Desasosiego moral en la práctica clínica y su rol en el burnout de médicos jóvenes

Ethical values in the medical practice and their role in the burnout of medical residents

Cecilia Sogi [1,a], Aurora Villar [2,b], Manuel Izaguirre [3,c]

[1] Departamento Académico de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
[2] Departamento Académico de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
[3] Departamento Académico de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
[a] Doctora en medicina. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7415-5003
[b] Doctora en medicina. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8865-7845
[c] Doctor en educación. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0768-7402

An Fac med. 2024;85(4):454-459. / DOI: https://doi.org/10.15381/anales.v85i4.29871.

Correspondencia:
Cecilia Sogi
csogiu@unmsm.edu.pe

Recibido: 19 de septiembre 2024
Aprobado: 21 de diciembre 2024
Publicación en línea: 31 de diciembre 2024

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés

Fuente de financiación: Vicerrectorado de Investigación y Posgrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. PCONFIGI 2023, código: A23011611

Contribuciones de autoría: Concepción: Cecilia Sogi. Metodología: Cecilia Sogi, Aurora Villar, Manuel Izaguirre. Recogida de datos: Cecilia Sogi, Manuel Izaguirre. Interpretación y análisis de datos: Cecilia Sogi, Aurora Villar, Manuel Izaguirre. Todos los autores participaron en la redacción final del artículo, su revisión crítica y aprobación de la versión final.

Citar como: Sogi C, Villar A, Izaguirre M. Desasosiego moral en la práctica clínica y su rol en el burnout de médicos jóvenes. An Fac med. 2024; 85(4):454-459. DOI: https://doi.org/10.15381/anales.v85i4.29871.

Resumen

Introducción. Se explora la relación entre desasosiego moral entendido como conflicto de valores en la práctica clínica y burnout definido como agotamiento emocional en médicos en formación especializada. **Objetivo.** Se exploró la relación entre angustia moral y agotamiento emocional. **Métodos.** Se distribuyó en línea una encuesta que recoge datos personales y de la especialidad con cuestionario de desasosiego moral (DM) y subescala de burnout para trabajo con pacientes del Copenhagen Burnout Inventory. **Resultados.** Participaron 220 médicos residentes, 67% menores de 35 años, en similar proporción varones y mujeres, 44% casados/convivientes, 33% con hijos, 50% de 1ero-2do año, las 2/3 partes cursan especialidades no quirúrgicas y el 11.4% pediatría. Mayor nivel de DM en los que no tienen hijos y cursan 3ero-4to año y mayor burnout en menores de 35 y sin hijos. La "falta de recursos, equipamiento y camas que compromete la atención del paciente" encabezó la lista de situaciones asociadas a DM. **Conclusiones.** La media del nivel de DM (116.51) fue más alta y la del burnout 37.10 menor que lo reportado en la literatura revisada. El coeficiente de correlación entre DM y burnout en los participantes fue bajo (406).

Palabras clave: Ética Médica; Desasosiego Moral; Copenhagen Burnout Inventory; Profesionales de la Salud; Médicos Residentes (fuente: DeCS/MeSH).

Abstract

Introduction. The relationship between moral distress understood as a conflict of values in clinical practice and burnout defined as emotional exhaustion in doctors in specialized training was examined. **Objective.** The relationship between moral distress and burnout in medical residents was explored. **Material and methods.** A battery of questionnaires comprising sociodemographic and training information with the Moral Distress for Healthcare Professional Spanish version and subscale of the Copenhagen Burnout Inventory related with clients was distributed online to medical residents of a Peruvian public university. **Results.** Participated in the study 220 medical residents, under 35 years old (60%), in similar proportion male and female, married (44%), with children (33%), 2/3 of participants training in nonsurgical specialties, in pediatric (11.4%). Moral distress was higher in participant who do not have children, training in 3er-4th grade; and higher burnout in participant who is under 35 years old and do not have children. Scarce resources, equipment and beds, that compromise the proper attention of patients was the first situation associated to moral distress. **Conclusions.** The mean of moral distress (116.61) was higher and the mean of burnout was low in our study than those reported in the revised literature. The correlation between moral distress and burnout was low (.406).

