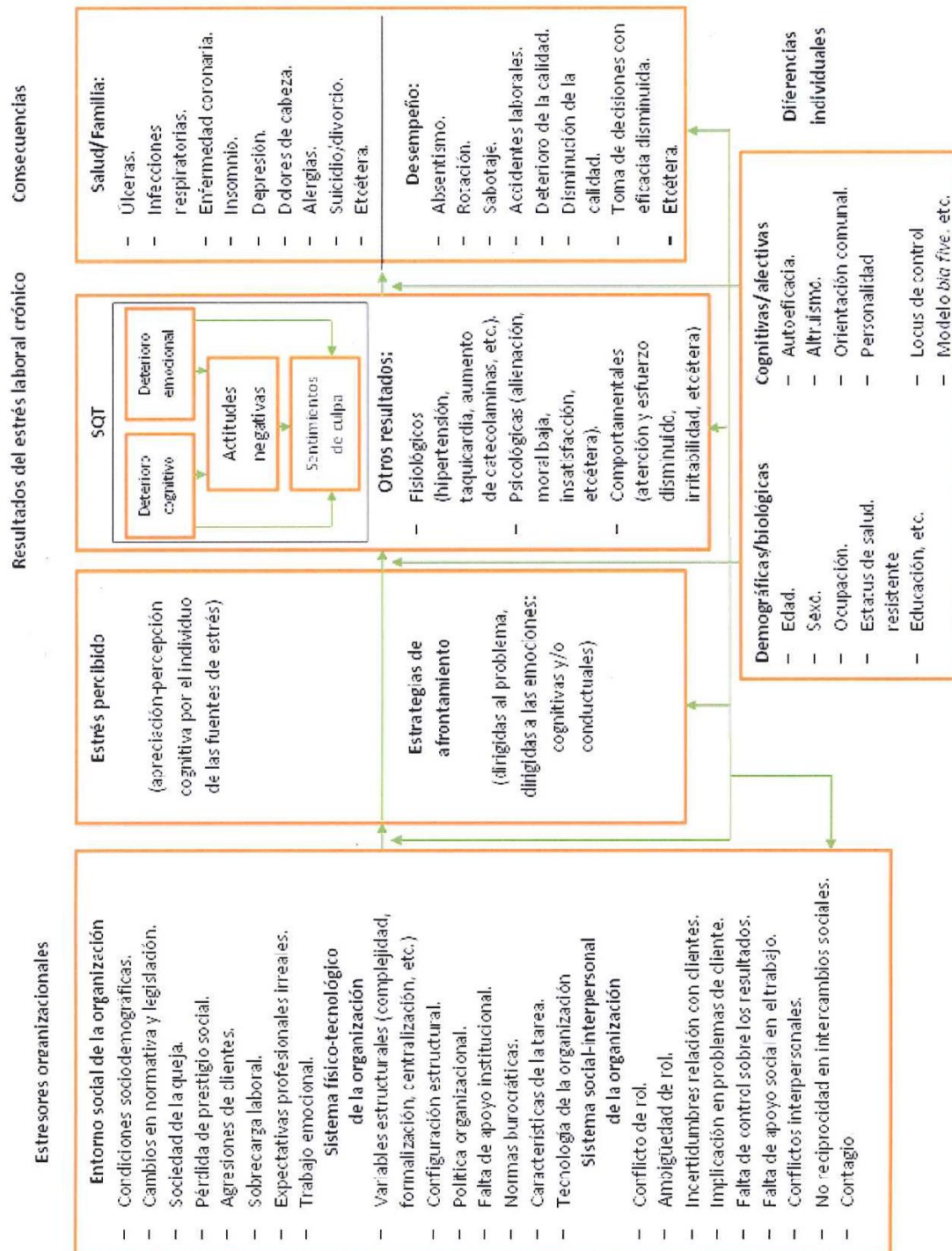
Está generado por situaciones de sobrecarga laboral y por pobreza de rol (cuando hay escasa estimulación en el puesto de trabajo), y en etapas posteriores desencadena la sintomatología del síndrome. Por otro lado, el modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) postula que el *burnout* es una respuesta al estrés laboral que aparece cuando las estrategias de afrontamiento utilizadas no son eficaces para manejar el estrés. Enfatiza en la salud de la organización como antecedente del *burnout* (19).

- Teoría estructural

Se fundamenta en la importancia de los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del síndrome de *burnout* desde una visión holística del fenómeno. Por ende, afirman que el estrés es consecuencia de un desequilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto. El modelo principal que involucra esta teoría es el postulado por Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (65); describen la etiología del *burnout* considerando tanto variables organizacionales, personales y estrategias de afrontamiento. El modelo describe que el *burnout* aparece como consecuencia de un proceso de reevaluación en el momento en el que la estrategia de afrontamiento no es eficaz para reducir el estrés laboral percibido. Además, integra antecedentes y consecuencias del síndrome de *burnout*.

A continuación se presenta el modelo propuesto por Gil-Monte, donde se esbozan los estresores organizacionales, los resultados del estrés laboral crónico y las consecuencias.

Figura 5-1: Modelo teórico comprensivo sobre el síndrome de *burnout*, elaborado por Gil Monte.



Fuente: Gil-Monte, P. R. y Moreno-Jiménez, B. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide. 2007.

Este modelo explica el *Burnout* teniendo en cuenta variables de tipo organizacional: entorno social, sistema físico tecnológico, sistema social interpersonal y estrategias de afrontamiento. Propone que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Luego se incorpora el sentimiento de culpa que puede originar un círculo vicioso en el proceso de desarrollo del síndrome e intensifica sus síntomas (66).

“Los sentimientos de culpa llevarán a los profesionales a una mayor implicación laboral para disminuir sus remordimientos y su culpabilidad, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian -sólo cambian los clientes que presentan idénticos problemas-, se incrementará el deterioro cognitivo y emocional, y aparecerán de nuevo actitudes de indiferencia, indolencia y despersonalización. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificarán los existentes, originando un bucle que mantiene e incrementa la intensidad del SQT” (67). Así, a mediano o largo plazo se producirá un deterioro de la salud de los profesionales y su desempeño, aumentará su tasa de absentismo, deterioro de la calidad y su deseo de abandonar la organización y la profesión.

Con relación a la base conceptual de la Maestría de Salud y Seguridad en el trabajo de la Universidad Nacional de Colombia, que analiza las condiciones de trabajo contemplando los factores intralaborales, extralaborales e individuales del trabajador (24 horas al día, 7 días a la semana porque hay factores que permanecen aún fuera de la jornada laboral o su sitio de trabajo) y al comparar el modelo previamente descrito, se observa que los desencadenantes del *burnout* están implícitos y se pueden estudiar bajo esta perspectiva. Por ejemplo, el sistema físico tecnológico de la organización, tiene elementos de las condiciones intralaborales, tales como: características de la tarea, política organizacional y configuración estructural. El sistema social interpersonal de la organización con condiciones individuales y algunas del entorno social de organización con las condiciones extralaborales. No obstante, no todos pertenecen a cada clasificación, por ejemplo, la sobrecarga laboral se relaciona más con las condiciones intralaborales, específicamente con las condiciones de la tarea abordadas desde la carga física y mental.

En consecuencia, el modelo propuesto por Gil Monte, en el que incluye estas variables predisponentes del *burnout* junto con consecuencias en el desempeño del trabajador que incluyen el absentismo, deterioro de la calidad, disminución de la calidad y toma de decisiones con eficacia disminuida, estas tres últimas relacionadas con la comisión de errores, tiene concordancia con el enfoque y objeto de este estudio.

Según la perspectiva descrita, Rodríguez Paipilla y colaboradores en 2011 indica tres grupos de factores desencadenantes de *burnout* en el sector salud: 1) organizacionales, 2) sociales y 3) personales. Los factores organizacionales (condiciones intralaborales) son intrínsecos a la organización y por sí mismos generan situaciones negativas en la interacción trabajador - sistema de trabajo. Estas variables incluyen: a) dinámica de trabajo b) inadecuación profesional c) sobrecarga de trabajo d) contenido del trabajo e) ambiente físico, f) la organización temporal de los turnos, g) estresores relacionados con las nuevas tecnologías y estructura organizacional h) desafíos en el trabajo (68).

En relación con los factores sociales no relacionados con el ambiente laboral (condiciones extralaborales) pero que pueden interactuar con el mismo, se incluye situaciones derivadas de la familia, los amigos y estilo de vida. En cuanto a los factores personales (condiciones individuales), que son propios del individuo, se resaltan: a) el locus de control, b) la personalidad resistente, c) el sexo que si bien no tiene una influencia clara, los estudios indican que las mujeres presentan más conflicto de rol y agotamiento emocional por el conflicto familia- trabajo, d) edad en relación con la experiencia y madurez para enfrentar presiones e) el estado civil, f) las estrategias de afrontamiento, g) el patrón de personalidad tipo A y h) las expectativas personales (68).

5.1.4 Consideraciones clínicas sobre el síndrome de *burnout*

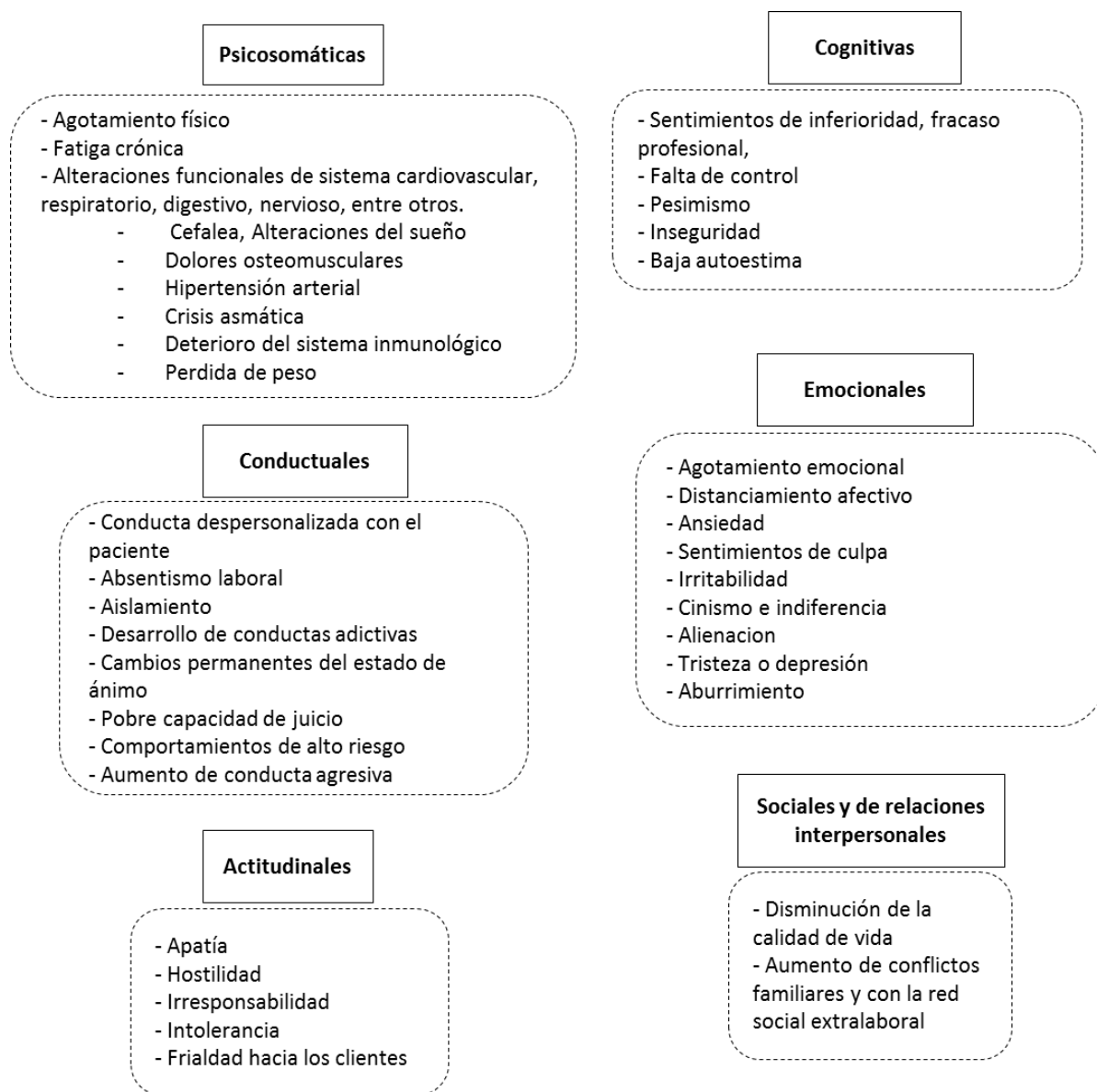
El síndrome de *burnout*, según la delimitación conceptual que realizan Maslach y Jackson (1981b), se compone de tres dimensiones: la primera relacionada con la realización personal en el trabajo, la segunda el agotamiento emocional y, finalmente, la despersonalización. A continuación se describen los ítems para el caso de la profesión médica:

- Baja realización personal en el trabajo (personal accomplishment, PA): en una relación de ayuda, como en el caso de médico-paciente, esta se debe a un problema, situación o crisis que el usuario está viviendo, motivo por el que consulta. Ante esta situación, si se presta la ayuda y no acierta a dar una respuesta satisfactoria o suficiente, causa una situación de frustración para el profesional de la salud. Al permanecer continuamente bajo estas circunstancias va acumulando esta frustración y cambia posteriormente a pesimismo y escepticismo en su ejercicio profesional. Consecuentemente, existirá en el médico una pérdida paulatina de la motivación, progresando hasta sentimientos de inadecuación y fracaso profesional, donde se cuestiona su competencia profesional.
- Agotamiento emocional (emotional exhaustion, EE): se van aumentando los sentimientos de agotamiento emocional en el ayudador, cansancio, hasta el punto de no desear ver más pacientes, y se desarrollan ideas de que ya no se pueden ofrecer adecuadamente sus servicios ni al paciente, ni a compañeros, familia, ni con él mismo. Progresan la insatisfacción consigo mismo y con sus logros profesionales. Por lo tanto, tiende a los sentimientos de inadecuación, fracaso profesional y pérdida de autoestima.
- Despersonalización (despersonalization, D): finalmente se desarrollan actitudes y sentimientos negativos ante los propios usuarios, apareciendo un déficit gradual del buen trato, a los que incluso puede llegar a tratar de forma deshumanizada, fría, con poco contacto visual. En general, una actitud cínica (69).

