



Duazary / Vol. 16, No. 2 – número especial 2019 / 259 – 269
DOI: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2958>

Síndrome de *burnout* y ansiedad en médicos de la ciudad de Santa Marta

Burnout syndrome and anxiety in medical city of Santa Marta

Edgar Bresó-Esteves¹ , Lilibeth Pedraza-Álvarez² , Kethy Pérez-Correa³ 

Tipología: artículo de investigación científica y tecnológica

Para citar este artículo: Bresó-Esteves E, Pedraza-Álvarez L, Pérez-Correa K. Síndrome de burnout y ansiedad en médicos de la ciudad de Santa Marta. Duazary. 2019 mayo; 16(2 número especial): 259-269. Doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2958>

Recibido en enero 21 de 2019

Aceptado en marzo 27 de 2019

Publicado en línea en agosto 22 de 2019

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo identificar los niveles de *burnout* y ansiedad en profesionales del área de la salud en la ciudad de Santa Marta, Colombia. En términos metodológicos, es una investigación de carácter cuantitativo con un enfoque explicativo que seleccionó una muestra de 59 médicos a los cuales se les aplicaron los instrumentos de medición estandarizados: el Cuestionario de Maslach *Burnout* Inventory, y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), así como una ficha de caracterización sociodemográfica. Se pueden mencionar entre los principales resultados la presencia de *Burnout* en el 25,4% de la población, alarmantes niveles de ansiedad pues el 57,63% presenta un nivel medio y un 42,7%, alto. A manera de conclusiones, se expone que tanto los niveles de burnout como de ansiedad de los médicos pueden afectar su rendimiento laboral y el ejercicio profesional.

Palabras clave: burnout; estrés; ansiedad.

1. Universidad Jaume I. Castellón, España. Correo: ebreso@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0003-1332-7689>

2. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: lpedrazalvarez@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0002-5963-3131>

3. Universidad Cooperativa de Colombia. Santa Marta, Colombia. Correo: kl_perez@hotmail.com - <http://orcid.org/0000-0001-8256-7278>

ABSTRACT

The objective of this article is to identify the levels of burnout and anxiety in health professionals in the city of Santa Marta, Colombia. In methodological terms, it is a quantitative research with an explanatory approach that selected a sample of 59 physicians to whom the standardized measurement instruments were applied: The Maslach Burnout Inventory Questionnaire, and the State-Trait Anxiety Inventory (IDARE), as well as a sociodemographic characterization sheet. We can mention among the main results the presence of Burnout in 25,4% of the population, alarming levels of anxiety because 57,63% have a medium level and 42,37%, high. By way of conclusion, it is stated that both the levels of burnout and anxiety of doctors can affect their work performance and professional practice.

Keywords: Burnout; Stress; Anxiety.

INTRODUCCIÓN

Recientemente, son muchos los estudios que se han realizado sobre el síndrome de *Burnout* en profesionales del área de la salud¹⁻³ pues es un tema significativo en los contextos académicos y sociales. Se pueden encontrar diferentes definiciones, sin embargo, todas coinciden en que es una persona que se ha quemado por manejar altos niveles de ansiedad por la alta presión que deben afrontar en el trabajo^{4,5}. Por esta razón, en este trabajo se busca identificar los niveles del síndrome de *Burnout* y la ansiedad de un grupo de personal de salud de la ciudad de Santa Marta en Colombia.

Es importante destacar que en la actualidad se ha hecho necesario que los trabajadores se vean inmersos en largas jornadas laborales y en la continuación de sus procesos de formación laboral, sin dejar a un lado los otros roles como ser esposo o esposa, madre o padre, hijo o hija, etc.

A esta dinámica no son ajenos los trabajadores del sector salud; a ellos hay que sumarles que la mayoría no solo trabajan en una organización, sino que para poder alcanzar unos ingresos que les permita tener un buen nivel de vida se ven obligados a tener más de una fuente de ingreso, por lo que terminan trabajando en distintos centros médicos. Es importante destacar que a estos factores generadores de estrés se suma el tipo de usuarios de los servicios que prestan, personas que tienen alguna alteración en su estado de salud física, lo que los puede hacer

estar más alterados e incluso tener reacciones agresivas ante el personal de salud, además se debe sumar al familiar del paciente que presiona la dinámica del servicio⁶⁻⁸.