Keywords: Medical Ethics; Moral Distress; Copenhagen Burnout Inventory; Healthcare Professionals; Medical Residents (source: DeCS/MeSH).

INTRODUCCIÓN

En nuestro medio, no es infrecuente observar las dificultades que enfrentan los médicos jóvenes que se inician en su formación especializada. Por un lado, las necesidades de aprendizaje y, de otro, las condiciones de trabajo de las instituciones de salud donde tiene lugar ese aprendizaje. Esta situación, creemos que los expone al riego de desarrollar el burnout. Un estudio nacional sobre prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras Ensusalud 2014, informa una prevalencia global de 2.8% (IC 95% 2,19 - 3,45), siendo mayores las cifras con valores predeterminados y más en médicos que en enfermeras [1].

El burnout, desde que se acuñó el término en 1974 [2], viene siendo objeto de estudio no solo en los trabajadores de salud. Entre los médicos, amplios estudios norteamericanos señalan que los niveles de burnout son significativamente mayores en estudiantes de medicina, residentes y médicos jóvenes, comparativamente con la población general [3]; asimismo, la amplia evidencia indica que acarrea consecuencias negativas tanto personales como profesionales [4]. En las últimas décadas, el estudio del fenómeno se ha extendido a nivel global, así en Latinoamérica, una revisión sistemática de SCOPUS 2010-2020 halló 829 (85,03%) artículos de investigación. Señala en primer lugar la producción científica de Brasil (52,51%) y el Perú registra 57 artículos (5,85%) [5].

Adicionalmente, existen estudios sobre perspectiva de los médicos acerca del burnout. Así, una revisión identifica factores de estrés que facilitan su ocurrencia, en primer lugar, de tipo organizacional seguido del contextual, relacional y finalmente personal; y los protectores empezando por los personales, pero también los relacionales y organizacionales [6]. Asimismo, se han desarrollado teorías explicativas sobre su origen, entre ellos Shanafeli y col., atribuye a la frustración y desilusión por conflicto de valores organizacionales institucionalizados con las personales y profesionales [7]. Por su lado Leiter y col., además de la incongruencia de valores atribuyen su riesgo a excesiva demanda y dificultades para mantener un adecuado balance trabajo-vida personal [8].

De otro lado, alrededor de la década del 2010 surge el concepto de distrés moral (moral distress) traducido al español como desasosiego moral (DM) [9] en el contexto de la atención de salud. Se presenta "cuando sabe qué es lo correcto, pero las limitaciones institucionales hacen casi imposible seguir el curso de acción correcto. Se produce frustración, cólera y agresividad". En base a esta definición se desarrolló un instrumento de medición, el Moral Distress Scale [10].

Las primeras mediciones del fenómeno se llevaron a cabo en enfermería, considerada *"una práctica éticamente cargada* porque el agente moral, la habilidad de pensar, actuar y ser responsable de las acciones que lleva a cabo, pueden ser obstaculizado por valores en conflicto". Hallaron que las dos terceras partes de enfermeras y asistentas sociales son desafiadas con decisiones cargadas de valor relacionadas con la atención de los pacientes, situaciones en las que no pueden hacer nada e informan sentir frustración y fatiga [11]. Posteriormente, se ha ampliado los estudios a otros profesionales de la salud, entre médicos [12] y personal de unidades de cuidados intensivos (UCI) [13].

Recientemente, un estudio canadiense halló que el burnout aumenta el DM y éste, a su vez, aumenta el burnout y se relaciona con la intención de dejar el trabajo [14]. Así, motiva el presente estudio, el interés en el tema del DM en situaciones de la práctica médica y su probable relación con el fenómeno del burnout asociado al trabajo con pacientes en médicos en formación especializada, dado que no existen datos nacionales sobre el tema.

MÉTODOS

El diseño del estudio fue descriptivo, cuantitativo y analítico

Población

La población de estudio estuvo conformada por residentes del 1ero al 4to año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), matriculados en el año lectivo 2023 que cumplieron los criterios de inclusión, que participaron voluntariamente respondiendo la encuesta en línea.