Los resultados del síndrome de *burnout* se derivan en consecuencias para la organización, el trabajador y el usuario, puesto que el trabajador con este síndrome integra su malestar afectivo, cognitivo y comportamental con disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas. Al respecto, son muchos los trabajos de investigación que han aportado resultados concluyentes. Incluso, se han identificado más de cien síntomas asociados con este síndrome (66). En el personal médico se reporta lo siguiente:

-
- Los síntomas que alertan del *burnout* son la falta de motivación por el trabajo, agotamiento físico y psíquico persistente a pesar del descanso, bajo rendimiento laboral, ausentismo, sentimientos de fracaso y descontento. Entre los síntomas físicos se puede encontrar el insomnio, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, hipertensión arterial, cefalea, entre otros.
 - Las manifestaciones clínicas se pueden agrupar en: psicosomáticas, cognitivas, conductuales, emocionales, actitudinales, sociales y de relaciones interpersonales. Cada individuo las desarrollará de forma particular. En la Figura 5-2 se recogen algunas de estas afecciones.

Figura 5-2: Manifestaciones clínicas del síndrome de *burnout*



Fuente: elaborado por el autor, basado en: Rocío, C. M. Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de *burnout* en profesionales de centros de mayores en Extremadura [tesis doctoral]. Extremadura: Universidad de Extremadura, Departamento Terapéutica Médico-Quirúrgica, 2015.

5.1.5 Medición del síndrome de *burnout*

Las primeras valoraciones del síndrome de *burnout* consistían en observaciones clínicas, pero posteriormente se desarrollaron varios cuestionarios con el fin de tener una forma de medir el síndrome de una forma más objetiva. Esto llevó a que el cuestionario fuera el método más generalizado para evaluar el síndrome, para principios de los años ochenta se desarrolló uno que se ganó el respaldo y la aceptación de la mayoría de la comunidad científica, el Maslach *Burnout Inventory* (MBI) de Maslach y Jackson (70).

- Maslach *Burnout Inventory*

En la actualidad es el más utilizado para evaluar el síndrome de *burnout* y se convierte en instrumento de uso indispensable en los trabajos de investigación relacionados con el tema. Sin embargo, este instrumento no está exento de inconvenientes, ya que el MBI presenta algunos problemas de contenido y psicométricos que se acentúan al adaptarlo a otros idiomas.

El MBI está formado por veintidós ítems que se valoran con una escala tipo Likert. Cada ítem es valorado por el sujeto, según la frecuencia con que experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems, usando un rango de siete adjetivos que van de nunca a todos los días. Además, se diferencian tres subescalas que evalúan las tres dimensiones que configuran el síndrome de *burnout*:

- Agotamiento emocional: valora la sensación de sobreesfuerzo físico y hastío emocional como consecuencia de las demandas laborales y de las interacciones personales. Consta de nueve ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, y el 20.
- Despersonalización: describe el grado de aparición de actitudes de frialdad, distanciamiento y respuestas cínicas hacia las personas que reciben el servicio. Constituida por cinco ítems: 5, 10, 11, 15, y el 22.
- Realización personal: describe la valoración que hace el profesional sobre su desempeño. Consta de 8 ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 (70).

Hay que tener en cuenta que, para las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, puntuaciones altas son directamente proporcionales a la intensidad del síndrome, mientras que en la subescala de realización personal en el trabajo, bajas puntuaciones corresponden a alto nivel de *burnout*.

La herramienta de medición más utilizada es el MBI creado por Maslach y Jackson en 1981. De este cuestionario surgen versiones de acuerdo con las diferentes ocupaciones, como por ejemplo, el MBI-HSS (Maslach *Burnout* Inventory-Human Service Survey) con un enfoque prioritariamente asistencial y el MBI-ES (Maslach *Burnout* Inventory-Educators Survey) dirigido a la profesión docente. El MBI es considerado el 'estándar de oro' para evaluar el *burnout*; sin embargo, ha sido fuertemente criticado a nivel mundial, plantean debilidades en el alcance conceptual, la reducida claridad en la definición de los síntomas, entre otros (71). Definir el instrumento de medición del *burnout* en la investigación para determinar la prevalencia del *burnout* es fundamental para la validez de los estudios y debe estar validado y aceptado internacionalmente, aun cuando no se dispone del instrumento perfecto.

5.1.6 Consecuencias sobre la organización

Las consecuencias negativas para la organización incluyen el deterioro de la comunicación y las relaciones interpersonales hostiles y deficientes, disminución del rendimiento profesional, la productividad y la calidad, además de generar alta rotación y ausentismo laboral. Además, el ausentismo es un factor importante en el análisis global de la productividad de determinada institución y es un indicador de "situaciones laborales no favorables, estas últimas pueden llevar a errores en la práctica médica, disminución en capacidad de producción y en la calidad de servicio" (72). También se incluyen las referidas en la Tabla 5-2.

Tabla 5-2: Repercusiones organizacionales del síndrome de *burnout*

REPERCUSIONES ORGANIZACIONALES
Satisfacción laboral disminuida
Absentismo laboral elevado
Propensión al abandono del puesto
Propensión al abandono de la organización
Baja implicación laboral
Baja motivación por las actividades laborales
Deterioro de la calidad de servicio de la organización
Aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios de la organización
Aumento de la rotación laboral no deseada
Aumento de accidentes laborales
Actitudes negativas hacia las personas que son el destino del trabajo
Consumo de alcohol y otros tóxicos
Baja creatividad
Creciente rigidez
Irritabilidad hacia los compañeros y los usuarios

Fuente: Campos Méndez, R. Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de *burnout* en profesionales de centros de mayores en Extremadura [tesis doctoral]. Extremadura: Universidad de Extremadura, Departamento Terapéutica Médico-Quirúrgica, 2015: 64 104.

El profesional médico, con su desmotivación y situación angustiosa ante el trabajo, va perdiendo interés por este. Lo anterior se manifiesta en retrasos (el profesional llega tarde y sale pronto), lentitud en el trabajo, inhibición, apatía y absentismo laboral justificado o no (los términos de absentismo y ausentismo son sinónimos, de acuerdo con la definición de la Real Academia Española) y la baja calidad de su labor, falta de concentración contribuyen a la comisión de errores médicos. Además, el agotamiento emocional y físico, despersonalización o alteraciones en las relaciones personales, sentimientos de fracaso y demás sintomatología, afecta la atención y seguridad del paciente, ya que en estas condiciones el profesional de la salud no se encuentra con las capacidades necesarias para brindar una adecuada prestación de servicios en salud (73).

El síndrome de *burnout* es un problema en aumento, inhabilitante, y trae un gasto personal, social y económico muy importante. Los costos y pérdidas derivados de las consecuencias son cuantiosos y aumentan cada año. Estos están relacionados con los índices altos de absentismo, la baja productividad de la empresa, los accidentes profesionales, los eventos adversos en los pacientes, errores médicos, los resultados negativos derivados de la atención y la insatisfacción de los usuarios. No obstante son

objeto de estudio el absentismo y la comisión de errores médicos que se describen a continuación.

5.2 Ausentismo

5.2.1 Definición

El ausentismo según la Real Academia de Española (RAE) es la “abstención de la asistencia a un trabajo o de la realización de un deber. Esta forma, derivada del adjetivo *ausente*, es la usada con preferencia en el español americano... En España, en cambio, se emplea mayoritariamente la voz *absentismo*, formada sobre el adjetivo latino *absens*, -*entis*” (74). El ausentismo laboral es la ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas de un día laborable

Autores como Adalberto Chiavenato o Daniel Danatro, han introducido en su definición la diferencia entre el tiempo de trabajo contado individualmente y el realizado, lo que implica que además de las jornadas completas se incluya al tiempo de trabajo perdido cuando se suponía que el trabajador debería estar en su puesto de trabajo (75). Molinera Mateos JF, afirma que el absentismo laboral es el acto individual de ausentarse al trabajo consecuencia de una elección entre actividades alternativas (76). Entonces, se infiere que el ausentismo es el incumplimiento del empleado con sus obligaciones laborales, ausentándose del trabajo, durante una parte o la totalidad de la jornada.

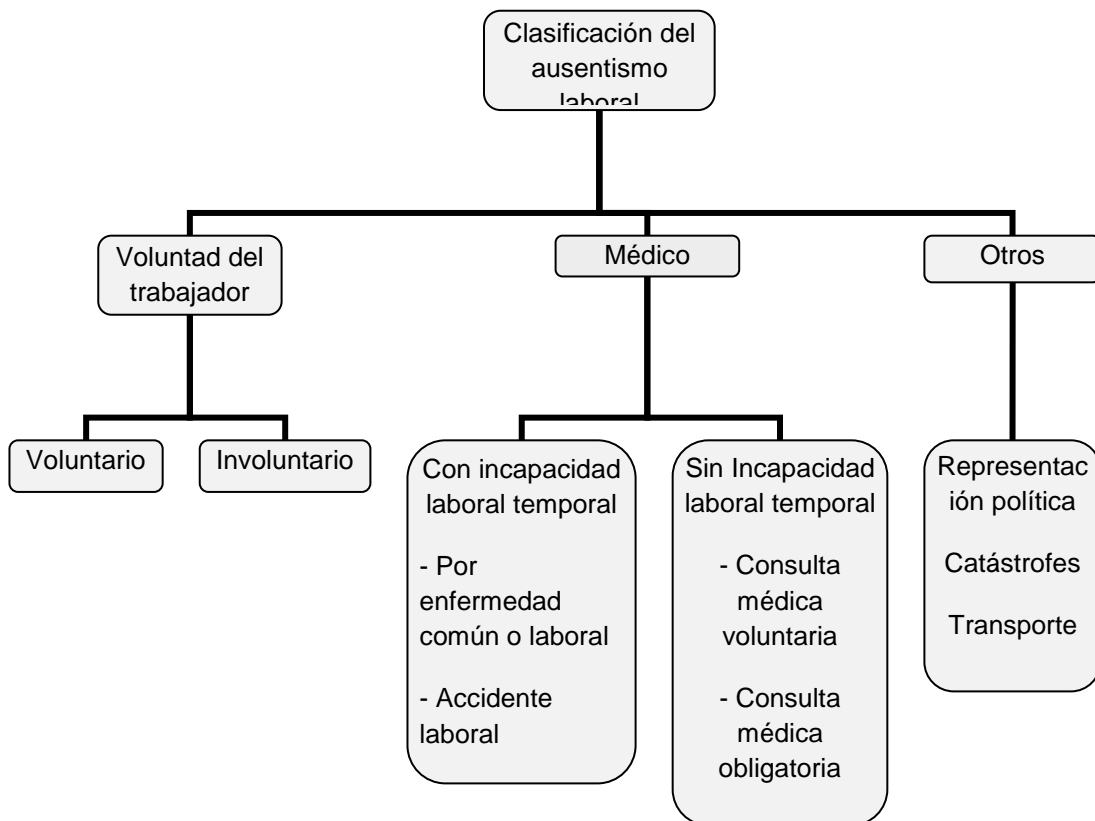
Hay otras definiciones de ausentismo, todas tienen el común denominador con la palabra ausencia, que puede nombrarse de otras maneras: falta, no presencia, inasistencia o incumplimiento. Sin embargo para este caso se tendrá como referente la definición de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que define el ausentismo como “la práctica de un trabajador que consiste en no reportarse al trabajo por un período de uno o más días (o turnos) para desempeñar el trabajo que se le asignó o para el que fue

programado” (28). Quedando excluidos los períodos vacacionales, licencias legales y las huelgas.

5.2.2 Clasificación del ausentismo laboral

Existen varias formas de clasificar el ausentismo laboral, como se muestra en el cuadro tal, puede ser según la voluntad y relacionado o no con causa médica y otros. Hay autores que clasifican el ausentismo laboral en voluntario e involuntario. El primero se da cuando el trabajador toma la decisión de no asistir y el segundo ocurre por razones ajenas a la voluntad de los empleados, por ejemplo, una incapacidad médica (ver Figura 5.3). Diferenciar entre la ausencia voluntaria e involuntaria también puede ser difícil. Sin embargo, la evaluación de la frecuencia y la duración de ausencias se han utilizado para distinguirlas (77).

Figura 5-3: Clasificación del ausentismo laboral



Fuente: elaboración propia

En ausentismo puede ser médico o de otra causa. En el primero están las incapacidades temporales ya sea por enfermedad general, enfermedad laboral, accidente de trabajo o por maternidad. Otro grupo corresponde a las asistencias a consultas médicas voluntarias, a las citas para exámenes periódicos solicitados por su empresa. En otros están las causas tanto naturales como provocadas que no forman parte de la voluntad del trabajador, por ejemplo: catástrofe, accidentes de tránsito, en este campo se incluyen las representaciones políticas (76,77). (Ver Figura 5-3)

5.2.3 Causas del ausentismo

El origen del ausentismo laboral es complejo, las causas son multifactoriales, en donde interactúan los aspectos: época histórica, la concepción religiosa, las diferencias individuales (actitudes, personalidad, motivaciones, compromiso con la organización, retribución, expectativas), los aspectos sociales (apoyo social, equipos de trabajo, grupos informales) las particularidades de cada empresa (cultura, valores, clima, rutinas, prácticas, tradiciones y costumbres (78). Todos los factores que intervienen en el ausentismo laboral, provienen de interacciones complejas entre el individuo y su trabajo.

