

Síndrome de Burnout en médicos: abordaje práctico en la actualidad

Burnout syndrome in physicians: A current practical approach

Alex Bladimir Chungandro Villacres, MD^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6234-638X>, Liliana Bertha Licuy Tapuy, MD² <https://orcid.org/0000-0002-1478-5262>, Marlon Andrés Meza Fonseca, MD³ <https://orcid.org/0000-0002-2584-2226>, Carlos Paul Castro Hernández, MD⁴ <https://orcid.org/0000-0003-2321-1786>, Jaime Ricardo Trujillo Parada, MD⁵ <https://orcid.org/0000-0002-5085-0412>, Carolina Caiza Proaño, MD⁶ <https://orcid.org/0000-0003-2301-255X>, Maryhori Ghisela Espinosa Cortez, MD⁷ <https://orcid.org/0000-0002-8128-883X>, Diego Ricardo Yunga Atapuma, MD⁸ <https://orcid.org/0000-0003-2205-0693>, Carlos Amador Guerrón Tumipamba, MD⁹ <https://orcid.org/0000-0001-7412-7088>

¹Médico Auditor. Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. República del Ecuador.

²Médico Residente de Anestesiología. Hospital José María Velasco Ibarra. República del Ecuador.

³Médico Residente. Hospital Enrique Garcés. República del Ecuador.

⁴Médico Residente en Terapia Intensiva. Hospital José María Velasco Ibarra. República del Ecuador.

⁵Médico Residente. Clínica DAME. República del Ecuador.

⁶Médico Residente. Hospital Gineco-obstétrico Luz Elena Arismendi. República del Ecuador.

⁷Médico Residente de Cirugía Oncológica. Hospital Eugenio Espejo. República del Ecuador.

*Autor de correspondencia: Alex Bladimir Chungandro Villacres, Médico Auditor. Instituto de Seguridad Social Fuerzas Armadas. República del Ecuador.

Teléfono: 0983418838 Correo electrónico: xelalex25@hotmail.com

Resumen

El estrés se ha convertido en un componente ubicuo en la vida cotidiana, constituyendo las demandas laborales una de las principales fuentes. En la actualidad, las manifestaciones psíquicas del estrés laboral se han agrupado bajo el concepto del *síndrome de burnout* (SB). Se ha determinado que el SB es significativamente más frecuente en los médicos que en otras profesiones. Este fenómeno se ha atribuido a factores como las cargas laborales desmedidas, faltas de flexibilidad horaria, el auge de las demandas administrativas y el riesgo de litigación, todos ellos tienden a ser más prominentes en el ejercicio médico. Dentro de la población médica se han identificado patrones epidemiológicos —incluyendo agregación en ciertas especialidades, al igual que algunas características sociodemográficas, rasgos de personalidad, y aspectos organizacionales— propios para el SB, que permiten focalizar las intervenciones preventivas y terapéuticas a estos grupos de riesgo. A su vez, estas engloban una batería de acciones en múltiples niveles, incluyendo la revisión de la estructura y función organizacional, la facilitación de la integración del médico a su lugar de trabajo, y el abordaje clínico individualizado de cada caso. Esta revisión ofrece una visión integral del abordaje práctico del SB en médicos en el clima laboral actual.

Palabras clave: síndrome de burnout, médicos, estrés, prevención.

Abstract

Stress has become a ubiquitous component in daily life, with work demands representing one of the main sources. Currently, the psychological manifestations of work stress have been grouped under the concept of *burnout syndrome* (BS). This entity has been determined to be significantly more frequent in physicians than in other professions. This has been

attributed to factors such as excessive workloads, lack of flexible scheduling, increasing administrative demands and the risk of litigation, all of which tend to be more prominent in medical exercise. Within the medical population, SB displays specific epidemiologic patterns—such as aggregation in certain specialties, as well as sociodemographic characteristics, personality traits, and organizational aspects—which allow focalization of preventive and therapeutic intervention to key groups at risk. These actions encompass opportunities for change in multiple levels, including revision of organizational structure and function, facilitation of physician's integration into their workplace, and individualized clinical attention for each case. This review offers a holistic and practical outlook into the management of SB in physicians in the current work climate.