Síndrome de *Burnout* y su concepto desde diferentes autores

Caballero *et al*⁹, lo toman como un conjunto de tres factores agotamiento emocional, despersonalización y baja autoeficacia donde el agotamiento físico y/o psicológico se refiere a la sensación de estar sobrepasado y agotado en los propios recursos, lo que se expresa en la apreciación de no poder dar más de sí mismo. La despersonalización, se refiere a la percepción negativa que desarrolla el profesional hacia sus pacientes, la cual se traduce en una respuesta negativa, distante y fría hacia ellos. Por último, la baja autoeficacia, se refiere al declive del propio sentido de capacidad y competencia, y en la realización exitosa del propio trabajo. Lo que permite evidenciar como afecta diferentes áreas de la vida del individuo.

Por otro lado, Gutiérrez *et al*¹⁰, manifiestan como el Síndrome de *Burnout* no solo afecta a la persona que lo padece sino a los usuarios de los servicios que este presta. Además, manifiestan que la mayoría de los que lo padecen son profesionales que requieren un contacto directo con las personas y con la filosofía humanística del trabajo, es decir, las que necesitan altas dosis de entrega e implicación por lo que en este grupo se encuentran enfermeros, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, odontólogos, profesores,

policías, entre otros. Evidenciando como empleados del sector salud son los más afectados por el síndrome precisamente por la naturaleza de su trabajo.

Más allá de la definición López¹¹ se va a las causas y dice que el síndrome de *Burnout* incluye Agotamiento emocional, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales. Despersonalización o deshumanización, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado. Falta de realización personal, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal. Síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general. Donde una de las principales causas del síndrome en el personal del sector salud es la atención al paciente, así como la satisfacción laboral, donde el sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnóstico-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo.

Este es “Conceptualizado como una respuesta al estrés laboral crónico, parece afectar en mayor o menor medida a un colectivo profesional importante”¹². Por otro lado, Cebria *et al*¹³, muestran como la motivación juega un papel importante pues puede verse afectada cuando expresan que “La desmotivación, el desinterés, el malestar interno o la insatisfacción laboral son algunos de los aspectos que caracterizan este síndrome”. Bresó¹⁴ lo relaciona con el bienestar psicológico cuando en estudios dentro del área académica dice que “En el contexto académico, el burnout en los estudiantes (burnout académico) ha sido una variable utilizada para operacionalizar el bienestar psicológico relacionado con los estudios”, mientras que caballero¹⁵ lo relaciona con el compromiso y la satisfacción.

Quiroz *et al*¹⁶, expresan que “El mayor origen del estrés se relaciona con la presión del tiempo en el trabajo, la mayor causa de insatisfacción se asocia a las relaciones con los pacientes y los colegas. Altos niveles de estrés ocupacional se asocian con menor satisfacción en la práctica profesional y mayores actitudes negativas hacia el sistema de cuidados de la salud. Una alta satisfacción en el trabajo se relaciona con menores estresores específicos del trabajo y con actitudes más positivas hacia los cuidados de la salud”. Lo anterior evidencia como el Burnout es un tema de interés para muchos, especialmente para el sector salud, por lo que se hace importante llevar a cabo investigaciones de esta área.

Por su parte, Aranda *et al*¹⁷, hablan de cómo el Apoyo Social se convierte en un factor protector ante el estrés, manifiesta que este hace referencia a las transacciones entre las personas que conforman la red de apoyo del individuo, las que brindan ayuda entre sí, a través de conductas como demostrar afecto e interés, escuchar consejos, aceptar, manifestar empatía, casarse y demás. Ponen de manifiesto que en el ambiente laboral las relaciones interpersonales pueden ser una fuente de estrés pero que cuando existe una buena comunicación interpersonal y se percibe apoyo social esto por el contrario amortigua o disminuye los efectos negativos del estrés sobre la salud.