Sin embargo, el acercamiento a las causas posibles o demostrables del ausentismo y la comprensión de los factores que lo condicionan, pueden llegar a ser la clave para su manejo en una organización, lo cual supone reducción de sus costos directos e indirectos. Aunque el ausentismo laboral puede ser justificado mediante certificados médicos por causa de una enfermedad, no significa que todas ausencias laborales son exclusivamente por esta razón. Meza, F. Kaempffer, A describen cuatro modelos explicativos con diferentes enfoques: económico, psicosocial, médico y retiro organizacional (79):

- a. **Modelo económico:** en este caso el comportamiento ausentista se da por la interacción de dos fuerzas: las motivaciones individuales de ausencia de los trabajadores y cuánta ausencia es permitida por los empleadores. Los trabajadores tienen preferencias individuales de ausencia y como ellos son los actores de la oferta en el mercado de trabajo, eligen la cantidad de ausencias que maximizan sus utilidades mediante el cálculo de los beneficios y costos marginales de las oportunidades que enfrentan. Los empleadores pueden tolerar un cierto nivel de ausencia de los trabajadores, efectúan el cálculo de los beneficios y costos marginales del ausentismo que perciben, para determinar y minimizar los gastos derivados de esta.
- b. **Modelo psicosocial:** En este caso, diferentes culturas de ausencia surgen como resultado de la interacción entre individuos, grupos de trabajo y la organización. El total del tiempo perdido crea una cultura de ausencia en distintas industrias y ocupaciones. “La decisión de ausencia se toma en el marco de una cultura de ausencia que puede ser: dependiente, moral, fragmentada o conflictiva. La ausencia es una conducta individual dentro de un contexto social y las motivaciones de ausencia operan restringidas o influenciadas por las normas de ausencia propias de las correspondientes culturas de ausencia” (79).
- c. **Modelo médico:** existen varios factores que contribuyen a un patrón de ausentismo laboral: demográficos (edad, sexo y nivel ocupacional), satisfacción con el empleo (general, niveles de remuneración, sentido de realización, etc), características organizacionales, contenidos del empleo (niveles de autonomía y responsabilidad) y otros como compromiso, distancia al trabajo.
- d. **Modelo de retiro organizacional:** Este modelo sostiene que los trabajadores que se van a retirar voluntariamente de las organizaciones, tienen una mayor tasa de ausentismo que aquellos que permanecen.

De acuerdo a los modelos presentados, cada uno incluye variables diferentes, no excluyentes entre sí. En el análisis del ausentismo, es importante considerar los factores relacionados con dichas ausencias, buscando una justificación donde influyen tres tipos

de variables: 1) Variables relacionadas con el individuo, 2) Variables de tipo ocupacional y 3) Variables relacionadas con la organización (80).

Molinera Mateus, JF (76), en su libro publicado en el 2006, titulado: “*absentismo laboral: causas, control y análisis, nuevas formas, técnicas para su reducción*”; describe las causas del ausentismo en:

- 1) Incapacidad temporal
- 2) Maternidad
- 3) Causas legales
- 4) Causas psicológicas y voluntarias

En este último incluye el estrés y la falta de motivación. Afirma que aún falta conciencia de la importancia del estrés como causa del absentismo laboral. A pesar que desde comienzos de los años 80 existen estudios del papel del estrés en la reducción del rendimiento laboral por aumento de bajas por enfermedad, menor productividad, aumento de accidentes o conflictos asociados. Así como problemas de salud derivados de la persistencia del estrés laboral. Rescata que “cada vez se presta más atención a un fenómeno relacionado directamente con el estrés, el denominado Síndrome de *Burnout*”, lo que en lenguaje coloquial se denomina estar quemado” (76). A continuación, se tratara el síndrome de *burnout* y estudios con respecto al ausentismo laboral.

5.2.4 Síndrome de *Burnout* y ausentismo laboral.

Maslach C, señala que cuando el *burnout* alcanza la etapa de cinismo alto, puede resultar en un mayor ausentismo y rotación. Los empleados con *burnout* no se presentan con regularidad, dejan el trabajo temprano, y abandonan sus trabajos en mayor medida que los empleados comprometidos (2). Se ha observado en los afectados un cierto cansancio físico y emocional, limitación en las relaciones personales en el ámbito laboral con una disminución de la eficacia y la eficiencia, absentismo y disminuye la calidad asistencial cuando se trata del personal de salud (81).

El Síndrome de *Burnout* es una de las manifestaciones que más afecta a los profesionales de la salud. Se ha reconocido como una de las causas de ausentismo, ya que es una evidencia del reflejo de este síndrome (82). Castillo Avila, Orozco J, Alvis E. (83), en su estudio realizado en el 2014 para determinar la prevalencia de síndrome de *Burnout* y factores asociados en los médicos de una Institución Prestadora de Servicios de salud privada de la ciudad de Cartagena, contó con la participación de 112 médicos, concluye que “el síndrome de *Burnout* se ha convertido en un tema cada día más frecuente en el personal de salud, situación que debe despertar inquietudes pues sentirse “quemado” en el trabajo hace que el desempeño laboral se afecte, evidenciado en el aumento del ausentismo, incapacidades e incluso deserción laboral” (83).

Mallmann CS, et al (84), publicaron en el 2009 un estudio transversal realizado con trabajadores públicos de una ciudad de Brasil, que investigó el síndrome de *burnout* y su asociación con características de la función ejercida, percepción acerca del trabajo y contexto laboral. Encontraron que la dimensión agotamiento emocional y baja realización personal se asoció ausentismo laboral por problemas de salud.

Retomando el estudio de Toppinen-Tanner S, et al (85), publicado en el 2005, el cual corresponde a uno de las primeras investigaciones que determinó mediante una medición objetiva los efectos del *burnout* y futuros problemas de salud y ausentismo. Demuestran en sus resultados que el *burnout* predice futuras ausencias por varias categorías diagnósticas, en especialmente con patologías mentales y de comportamiento cuando el riesgo relativo fue más del triple entre el grupo con *burnout* alto comparado con el grupo de *burnout* bajo.

Aunque hay estudios que no encuentran relación entre ausentismo y *burnout* (45), la mayoría de los estudios si la reportan, unos en mayor o menor grado o más asociado a uno de los de los tres componentes del *burnout*, además, la literatura considera el ausentismo como una consecuencia del *burnout* en las organizaciones (86), sin ser la única causa.

5.3 Seguridad del paciente

5.3.1 Definición

La OMS, ante la necesidad de una terminología común, publicó en 2007 el “Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente”. Define seguridad del paciente como “la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”(35). Se considera daño la “alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos”(35).

Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente. Un evento adverso, es un incidente que causa daño al paciente. Puede ser prevenible o no prevenible; al primero se le conoce como error médico (87). Para la OMS, error médico es un evento adverso que es prevenible en el estado actual de los conocimientos médicos (69). Error médico es el que “resulta de una equivocación en que no existe mala fe, ni se pone de manifiesto una infracción o imprudencia, como la negligencia, abandono, indolencia, desprecio, incapacidad, impericia e ignorancia profesional” (9).

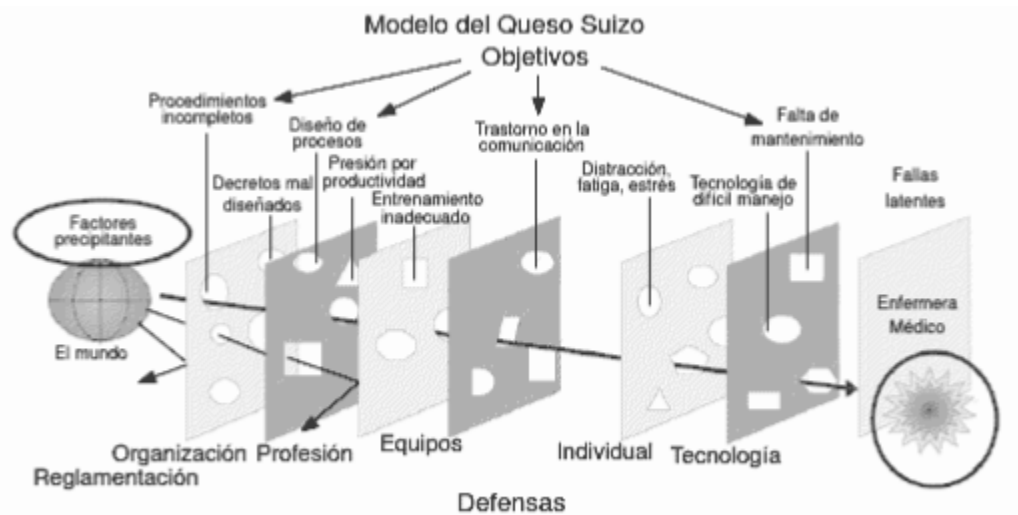
Se diferencia de la mala práctica y sus variantes como imprudencia, negligencia, abandono e impericia porque esta implica responsabilidad moral y legal del profesional de salud (9). La OMS la define como el “fallo de la diligencia o la competencia de un profesional que causa una pérdida o una lesión y genera responsabilidad jurídica. En este estudio se toma como referencia la definición de error médico de la OMS que tiene reconocimiento internacional, es el término de uso común y es concerniente a la seguridad del paciente.

5.3.2 Modelos de causalidad

Muchos factores inciden en la secuencia de un evento adverso evitable. Por lo tanto, a efectos de evitarlos y de prevenirlos, es necesario explorar la causas por las cuales surgen los errores. El objetivo no es “corregirlos”, sino identificar las causas y bloquearlas, para evitar que se vuelva al error. Un concepto esencial para entender la manera como se producen los eventos adversos es el de multicausalidad; implica que un evento adverso es el resultado de una serie de circunstancias concatenadas interactuantes (88).

Una forma de explicar esta multicausalidad es mediante el modelo del “queso suizo”: un conjunto de fallas latentes que se activa simultáneamente durante la atención de un paciente y se representa por los agujeros de las lonjas del queso. Fue propuesto por Reason en el año 2000, explica como la superposición o coincidencia de fallas en diferentes niveles de la organización en un mismo momento lleva al error (89).

Figura 5-4: Figura. Modelo del Queso Suizo



Fuente: Cote Estrada L, Tena Tamayo C, Madrazo Navarro M. Buenas prácticas en calidad y seguridad en la atención médica del paciente. México, D.F., MX: Editorial Alfil, S.A. de C.V. 2013. ProQuest ebrary. Web. 29 May 2017. Pg. 162.

El modelo de Reason explica que un accidente es la consecuencia final de una superposición de fallas. Las organizaciones establecen las barreras para impedir que las amenazas al sistema puedan llegar a causar daño. Estas barreras dentro del proceso son imaginadas por el autor como láminas de queso suizo con agujeros. Estos agujeros corresponden a las debilidades individuales en las partes de cualquier proceso, y que continuamente se están abriendo, cerrando y cambiando de ubicación en las rodajas. Cuando se "alinean" los agujeros en cada una de las rodajas permiten una trayectoria para que la amenaza se materialice, produciendo daños (ver Figura 5-4) (90).

El modelo de Reason es aplicable al sistema de salud, porque las acciones de salud que se realizan para un paciente se llevan a cabo dentro de un complejo sistema que cuenta con intervenciones múltiples como parte de un proceso altamente dinámico. Sin embargo, se pueden presentar errores médicos que involucren solo aspectos relacionados con el trabajador. La comprensión de los errores en el área de la salud se enfoca en dos puntos críticos: el nivel organizacional y el personal (36).

En cuanto al abordaje personal, las acciones inseguras y los procedimientos mal realizados son consecuencia de problemas de motivación, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, falta de atención y negligencia. Los precursores psicológicos de un error son posiblemente los últimos eslabones y los menos manejables en la cadena de eventos que conducen a un error. En la literatura existen esfuerzos para otorgarles un debido lugar a estos precursores. Algunos de ellos son el síndrome de *burnout*, la fatiga, la distracción, el cansancio, el estrés natural de laborar en una organización de salud y el propiciado por la propia organización, entre otros (36).

5.3.3 Clasificación de los errores médicos

Aunque se ha propuesto varias clasificaciones de los errores médicos, la más usada es la publicada por el Instituto de Medicina en un informe denominado " To Err is Human: Building a Safer Health System" (ver tabla 5-3) La cual los clasifica según errores en el

diagnóstico, la terapéutica, prevención y otros (7). Algunas categorías de error tienen mayor probabilidad de ser visibles, por ejemplo errores relacionados con el tratamiento son potencialmente más perceptibles que diagnóstico y errores de prevención, por ejemplo, error al realizar una intubación (91).

Tabla 5-3 Clasificación de los errores médicos

Tipo de error médico
<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Errores o retraso en el diagnóstico. b. Falla para ordenar los estudios adecuados. c. Uso de un estudio o tratamiento fuera de uso. d. Falla para actuar de acuerdo a los resultados de estudios o de monitoreo
<p>Terapéutico</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Error en la realización de una cirugía, procedimiento o estudio. b. Error al administrar el tratamiento. c. Error en dosis o método para administrar un medicamento. d. Retraso prevenible en el tratamiento o en respuesta a un estudio anormal. e. Cuidado inapropiado
<p>Preventivo</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Falla para otorgar tratamiento profiláctico b. Monitoreo inadecuado o falla en el seguimiento del tratamiento.
<p>Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Falla de comunicación. b. Falla de equipo. c. Otras fallas del sistema

Tomado de: La Pietra, L., Calligaris, L., Molendini, L., Quattrin, R., & Brusaferrò, S. Medical errors and clinical risk management: state of the art. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 2005; 25(6): 339–346.

Los errores también pueden ser clasificados según, el ambiente donde ocurren (hospitalario, ambulatorio), la clase de procedimiento implicado (aplicación de la medicación, la cirugía, etc.) o la probabilidad para ocurrir (alto, bajo), incluso según la

especialidad medicoquirúrgica, se definen clasificaciones según la frecuencia de ocurrencia de los errores médicos. No obstante, es indispensable adoptar clasificaciones estándar para que los investigadores puedan obtener datos válidos y confiables (91).

Los errores en el uso de medicamentos son los más comunes tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. Los pacientes más afectados son niños, mayores de 65 años y personas con infarto agudo al miocardio y evento cerebrovascular. La lista es extensa e incluye errores en el diagnóstico, fallas en la selección del tratamiento, infecciones adquiridas en el sitio de atención médica, quemaduras, entre otros (87). Otras consecuencias son:

- Incremento en la estancia hospitalaria: debido a la necesidad de realizar nuevas medidas diagnóstico-terapéuticas al paciente, en relación con la gravedad del daño.
- Necesidad de nuevos contactos con el sistema sanitario: Si el error médico no ocurre durante la hospitalización, el paciente recurrirá de nuevo con la red asistencial para recibir la atención en base a la sintomatología presentada.
- Reingresos: ingresa de nuevo en un centro sanitario.
- Costes adicionales: Sin mencionar la lista completa, nada más las tres consecuencias anteriores causan un aumento en el gasto de los recursos para la salud (92).