Keywords: burnout syndrome, physicians, stress, prevention.

Introducción

El ritmo de vida actual imperante en la sociedad occidentalizada acarrea una alta carga de estrés en la rutina cotidiana, que en gran parte puede ser atribuida al funcionamiento laboral. Las dificultades en el trabajo constituyen un punto central entre los motivos de consulta de hasta 59% de los pacientes que reciben atención primaria en salud¹. Además, los trastornos por adaptación al estrés muestran una prevalencia elevada, de aproximadamente 11,5% a nivel mundial. Estos trastornos son especialmente frecuentes en los individuos con 15-25 años de edad, solteros y con domicilio urbano; quienes a la vez corresponden a una proporción amplia de la población activa laboralmente². El estrés también se relaciona con numerosas comorbilidades psiquiátricas —como la ansiedad, depresión, abuso de sustancias, e ideación suicida³— y somáticas, incluyendo enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, endocrino-metabólicas, entre otras⁴.

La suma de estas manifestaciones se ha englobado bajo el concepto de *burnout*, término acuñado en la década de los 1970s por el psicólogo estadounidense Herbert Freudenberger. Originalmente, el *burnout* se conceptualizó como el conjunto de consecuencias del estrés severo y altas demandas en las profesiones asistenciales⁵. En la actualidad, a pesar de no constituir una entidad independiente en ningún sistema de clasificación nosológica, el *síndrome de burnout* (SB) permite identificar un grupo poblacional sujeto a estrés y fatiga laboral severos, y en alto riesgo de desarrollar trastornos médicos y psicológicos relacionados⁶.

Hasta la fecha, el SB continúa siendo particularmente relevante en relación al personal de salud. Médicos, enfermeros, dentistas, psicólogos, trabajadores sociales y muchas otras profesiones afines son víctimas frecuentes del SB^{7,8}. No obstante, el SB en el personal médico parece tener el mayor impacto en la seguridad y bienestar de los pacientes⁹. En efecto, el SB en médicos se ha convertido en un problema de salud pública significativo, vinculado con pérdidas económicas de billones de dólares causadas por ausentismo laboral¹⁰. En esta revisión se discuten aspectos prácticos relativos a la definición, diagnóstico, epidemiología y abordaje del SB en médicos.

Síndrome de burnout: un diagnóstico controversial

El diagnóstico de SB representa un reto en la práctica clínica. Clásicamente, se concibe el SB como una entidad tridimensional, compuesta por sintomatología depresiva, percepciones de despersonalización y pobre desarrollo personal. Temas como la carga emocional y física del trabajo, remuneración insuficiente, pérdida de autonomía en el trabajo y las dificultades en el trato con pacientes, clientes o usuarios, son recurrentes en la experiencia del sujeto con SB¹¹. Este último factor parece tener el mayor impacto en la experiencia del SB en el personal médico¹². A largo plazo, el SB también tiende a involucrar aspectos como la pérdida del equilibrio entre el trabajo y tiempo libre, al igual que la sobrecarga de trabajo, como los principales motores de los efectos deletéreos de este síndrome¹³.

A pesar de su utilidad descriptiva, el SB exhibe ciertas fallas como categoría diagnóstica, y su ausencia es notoria en los sistemas clasificatorios actuales en salud mental como la undécima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) o la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)¹⁴. Es especialmente problemática la ausencia de un consenso en relación a criterios diagnósticos para el SB, así como la falta de herramientas psicométricas diagnósticas para su evaluación¹⁵. Asimismo, se ha criticado su solapamiento con otros trastornos mentales bien establecidos; en particular, se propone que el SB no es más que una forma de depresión donde el tema central es la vida laboral¹⁶. Además, se señala la existencia de otros cuadros nosológicos muy similares, como los trastornos adaptativos, y se resalta la presencia de los problemas laborales como entidades ya codificadas y diagnósticables en los sistemas clasificatorios vigentes¹⁷.