Al hablar de *Burnout* es importante la definición de quemarse por el trabajo y con respecto a esto Gil¹⁸ habla de quemarse por el trabajo y dice que el síndrome de quemarse por el trabajo se conceptualiza como un proceso en el que intervienen variables cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), variables emocionales (agotamiento emocional) y variables actitudinales (despersonalización), lo que coincide con todo lo que anteriormente han expresado los otros autores sobre la definición o conceptualización del *Burnout*.

Es importante destacar además que para el desarrollo de este estudio se aplicó un

instrumento que permitió medir ansiedad pues está estrechamente ligado al estrés entendiendo que el *Burnout* es un sometimiento a situaciones de estrés de manera permanente en el contexto laboral.

Ansiedad

Al hablar de Ansiedad encontramos que uno de los autores más citados es Spielberger *et al*¹⁹, quien definió la ansiedad como una reacción emocional desagradable que ocurre en función a un estímulo externo, el cual es considerado como amenazador por el sujeto, lo que produce cambios fisiológicos y conductuales. Más adelante Spielberger²⁰ diferencia entre ansiedad estado y ansiedad rasgo, donde, la ansiedad estado hace referencia a un estado emocional transitorio y está asociada a una situación específica y la ansiedad rasgo está relacionada con un estado emocional relativamente estable.

Para Sierra *et al*²¹, la ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, este estudio tiene como objetivo identificar los niveles de *burnout* y ansiedad en profesionales del área de la salud en la ciudad de Santa Marta, Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Esta es una investigación de tipo cuantitativo con un enfoque eminentemente explicativo y descriptivo, donde se buscó identificar los niveles ansiedad y *Burnout* en personal del área de la salud, en este caso médicos que trabajan en

el sector público y privado en la ciudad de Santa Marta.

Población y muestra

Para el desarrollo de la investigación se trabajó con empleados de salud de los sectores público y privado de donde se tomó una muestra de 59 médicos de la ciudad de Santa Marta – Colombia. La distribución del género fue muy homogénea, dado que 29 eran hombres y 30 eran mujeres, lo cual garantiza la representatividad de los dos sexos.

Instrumentos

Para el desarrollo de esta investigación se aplicaron el Cuestionario de Maslach *Burnout* Inventory y el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE), que permitieron evaluar *Burnout* y Ansiedad, donde para fines de este estudio se tomaron las siguientes definiciones:

Burnout. conjunto de tres factores agotamiento emocional, despersonalización y baja autoeficacia donde el agotamiento físico y/o psicológico se refiere a la sensación de estar sobrepasado y agotado en los propios recursos, lo que se expresa en la apreciación de no poder dar más de sí mismo. La despersonalización, se refiere a la percepción negativa que desarrolla el profesional hacia sus pacientes, la cual se traduce en una respuesta negativa, distante y fría hacia ellos. Por último, la baja autoeficacia, se refiere al declive del propio sentido de capacidad y competencia, y en la realización exitosa del propio trabajo.

Ansiedad. Reacción emocional desagradable que ocurre en función a un estímulo externo, el cual es considerado como amenazador por el sujeto, lo que produce cambios fisiológicos y conductuales.

A continuación, se detalla la información de estos cuestionarios que ya están estandarizados.

Cuestionario de Maslach. Su nombre es el Cuestionario de Maslach *Burnout Inventory* que mide los 3 aspectos del síndrome de burnout que son: Cansancio emocional, despersonalización, y realización personal. Tiene tres subescalas.

1. Subescala de agotamiento emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.
3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE). Contiene dos escalas separadas de autoevaluación para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: (1) ansiedad-rasgo y (2) ansiedad-estado.

La Escala A-Rasgo de la ansiedad consiste en 20 afirmaciones en las que se pide al sujeto describir como se sienten generalmente. La Escala A-Estado también consiste en 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se siente en un momento dado.