5.3.4 Síndrome de *Burnout* y error médico

Pocos estudios han examinado la relación entre el *burnout* en médicos y los errores médicos. Una de las dificultades es la falta de validación de los resultados y la cuantificación sistemática de los errores médicos (93). Sin embargo, su importancia reside en que el síndrome de *burnout* está asociado con la disminución del rendimiento

laboral y aumento exponencial de la probabilidad de cometer errores (94). Este síndrome podría ser la causa de fallas en la atención médica, con deterioro en la calidad de atención en salud y aumento de reclamos y mala utilización de recursos.

Algunos estudios en médicos residentes han encontrado que los errores médicos auto percibidos se asocian a la presencia del síndrome de *burnout* y hay un aumento de la probabilidad del error si aumenta el nivel de *burnout* (49,95,96). Chen KY, et al (97), en un estudio realizado en Taiwan acerca de la práctica médico, el *burnout* y la satisfacción laboral, mencionan que los errores médicos fueron significativos en relación al ítem agotamiento emocional del *burnout*, pero no amplían datos al respecto.

5.4 Revisión sistemática exploratoria

Una revisión sistemática es definida como un resumen de evidencias de un tema determinado, usualmente realizado por uno o varios expertos, que utiliza un riguroso proceso (para minimizar los sesgos) que identifica, evalúa y sintetiza estudios para contestar a una pregunta específica y extrae conclusiones a partir de los datos hallados (98). La característica más importante entre la revisión sistemática y otro tipo de revisiones es que se tiene que usar una metodología explícita y precisa, con un protocolo claramente delimitado, estandarizado y replicable. Esto para que se asegure la calidad, consistencia y transparencia del proceso de revisión (99).

La revisión sistemática puede ser insuficiente cuando se trata de evaluar intervenciones complejas o temas novedosos. En este caso se puede realizar una revisión sistemática exploratoria que permite una aproximación al estado del conocimiento respecto al tema, permitiendo generar hipótesis, establecer líneas de investigación y/o identificar aquellos aspectos que pueden ser estudiados con más detalle posteriormente. La mayoría de los elementos que forman parte de la metodología de la revisión sistemática tradicional son válidos para la revisión sistemática exploratoria, sin embargo, difieren en algunos aspectos (10), como se muestra en la Tabla 5-4.

Tabla 5-4: Diferencias entre la revisión sistemática y la revisión sistemática exploratoria

Característica	Revisión sistemática clásica	Revisión sistemática exploratoria
Hipótesis	Contesta a una pregunta concreta	Describe el conocimiento existente
Objetivos	Una intervención	Más de una intervención
Estudios incluidos	Cualitativos y cuantitativos	Todo tipo de estudios
Resultados	Una medida de impacto	Diferentes medidas de impacto
Criterios de inclusión	Selección por calidad	Selección por relevancia

Fuente: Manchado Garabito Rocío, Tamames Gómez Sonia, López González María, Mohedano Macías Laura, D'Agostino Marcelo, Veiga de Cabo Jorge. Revisiones sistemáticas exploratorias. Med. segur. trab. [Internet]. 2009 Sep [citado 2016 Oct 07]; 55 (216): 12-19.

Por otro lado, Armstrong R., Hall B. J., Doyle J. y Waters E. afirman que una revisión sistemática exploratoria puede proporcionar un acercamiento estructurado de la información científica disponible acerca de un tema en cuestión y puede usarse como paso previo a la revisión sistemática (100). De este modo permite saber no solo qué se ha hecho sobre el tema, sino también dónde, quién y de qué manera, lo que puede permitir generar hipótesis para orientar futuras investigaciones, teniendo en cuenta que se emplean temas de estudio que no están ampliamente estudiados.

Una revisión sistemática exploratoria puede ser utilizada cuando el tema de estudio aún no ha sido extensamente investigado, es de una naturaleza compleja o heterogénea. Comúnmente se realizan para examinar el alcance, la gama, y la naturaleza de actividad investigativa en un asunto particular; determinar el valor y el alcance potencial para emprender una revisión sistemática clásica; resumir y difundir conclusiones de investigación; e identificar vacíos en la literatura existente (101). Esta metodología ha sido usada en áreas de ciencias de la salud, ciencias sociales, económicas, educación y agricultura, entre otros. Por sus características y el tema a tratar se usará en estudio. Se el siguiente apartado se amplía la metodología.

6. Metodología

6.1 Diseño de investigación

Se realizó un estudio metodológico orientado a evaluar la mejor evidencia disponible relacionada con el síndrome de *burnout* en médicos y el ausentismo laboral, al igual que su impacto en la seguridad del paciente en términos de error médico, a través de los procedimientos establecidos en la revisión sistemática exploratoria (102), que incluyó las siguientes etapas, teniendo como referencia las propuestas por: Heather, et al (103), Arksey H., O'maley L, et al (104):

1. Identificación del problema y variables de interés
2. Definición de las fuentes y método de búsqueda
3. Definición y aplicación de criterios de selección de estudios
4. Evaluación de la información
5. Análisis y presentación de resultados

6.1.1 Identificación del problema y variables de interés

En esta etapa se identificó el problema, la pregunta de investigación, los objetivos y las variables de intereses asociadas a los objetivos planteados. Las variables de interés fueron:

- Síndrome de *burnout*
- Médicos
- Ausentismo
- Error médico

Cada una de estas variables se encuentra definida en el marco teórico.

6.1.2 Definición de las fuentes y método de búsqueda

a. Descriptores y ecuaciones de búsqueda

Para la búsqueda en las bases de datos mediante descriptores, se consultó el tesoro Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y MeSH y se usaron los siguientes descriptores o palabras clave: *burnout* (*burnout*), physicians (médicos), absenteeism (ausentismo), medical errors (errores médico). Junto con el operador booleano AND se formaron las ecuaciones de búsqueda:

- *Burnout* AND Physicians AND Absenteeism
- *Burnout* AND Médicos AND Absentismo
- *Burnout* AND Médicos AND Ausentismo
- *Burnout* AND Physicians AND Medical errors
- *Burnout* AND Médicos AND errores médicos

b. Bases de datos

En concordancia con las estrategias actuales de búsqueda de información científica, se acudió a bases de datos electrónicas, de reconocida calidad las cuales contienen artículos científicos que han pasado por un proceso de revisión de pares que acreditan su calidad y pertinencia, por lo cual se consideró que son fuentes que gozan de confiabilidad y validez en los resultados de investigación. A continuación se presenta una breve descripción de cada una de las bases de datos utilizadas en este estudio:

EBSCO-HOST: es una plataforma de investigación que contiene bases de datos de journals, revistas electrónicas, suscripción a magazines y e-books. La información académica incluye a medicina, física, economía y otros campos. Esta base de datos ofrece textos completos, índices y publicaciones periódicas.

EMBASE: es una base de datos versátil, multipropósito y actualizada que recoge información de todo el ámbito de la biomedicina. Contiene más de 31 millones de registros indexados y más de 8,500 periódicos indexados revisados por pares de la bibliografía biomédica internacional más importante desde 1947 a la fecha

JSTOR: base de datos que ofrece una colección de revistas académicas de alta calidad. Se destaca las publicaciones en arte, literatura, negocios, matemáticas, biología, salud y ciencias en general. La recopilación entera es recuperable en texto completo.

Medline: es una base de datos que incluye medicina, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y ciencias preclínicas. Actualmente contiene más de 15 millones de referencias bibliográficas de artículos de revistas desde el año 1960 provenientes de 4800 revistas internacionales de ciencias de la salud.

OVID: Es una de las bases de datos más completas y utilizadas en el mundo. Ofrece acceso a 1200 revistas, alrededor de 500 libros electrónicos y a otras bases de datos como Cochrane, EBM reviews. Es ampliamente utilizada por las principales instituciones médicas a nivel internacional.

Science Direct: es una base de datos multidisciplinar del grupo Elsevier que proporciona artículos de más de 2500 revistas científicas de calidad y artículos de más de 11000 libros. Tiene más de 9.5 millones de documentos de alta calidad científica. Esta base alberga casi una cuarta parte del contenido mundial de revistas y libros en diferentes áreas de la ciencia.

Scielo: base de datos que proporciona los textos completos de artículos de revistas científicas de Brasil, Chile, Colombia, Cuba, México, España, Venezuela y otros países de América Latina. Suministra enlaces de salida y llegada por medio de nombres de

autores y referencias bibliográficas. Así mismo, publica informes e indicadores de uso de impacto de las revistas

Scopus: base de datos de resúmenes y citas de literatura revisados por expertos. Posee herramientas inteligentes para rastrear, analizar y visualizar la investigación. Ofrece el panorama más amplio de la producción mundial de investigaciones en los campos de la ciencia, la tecnología, la medicina, las ciencias sociales, las artes y las humanidades. También ofrece perfiles de autor que cubren afiliaciones, número de publicaciones y datos bibliográficos, referencias y detalles que ha recibido cada documento publicado.

La búsqueda y recolección de información se realizó en los meses de septiembre y octubre de 2016 y se utilizó un protocolo de búsqueda de acuerdo a la metodología propuesta para este estudio (ver anexo A).

6.1.3 Definición y aplicación de criterios de selección de estudios

a. Criterios de inclusión

1. Parámetro de población: artículos científicos cuyos sujetos de investigación fueran médicos generales o especialistas
2. Parámetro temporal: Artículos publicados en el periodo de 2002 hasta el 2015. Se consideró este periodo del tiempo porque a partir de 2001 se empezó a indagar por parte de la comunidad científica el impacto del síndrome de *burnout* en los prestadores de atención de la salud y sus consecuencias sobre la actividad laboral y la seguridad del paciente.
3. Parámetro metodológico: Estudios descriptivos y estudios analíticos observacionales y experimentales.
4. Estudios publicados en texto completo para la fecha de búsqueda, en idioma inglés o español.

b. Criterios de exclusión

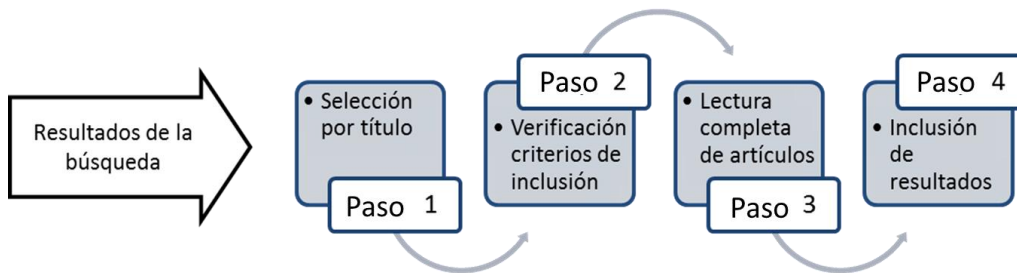
1. Estudios que incluían estudiantes de medicina ya sea de pregrado o posgrado medicoquirúrgico.

2. Estudios que incluían otras profesiones
3. Artículos no incluidos en revistas indexadas
4. Estudios no publicados en su totalidad para la fecha de búsqueda.

c. Selección de artículos y aplicación de criterios de inclusión y exclusión

La selección de los artículos se realizó según la secuencia de la Figura 6-1. En el primer paso, de acuerdo con los resultados obtenidos a partir de las ecuaciones de búsqueda, se seleccionaron los artículos teniendo en cuenta los títulos relevantes para esta investigación de acuerdo a los criterios de inclusión. En el segundo paso, se realizó la revisión del título y el resumen de cada uno de los artículos seleccionados para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión propuestos. En el tercer paso de elegibilidad se realizó la lectura del texto completo, si en la etapa anterior no fue suficiente para decidir elegirlo. En el cuarto y último paso, denominada de inclusión, se mencionaron los artículos que finalmente se incluyeron en esta investigación.

Figura 6-1: Proceso de selección de artículos



Fuente: elaboración propia

6.1.4 Evaluación de la información

Los artículos que se tuvieron en cuenta fueron todos aquellos que respondían a la pregunta de investigación formulada, escritos en inglés y español, publicados en el periodo de tiempo comprendido entre el 2002 y el 2015, y que cumplieran con los criterios de inclusión. Los artículos encontrados y seleccionados se consolidaron en una matriz de Excel que incluyó de forma clara la siguiente información:

Fuente (base de datos donde se halló el estudio), TI (title/título), AU (autor), JN (“journal”/revista donde está publicado), PY (publication year/año de publicación), C (country/país-lugar geográfico donde se realizó la investigación), O (objective-aim/objetivos), N (participants/participantes) R (results/resultados).

Se clasificó cada artículo según el tipo de estudio y puesto que son heterogéneos, para la valoración de la calidad de los estudios seleccionados, se tuvo en cuenta la herramienta utilizada por los autores Lagerveld, S. E. et al. (105) y Dewa, C. S. et al. (27). Se ajustó según el propósito de este estudio y se presenta a continuación:

Tabla 6-1: Escala de evaluación de la calidad de los estudios incluidos

Número	ítem
1	La población de estudio está descrita
2	El porcentaje de participación/respuesta es al menos del 50%
3	Los métodos de recolección de datos están descritos
4	El síndrome de <i>burnout</i> se evalúa con un cuestionario estandarizado
5	El ausentismo o el error médico está claramente definido
6	El método estadístico es apropiado para responder la pregunta de investigación del estudio
7	Está reportado el análisis estadístico con las variables de interés

8	En el estudio se controlaron los factores de confusión
---	--

Fuente: elaborado por el autor, basado en: Lagerveld, S. E., Bültmann, U., Franche, R. L. et al. Factors Associated with Work Participation and Work Functioning in Depressed Workers: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2010;20(3):275-292 y Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S. et al. How does *burnout* affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 2014; 14(1): 325

A cada artículo seleccionado en este estudio se le aplicó esta escala. Cada ítem fue evaluado con un valor de 1 si el estudio cumplía con el requisito y 0 si no lo cumplía. La puntuación final corresponde a la sumatoria de las calificaciones de los 8 ítems, así, la máxima puntuación es 8.