La muestra fue no probabilística por conveniencia por la accesibilidad a los casos disponibles. El tamaño muestral fue de 220 estudiantes que cumplieron los siguientes criterios: estudiantes matriculados en el año lectivo 2023 y que respondían al total de las preguntas solicitadas.

Instrumento

Se desarrolló un cuestionario de 40 ítems que incluye características sociodemográficas y de la especialidad médica. Adicionalmente se usaron el cuestionario de desasosiego moral de 27 ítems y una subescala del Copenhagen Burnout Inventory de seis ítems. En la introducción se explica brevemente el objetivo del estudio y señala explícitamente que la participación es voluntaria y anónima. La encuesta se distribuyó en línea a través de la Dirección de la Sección de Segunda Especialización de la Facultad de Medicina de la UNMSM, a todos los médicos residentes del 1ero al 4to año, entre agosto y octubre del 2023.

Se utilizó la versión española del Measure of Moral Distress for Healthcare Professionals, Spanish Version (MMD-HP-SPA), que comprende 27 ítems y mide moral distress (MD) en situaciones específicas. Los participantes califican cada ítem en una escala de Likert (frecuencia 0=nunca, 4=muy frecuente) y qué tan estresante es cuando ocurre (estrés 0=ninguno, 4=muy estresante). La frecuencia (f) se multiplica por el puntaje de estrés (f x e, rango 0-16) para cada ítem. Estos puntajes se suman para crear un puntaje general MMD-HP-SPA (0-432) y los más altos indican mayor nivel de DM [9] El cuestionario nos fue proporcionado por el Dr. Rodríguez-Ruiz E., autor principal de su traducción y validación española.

Respecto a la medida del burnout, el Maslach Burnout Inventory (MBI), desde su aparición en 1981, llegó a ser el estándar aceptado universalmente para evaluar el fenómeno [15]. Posteriormente, surgen otros instrumentos de medida del burnout ocupacional y una revisión de la validez y confiabilidad de cinco de ellos halló que el Copenhagen Burnout Inventory (CBI), desarrollado en el 2005, cumple tales requisitos psicométricos [16]. Éste ha sido traducido en ocho idiomas y es

usado ampliamente a nivel internacional, además es de dominio público a disposición del usuario [17]. Ha sido validado también para la población peruana [18].

Se utilizó la subescala del burnout relacionado con clientes (CB) del CBI que cuenta seis ítems para ser contestada solo por personas que trabajan con clientes, en cualquiera de las acepciones del término, durante más de la mitad del tiempo. Los ítems siguen una escala Likert con cinco categorías de respuesta (nunca, solo algunas veces, algunas veces, muchas veces y siempre). Los valores se transforman en valores numéricos entre 0 y 100. Las puntuaciones finales se calcularon tomando la media de los elementos de dicha escala [19].

En nuestro estudio, la confiabilidad del cuestionario medida por alfa de Cronbach fue de 0,955 para DM y 0,883 para la subescala de burnout relacionada con clientes del CBI.

Análisis de datos

Se procedió con el análisis descriptivo. Las variables categóricas se presentan en frecuencias y las continuas con media y desviación estándar o mediana y rango interquartiles dependiendo de su ajuste a una distribución normal (Prueba de Kolmogorov-Smirnov). La comparación entre variables fue analizada usando ya sea la prueba de Mann Whitney o Kruskal-Wallis. Adicionalmente se procedió con el análisis de correlación entre DM y burnout a través de la prueba de Spearman.

Aspectos éticos

Se siguió los lineamientos de la declaración de Helsinki. Se solicitó la participación en el estudio señalando explícitamente que es voluntaria y anónima, previamente, se obtuvo la aprobación del proyecto por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina, UNMSM (No 019-2023).

RESULTADOS

Respondieron el cuestionario un total de 275 médicos residentes de 1er a 4to año de estudio. La tasa general de respuesta fue de 28% y la tasa de respuestas correcta fue de 22%. Para los fines del análisis estadístico se descartaron 55 por incompletas en datos sociodemográficos, de la especialidad y falta de respuesta a algunos ítems de los cuestionarios, y la base de datos quedó conformada por 220. El 67% fueron menores de 35 años, distribuidos en 52% mujeres y 48% varones. El 44% informaron estar casados / convivientes y el 33% tener hijos. El año de estudio de la residencia se dividió en dos grupos: el primero conformados por los médicos residentes del 1ero-2do año de residencia que representaron 110 (50%) y segundo conformados por los que cursaban el 3ero-4to año que representaban la otra mitad. Las 2/3 partes

Tabla 1. Características de los médicos residentes y desasosiego moral.