Procedimiento

Inicialmente se procedió a una fundamentación teórica de las variables a estudiar en la investigación y se definieron los instrumentos a utilizar para recolectar la información.

Se identificaron las personas que participarían en la investigación y se le explicaron las intencionalidades de la investigación, así como el tratamiento ético de la información recolectada solo para fines académicos. Se les entregaron los consentimientos informados para la firma y se procedió a la aplicación de los instrumentos. La información fue procesada con

el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Declaración sobre aspectos éticos

La investigación se desarrolló aplicando las normas de la Declaración de Helsinki de 1975 y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. En cumplimiento con el uso de datos en investigaciones con seres humanos se entregó a cada participante un consentimiento informado donde los investigadores se comprometieron a utilizar la información solo con propósitos académicos e investigativos y además se explicó a los participantes los objetivos que se buscaban alcanzar con la investigación.

RESULTADOS

A continuación, se describen los principales hallazgos de esta investigación, teniendo en cuenta que el objetivo del presente estudio fue evaluar el síndrome de burnout en una muestra de 59 médicos de la ciudad de Santa Marta. Para ello, se aplicó el Cuestionario de Maslach *Burnout Inventory* y el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE). En principio, se presentan los principales aspectos sociodemográficos de la muestra. Luego se presentan los resultados de la aplicación de cada uno de los instrumentos con el fin de determinar el nivel de burnout de las personas que hicieron parte del estudio.

Aspectos sociodemográficos de la muestra

En total hicieron parte del estudio 59 médicos de la ciudad de Santa Marta. La distribución del género fue muy homogénea, dado que 29 eran hombres y 30 eran mujeres.

Por otra parte, la edad media de los participantes fue de 38,2 años, con una edad mínima de 27 años y una máxima de 48, lo que indica que existe una alta dispersión en este aspecto. En términos generales, la mayor parte de la muestra se sitúa en el intervalo de edad de 36 a 40 años, con un total de 17 individuos. De igual modo, 7 personas se situaron en el intervalo inferior (25-30 años), cifra que coincide con el número de personas que se ubicó en el último intervalo de edad (45-50 años).

Otro componente que se consideró para el estudio fue el aspecto laboral, dado que de esta manera se posibilita hacer una primera exploración de la situación laboral de las personas que han sido evaluadas. En ese orden de ideas, es importante señalar que las horas de trabajo diarias de las personas que participaron difieren sustancialmente, dado que el 35,6% de los encuestados 24 horas al día, cifra similar a la de las personas que trabajan 8 y 12 horas, con un 32,2% respectivamente. Este aspecto es de gran importancia, dado que por tradición los médicos se exponen a largas y continuas jornadas de trabajo.

Otro aspecto laboral considerado en este estudio, fue el tipo de vinculación contractual de los participantes. De la muestra, 40 médicos aseguraron trabajar bajo la modalidad de prestación de servicios; los 19 restantes se encuentran vinculados bajo un contrato de término fijo anual. Este es un aspecto muy importante si se tiene en cuenta que el tipo de contratación se encuentra relacionado de alguna manera con la estabilidad laboral de las personas.

También se indagó sobre la antigüedad en el trabajo y sobre los años de trabajo en la vida. En el primer caso, se encontró que la mayor parte de los médicos a la fecha tienen entre 6 y 10 años de trabajo (el 44,1%). Otro grupo muy significativo (19 médicos) ha trabajado entre 11 y 15 años, es decir un 32,2% de la muestra. Un número inferior lleva trabajando entre 1 y 5 años

(20,3%) y sólo 2 médicos tienen una antigüedad de más de 15 años en su trabajo (3,4%).

Para el caso de los años de trabajo en la vida, al menos 25 de los médicos ha trabajado de 5 a 8 años, 21 han trabajado de 9 a 12 años en toda su vida, y 11 han trabajado de 13 a 16 años. Sólo dos médicos han trabajado 17 años o más en toda su vida.