Estas falencias han tomado prominencia debido al impacto del SB en los sistemas y políticas de salud pública, en rela-

ción a gastos médicos incalculables a nivel mundial, un incremento importante en la prescripción de medicación psicotrópica, y un aumento significativo a los casos emitidos de incapacidad laboral asociada a SB y otros problemas de salud mental¹⁸. Por lo tanto, la evaluación del SB como categoría diagnóstica independiente y su implementación estandarizada son asuntos urgentes que ameritan atención inmediata debido a sus implicaciones clínicas y legales.

Epidemiología del síndrome de burnout en médicos

Las dificultades previamente discutidas en relación a la falta de una definición operativa universal para el SB complican significativamente la exploración epidemiológica de esta entidad. Por lo tanto, las cifras de prevalencia general varían ampliamente entre reportes, en asociación con factores metodológicos como la localidad, la selección de las poblaciones y variaciones en el proceso diagnóstico. En este contexto, parece ser más útil evaluar la prevalencia del SB en relación a otros factores, como las distintas especialidades médicas: En un estudio amplio multicéntrico en Estados Unidos, se estimó que la prevalencia de SB fue mayor en las especialidades de urología y fisioterapia y rehabilitación, ambos con 63,3%; seguidos de los médicos familiares, radiólogos, y cirujanos ortopédicos. En contraste, la especialidad con menor prevalencia de SB fue pediatría, con 46,3%¹⁹. En general, el SB parece tender a concentrarse preferencialmente en las especialidades quirúrgicas y con alta frecuencia de emergencias y mortalidad²⁰. No obstante, en un estudio multicéntrico multinacional que incluyó 11.530 médicos hispanoamericanos, se encontró que el SB fue más frecuente en emergenciólogos e internistas, con 17% y 15,5%, respectivamente; y su prevalencia fue menor en dermatólogos y anestesiólogos, con 5,3 y 5%, respectivamente²¹. Notoriamente, los médicos residentes en cualquier especialidad son particularmente vulnerables al SB, con cifras de prevalencia significativamente mayores y gran agregación de múltiples factores de riesgo.

Las características sociodemográficas del médico también influyen la expresión del SB, siendo este más frecuente en aquellos con menores ingresos económicos anuales y menor seguridad financiera percibida²². En contraste, la edad mayor y el tener hijos se han identificado como factores protectores contra el SB en la población médica²¹, especialmente en Latinoamérica²³. Algunos aspectos clave del estilo de vida también se relacionan con la presentación del SB, donde el sueño insuficiente —menos de 6 horas por día²³— se correlaciona con mayor riesgo; mientras que el ejercicio físico frecuente parece conferir protección contra el SB.

De manera interesante, se ha determinado que ciertos rasgos de personalidad frecuentes en el personal médico también se relacionan significativamente con mayor riesgo de SB, como la alta demanda de control, perfeccionismo, inflexibilidad y elevado compromiso²⁴. Asimismo, habilidades y cualidades relacionadas con la resiliencia, resolución de problemas y optimismo se han vinculado con menor SB y mayor satisfacción laboral, mientras que la correlación es inversa para rasgos como la dificultad para el manejo del fracaso y frustración, y el neuroticismo²⁵. Por otro lado, también es importante la adecuación de los rasgos de personalidad con

las demandas y estilos de funcionamiento de cada especialidad. La extroversión, apertura a la experiencia y afabilidad se han vinculado con mayor satisfacción en las especialidades centradas en el trato interpersonal, mientras que la escrupulosidad parece favorecer la satisfacción laboral en las áreas con mayor enfoque técnico²⁶.