Características	Participantes	Desasosiego moral		
	N=220 (100%)	Media (DE)	Mediana	
Sexo				
Varón	105	112.83 (88.51)	101.00	
Mujer	115	119.86 (85.78)	108.00	
Edad				
< 35 años	147	122.29 (88.98)	108.00	
>35 años	73	104.86 (82.14)	90.00	
Estado Civil				
Casado/conviviente	96	108.31 (92.78)	90.00	
Soltero	124	122.85 (82.00)	108.00	p < 0.07
Hijos				
Sí	73	100.21 (87.37)	87.0	
No	147	124.59 (85.92)	108.00	p < 0.05
Estudio				
1ero-2do	110	97.11 (78.74)	87.0	
3ero-4to	110	135.90 (90.75)	122.50	p < 0.001
Especialidad				
Quirúrgica	72	127.48 (90.66)	108.00	
No quirúrgica	148	111.16 (84.91)	98.00	

Tabla 2. Características sociodemográficas y especialidad de los médicos residentes y burnout.

Características	Participantes	Burnout		
	N=220 (100%)	Media (DE)	Mediana	
Sexo				
Varón	105	35.00 (22.94)	33.3	
Mujer	115	39.02 (24.92)	33.3	
Edad				
< 35 años	147	40.70 (25.30)	37.5	
>35 años	73	29.85 (19.45)	25.01	p < 0.003
Estado Civil				
Casado/conviviente	96	108.31 (92.78)	90.00	
Soltero	124	39.48 (23.51)	37.50	p < 0.06
Hijos				
Sí	73	29.16 (21.28)	25.00	
No	147	41.04 (24.42)	37.50	p < 0.001
Estudio				
1ero-2do	110	34.96 (22.90)	29.16	
3ero-4to	110	39,24 (25.02)	35.41	
Especialidad				
Quirúrgica	72	38.94 (23.91)	37.50	
No quirúrgica	148	36.20 (24.11)	33.33	

fueron residentes de especialidades no quirúrgicas, y los residentes de pediatría fueron los más numerosos (11,4%).

La mediana del burnout fue significativamente mayor en los participantes menores de 35 años y en aquellos que informaron no tener hijos.

La mediana del desasosiego moral fue similar por sexo y edad, sin embargo, fue significativamente mayor en participantes de los últimos años de la residencia (3ero y 4to) y en aquellos que informaron no tener hijos.

La tabla 3 presenta en orden decreciente la media del puntaje de las primeras diez situaciones clínicas relacionadas con DM. En primer lugar, se ubicó el ítem 17 "Ver comprometida la atención del paciente debido a falta de recursos, equipamiento o de disponibilidad de camas", seguido del ítem 22 "Tener que trabajar con pacientes o familiares agresivos o maleducados que comprometen la atención del paciente"; ítem 19 "Tener que cumplir con requisitos de documentación administrativos excesivos que comprometen la atención del paciente; y el ítem 16 "Tener que atender más pacientes de los que puedo atender de forma segura".

El cuestionario de DM proporciona un espacio en blanco para registrar otras situaciones no incluidas en la lista. En nuestro estudio se recogieron datos de situaciones que se asocian a desasosiego moral relacionadas con maltrato, castigo, abuso de autoridad por parte de los médicos asistentes, jefes de servicio, así como ser sometidos a largas jornadas laborales.

La correlación (Spearman) entre DM y burnout en general fue baja (0.406), tal como se observa en la figura 1; sin embargo, mayor en participantes sin hijos (0.422) y cursan el 1ero-2do año (0.429).

DISCUSIÓN

La formación especializada de los médicos que optan por una especialidad tiene lugar en los hospitales docentes. Los postulantes a una plaza eligen la sede hospitalaria según el puntaje alcanzado en el examen de admisión, y aquellos con los puntajes altos van a las sedes más prestigiadas.