Finalmente, en lo relacionado con los aspectos laborales, también se indagó sobre el tipo de organización en el que laboraban los médicos. Así, fue posible determinar que la mayor parte de los médicos labora en una organización de carácter estatal (39), mientras que un 33,9% lo hace para una organización privada, lo cual indica que prácticamente existe una proporción 2 a 1 (por cada médico que trabaja en una organización privada, dos lo hacen para una pública).

Nivel de *burnout* y ansiedad de la muestra

Con el fin de evaluar el síndrome de *burnout* en la muestra de médicos, se aplicó el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual mide tres aspectos del síndrome de *burnout* por medio de tres subescalas. La primera de ellas es la subescala de agotamiento o cansancio emocional, la cual valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo y consta de 9 preguntas; su puntuación máxima es de 54. La segunda, es la subescala de despersonalización. Esta subescala valora el nivel en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento y consta de 5 ítems, con una puntuación máxima de 30. La última subescala es la de realización personal, la cual evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Está conformada por 8 ítems y tiene una puntuación máxima de 48, presentándose síndrome de *burnout* cuando existen altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera. La forma de identificar el nivel de *burnout* se indica en la Tabla 1.

Tabla 1. Cálculo de puntuaciones del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Indicios de burnout
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22	Más de 9
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	Menos de 34

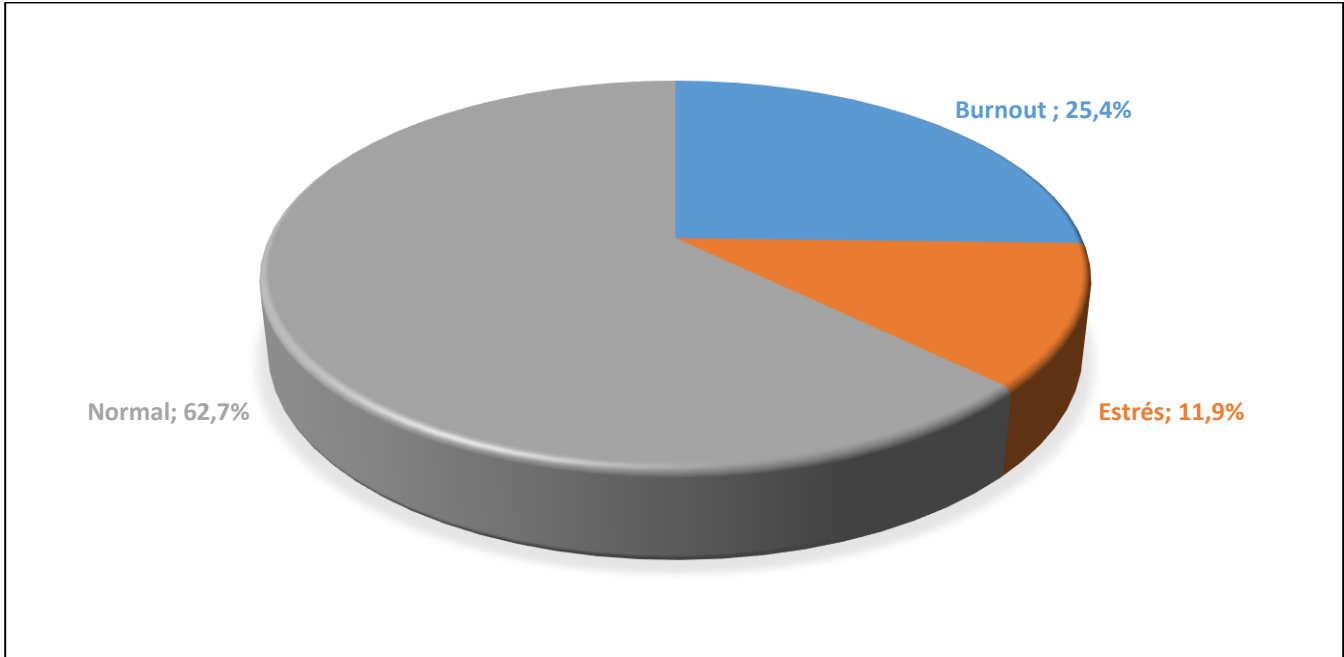


Figura 1. Resultados Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).