Los factores predictores de SB no se limitan a las características personales de los médicos. Aspectos como la carga laboral elevada, horarios prolongados, alta frecuencia de turnos nocturnos y en fines de semana, el uso de documentación electrónica, y el tiempo prolongado destinado a asuntos administrativos se han relacionado con mayor fatiga laboral en la población médica²⁷. Asimismo, el riesgo de demandas por mala praxis y la escasez de recursos para la resolución de los problemas de los pacientes se han vinculado con SB²⁸. Finalmente, aspectos relacionados con el clima organizacional también influyen en el SB: Las estrategias de liderazgo negativas, expectativas erradas, recompensas insuficientes y las oportunidades limitadas para la colaboración interpersonal y el crecimiento social y personal también incrementan el riesgo de insatisfacción laboral²⁹.

Las características epidemiológicas del SB en los médicos pueden extrapolarse a otros grupos relacionados, como los enfermeros, dentistas, asistentes de personas con discapacidades y estudiantes de medicina³⁰. Este último es particularmente relevante, puesto que en ocasiones parece tener cifras de SB incluso mayores que las de los médicos propiamente, y su mayor propensión a la ideación suicida y abuso de sustancias³¹. En efecto, los estudiantes de medicina representan un grupo de riesgo especial que amerita investigación y abordaje independientes y prioritarios³².

Como puede observarse, si bien imperfecta, la investigación epidemiológica es abundante en relación al SB en médicos, y permite delinear subgrupos, prácticas y situaciones de riesgo específicas con características bien definidas. A su vez, esta caracterización constituye el fundamento que guía todas las intervenciones preventivas y terapéuticas para el SB en esta población.

Abordaje práctico del síndrome de burnout en médicos **Intervenciones Preventivas**

Al igual que con todos los problemas de salud, la prevención es esencial en la aproximación clínica al SB. Las intervenciones preventivas contra el SB pueden estratificarse en tres niveles: a) Optimización de las estructuras organizacionales y procesos de trabajo; b) Facilitación de la integración de cada médico a su lugar de trabajo particular; y c) Abordaje de aspectos personales de cada médico³³.

Las estructuras organizacionales—definidas como los sistemas que dirigen la consecución de metas específicas en una organización—son importantes determinantes de SB que son susceptibles a modificación³⁴. Esto incluye las jerarquías y roles de trabajo, normativas, políticas y responsabilidades de cada una de las subdivisiones en la organización, y los trabajadores que las constituyen. Con base en esta estructura funcional se establece un clima organizacional, modificado principalmente por decisiones relativas a la gestión del traba-

jo y los trabajadores³⁵. En este sentido, aspectos como los estilos de supervisión persecutorios y la falta de autonomía parecen promover el SB. En contraste, la participación activa en la toma de decisiones, la predominancia de la comunicación instrumental, y la disponibilidad de oportunidades de mejoramiento y ascenso se asocian con prevención del SB³⁶.

Por otro lado, también es importante fomentar la integración de los médicos al lugar de trabajo, con un enfoque individualizado. En este nivel suelen ser prioritarios objetivos como el mantenimiento del equilibrio entre el trabajo y el tiempo libre y la remuneración justa. El acceso a beneficios como la atención médica, reducción de los riesgos ocupacionales, y flexibilidad horaria tienden a mejorar significativamente el funcionamiento de los trabajadores³⁷. La disponibilidad de servicios de recursos humanos efectivos y atención en salud mental apropiada también previene el SB en las organizaciones, en particular promoviendo la realización de actividades de crecimiento personal en el horario de trabajo, dirigidas al enriquecimiento del manejo del estrés, resolución de problemas y mejoramiento de la comunicación interpersonal³⁸.

El funcionamiento adecuado de los servicios de recursos humanos y salud mental es clave para la prevención del SB, en tanto de ellos también dependen las intervenciones al nivel de sujetos individuales. El comportamiento epidemiológico del SB en el personal médico permite afinar el cribado de esta condición en cada lugar de trabajo, enfocando las intervenciones a grupos de riesgo, como las especialidades con mayor prevalencia de SB, los individuos más jóvenes, solteros o sin hijos, y aquellos en situaciones socioeconómicas más precarias²⁸. Las intervenciones preventivas individuales van dirigidas a la adquisición de habilidades en inteligencia emocional, y comunicación asertiva³⁹.