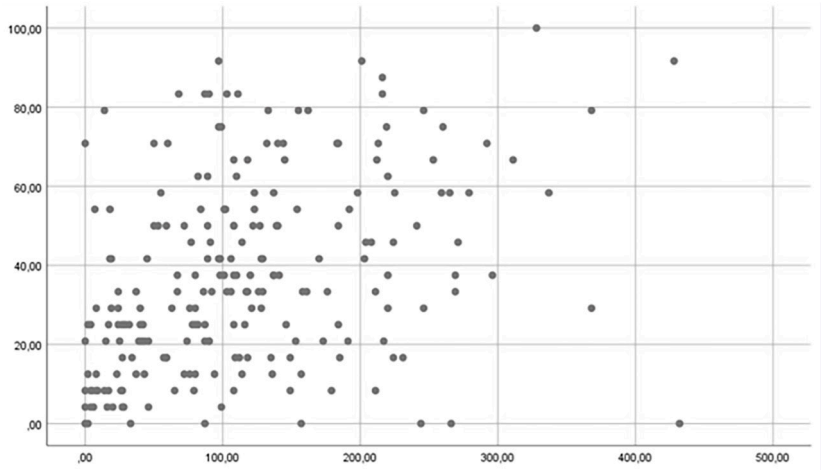
El presente estudio es de naturaleza exploratoria sobre la asociación entre Desasosiego Moral (DM) y Burnout en médicos residentes de una universidad pública de Lima. En este estudio la media del DM fue 116.51 (DE 86.97) y la mediana 102.50 (IQR 0.00-432.00) en médicos residentes de diversas especialidades, tanto quirúrgicas como no quirúrgicas, valores por encima de lo que se informa en la literatura. Así, en el Reino Unido, un estudio de 2019 halló una media de 70.2 (DE 39.6) en médicos y enfermeras que trabajaban en UCI, señalando que en la literatura internacional las medias fluctúan entre 57-92 y en el staff de UCI pediátrico 120 [20].

En España, un estudio del año 2022 reportó un nivel de DM en UCI, significativamente más alto en médicos (80 IQR 40-135) que en enfermeras (61 IQR 35-133) (13). En Sao Paulo, Brasil, halló un nivel de DM alto, de 111.5 en personal de UCI de un hospital docente privado de 470 camas, realizado en el año 2017, antes de la pandemia del Covid-19 [21].

En nuestro estudio se asociaron a mayor DM no tener hijos, el cursar 3ero-4to año de la residencia y formación en especialidades quirúrgicas, El estudio español, ya citado, aunque no fue en médicos residentes, el no tener hijos se asoció a mayor nivel de DM.

Tabla 3. Orden decreciente la media del puntaje de situaciones clínicas relacionadas con desasosiego moral.

Situación Clínica	Media (SD)		Rank
17. Ver comprometida la atención del paciente debido a la falta de recursos, equipamiento o disponibilidad de camas.	2.53	(1.32)	1
22. Tener que trabajar con pacientes o familiares agresivos o maleducados que comprometen la calidad de la atención.	2.41	(1.34)	2
19. Tener que cumplir requisitos de documentación / administrativos excesivos que comprometen la atención al paciente.	2.41	(1.36)	3
16. Tener que atender a más pacientes de los que puedo atender de forma segura.	2.39	(1.41)	4
18. Experimentar la inacción o la falta de apoyo administrativo en un problema que compromete la atención al paciente.	2.38	(1.4)	5
3. Sentirse presionado/a para pautar o llevar a cabo órdenes, que yo considero pruebas o tratamientos innecesarios o inapropiados.	2.18	(1.37)	6
4. No poder proporcionar una atención óptima debido a las presiones de los administradores para reducir los gastos.	2.13	(1.4)	7
9. Observar un deterioro en la calidad de la atención del paciente debido a la falta de continuidad del personal sanitario.	2.10	(1.4)	8
20. Tener miedo a represalias si digo lo que se pienso.	2.07	(1.43)	9
14. Observar una baja calidad en la atención proporcionada al paciente debido a la mala comunicación del equipo.	2.00	(1.38)	10