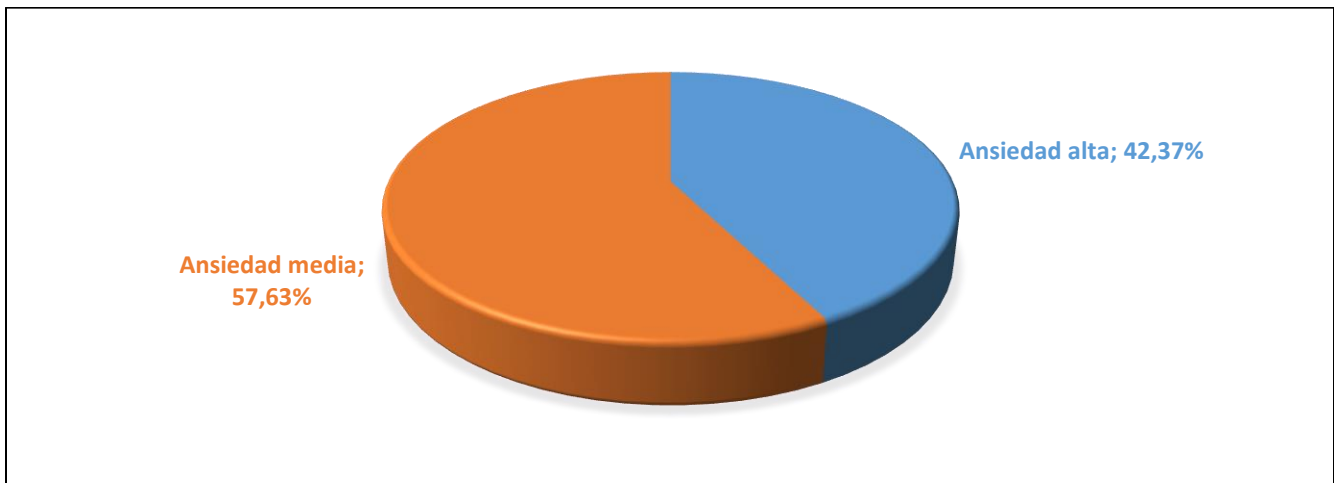


Figura 2. Resultados IDARE (Nivel de ansiedad).

De acuerdo con los resultados de la aplicación del MBI, el 62% de los participantes (esto es, 37) presenta una situación normal; sin embargo, se advierte que al menos un 11,9% (7 individuos) presenta situación de estrés y un 25,4% de burnout (15 individuos) como se muestra en la

Figura 1. En el caso de la primera subescala (cansancio emocional), la puntuación media fue de 33,4 con puntuaciones mínimas y máximas de 14 y 54, respectivamente; la media de la subescala de despersonalización fue de 19,5 con un mínimo de 9 y un máximo 30. Por último, la

subescala de realización personal tuvo una puntuación media de 27,7 y un valor mínimo de 8; el valor obtenido en esta escala fue 54.

Finalmente, se presentan los resultados de la aplicación del IDARE, el cual consta de 20 afirmaciones, por medio de las cuales los sujetos indican cómo se sienten en un determinado momento. Una puntuación menor a 30 puntos indica un nivel de ansiedad bajo, una puntuación de 30-44 puntos indica un nivel de ansiedad medio y una puntuación de más de 44 puntos señala un nivel de ansiedad alto. Para el caso específico de este trabajo, fue posible determinar que se presentan niveles alarmantes de ansiedad en la muestra de estudio, dado que no se encontró ninguna observación con niveles de ansiedad baja, y por el contrario, el 57,63% (34 individuos) de la muestra presenta ansiedad media y un 42,37% (25 individuos), ansiedad alta como se muestra en la Figura 2. El puntaje promedio fue de 41,5 con un mínimo de 30 y un máximo de 55.