No obstante, el principal enfoque en este contexto es hacia la construcción de resiliencia. Para este objetivo, las intervenciones especializadas van dirigidas a ciertos aspectos que se han identificado como medulares para el fomento y preservación de la resiliencia específicamente en la población médica. Es clave la discusión de las actitudes hacia la profesión médica, con atención a la valorización del rol social del médico, conservación del interés y conocimiento de las limitaciones³³. Asimismo, se enfatiza en el autocuidado, centrado en el establecimiento efectivo de límites adecuados, entrenamiento en habilidades de gestión y gerencia del trabajo, y el desarrollo de relaciones personales de apoyo, y relaciones profesionales efectivas⁴⁰.

Intervenciones Terapéuticas

Una vez establecido el SB en el personal médico, se mantiene la utilidad terapéutica de las intervenciones preventivas previamente comentadas, tanto a nivel organizacional como individual⁴¹. No obstante, también toman relevancia acciones adicionales de rescate enfocadas en el sujeto afectado en cuestión.

Una vez identificado un caso de SB, es importante intentar resolver las principales fuentes de estrés laboral inmediatamente relacionadas con el trabajador seleccionado, a corto y largo plazo. El enfoque de los departamentos de recursos

humanos y gestión de personal debe dirigirse en primera instancia a la resolución de problemas concretos proximales, antes que abordar patrones disfuncionales de larga evolución⁴². Asimismo, deben contactarse los servicios necesarios para proveer atención inmediata y especializada en salud mental⁴³.

La evaluación psicológica y psiquiátrica del médico con SB es similar a la del paciente depresivo, y por ende es esencial la exploración de aspectos como el estado de ánimo, las funciones cognitivas, pensamientos de muerte y suicidio, conductas compulsivas, preservación del autocuidado, y la calidad del sueño, la alimentación, y la vida sexual⁴⁴. Más allá de esto, es importante la consideración del sujeto como médico ante la sociedad, sus compañeros de trabajo, y su familia⁴⁵.

El solapamiento entre los síndromes depresivos y el SB también dicta su abordaje terapéutico por parte de los especialistas en psicología y psiquiatría. La medicación puede ser necesaria para el alivio de la sintomatología, durante intervalos de tiempo variables⁴⁶. La aproximación psicoterapéutica engloba los aspectos trabajados en la intervención preventiva, y además se añaden componentes como el entrenamiento en técnicas de relajación, promoción del ejercicio físico, y el reconocimiento de patrones cognitivos autodestructivos²⁰. La creación de relaciones duraderas y fructíferas entre los médicos y mentores afines a sus intereses profesionales parece ser una alternativa novel a menudo soslayada, con datos anecdóticos prometedores para el abordaje terapéutico del SB⁴⁷.

Conclusiones y recomendaciones

El SB se ha convertido en un problema severo y ubicuo en los médicos en todos los tipos de práctica, con importantes consecuencias en múltiples niveles, desde el bienestar personal de cada médico, hasta los resultados clínicos de los pacientes, y el costo económico que supone para la sociedad. Por lo tanto, es urgente la investigación en numerosos aspectos concernientes al SB en médicos, desde consideraciones diagnósticas, hasta los distintos puntos que deben cubrirse en su prevención y tratamiento. Esto devendrá en la justa reivindicación de la profesión médica y su valor social.