Correlación			
			Burnout
Rho de Spearman	Desasosiego moral	Coeficiente de correlación	0,406**
		Sig. (bilateral)	0.000
		n	220

Figura 1. Correlación entre desasosiego moral y burnout

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Respecto a las situaciones clínicas asociadas a DM, se halló que encabeza la lista el ítem 17 relacionada con falta de recursos, equipamiento y camas, que consideramos refleja las carencias materiales de los servicios de salud públicos en el país. Este ítem fue también la situación asociada más frecuentemente al DM en hospitales de Toronto Canadá, pero durante la pandemia del Covid-19 [14]. Sin embargo, en nuestros resultados, los ítems 16 Tener que atender a más pacientes de los que puedo atender de forma segura y el ítem 19 Tener que cumplir los requisitos de documentación, que ocuparon el 3er y 4to lugar, fueron ubicados también entre los primeros lugares en Canadá y España.

Las situaciones de maltrato que se asocian al DM informados por los médicos residentes coinciden con los resultados de una revisión, que halló una correlación significativa entre violencia en centro laboral y burnout, además identificaron factores de riesgo estructural/organizacional (soporte social, calidad del clima laboral, liderazgo autoritario, largas jornadas laborales) y de tipo personal (edad, género, nacionalidad y grado académico) [22]. Con relación a estos factores de riesgo, consideramos pertinente citar un modelo de burnout propuesto por Schaufeli, que "incluye tres niveles de intercambio social con: receptores, colegas y la organización como un todo, el sello del burnout-agotamiento emocional- parece estar relacionado con la falta de reciprocidad en la interacción entre los tres niveles" [23].

En la presente investigación la media del burnout en la subescala de trabajo con pacientes fue 37.10, cifra menor a la informada en la literatura revisada. Así, en Lahore hallaron una media de 46.13 en médicos residentes de hospital pediátrico en la misma subescala [24]. Otro, también en médicos residentes de Malta informa que la media varía de acuerdo con el año de estudio, en 1ero 42.84, 2do 57.50 y en 3ero 53.39 [25]. En Hong Kong hallaron una media de burnout en la subescala de trabajo con pacientes de 41.5 en médicos con 20 años de experiencia profesional [26].

En nuestro resultado el nivel de burnout fue significativamente mayor en aquellos que informaron no tener hijos y en menores de 35 años. Al respecto, una revisión señala como factores predictores del burnout a jóvenes, mujeres, solteros, largas jornadas laborales y baja satisfacción laboral [27].

La correlación entre DM y burnout en el presente estudio fue baja (0.406), pero consideramos relevante mencionar que, en Brasil, hallaron que aquellos con nivel alto de DM (> 100) fueron más probables que sufran burnout (28.9 vs 14.4% p = 0.014); asimismo, un estudio canadiense ya citado afirma que adicionalmente a la carga laboral, la congruencia de valores contribuye también a predecir el burnout [8].

Con relación a las emociones negativas asociadas al DM, creemos importante las conclusiones de Manrouxe y cols., sobre "la *habituación a los dilemas* que se presentaría en los estudiantes de las profesiones de salud. Aquellos que pueden balancear la autonomía y dignidad del paciente con las necesidades propias de aprendizaje para la atención de los futuros pacientes. Y, los que no lo logran responderían a la idea aceptada de que los estudiantes llegan a ser menos empáticos en el curso del tiempo" [28].

Es innegable que en el trabajo con pacientes es importante el tema de la regulación emocional que, "cuando es exitosa, contribuye con el desempeño y bienestar del trabajador de salud, que influye en el tiempo que destina a escuchar al paciente, disminuyendo el burnout y aumentando las emociones positivas" [29].

Limitaciones del estudio. Los resultados del estudio no se pueden generalizar a todos los médicos residentes de la universidad porque solo participaron 275. Sin embargo, como señala el estudio citado del Reino Unido [30], aquellos que experimentaron DM y burnout pudieron estar más motivados a participar en la investigación. Finalmente, el uso de la subescala de trabajo con pacientes del CBI limitó explorar qué otras áreas en la vida del médico generan mayor estrés.