DISCUSIÓN

La calidad de los servicios de salud que se ofertan a los usuarios está influenciada en gran medida por las condiciones sociales que configuran el clima de las organizaciones prestadoras²², ya que los factores humanos otorgan sentido al funcionamiento organizacional^{23,24} y modifican los comportamientos de los empleados.

El sector de la salud se convierte en uno de los ámbitos claves en cualquier sociedad, ya que asume la responsabilidad de la promoción, prevención y atención de los ciudadanos. En este sentido, los empleados de dicho sector se exponen a los condicionantes del contexto del sector y son afectados por los mismos.

El síndrome de *Burnout* tiene una especial implicación en los profesionales del área de la salud¹⁰, ya que los trabajadores de este campo, especialmente los médicos, deben exponer a altas entregas humanas a los pacientes que

atienden. El servicio médico debe estar marcado por una concepción humanista que les permita a los usuarios sentir la calidad del servicio^{25, 26}, es decir, el servicio debe contar con unos criterios de humanización que garanticen la atención integral a los pacientes.

Por su parte, la ansiedad al entenderse como una reacción emocional ante situaciones de peligro¹⁹, tiene unas repercusiones significativas en los trabajadores de la salud, incluyendo a los médicos^{27, 8}. Es evidente que los niveles de ansiedad también pueden afectar la calidad del servicio que se les preste a los usuarios.

Para el caso de la investigación, el Burnout en el 25,4% de la población, sin embargo, es la medición de la ansiedad los valores son preocupantes, ya que el 57,63% presenta un nivel medio y un 42,37%, alto, lo que implica que los médicos de la ciudad de Santa Marta sufren afectaciones emocionales claves en el ejercicio de su profesión. Es necesario que este tipo de situaciones sean revisadas e intervenidas no solo desde los centros de atención, sino con el acompañamiento de las entidades gubernamentales responsables de la prestación del servicio de salud.

Para finalizar, se plantea la necesidad de realizar estudios futuros que permitan relacionar estas variables entre sí y con otras variables que se asocian y afectan el factor humano en la prestación de servicios de la salud.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses de ningún tipo en la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez-Fuentes M, Molero-Jurado M, Gázquez-Linares J, Simón-Márquez M. Análisis de los predictores del burnout en enfermería: factores psicológicos de riesgo y protección. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*. 2019 enero; 11(1): 33-40. Doi: <https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a13>
2. Frajerman A, Morvan Y, Krebs M, Gorwood P, Chaumette, B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*. 2019 enero; 55(1): 36-42. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.08.006>
3. García FE, Cova-Solar F, Bustos-Torres F, Reyes-Pérez E. Burnout y bienestar psicológico de funcionarios de unidades de cuidados intensivos. *Duazary*. 2018 enero; 15 (1): 23 - 38. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2101>
4. Suárez-Colorado Y, Caballero-Domínguez C, Palacio-Sañudo J, Abello-Llanos R. The academic burnout, engagement, and mental health changes during a school semester. *Duazary*. January 2019; 16(1): 25-39. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2530>
5. Montero-Marín J. El síndrome de Burnout y sus diferentes manifestaciones clínicas: una propuesta para la intervención. *Anest Analg Reanim*. 2016 Ene;29(1):4-4. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732016000100004&lng=es.
6. García-Moran MDC, Gil-Lacruz, M. El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona* [Internet]. 2016;(19):11-30. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147149810001>
7. Teixeira C, Gherardi-Donato ED, Pereira S, Cardoso L, Reisdorfer. Estrés laboral y estrategias de afrontamiento entre los profesionales de enfermería hospitalaria. *Enfermería Global* [Internet]. 2016;15 (4):288-298. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365847326012>
8. Piñeiro Fraga M. Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Enfermería Global* [Internet]. 2013;12(3):125-150. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834850008>
9. Caballero Domínguez C, Gonz O, Mercado Anguila D, Llanos Barrios C, Bermejo Barrero Y, Vergel Medrano C. Prevalencia del síndrome de burnout y su correlación con factores psicosociales en docentes de una institución universitaria privada de la ciudad de barranquilla. *Psicogente* [Internet]. 1ene.2009 [citado 17oct.2018];12(21). Disponible: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/1192>
10. Gutierrez Aceves G, Celis López M, Moreno Jimenez S, Farias Serratos F, Suárez Campos J. Síndrome de Burnout. *Arch Neurocién (Mex)*. 2006 Sep;11(4):305-309. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
11. López-Elizalde C. Síndrome de Burnout. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2004 Ene;27(1):131-133. Disponible en <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=10500>
12. Montalbán F, Bonilla J. Actitudes laborales y estrés asistencial: un modelo de relación secuencial. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 1996 Ene; 12:81-88.