Referencias

1. Wiegner L, Hange D, Björkelund C, Ahlborg G. Prevalence of perceived stress and associations to symptoms of exhaustion, depression and anxiety in a working age population seeking primary care—an observational study. *BMC Fam Pract*. Diciembre de 2015;16(1):38.
2. Yaseen YA. Adjustment disorder: Prevalence, sociodemographic risk factors, and its subtypes in outpatient psychiatric clinic. *Asian J Psychiatry*. Agosto de 2017;28:82-5.
3. Gradus J. Prevalence and prognosis of stress disorders: a review of the epidemiologic literature. *Clin Epidemiol*. Mayo de 2017; Volume 9:251-60.
4. Mariotti A. The effects of chronic stress on health: new insights into the molecular mechanisms of brain–body communication. *Future Sci OA*. Noviembre de 2015;1(3):FSO23.
5. Heinemann LV, Heinemann T. Burnout Research: Emergence and Scientific Investigation of a Contested Diagnosis. *SAGE Open*. Enero de 2017;7(1):215824401769715.
6. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int*. 2011;108(46):781-7.
7. Doulougeri K, Georganta K, Montgomery A. “Diagnosing” burnout among healthcare professionals: Can we find consensus? Lee A, editor. *Cogent Med*. 31 de diciembre de 2016;3(1):1.
8. Rivera Guerrero Á, Segarra Jaime P, Giler Valverde G. Síndrome de Burnout en docentes de instituciones de educación superior. *AVFT – Arch Venez Farmacol Ter*. 2018;37(2):78-84.
9. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O’Connor DB. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. Harris F, editor. *PLOS ONE*. 8 de julio de 2016;11(7):e0159015.
10. Motluk A. Do doctors experiencing burnout make more errors?. *CMAJ*. 2018;190(40):E1216-E1217.
11. Judd MJ, Dorozenko KP, Breen LJ. Workplace stress, burnout and coping: a qualitative study of the experiences of Australian disability support workers. *Health Soc Care Community*. Mayo de 2017;25(3):1109-17.
12. Sablik Z, Samborska-Sablik A, Drożdż J. Universality of physicians’ burnout syndrome as a result of experiencing difficulty in relationship with patients. *Arch Med Sci*. 2012;9(3):398-403.
13. Miyasaki JM, Rheaume C, Gulya L, Ellenstein A, Schwarz HB, Vidic TR, et al. Qualitative study of burnout, career satisfaction, and well-being among US neurologists in 2016. *Neurology*. 17 de octubre de 2017;89(16):1730-8.
14. Korczak D, Huber B, Kister C. Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess*. 2010;6:Doc09.
15. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is it Time to Consider the «Burnout Syndrome» A Distinct Illness?. *Front Public Health*. 8 de junio de 2015;3:158.
16. Bianchi R, Schonfeld IS. Defining Physician Burnout, and Differentiating Between Burnout and Depression—I. *Mayo Clin Proc*. septiembre de 2017;92(9):1455.
17. Maercker A, Lorenz L. Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility. *World J Biol Psychiatry*. 22 de junio de 2018;19(sup1):S3-13.
18. Olson KD. In Reply—Physician Burnout: A Leading Indicator of Health Performance and “Head-Down” Mentality in Medical Education—I and II. *Mayo Clin Proc*. abril de 2018;93(4):545-7.
19. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, West CP. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*. 2015 Dec; 90(12):1600-13.
20. Wiederhold BK, Ciproso P, Pizzioli D, Wiederhold M, Riva G. Intervention for physician burnout: A systematic review. *Open Med*. 4 de julio de 2018;13(1):253-63.
21. 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*. Abril de 2009;83(2):215-30.
22. Tarcan M, Hikmet N, Schooley B, Top M, Tarcan GY. An analysis of the relationship between burnout, socio-demographic and workplace factors and job satisfaction among emergency department health professionals. *Appl Nurs Res*. Abril de 2017;34:40-7.
23. Fernández Sánchez JC, Pérez-Mármol JM, Peralta Ramírez MI, Fernández Sánchez JC, Pérez-Mármol JM, Peralta Ramírez MI. Influencia de factores sociodemográficos, laborales y de estilo de