Los estudios que alcanzaron unos valores de 7 y 8 fueron considerados como nivel de evidencia fuerte. Entre 4 y 6, nivel de evidencia moderada, y de 1 a 3 nivel de evidencia leve (Tabla 6-2).

Tabla 6-2: Calificación del nivel de evidencia

Puntuación	Clasificación del nivel de evidencia
1 - 3	Leve
4 - 6	Moderada
7 - 8	Fuerte

6.1.5 Análisis y presentación de resultados

Se realizó lectura crítica y obtención de la información necesaria de cada uno de los artículos seleccionados para completar las tablas y la matriz con los ítems descritos en el apartado anterior. Se presentó los resultados con tablas, gráficas y diagramas de flujo en el que se mostró el número de documentos incluidos en la revisión, aquellos que fueron excluidos y las causas que han motivado tal exclusión. Se describió el tipo de estudio y

las características de uno, junto con la calificación del nivel de evidencia y los hallazgos para el análisis y discusión correspondiente.

6.2 Reducción de sesgos

En la revisión documental relacionada con la búsqueda de evidencia científica, se deben controlar los sesgos de información y selección. En concordancia con lo anterior se controlaron los sesgos de los artículos seleccionados, como sigue:

- Sesgo de selección: el estudio debía centrarse exclusivamente en profesionales médicos y debían cumplir con todos los criterios de inclusión y exclusión.
- Sesgo de información: se verificó que las variables consideradas en los artículos estuvieran relacionadas con la pregunta y los objetivos de la investigación

Si bien en la metodología de la revisión sistemática se propone la lectura de los artículos seleccionados por dos investigadores, por tratarse de una revisión sistemática exploratoria, considerada como la primera aproximación a un tema de estudio y teniendo en cuenta su carácter de desarrollo de tesis, en este caso el lector fue el investigador.

6.3 Consideraciones éticas

Se revisó en cada artículo seleccionado en los resultados y según correspondiera, el cumplimiento de consideraciones éticas como el uso de consentimiento informado, revisión por un comité de ética y por pares evaluadores. Para el desarrollo de este estudio se mantuvo una actitud de respeto hacia el derecho de autor. Se referenció y dio crédito al (los) autor (es) de cada uno de los artículos revisados para esta investigación; como lo establece el artículo 61 de la Constitución Política de Colombia y desarrollada por las leyes 23 de 1982 y 44 de 1993 y la Decisión Andina 351 de 1993 de la Comunidad Andina de Naciones

7.Resultados

Los hallazgos se consignan de acuerdo con los objetivos propuestos para la presente revisión y la discusión se presenta en dos partes según los ítems objetos de estudio: ausentismo y error médico.

7.1 Ausentismo laboral

A partir de la búsqueda en las bases de datos con las ecuaciones de búsqueda en inglés y español propuestas en la metodología (*Burnout AND Physicians AND Absenteeism - Burnout AND Médicos AND Absentismo - Burnout AND Médicos AND Ausentismo*) se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 7-1).

Tabla 7-1: Distribución porcentual del número de publicaciones científicas encontradas en las bases de datos consultadas

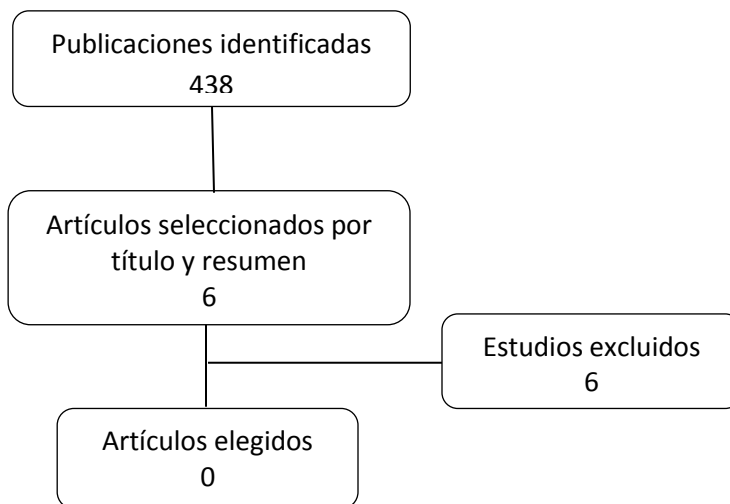
<i>Base de datos</i>	<i>Publicaciones según el idioma de las ecuaciones de búsqueda</i>			
	Inglés		Español	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
EBSCO-host	16	4,1	0	0
JSTOR	29	7,5	1	2,0
EMBASE	16	4,1	0	0
MedLine	7	1,8	0	0
OVID	93	23,9	0	0
ScienceDirect	203	52,2	48	98,0
Scielo	2	0,5	0	0
Scopus	23	5,9	0	0
Total	389		49	

Fuente: elaboración propia

En la tabla anterior se presenta la distribución porcentual de las publicaciones científicas encontradas en las bases de datos de acuerdo con las ecuaciones de búsqueda. Se observó un mayor número de publicaciones al usar la ecuación de búsqueda en inglés ($n = 389$) comparado con la de español ($n = 49$). Se observó una cantidad mayor de publicaciones en la base de datos ScienceDirect ($n = 203$), seguida de OVID ($n = 93$), JSTOR ($n = 29$) y Scopus ($n = 23$) que equivalen al 52,2 %, 23,9 %, 7,5 % y 5,9 %, respectivamente.

En la Figura 7-1 se muestra la selección de los artículos a partir de las publicaciones anteriores y según los criterios de inclusión y exclusión.

Figura 7-1: Diagrama de flujo de selección de artículos respecto a *burnout* en médicos y ausentismo



Fuente: elaboración propia

Una vez revisado el título y posteriormente el resumen, se prescindió de 438. De los cuales, 6 estudios fueron leídos a texto completo y se excluyeron 6. Dado que 2 evaluaban la eficacia de intervenciones, uno se centraba en el deseo de jubilación pronta, el cuarto aún no estaba publicado en su totalidad, el quinto solo contó con un 12 % de participación de médicos y el último estaba publicado en alemán. Por lo tanto, no se incluyó ningún artículo.

7.2 Seguridad del paciente

Con las ecuaciones de búsqueda: *Burnout* AND Physicians AND Medical errors y *Burnout* AND Médicos AND errores médicos, en las bases de datos, se encontraron las siguientes publicaciones (Tabla 7-2).

Tabla 7-2: Distribución porcentual del número de publicaciones científicas encontradas en las bases de datos consultadas

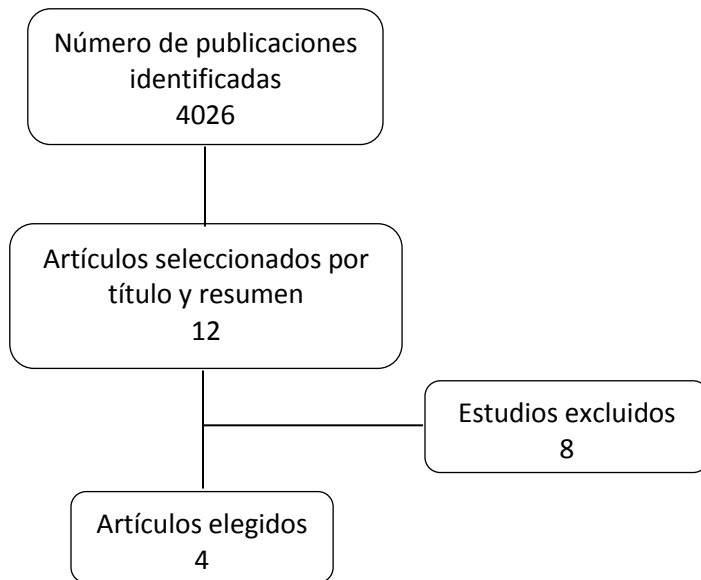
Base de datos	Publicaciones según el idioma de las ecuaciones de búsqueda			
	Inglés		Español	
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
EBSCO-host	63	2,2	1	0,1
JSTOR	99	3,4	0	0
EMBASE	69	2,4	0	0
Medline	52	1,8	9	0,8
OVID	1688	58,5	1060	92,8
ScienceDirect	791	27,4	70	6,1
Scielo	0	0	2	0,2
Scopus	122	4,2	0	0
Total	2884		1142	

Fuente: elaboración propia

Como se observa en la Tabla 7-2, al utilizar la ecuación en inglés se encontró un mayor número de publicaciones, con un total de 2884 artículos, mientras que en español fueron 1142. La base de datos que mostró más publicaciones fue OVID ($n = 1688$), seguido de ScienceDirect con 791. Corresponden al 58,5 % y al 27,4 %, respectivamente. En orden decreciente para español está OVID con un 92,8 %, ScienceDirect con un 6,1 % y MedLine, Scielo y EBSCO-host tienen una frecuencia relativa por debajo de 1.0.

A continuación, se presenta el diagrama de flujo de la selección de los artículos incluidos en este estudio a partir de los resultados con las ecuaciones de búsqueda que incluían el descriptor *medical errors* (errores médicos) (Figura 7-2).

Figura 7-2: Diagrama de flujo de selección de artículos respecto a *burnout* en médicos y error médico



Fuente: elaboración propia

Se encontraron 4026 publicaciones. Una vez revisados los artículos por título y resumen, se seleccionaron 12 estudios. Se excluyeron ocho: uno porque busca identificar la relación entre el tipo de mando participativo y la disminución de errores médicos y *burnout*; dos porque son publicaciones tipo ensayo; dos correspondían a comentarios editoriales, dos incluyen médicos y otros profesionales de salud y uno identifica el conocimiento de los médicos acerca de seguridad del paciente. Por lo tanto, no se eligió ningún estudio

a. Características generales de los estudios seleccionados

A partir de los estudios seleccionados se diligenció la matriz de Excel con los ítems definidos en la metodología (ver anexo B). Se realizaron dos en Estados Unidos, uno en España y uno en Japón. Fueron publicados en 2003, 2007, 2010 y 2012. El mínimo número de participantes fue de 196 y el máximo de 7905. De acuerdo al idioma solo

cumplieron los criterios de inclusión y exclusión artículos en inglés (ver Tabla 7-3 y anexo B).

Tabla 7-3: Características de los estudios sobre *burnout* en médicos y error médico

Título	Autor(es)	Tipo de estudio	Año	País	No. de participantes
Prevalence of Worker <i>Burnout</i> and Psychiatric Illness in Primary Care Physicians in a Health Care Area in Madrid	Molina Siguero A, García Pérez MA, González M, Cermeño C	Descriptivo, transversal	2003	España	196
The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and <i>burnout</i> with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study	Williams E, Manwell L, Konrad T, Linzer M.	longitudinal	2007	Estados Unidos	426
<i>Burnout</i> and medical errors among American surgeons	Shanafelt T, Balch C, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Freischlag J. <i>et al.</i>	Descriptivo, transversal	2010	Estados Unidos	7905
Hope Modified the Association between Distress and Incidence of Self-Perceived Medical Errors among Practicing Physicians: Prospective Cohort Study	Hayashino Y, Utsugi-Ozaki M, Feldman M, Fukuhara S	Cohorte prospectivo	2012	Japón	836

Fuente: elaboración propia

b. Descripción general de las características metodológicas

En cuanto al tipo de estudios, dos son descriptivos de corte transversal, uno es longitudinal a 3 años de seguimiento y otro es de cohorte prospectivo. Los participantes fueron médicos generales y de la mayoría de especialidades médico-quirúrgicas: medicina familiar, medicina interna, pediatría, obstetricia, cirugía general y sus subespecialidades, otorrinolaringología, cirugía cardiotorácica, entre otras. El instrumento para medir el *burnout*, fue el MBI (Maslach *burnout* inventory) en 2 artículos, MBI

modificado para trabajadores japoneses en un artículo y una escala corta de cinco preguntas en un estudio. El instrumento de recolección de datos e los errores médicos fue a través de cuestionarios de auto reporte según la percepción de comisión de errores de cada médico. El tiempo fue diverso en los estudios, en uno fue en un plazo de 12 meses, en otro de 3 meses. Solo en un estudio se hizo una diferenciación entre errores de diagnóstico y terapéutica, en los otros tres no se menciona el tipo de error médico medido (Ver Anexo B).

c. Evaluación de la calidad de los estudios y nivel de evidencia.

En cuanto a la escala de evaluación de la calidad de los estudios y el nivel de evidencia, los resultados se presentan en la Tabla 7-4.

Tabla 7-4: Evaluación del nivel de evidencia de los estudios seleccionados

Estudio	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
Prevalence of Worker <i>Burnout</i> and Psychiatric Illness in Primary Care Physicians in a Health Care Area in Madrid	1	1	1	1	0	1	0	1	6
The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and <i>burnout</i> with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study	1	1	0	1	1	1	1	1	7
<i>Burnout</i> and medical errors among American surgeons	1	1	1	1	0	1	1	1	7
Hope Modified the Association between Distress and Incidence of Self-Perceived Medical Errors among Practicing Physicians: Prospective Cohort Study	1	1	1	1	0	1	1	0	6

Fuente: elaboración propia

1. La población de estudio está descrita, 2. El porcentaje de participación/respuesta es al menos del 50 % 3. Los métodos de recolección de datos están descritos 4. El síndrome de *burnout* se evalúa con un cuestionario estandarizado 5. El error médico está claramente definido 6. El método estadístico es apropiado para responder la pregunta de investigación del estudio 7. Está reportado el análisis estadístico con las variables de interés 8. En el estudio se controlaron los factores de confusión

De acuerdo con la sumatoria presentada en la tabla anterior y según los criterios definidos en la metodología para la evaluación de la calidad de los artículos seleccionados, los estudios que obtuvieron 7 se consideran con nivel de evidencia fuerte. Los que obtuvieron 6 se consideran nivel de evidencia moderada.

d. Resultados de los estudios.