Conclusiones. El nivel de DM fue alto comparativamente con lo informado en la literatura, relacionado en primer lugar con la falta de recursos, equipamiento y camas que compromete la atención del paciente. Los maltratos y las largas jor-

nadas laborales se sumaron como otras situaciones que generan desasosiego moral en los médicos residentes.

Agradecimiento

Al Lic. Víctor Aynor Ortega Mory por el apoyo en el análisis estadístico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A & Maita-Tristan P. Prevalencia del síndrome del burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensusalud 2014. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2016; 33(2): 241-7 DOI: 10.17843/rpmesp.2016.332.2170
2. Carlin M & Garcés de los Fayos Ruiz EJ, Anales de Psicología 2010, vol 26 n 1 (enero), 169-180 Copyright 2010 Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia (España) ISSN edición impresa: 0212-9728. ISSN edición web (http://revistas.um.es/analesps): 1695-2294
3. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloam J & Shanafelt T. Burnout among US medical students, residents and early career physicians relative to the general U.S. population Acad Med 2014; 89: 443-451. DOI: 10.1097/ACM 0000000000000134
4. Shanafelt T, Goh J & Sinsky C. The business case for investing in physician well.being JAMA Intern Med. DOI: 10.1001/jama internmed.2017.4340. Published online September 25, 2017.
5. Hernández RM, Cabrera-Orozco I, Carranza-Esteban RF, Mamani-Benito O & Turpo Chaparro JE. Latin America Scientific Production on Burnout in Scopus 2010-2020 studies indexed in the Scopus data base. Journal of Educational and Social Research Vol II, No 6, November, 2021. DOI: https://doi.org/10.36941/jesc-2021-0139
6. Sibeoni J, Bellon-Champel L, Mousty A, Manolios E, Verneuil L & Revah-Levy A. Physician perspective about burnout: a systematic review and metasyntesis. J Gen Intern Med 34(8) 1578-90 DOI: 10.1007/s 11606-019-05062-y Society of Intern Medicine 2019
7. Schaufeli W, Leiter MP & Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. Career Development International Vol. 14 No. 3, 2009 pp 204-220 Emerald Group Publishing Limited 1362-0436. DOI: 10.1108/13620430910966406
8. Leiter MP. A two process model of burnout and work engagement: distinct implications of demands and values. Suplemento A. Psicología 2008; Vol 30, N 1: A52-A58 ISSN 0397-983
9. Rodríguez-Ruiz E, Campelo-Izquierdo M, Estany-Gestat A, Hortas AB, Rodríguez-Calvo MS y Rodríguez-Núñez A. Validation and psychometric properties of Spanish versión of the Measure of Moral Distress for health care professionals (MMD-HP-SPA) Medicina Intensiva 46 (2022) 161-170. DOI: 10.10167/j medin.2021.03.002
10. Lutzén K, Blom T, Ewalds-Kvist B & Winch S. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychatric professionals. Nursing Ethics 17(2) 213-224 © the Autor(s) 2010 Reported and Permission sagepub.co.uk/Journal Permission. DOI: 10.1177/0969733009351951 nej.sagepub.com
11. Ulrich C, O´Donnell P, Taylor C, Farrar A, Danis M & Grady C. Ethical climate, ethics stress and the job satisfaction of nurses and social worker in the United States. Soc Sci Med 2007 October: 65(8): 1708-1719. Author manuscript: available in PCM 2008 October 1
12. Leiter MP, Frank E & Matheson TJ. Demands, values and burnout. Relevance for physicians. Can Fam Physician 2009, 55:1224-5. E1-6
13. Rodríguez-Ruiz E, Campelo-Izquierdo M, Veiras PB, Rodríguez MM, Estany-Gestal A, Hortas AB, Rodríguez-Calvo MS & Rodríguez-Nuñez A. Moral distress among health care professionals working in intensive care units in Spain. Medicina Intensiva; 46 (2022): 383-391. DOI: https://doi.org/10.1016/j.medin.2021.06.004
14. Maunder RG, Haeney ND, Greenberg RA, Jeffs LP, Wiesenfeld LA, Johnstone J & Hunter JJ. The relationship between moral distress, burnout and considering leaving a hospital job during the COVID-19 pandemic: a longitudinal survey. Mounder et al BMC Nursing (2023); 22: 243. DOI: https://doi.org/10.1186/s12912-023-01407-5