- vida sobre los niveles de burnout en personal sanitario de cuidados paliativos. *An Sist Sanit Navar*. Diciembre de 2017;40(3):421-31.
24. Dreher A, Theune M, Kersting C, Geiser F, Weltermann B. Prevalence of burnout among German general practitioners: Comparison of physicians working in solo and group practices. *Wilkinson JM, editor. PLOS ONE*. 6 de febrero de 2019;14(2):e0211223.
 25. Williams AW. Addressing Physician Burnout: Nephrologists, How Safe Are We? *Clin J Am Soc Nephrol*. 7 de febrero de 2018;13(2):325-7.
 26. Mulla S, Hakulinen C, Porras DGR de, Presseau J, Jokela M, Vänskä J, et al. Medical specialty choice and well-being at work: Physician's personality as a moderator. *Arch Environ Occup Health*. 9 de marzo de 2018;1-15.
 27. Wright AA, Katz IT. Beyond Burnout—Redesigning Care to Restore Meaning and Sanity for Physicians. *N Engl J Med*. 25 de enero de 2018;378(4):309-11.
 28. Patel R, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behav Sci*. 25 de octubre de 2018;8(11):98.
 29. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of Organizational Leadership on Physician Burnout and Satisfaction. *Mayo Clin Proc*. abril de 2015;90(4):432-40.
 30. de Paiva LC, Canário ACG, de Paiva China ELC, Gonçalves AK. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics (Sao Paulo)*. 2017;72(5):305-309.
 31. Chunming WM, Harrison R, MacIntyre R, Travaglia J, Balasooriya C. Burnout in medical students: a systematic review of experiences in Chinese medical schools. *BMC Med Educ*. diciembre de 2017;17(1):217.
 32. IsHak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach*. Agosto de 2013;10(4):242-5.
 33. Kumar S. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare*. 30 de junio de 2016;4(3):37.
 34. Matula B. Burnout/stress management: how to reduce burnout and stress in the workplace. *J Healthc Prot Manag Publ Int Assoc Hosp Secur*. 2013;29(1):92-5.
 35. Tsai Y. Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and Job Satisfaction. *BMC Health Serv Res*. diciembre de 2011;11(1):98.
 36. Bilal A, Ahmed HM. Organizational Structure as a Determinant of Job Burnout: An Exploratory Study on Pakistani Pediatric Nurses. *Workplace Health Saf*. Marzo de 2017;65(3):118-28.
 37. Portoghese I, Galletta M, Coppola RC, Finco G, Campagna M. Burnout and workload among health care workers: the moderating role of job control. *Saf Health Work*. 2014;5(3):152-7.
 38. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work Related Stress, Burnout, Job Satisfaction and General Health of Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 12 de enero de 2015;12(1):652-66.
 39. Vetter MH, Vetter MK, Fowler J. Resilience, hope and flourishing are inversely associated with burnout among members of the Society for Gynecologic Oncology. *Gynecol Oncol Rep*. agosto de 2018;25:52-5.
 40. Sanchez-Reilly S, Morrison LJ, Carey E, et al. Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *J Support Oncol*. 2013;11(2):75-81.
 41. Fred HL, Scheid MS. Physician Burnout: Causes, Consequences, and (?) Cures. *Tex Heart Inst J*. agosto de 2018;45(4):198-202.
 42. Lacy BE, Chan JL. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. Marzo de 2018;16(3):311-7.
 43. Papathanasiou IV. Work-related Mental Consequences: Implications of Burnout on Mental Health Status Among Health Care Providers. *Acta Inform Med*. 2015;23(1):22-8.
 44. Wurm W, Vogel K, Holl A, Ebner C, Bayer D, Mörk S, et al. Depression-Burnout Overlap in Physicians. *van Wouwe J, editor. PLOS ONE*. 1 de marzo de 2016;11(3):e0149913.
 45. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Burnout or depression: both individual and social issue. *The Lancet*. Julio de 2017;390(10091):230.
 46. Korczak D, Wastian M, Schneider M. Therapy of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess*. 2012;8:Doc05.
 47. Herring M, Forbes Kaufman R, Bogue R. Mentoring to Help Prevent Physician Burnout. *Health Prog St Louis Mo*. Julio de 2016;97(4):74-7.