Los cuatro estudios refieren una asociación entre el *burnout* y la comisión de errores médicos. Molinera Siguero A, et al (106), encontró asociación entre el *burnout* y la precipitación de errores médicos ($p < 0,01$). Williams ES, et al (107) concluye que tiene mayor probabilidad de cometer errores los médicos con *burnout*. En el estudio de Shanafelt T, et al (108) refieren que cada aumento en un punto en la escala de despersonalización (rango de escala, 0-33): fue asociado con un aumento del 11 % de la probabilidad de referir un error mientras que el aumento de un punto en agotamiento emocional (rango de escala, 0-54) fue asociado con un aumento del 5 %. La baja realización personal (rango de escala, 0-48) estaba inversamente correlacionado con errores médicos, cada aumento de un punto (esto es, un indicador de agotamiento inferior) fue asociado con una disminución del 3.6 % en la probabilidad de relatar un error. ($p < 0,0001$) (Ver tabla 7-5).

Tabla 7-5: Resumen resultados de los artículos

Artículo (autor)	Evidencia del <i>burnout</i> en médicos y errores médicos
Molina Siguero A, et al (2003)	Se encontró una asociación del <i>burnout</i> con la percepción de que la presión en el trabajo produce con frecuencia una disminución de la calidad y la precipitación de errores médicos ($p < 0,01$).
Williams ES, et al. (2007)	Los médicos estresados, quemados e insatisfechos reportan una mayor probabilidad de cometer errores.
Shanafelt T, et al. (2010)	Aumento en un punto en la escala de despersonalización (rango de escala, 0-33): fue asociado con un aumento del 11 % de probabilidad de comisión de error médico. El aumento de un punto en agotamiento emocional (rango de

	escala, 0-54) con un aumento del 5 %. Baja realización personal con una disminución del 3.6 % en la probabilidad de relatar un error. ($p < 0,0001$).
Hayashino Y, et al (2012)	Los médicos que refirieron al menos un error tenían niveles más altos de <i>burnout</i> , con un aumento del tercil de la escala de agotamiento emocional ($p = 0.026$) y aumento del tercil de la escala de despersonalización ($p=0.002$). No observaron una asociación significativa en la escala de realización personal ($p=0.668$)

Por último, Hayashino Y, et al (109) evaluó la relación entre los errores médicos, la esperanza y el *burnout* en médicos. Encontró que en médicos con nivel alto de *burnout* Los médicos que refirieron al menos un error durante el período de estudio tenían niveles considerablemente más altos de *burnout*, evidenciado por un aumento en el nivel del tercil de la escala de agotamiento emocional ($p = 0.026$) y aumento del nivel del tercil de la escala de despersonalización ($p=0.002$). No observaron una asociación significativa en la escala de realización personal ($p=0.668$) y la depresión ($p=0.058$) con el reportaje al menos 1 error médico (ver tabla 7-5)

8. Discusión

Este estudio se propuso describir la mejor evidencia científica disponible acerca del impacto del síndrome de *burnout* en médicos sobre el ausentismo y la comisión de errores médicos como factor de determinación de la seguridad del paciente. En concordancia con los objetivos propuestos, a continuación se describe la evidencia relacionada con el ausentismo laboral y la seguridad del paciente.

a) Evidencia del *burnout* en médicos y ausentismo laboral

Para encontrar evidencia científica del síndrome *burnout* en médicos y el ausentismo, a pesar de su búsqueda intensiva no logro detectar investigaciones que permitieran allegar la mejor evidencia en relación con los criterios de inclusión y exclusión propuestos en el estudio. Sin embargo, autores de amplio reconocimiento en esta área de estudio como Cristina Maslach indica que el agotamiento emocional que es uno de los tres síntomas de *burnout* junto con el agotamiento físico hace que se presenten situaciones de ausentismo laboral en los trabajadores afectados (2), de la misma forma Castillo, Ávila, et al (83) han reconocido al *burnout* como una de las causas de ausentismo en médicos.

Las investigaciones en el sector salud con respecto al ausentismo no se han centrado exclusivamente en médicos sino que se han incluido otros trabajadores de salud. Al respecto, un estudio realizado en Chile y publicado en el 2014, cuyo objetivo fue analizar la influencia de algunos factores de riesgo psicosocial en el desarrollo del *burnout* y analizar la influencia de este fenómeno en el absentismo laboral (46). Se desarrolló con 142 trabajadores de la salud. De los cuales, 16,9 % eran de enfermería (n = 24), 12 % médicos (n = 25), 0,7 % fisioterapeutas (n = 1), y el resto otros trabajadores de la salud. Realizaron un análisis de los datos mediante estadística descriptiva y modelos de

regresión lineal múltiple y reportó una relación significativa y positiva entre la dimensión desgaste psíquico y absentismo laboral ($\beta = 0,197$; $p < 0,05$). Por lo tanto los autores concluyen que “se evidencia que un esfuerzo emocional sostenido pueden favorecer el absentismo laboral” (46).

En España se realizó un estudio para conocer la prevalencia del síndrome de *burnout* en los profesionales que desarrollan su trabajo en atención primaria y su relación con las bajas laborales y la calidad de la prescripción. Conto con una proporción de 56% de profesionales médicos Participaron 145 profesionales, el 53,1 % médicos ($n = 77$), 3,45 % pediatras ($n = 5$), el 38,6 % ayudantes técnico-sanitarios ($n = 56$) y otros. Y en este Encontraron que el mayor agotamiento emocional se relacionaba con peores indicadores de prescripción y con mayor número de días de baja ($p: 0,031$). Por lo anterior, concluyeron que el *burnout* se relaciona con mayor absentismo laboral por problemas de salud y peores indicadores de calidad (110).

Sin embargo, en términos de la evidencia disponible, los estudios analizados no permiten aseverar de manera determinante el impacto entre el *burnout* y el ausentismo laboral en médicos. Es, por lo tanto, esencial emprender estudios que permitan llenar este vacío y en los cuales no se omitan factores esenciales para obtener una evidencia certera.

b) Evidencia del *burnout* en médicos y la seguridad del paciente

De acuerdo con los resultados obtenidos para describir la presencia de síndrome de *burnout* en los médicos y su impacto en la seguridad del paciente en términos de errores médicos, se tuvieron en cuenta los artículos con nivel de evidencia moderada y fuerte. El síndrome de *burnout* tiene tres manifestaciones: disminución de la realización personal, agotamiento emocional y despersonalización. Estas tres manifestaciones impactan la seguridad del paciente, dado que pueden llevar a la comisión de errores médicos, ya que los estudios analizados mostraron que los médicos con *burnout* tienen mayor probabilidad de cometer errores médicos. En estudios en residentes se han encontrado hallazgos similares (49, 95, 96).

La despersonalización y el agotamiento emocional han sido señaladas como las manifestaciones del *burnout* más relacionadas con la comisión de errores médicos. Al respecto, el estudio de Chen KY, et al (97), sobre *burnout*, satisfacción laboral y mala práctica médica reportó que los errores médicos fueron significativos en relación al ítem agotamiento emocional.

En los estudios analizados en relación con la comisión de errores médicos, las investigaciones usaron el auto reporte, preguntándole al médico si consideraban que habían cometido algún error médico, sin indagar por el tipo de error médico ni su frecuencia. Frente a esta situación en los estudios orientados a encontrar evidencia es deseable partir del análisis del reporte de errores médicos en las instituciones. De igual forma hay que considerar que no siempre se reportan los eventos adversos por parte de los profesionales de salud debido a políticas de culpabilización y no de intervención sobre las condiciones que posibilitan la aparición de los errores médicos y del *burnout*, lo que limita la evidencia que pueda provenir de los estudios.

Se analizaron 2 estudios que determinaron el *burnout* usando cuestionarios diferentes al MBI considerado el “gold standard” (71) e identificaron la comisión de errores en un lapso del tiempo diferente, en los últimos 3 meses y 12 meses. Sin embargo, a pesar de esto, los hallazgos demostraron una fuerte evidencia entre el *burnout* en médicos y resultados negativos en la seguridad del paciente en términos de mayor probabilidad de comisión de errores médicos.

No obstante, para una evidencia certera es necesario realizar investigaciones que midan estadísticamente la asociación entre el *burnout* y la comisión de errores médicos. El escaso número de investigaciones y la heterogeneidad de los mismos no permiten definir de forma concisa el tipo de asociación entre estas variables. Por ende, se requiere la realización de nuevos estudios orientados a encontrar asociación entre cada una de las manifestaciones del *burnout* y los factores propuestos en este estudio.

9. Conclusiones y recomendaciones

9.1 Conclusiones

1. Los resultados de la revisión sistemática exploratoria adelantada en este estudio permitieron establecer que hay poco conocimiento acerca del impacto del *burnout* en médicos sobre el ausentismo y la seguridad del paciente en términos de la comisión de errores médicos.
2. No se encontró suficiente evidencia científica de estudios sobre el *burnout* en médicos y su impacto en términos de ausentismo laboral. Sin embargo, hay estudios que incorporan otros profesionales de la salud los cuales podrían contribuir a mejorar la evidencia. El escaso número de artículos con nivel de evidencia moderada y fuerte indica que es un tema que requiere mayor esfuerzo investigativo tanto por parte de la academia como de las sociedades científicas del área.
3. En términos del impacto del *burnout* con la seguridad del paciente, los hallazgos permiten establecer que hay un impacto negativo dada por un aumento de comisión de errores médicos en profesionales de medicina afectados por este síndrome.
4. La seguridad del paciente se vio afectada principalmente por los resultados derivados del agotamiento emocional y la despersonalización, que son manifestaciones propias del síndrome de *burnout*.
5. Los estudios analizados tienen metodologías diferentes para el abordaje de la investigación del síndrome de *burnout* y la comisión de errores médicos, lo que introduce limitaciones para la comparación de los mimos para determinar la evidencia de manera más certera.

9.2 Recomendaciones

El escaso número de artículos con nivel de evidencia moderada o fuerte indica que el tema tratado en este estudio no ha sido abordado suficientemente y requiere mayor esfuerzo investigativo, tanto por la academia como por las sociedades científicas del área.

Es necesario realizar otros estudios que permitan mejorar la evidencia acerca del tema estudiado y que fundamenten la formulación de políticas y planes orientados a prevenir la aparición del síndrome de *burnout*.

Para futuras investigaciones los errores médicos en lo posible deben medirse más objetivamente, por ejemplo, a partir de los registros existentes en las instituciones a este respecto para determinar el tipo de error médico más relacionado con el *burnout* en médicos.

Las agremiaciones y entidades científicas del sector médico deben mejorar sus acciones hacia la optimización de las condiciones de trabajo del personal médico para contribuir a la calidad de vida laboral de estos profesionales y la de los servicios de salud.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben incluir en sus sistemas de gestión de salud y seguridad en el trabajo acciones que contribuyan a minimizar o eliminar demandas que potencialicen la carga de trabajo y el estrés laboral crónico, del cual se deriva el síndrome de *burnout*, lo que aporta a la calidad del cuidado de la salud.

Dar a conocer a las entidades gubernamentales la importancia de este tema y la necesidad de generar políticas encaminados a disminuir los factores desencadenantes del *burnout* en médicos, ya que afectan sus consecuencias, repercuten negativamente en los costos en salud derivados de la atención médica y en la seguridad del paciente, y

contravienen el principio de que la atención en salud debe ser segura, de calidad y libre de riesgos.

9.3 Limitaciones

Hay muy pocos estudios que incluyen solo médicos, la mayoría incorporan otros profesionales de salud, particularmente en términos del ausentismo laboral.

Dentro de las limitaciones que se encuentran al comparar los estudios están las diferencias en el instrumento para medir el *burnout* y la diferencia en el lapso de tiempo en la pregunta acerca de la comisión de errores médicos.

En este estudio no se tuvo en cuenta investigaciones que incluyeran médicos en formación académica, esto pudo haber dejado investigaciones por fuera del análisis, principalmente en la comisión de errores médicos.

Hay una falta de estudios con mediciones objetivas sobre la seguridad del paciente en términos de errores médicos ya que algunos de los estudios incluyeron en su metodología auto-reportes, estos pueden ser vulnerables a sesgo de memoria y fallos cognitivos.

A. Anexo: Protocolo de búsqueda

1. Pregunta de investigación.

¿Cuál es la evidencia científica disponible del impacto del síndrome de *burnout* en médicos sobre el ausentismo y la seguridad del paciente en términos de error médico?

2. Ecuaciones de búsqueda.

Burnout AND Physicians AND Absenteeism

Burnout AND Médicos AND Absentismo

Burnout AND Médicos AND Ausentismo

Burnout AND Physicians AND Medical errors

Burnout AND Médicos AND Errors medicos

3. Bases de datos consultadas

La búsqueda de los artículos científicos se realizó en las bases de datos:

- EBSCO-host
- EMBASE
- JSTOR
- Medline
- OVID
- ScienceDirect
- Scielo
- Scopus

4. Idioma de publicación de los resultados de los estudios de investigación publicados.

- Inglés
- Español

5. País en que se realizó la investigación del estudio seleccionado en la búsqueda (Se refiere al lugar geográfico donde se ha desarrollado la investigación).

6. Criterios de inclusión:

Se incluyó en el estudio, las publicaciones que cumplieron con las siguientes condiciones:

- Parámetro de población: artículos científicos cuyos sujetos de investigación fueran médicos generales o especialistas
- Parámetro temporal: Artículos publicados en el periodo de 2002 hasta el 2015.
- Parámetro metodológico: Estudios descriptivos y estudios analíticos observacionales y experimentales.
- Estudios publicados en texto completo para la fecha de búsqueda, en idioma inglés o español.

7. Criterios de exclusión:

- Estudios que incluían estudiantes de medicina ya sea de pregrado o posgrado médico-quirúrgico.
- Estudios que incluían otras profesiones
- Artículos no incluidos en revistas indexadas
- Estudios no publicados en su totalidad para la fecha de búsqueda.