15. Schutte N, Toppinen S & Kalimo R. The factorial validity of the Maslach Burnout Inentory-General Survey (MBI-GS) across occupational groups and nations. Journal of Occupational and Organizational Psychology (2000), 73, 53-66
16. Márquez-Lugo I, Mosquera-Quiñónez M, Ochoa-Granados C, Pacavita-Sánchez D, Palencia-Sánchez F, Riaño-Casallas M. Revisión de los Instrumentos de Medición del Síndrome De Burnout- Documento de Trabajo (Instruments for Measuring Burnout Syndrome: A Review-Working Paper). SSRN. 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3841093
17. Shoman Y, Marca SC, Bianchi R, Godderis L, van der Molen HF & Griseva Cau I. Psychometric properties of burnout inventories: a systematic review. Epidemiol Psychiatr Sci. 2021;30: e8. PMC8057391. DOI: 10.1017/s2045796020001134
18. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E & Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. Work ans Stress, July-September 2005; 19(3): 192-217. DOI: 10.1080/02678370500297720
19. Hernández-Breña W, Burneo A & Cassaretto M. Translation, adaptation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory for the Peruvian versión. Rev de Psicología, Vol. 40(2), 2002, pp. 711-738 (e ISSN 2223-3733). DOI: http://doi.org/10.18800/psico.202202.003
20. Molinero Molinero-Ruiz E. Gómez-Quintero HB & Moncada-Lluis S. Fiabilidad y validez del Copenhagen Burnout Inventory para su uso en España. Rev Esp Salud Publica 2013; 87: 165-179.
21. Colville GA, Dawson D, Rabinthiran S, Chaudry-Daley Z & Perkins-Porras L. Journal of the Intensive Care Society 2019, Vol 20(3) 196-203. DOI: 10.1177/1751143718787753 journals.sagepub.com/home/jics
22. Fumes RRL, Amarante GAJ. Nacimiento AF & Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout síndrome among critical care providers. Fumes et al Ann Intensive Care. 2017; 7:71. DOI 10.1186/s13613-017-0293-2
23. Giménez Lozano JM, Martínez Ramón JP, Morales Rodríguez FM. Doctors and nurses: a systematic review of the risk and protective factors in workplace violence and burnout. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 3280. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph18063280
24. Schaufeli W. The balance of give and take: toward a social Exchange model of burnout. RIPS/IRSP, 19(1), 87-101 c 2006 Presses Universitaires de Grenoble. http//www.cairn.info/reviue-internationale-de-psicologie-sociale-2006-1-page 75.htm
25. Majeed F, Liaqat N, Igbal A, Hasim J & Saleem M. burnout among postgraduate residents using Copenhagen Burnout Inventory. J Ayub Med Coll Abbottabad 2022; 34 (3): 463-7 DOI: 10.55519/JAMC-03-9594
26. Grech M & Grech S (2021) An evaluation of burnout among foundation doctors in Malta-a cross sectional observational study. Health, 13, 705-716 http:// doi.org/10.4236/health 2021.137054
27. Ng APP, Chin WY, Wan EYF et al. Prevalence and severity of burnout in Hong Kong doctors up to 20 years postgraduation: a cross sectional study BMJ Open 2020; 10: e040178. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-040178
28. Amoafo E, Hanbali N, Patel A & Singh P. what are the significant factors associated with burnout in doctors? Occupational Medicine 2015, 65:117-121. DOI: 10.1093/occmed/kqul44
29. Manrouxe LV, Rees ChE, Dennis I & Wells SE. Professionalism dilemas, moral distress and the healthcare students: insight from two online UK-wide questionnaire studies. BMJ Open 2015:5e007518 doi: 10.1136/bmjopen-2014-007518
30. Zammuner VL, Lotto L & Galli C. Regulation of emotions in the helping professions: nature, antecedents and consequences 217-231. En Mental Health and Work. Issues and Perspectives. Morrou L, Verins I & Willis E editors. Commonwealth of Australia 2002 DOI: 10.1030/09540260500238348