- Disponible de
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=109522>
13. Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, *et al.* Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. Atención primaria. 2001; 27(7): 459-468. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78836-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78836-1)
14. Bresó E. Well-being and Performance in Academic Settings: The Predicting Role of Self efficacy. Doctoral dissertation. Universitat Jaume I, Castellón (España); 2008.
15. Caballero C. El burnout académico: Prevalencia y factores asociados en estudiantes universitarios del área de la salud de la ciudad de Barranquilla. Doctoral dissertation. Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia); 2012.
16. Quiroz VR, Saco Méndez S. Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del hospital Nacional de Essalud del Cusco. SITÚA. Revista semestral de la Facultad de Medicina Humana. 2003 Ene; 12(23): 11-22. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/rsm_factores.htm
17. Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Pérez reyes M. Apoyo Social y Síndrome de Quemarse en el Trabajo o Burnout: Una revisión. Psicología y Salud. Universidad Veracruzana de México. 2004 Ene;14(1): 79-87. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/868/0>
18. Gil Monte P. El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Síndrome de Burnout): Aproximaciones Teóricas para su Explicación y Recomendaciones para la Intervención. Revista
PsicologiaCientifica.com. 2001 Julio;3(5):1-5. Disponible en: [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html)
19. Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. Manual for State-Trait Anxiety Inventory: Consulting Psychologists Press; 1970.
20. Spielberger, C. D. Theory and research on anxiety. En C. D. Spielberger (Ed.), Anxiety and Behavior.1996. New York: Academic Press.
21. Sierra J, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev. Mal-Estar Subj. 2003 Ene;3(1):10-59 . Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&nrm=iso
22. Viloría Escobar J, Pertúz Gutiérrez S, Daza Corredor A, Pedraza Álvarez L. Aproximación al clima organizacional de una empresa promotora de salud. Rev Cubana de Salud Pública [Internet] 2016 Ene;42(1):80-91. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21444931009>
23. Viloría-Escobar J, Daza-Corredor A, Pérez-Correa K. Dinámicas e influencias de los grupos informales en las organizaciones. Anfora. 2016 enero;23(40):169-194. Doi: <https://doi.org/10.30854/anf.v23.n40.2016.9>
24. Viloría Escobar J, Pedraza-Álvarez L, Cuesta-Tamayo K, Pérez-Correa K. Liderazgo informal en las organizaciones: reflexiones sobre su impacto e influencia en la competitividad. Clío América. Enero 2016;10(19): 31-42. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/23897848.1658>

25. Hernández-Gamboa L. Relación médico-paciente y la calidad de la atención médica. *Revista Conamed*. 2018 julio; 6(3):25-29.
26. Millán-Núñez J. Humanización de la medicina, medicina humanizada, medicina humanista: ¿de qué estamos hablando? *Educación Médica*. 2018 mayo; 19(3), 131-132. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.05.001>
27. Gómez-Martínez S, Ballester-Arnal R, Gil-Julia B, Abizanda-Campos R. Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de Psicología [Internet]*. 2015;31(2):743-750. Doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.158501>
28. Díaz Tobajas MC, Juarros Ortiz N, García Martínez B, Sáez Gavilán C. Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte. *Enfermería Global [Internet]*. 2017;16(1):246-255. Doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.232221>