8. Escala de evaluación de la calidad de los estudios incluidos

Número	ítem
1	La población de estudio está descrita
2	El porcentaje de participación/respuesta es al menos del 50%
3	Los métodos de recolección de datos están descritos

4	El síndrome de <i>burnout</i> se evalúa con un cuestionario estandarizado
5	El ausentismo o el error médico está claramente definido
6	El método estadístico es apropiado para responder la pregunta de investigación del estudio
7	Está reportado el análisis estadístico con las variables de interés
8	En el estudio se controlaron los factores de confusión

Fuente: Elaborado por el autor, basado en: Lagerveld, S. E., Bültmann, U., Franche, R. L. *et al.* Factors Associated with Work Participation and Work Functioning in Depressed Workers: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2010;20(3):275-292 y Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S. *et al.* How does *burnout* affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 2014; 14(1): 325.

9. Calificación del nivel de evidencia

Puntuación	Clasificación del nivel de evidencia
1 - 3	Leve
4 - 6	Moderada
7 - 8	Fuerte

Fuente: elaboración propia

B. Anexo: características de los estudios sobre *burnout* en médicos y seguridad del paciente.

1. Características generales

Base de datos	Título	Autor(es)	Journal/revista / (ISSN)	Año	País	Objetivo principal	No. de participantes	Resultados
Embase	Prevalence of Worker <i>Burnout</i> and Psychiatric Illness in Primary Care Physicians in a Health Care Area in Madrid	Molina Sigüero A, García Pérez MA, González M, Cermeño C	Aten Primaria (0212-6567)	2003	España	Analizar el desgaste profesional y la prevalencia de psicopatología entre facultativos de atención primaria (AP) y determinar su relación con aspectos sociodemográficos y laborales	196	Se encontró una asociación del desgaste profesional con los siguientes aspectos: una posible psicopatología ($p < 0,01$); la percepción de que la presión en el trabajo produce con frecuencia una disminución de la calidad y la precipitación de errores médicos ($p < 0,01$).

Medline	The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and <i>burnout</i> with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study	Williams ES, Manwell L, Konrad T, Linzer M.	Health Care Manage Rev (0361-6274)	2007	Estados Unidos	Responder cuáles condiciones culturales inciden en el estrés médico, la insatisfacción y el <i>burnout</i> , y si estas ayudan a una pobre calidad del cuidado.	426	El estrés, el <i>burnout</i> y el descontento en los médicos hacen que se estime una probabilidad mayor de cometer errores y que se presenten con más frecuencia casos de cuidado subóptimo del paciente.
	<i>Burnout</i> and medical errors among American surgeons	Shanafelt T, Balch C, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Freischlag J. <i>et al.</i>	Ann Surg (1528-1140)	2010	Estados Unidos	Evaluar la relación entre el <i>burnout</i> y los principales errores médicos en cirujanos americanos.	7905	Cada aumento en los puntos de despersonalización (rango de escala 0-33) fue asociado con un aumento del 11 % de la probabilidad de relatar un error, mientras que cada punto de aumento del agotamiento emocional (rango de escala 0-54) fue asociado con un aumento del 5 %. Baja realización personal (rango de escala, 0-48) estaba inversamente correlacionado con errores médicos, cada aumento de un punto (esto es, un

indicador de agotamiento inferior) fue asociado con una disminución del 3.6 % en la probabilidad de relatar un error. ($p < 0,0001$). El *burnout* y la depresión fueron predictores independientes de reporte de error médico reciente en el análisis multivariable que controló otros factores personales y profesionales.

EBSCO-host	Hope Modified the Association between Distress and Incidence of Self-Perceived Medical Errors among Practicing Physicians: Prospective Cohort Study	Hayashino Y, Utsugi-Ozaki M, Feldman M, Fukuhara S	PLoS ONE (1932-6203)	2010	Japón	Evaluar la relación entre los errores médicos, la esperanza y el <i>burnout</i> en médico utilizando métricas validadas	836	En el análisis estratificado por puntaje de esperanza, entre los médicos con una puntuación de esperanza baja, los que experimentaron mayor <i>burnout</i> reportaron mayor incidencia de errores; los médicos con altos puntajes de esperanza no reportaron alta incidencia de errores, incluso si experimentaron alto nivel de <i>burnout</i>
-------------------	---	--	----------------------	------	-------	---	-----	---

Fuente: elaboración propia

2. Otras características según la metodología

Título	Autor	Participantes	Método de recolección de la información	Cuestionario usado para medir el <i>burnout</i>	Identificación de factores	Método estadístico
Prevalence of Worker Burnout and Psychiatric Illness in Primary Care Physicians in a Health Care Area in Madrid	Molina Siguero A, García Pérez MA, González M, Cermeño C	Total: 196 de 244 Masculino: 40% Femenino: 60% Clasificación: Medicina familiar: sin dato Pediatria: sin dato	Cuestionario estructurado	Maslach <i>burnout</i> inventory-general survey.	Cuestionario que incluía variables demográficas, preguntas sobre error médico y calidad de la atención médica	Estadística descriptiva para caracterización demográfica. Chi cuadrado y t student y regresión logística.

<p>The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and <i>burnout</i> with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study</p>	<p>Williams ES, Manwell L, Konrad T, Linzer M.</p>	<p>Total: 426 Masculino: 234 (55%) Femenino: 192 (45%) Clasificación: Medicina familiar: (46%) Medicina interna: (51,5%) Otras: (2%)</p>	<p>Cuestionario estructurado</p>	<p>Identificación de su nivel de agotamiento por una escala de 5 puntos. Según el autor del estudio Rohland, Kruse, and Rohrer (2004) encontraron que esta forma de medición se correlaciona bien con las tres dimensiones de <i>burnout</i> descritas por Maslach</p>	<p>Se basaron en el autor DeVellis 2003 para diseñar su propio método de medición del error y fue revisado 2 veces por un panel de expertos e incluía prácticas de diagnóstico y terapéutica comunes en el ámbito ambulatorio. Este cuestionario fue autoreportado.</p>	<p>Análisis de ecuación estructural, test t estándar</p>
---	--	--	----------------------------------	--	---	--

<p><i>Burnout and medical errors among American surgeons</i></p>	<p>Shanafelt T, Balch C, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Freischlag J. et al.</p>	<p>Total: 7905 Masculino: 6815 (86,7%) Femenino: 1043 (13,3%) Clasificación: Cirugía cardiotorácica: 489 (6,2%) Cirugía colorectal 302 (3,8%) Cirugía general 3233 (41,1%) Otorrinolaringología: 368 (4,7%) Obstetricia y ginecología 105 (1.3%) Cirugía oncológica: 407 (5.2%) Cirugía pediátrica 181 (2,3%) Cirugía plástica: 458 (4%) Cirugía de trasplante: 123 (1,6%) Cirugía de trauma: 345 (4,4%) Cirugía urológica 315 (4%) Cirugía vascular: 463 (5,9%) Otros: 488 (6,2%)</p>	<p>Cuestionario estructurado</p>	<p>Maslach <i>burnout</i> inventory</p>	<p>Autoreporte mediante la pregunta es consciente de que usted cometió un error médico en los últimos 3 meses?, si la respuesta era sí se preguntaba, que factor principal contribuyo a que se presentara: el sistema, fatiga, falta de concentración, por falta de conocimiento, por estrés, entre otros. Se realizó de esta forma para incluir los eventos adversos o errores médicos no reportados.</p>	<p>Estadística descriptiva para las variables demográficas. Para medir asociación usaron regresión lineal y medición odds ratio y regresión logística para asociaciones multivariable.</p>
---	--	--	----------------------------------	---	--	--

<p>Hope Modified the Association between Distress and Incidence of Self-Perceived Medical Errors among Practicing Physicians: Prospective Cohort Study</p>	<p>Hayashino Y, Utsugi-Ozaki M, Feldman M, Fukuhara S</p>	<p>Total: 836 Masculino: 770 (92.1%) Femenino: 66 (17.9 %) Clasificación: Cirugía general: 18.8% Medicina Interna: 26.1% Pediatría: 8.5% Cirugía: 35.5%</p>	<p>Cuestionario estructurado</p>	<p>Maslach <i>burnout</i> inventory modificado para profesionales de la salud japoneses. Tao M, Kubo M (1996) <i>Theory and Researches of Burnout</i>. Tokyo: Seishin Shobo. pp. 129–165.M.</p>	<p>Cuestionario de autoreporte diseñado por los autores La pregunta hacía referencia a la comisión de errores en los últimos 12 meses.</p>	<p>Análisis estándar univariado, Regresión Poisson.</p>
---	---	--	----------------------------------	---	--	---

Fuente: elaboración propia

Bibliografía

1. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo [Internet]. España: EU-OSHA [citado el 20 de Oct de 2016]. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-stress>.
2. Maslach, C. Comprendiendo el *burnout*. Ciencia & Trabajo. 2009; 11(32): 37-43.
3. Moreno Jiménez B, Báez León C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Universidad Autónoma de Madrid. España. 2010 [Citado el 13 Ago 2016].p. 1-188. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>
4. Escribà-Agüir V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de *burnout* en médicos especialistas. Gac Sanit [Internet]. 2008 Ago [citado 2017 Mar 12]; 22(4): 300-308. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000400002&lng=es.
5. Gómez-Batiste A. X. Guía de prevención de *Burnout* para profesionales de cuidados paliativos. Madrid: Arán Ediciones S.L.; 2008.
6. Houtman I, Jettinghoff K. Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores. México: Ediciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS); 2007. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh_no.6_spanish.pdf

7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. 2000. To err is human: Building a safer health system. Institute of Medicine (IOM). Washington, D.C: National Academy Press. 2000.
8. Global Harmonization Task Force -GHTF-. Comparison of the Device Adverse Reporting Systems in USA, Europe, Canada, Australia & Japan. Documento final GHTF /SG2/N6R3:2002. 21 May 2002. disponible en: [<http://www.ghtf.org>]
9. Ramos Domínguez Benito Narey. Calidad de la atención de salud: Error médico y seguridad del paciente. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2005 Sep [citado 2017 Sep 18]; 31(3)
10. Manchado R, Tamames S, López M, Mohedano L, D'Agostino M, Veiga de Cabo J. Revisiones sistemáticas exploratorias. Med. segur. trab. [Internet]. 2009 Sep [citado 2016 Oct 07]; 55 (216): 12-19
11. Freudenberg HJ. The burn-out syndrome in alternative institutions. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 1975; 12(1): 73.
12. Maicon C, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. El síndrome de *burnout*: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Anales Psicología 2010;26(1):169-180.
13. Ortega Ruiz C, López Ríos F, El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. International Journal of Clinical and Health Psychology 2004;137-160. [citado 2016 Oct 07]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740108>.
14. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. *Burnout*: 35 years of research and practice. Career Development International. 2009; 14(3): 204-220.

15. Ramírez R, Sutton H, Obregón AR, Ruiz JV, Ponce LM, et al. Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social. Perfiles educativos. 2012; 34(138): 92-107
16. Maslach C, Jackson S. Maslach *Burnout* Inventory (2nd ed.). Consulting Psychologist's Press, Palo Alto California. 1986
Cooper CL, Dewe PJ, O'Driscoll MP. Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications. Sage. 2001.
17. Burke RJ, Mikkelsen A. *Burnout*, job stress and attitudes towards the use of force by Norwegian police officers. Policing: an international journal of police strategies and management. 2005; 28(2): 269-278.
18. Angerer J. Job *Burnout*. Journal of Employment Counseling. 2003; 40(3): 98-107
19. Pérez AM. El síndrome de *burnout*. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. 2010; (112): 42-80. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
20. Mingote Adán JC, Moreno-Jimenez, Gálvez Herrer M. *Burnout* and the health of the medical professionals: review and preventive options. Medicina Clínica. 2004; 123(10): 265-70.
21. Joffre Velázquez VM. Síndrome de *burnout* en profesionales de la salud en el hospital general "Dr. Carlos Canseco" (Tampico, Tamaulipas, México). [Tesis doctoral]. Universidad de Granada. 2009. [Citado 2017, Agosto 8] Disponible en: <https://hera.ugr.es/tesisugr/18487245.pdf>
22. Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Desgaste profesional (*burnout*), personalidad y salud percibida. En: Buendía J, Ramos F. Empleo, estrés y salud. Madrid: Psicología Pirámide; 2001: 59-83.

23. Rubio-Maria de la Cruz. Manual análisis de los riesgos psicosociales: estrés y el síndrome de *burnout*. Formación para el empleo. Primera Edición. Editorial CEP, S.L. 2011.
24. Shirom A. Reflections on the study of *burnout* The views expressed in Work & Stress commentaries are those of the author (s), and do not necessarily represent those of any other person or organization, or of the journal. Work & Stress. 2005; 19(3): 263-270
25. Marrau MC. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*), en el marco contextualizador del estrés laboral. Fundamentos en humanidades. 2009; (19): 167-177.
26. Campo L, Ortigón J. Síndrome de *Burnout*: una revisión teórica. Diplomado en Gestión Humana para el Desarrollo. Universidad de la Sabana. 2012
27. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does *burnout* affect physician productivity? A systematic literature review. BMC health services research, 2014; 14(1): 325
28. Organización Internacional del Trabajo (OIT) [Internet]. Tesaurus de la OIT. [Consultado el 03 de Marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.ilo.org/thesaurus/defaultes.asp>
29. El-sahili Gonzalez LF. *Burnout*: consecuencias y soluciones. México: Manual Moderno. 2015.
30. Bakker A.B, Demerouti E, De Boer, E. and Schaufeli W.B. Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency. Journal of Vocational Behavior. 2003; 62: 341-56

31. Nahrgang J, Morgeson F, Hofmann D. Safety at work: a meta-analytic investigation of the ENLACE between job demands, job resources, *burnout*, engagement, and safety outcomes. *Journal of Applied Psychology*. 2011; 96 (1): 71
32. Dierendonck D.V, Schaufeli W.B, Buunk, B.P. The evaluation of individual *burnout* intervention program: The role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology*. 1998; 83: 392–407.
33. Mendoza Urrizola J.H. Absentismo asociado al síndrome de *Burnout*. Coste económico del estrés laboral asistencial en un hospital. *Mapfre medicina*. 2004; 15(3): 193-198.
34. Borritz M, Rugulies R, Bjorner J, Villadsen E, Mikkelsen O, Kristensen T. *Burnout* among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal Of Public Health* [serial on the Internet]. (2006), [cited February 26, 2017]; 34(1): 49-58.
35. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe técnico definitivo. 2009. [Consultado el 27 de Febrero de 2017] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
36. Pérez Castro y Vázquez, Jorge Alfonso. Seguridad del paciente al alcance de todos. México, D.F., MX: Editorial Alfil, S. A. de C. V., 2013: 27-28.
37. PAHO. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Washington DC. 27 de Octubre de 2004. (Citado el 20 de Marzo de 2017. Disponible en http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=398:seguridad-pacientes-un-problema-salud-publica-mundial&Itemid=488
38. Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: La investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para

una atención más segura. Suiza. 2008: 1-11. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

39. Carrillo-Esper R, Gómez K, Espinoza de los Monteros I. Síndrome de *burnout* en la práctica médica. Medicina Interna de México. 2012; 28(6): 579-584.
40. Del Río O, Perezagua M, Vidal B. El síndrome de *burnout* en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Rev Enferm Cardiol. 2003; 29: 24-29.
41. Martínez de la Casa A, Del Castillo C, Magaña E, Bru I, Franco A, Segura A. Sobre la prevalencia del *burnout* en los médicos del área sanitaria de talavera de la reina. Atenc Primaria. 2003; 32(6): 343-348.
42. Williams ES, Konrad TR, Scheckler WE, Pathman DE, Linzer M, McMurray JE, Gerrity M, Schwartz M: Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. Health Care Manag Rev. 2010; 35(2): 105-115
43. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Public Health Reports. 2001; 16(3): 268–269.
44. Expósito Gazquez A, López Fernández FJ. Organización y estructura sanitaria. Editorial: ACCI ediciones. España. 2016: 157
45. Glynn Anthony. Is absenteeism related to perceived stress, *burnout* levels and job satisfaction? [Submitted in partial fulfilment of the requirements of the Bachelor of Arts degree (Psychology specialisation)]. Department of Psychology. DBS School of Arts. Dublin. 2013. Disponible en: http://esource.dbs.ie/bitstream/handle/10788/1572/ba_glynn_a_2013.pdf?sequence=1

46. Olivares-Faúndez VE, Gil-Monte P, Mena L, Jélvez-Wilke C y Figueiredo-Ferraz H. (2014). Relationships between *burnout* and role ambiguity, role conflict and employee absenteeism among health workers. *Terapia psicológica*. 2014; 32(2); 111-120. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000200004>
47. Alonso LM, Rojas M. Eventos adversos y salud pública. *Revista Salud Uninorte*. 2009; 25:(1): 1-4.
48. Hickam DH, Severance S, Feldstein A, et al. The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety: Summary. 2003 Mar. In: AHRQ Evidence Report Summaries. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 1998-2005. 74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11929/>
49. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, Shanafelt TD. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006; 296(9): 1071–1078.
50. Aranda C. Diferencias por sexo, síndrome de *burnout* y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Rev. costarric. salud pública [Internet]*. 2006 Dec [citado 2016 noviembre 03]; 15(29): 1-7
51. Freudenberger HJ. Staff *burnout*. *J Soc Issues*. 1974; 30: 159-66.
52. Bosqued M. Quemados. El síndrome de *burnout*. Barcelona: Paidós; 2008
53. Maslach C. y Leiter MP. Teacher *burnout*: A research agenda. En R. Vandenberghe y A. M. Huberman (Eds.); *Understanding and preventing teacher burnout*. Nueva York: Cambridge University Press. 1999. 295-303.
54. Maslach C. *Burnout*. The Cost of Caring. Englewood Cliffs, Nueva York: Prentice-Hall. 1982.

55. Maslach C, Leiter MP. Stress and Burnut. The critical research. En: Cooper CL (ed.). Stress, medicine and health. Boca Raton: CRC Press; 2005. 155-72.
56. Campos R. Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de *burnout* en profesionales de centros de mayores en Extremadura [tesis doctoral]. Extremadura: Universidad de Extremadura, Departamento Terapéutica Médico-Quirúrgica; 2015: 64.
57. Pines, AM y Kafry D. Coping with *burnout*. En J. Jones (Ed.). The *Burnout* Syndrom. Parkridge. IL: London House Press. 1981. 391-410.
58. Maslach C, Jackson SE y Leiter MP. Maslach *burnout* inventory. Third Edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press. 1996.
59. Toscano JHA, Hernández LTG, y Salgado MMM. Características demográficas y laborales asociadas al síndrome de *burnout* en profesionales de la salud. Pensamiento psicológico, 2010; 8(15); 39-52
60. Gil-Monte P y Marucco M. Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (*burnout*) en pediatras de hospitales generales. Revista Saúde Pública. 2008; 42(3): 450-456.
61. 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 [Internet]. 2009 Apr [cited 2016 Sep 25]; 83(2): 215-230.
62. Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O y García M. Rasgos de personalidad y *burnout* en médicos de familia. Atención Primaria. 2001; 27: 459-468.

63. Pereda-Torales L, Márquez FG, Hoyos MT, Yáñez MI. Síndrome de *burnout* en médicos y personal paramédico. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2016 Sep 25]; 32(5): 399-404
64. Hobfoll SE y Freedy J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to *burnout*. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek 299 (Eds.), *Professional burnout. Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor y Francis.
65. Gil-Monte PR y Moreno- B. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide. 2007.
66. Gil Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide. 2005.
67. Gil-Monte PR, Salanova M, Aragon JL, Schaufeli WB. Jornada “el síndrome de quemarse por el trabajo en servicios sociales”. Conferencia impartida en la Jornada “El síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales”, organizada por el Servicio de Acción Social de la Diputación de Valencia, el 25 de noviembre de 2005. Pg.18. Disponible en: <https://www.dival.es/bienestar-social/sites/default/files/sindrome-quemarse-por-el-trabajo-en-servicios-sociales.pdf>
68. Rodríguez Paipilla MG, Rodríguez R, Riveros AE, Rodríguez ML., Pinzón JY. Síndrome de *burnout* y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010. Universidad del Rosario. Universidad CES. 2011.
69. Pera G, Serrat-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta sanitaria*. 2002; 16: 480-486.

70. Maslach C, Jackson SE. Maslach *burnout* inventory. Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1981.
71. Díaz Bambula F, Carolina Gómez I, La investigación sobre el síndrome de *burnout* en latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe* 2016;33(1):131-131. Disponible en: <http://sociales.redalyc.org/articulo.oa?id=21345152008>. Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2017
72. Lazo A, Roldan B. Revisión bibliográfica implicaciones del presentismo en la productividad laboral del área de la salud. *Med. Leg. Costa Rica* [Internet]. 2015 Mar [citado 2016 julio 21]; 32(1): 146-153.
73. Fajardo G, Rodríguez J, Arboleya Heberto, Rojano C, Hernández F, Santacruz J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Revista Cirugía y Cirujanos*. 2010; 78 (6): 527-532.
74. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (22° edición). 2001. [Internet]. 2015 Mar [citado 2016 julio 21]. Disponible en: <http://lema.rae.es/dpd/srv/search?key=ausentismo>
75. Chiavenato I. Administración de recursos humanos. Quinta edición. Editorial. Mc Graw Hill. Bogotá. 2001. 203-204.
76. Molinera Mateos JF. Absentismo laboral: causas, control y análisis, nuevas formas, técnicas para su reducción. Segunda edición. FC Editorial. Madrid. 2006
77. Ferraro C. Incidencia de ausentismo laboral y factores determinantes en el personal de enfermería del hospital zonal especializado en oncología "Luciano Fortabat" de la olavarria. Universidad Nacional de Rosario. 2016. Disponible en: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/07/TESIS-FINAL.pdf>

78. Boada J., Vallejo R. Absentismo laboral como consecuente de variables organizacionales. *Psicothema*. 2005; 17(2): 212-218
79. Meza, F. Kaempffer, A. Artículo: 30 años de estudio sobre ausentismo laboral en Chile: una perspectiva por tipos de empresas. *Revista Médica de Chile* 2004; 132: 1100-1108
80. Saldarriaga J, Martínez E. Factores asociados al ausentismo laboral por causa médica en una institución de educación superior. *Salud Pública*. 2007; 25(1), 32
81. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. *Burnout* and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;136:358-67
82. Paredes G, Olga L, Pablo A. Sanabria-Ferrand, Prevalencia del síndrome *burnout* en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista MED*. 2008; 16 (1): 25-32.
83. Castillo Ávila IY, Orozco J, Alvis L. Síndrome de *Burnout* en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias.. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2015; 47(2): 187-192. Disponible en: <<http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/4828/5283>>.
84. Mallmann, Clarice Schoenardie, Palazzo, Lílian S., Carlotto, Mary Sandra, & Castro Aerts, Denise Rangel Ganzo de. Fatores associados à síndrome de *burnout* em funcionários públicos municipais. *Psicologia: teoria e prática*. 2009; 11(2): 69-82. Recuperado em 31 de maio de 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000200006&lng=pt&tlng=.
85. Toppinen-Tanner S, Ojajarvi A, Vaananen A, Kalimo R, Jappinen P. *Burnout* as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behav Med*. 2005; 31:18-27.

- 86.** Peterson U, Bergstrom G, Demerouti E, Gustavsson P, Asberg M, Nygren A. *Burnout* levels and self-rated health prospectively predict future long-term sickness absence: a study among female health professionals. *J Occup Environ Med.* 2011;53(7):788–93.
- 87.** Archila Márquez CM, Coelli Podio MC. La seguridad en la prestación del servicio de salud. [Trabajo de grado]. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga: 2008. Disponible en: <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2008/125485.pdf>
- 88.** Luengas Amaya S. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. *ViaSalud.* 2009; 48: 6-21
- 89.** Reason, J. Human error: models and management. *BMJ : British Medical Journal.* 2000; 320(7237): 768–770.
- 90.** Muñoz Cárdenas LM. Diseño del programa seguridad del paciente del laboratorio clínico especializado de la universidad del cauca. Universidad del Cauca. Popayán. 2015. Disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/1592/Mu%C3%B1ozLina2015.pdf?sequence=1>
- 91.** La Pietra L., Calligaris L, Molendini L, Quattrin R, Brusaferrò S. Medical errors and clinical risk management: state of the art. *Acta Otorhinolaryngologica Italica.* 2005; 25(6): 339–346
- 92.** González Steinbauer CD. Revisión de las admisiones en urgencias como elemento evaluador de la calidad asistencial. Impacto de los eventos adversos en el servicio de urgencias de un hospital comarcal. Impacto económico de los eventos adversos. [Tesis Doctoral]. España. Universidad de Valencia: 2015. [Consultada el 13 de Marzo de 2017]. Disponible en:

<http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/50622/Documento%20tesis%20versi%C3%B3n%20final%20definitiva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 93.** Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK., Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, ... Landrigan CP. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ: British Medical Journal*. 2008; 336(7642): 488–491. <http://doi.org/10.1136/bmj.39469.763218.BE>
- 94.** Marinos A, Otero M, Malaga G, Tomateo J. Coexistencia de síndrome de *burnout* y síntomas depresivos en médicos residentes: estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de lima. *rev med hered [online]*. 2011; 22(4)- 159-160 [citado 2017-06-02] Disponible: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1018-130x2011000400003&lng=es&nrm=iso>. issn 1018-130x
- 95.** Hoelz L, Campello L. Association of long working hours, medical errors and the *burnout* syndrome in medical residents/Relacao entre síndrome de *burnout*, erro medico e longa jornada de trabalho em residentes de medicina. *Revista Brasileira De Medicina Do Trabalho [serial on the Internet]*. (2015), [cited September 19, 2017]; (2): 126
- 96.** Kang E, Lihm H, Kong E. Association of intern and resident *burnout* with self-reported medical errors. *Korean Journal Of Family Medicine [serial on the Internet]*. (2013, Jan 1), [cited September 19, 2017]; 34(1): 36-42.
- 97.** Chen K-Y, Yang C-M, Lien, C-H, Chiou H-Y, Lin M-R, Chang H-R y Chiu W-T. *Burnout*, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. *International Journal of Medical Sciences*, 2013; 10(11): 1471–1478. <http://doi.org/10.7150/ijms.6743>

98. Melnyk BM y Fineout. Overholt E. Evidence. Based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins. 2005.
99. Burns N y Grove S. Investigación en enfermería. 3ª ed. Barcelona: Elsevier. 2004.
100. Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, Waters E. Cochrane update. 'Scoping the scope' of a cochrane review. J Public Health (Oxf). 2011; 33(1): 147-50.
101. Pham MT, Rajić A, Greig JD, Sargeant JM, Papadopoulos A, McEwen S A. A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency, Research Synthesis Methods, 2014 ;5 : 371–385, DOI: 10.1002/jrsm.1123
102. Levac D, Colquhoun H y O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. Implementation Science. Implement Sci. 2010; 20: 5-69.
103. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, Straus S, Tricco AC, Perrier L, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. J Clin Epidemiol. 2014;67: 1291–1294. pmid:25034198
104. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology. 2005;8: 19–32.
105. Lagerveld SE, Bültmann U, Franche RL, et al. Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: A systematic review. Journal of Occupational Rehabilitation. 2010; 20(3): 275-292.
106. Molina Siguero A, Pérez MG, González MA, et al. Prevalence of worker *burnout* and psychiatric illness in primary care physicians in a health care area in Madrid. Aten Primaria 2003;31:564–71

107. Williams E, Manwell L, Konrad T, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and *burnout* with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Management Review* [serial on the Internet]. 2007; 32(3): 203-212.
108. Shanafelt T, Balch C, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Freischlag J, et al. *Burnout* and medical errors among American surgeons. *Annals Of Surgery* [serial on the Internet]. 2010; 251(6): 995-1000.
109. Hayashino Y, Utsugi-Ozaki M, Feldman M, Fukuhara S. Hope modified the association between distress and incidence of self-perceived medical errors among practicing physicians: prospective cohort study. *Plos One* [serial on the Internet]. 2012; 7(4): e35585
110. Del Valle RD, Franco A, Prevalencia de *burnout* entre los profesionales de Atención Primaria, factores asociados y relación con la incapacidad temporal y la calidad de la prescripción, SEMERGEN - Medicina de Familia. 2007; 33(2): 58-64.