

Artículos científicos

Reacción al estrés agudo y el síndrome burn out en el personal del centro de salud de Santa Ana. Panamá.

[Acute stress reaction and burn out syndrome in the staff of the Santa Ana Healthcare Center. Panama]

Jesus Amador

Región de Salud de Herrera, MINSA. Panamá, Rep. de Panamá;

Palabras Claves

reacción al estrés agudo, síndrome de desgaste, síntomas, centro de salud.

Keywords:

acute stress reaction, burn out syndrome, symptoms, healthcare center.

Correspondencia

Jesus Amador
amador8829@gmail.com

Recibido

12 de septiembre de 2022

Aceptado

23 de noviembre de 2022

Publicado

27 de enero de 2023

Uso y reproducción

Publicación de libre uso individual, no comercial. Prohibida la distribución para otros usos sin el consentimiento el editorial.

Aspectos bioéticos

El autor declara no presentar conflicto de interés asociado a este manuscrito.

Financiamiento

El autor declara no haber recibido financiamiento externo para este trabajo.

Resumen

Introducción: la reacción al estrés agudo y síndrome burn out (SB) se diferencian: el primero es consecuencia de un estrés físico o psicológico excepcional y el segundo es consecuencia al estrés laboral; pero ambos comparten síntomas de tipo depresivo, ansiedad y somáticos. **Objetivo:** Evaluar las características clínicas y epidemiológicas con relación al trastorno por reacción al estrés agudo y síndrome burnout. **Metodología:** Estudio clínico Descriptivo y Transversal. Se analizaron 55 personas del centro de salud, se utilizaron 5 cuestionarios: Maslach Burnout Inventory (MBI), de estrés percibido (PSQ), sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9), para trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) y sobre la salud del paciente-15 (PHQ-15). Los datos fueron analizados con el programa EPI INFO 7 utilizando descripciones de frecuencia, porcentaje, cruce de variables y pruebas de significancia estadísticas. **Resultados:** Se obtuvo una prevalencia del 5.4% SB, síntomas SB 25.4% y según las subescalas del SB se obtuvo CE (cansancio emocional) 14.5%, DE (despersonalización) 18.1% y RP (realización personal) 18.1%. Hubo una relación positiva de CE, PSQ (0 – 0.49) y síntomas de ansiedad según GAD-7 (3%) (P=0.003), por el cual, posible hay un 5.4% con reacción al estrés agudo. **Conclusiones:** La prevalencia del personal del CS para SB fue de 5.4%, síntomas SB 25.4% y según las subescalas del SB se obtuvo CE 14.5%, DE 18.1% y RP 18.1%. Así mismo se encontró una relación significativa CE, PSQ (0 – 0.49) y síntomas de ansiedad según GAD-7 (3%) (P=0.003), por el cual, hay un posible 5.4% con reacción al estrés agudo.

Abstract

Introduction: Acute stress reaction and burnout syndrome (BS) are different: the former is a consequence of exceptional physical or psychological stress and the latter is a consequence of occupational stress; but both share depressive, anxiety and somatic symptoms. **Objective:** To evaluate the clinical and epidemiological characteristics of acute stress reaction disorder and burnout syndrome. **Methodology:** Descriptive and cross-sectional clinical study. A total of 55 people from the health center were analyzed, 5 questionnaires were used: Maslach Burnout Inventory (MBI), perceived stress (PSQ), patient health questionnaire-9 (PHQ-9), generalized anxiety disorder (GAD-7) and patient health questionnaire-15 (PHQ-15). The data were analyzed with the EPI INFO 7 program using descriptions of frequency, percentage, crossing of variables and statistical significance tests. **Results:** There was a prevalence of 5.4% SB, SB symptoms 25.4% and according to the subscales of SB there was CE (emotional exhaustion) 14.5%, DE (depersonalization) 18.1% and RP (personal fulfillment) 18.1%. There was a positive relationship of CE, PSQ (0 - 0.49) and anxiety symptoms according to GAD-7 (3%) (P=0.003), whereby, possible there is 5.4% with acute stress reaction. **Conclusions:** The prevalence of CS personnel for SB was 5.4%, SB symptoms 25.4% and according to SB subscales CE 14.5%, DE 18.1% and RP 18.1% were obtained. Likewise, a significant relationship was found between CE, PSQ (0 - 0.49) and anxiety symptoms according to GAD-7 (3%) (P=0.003), whereby, there is a possible 5.4% with acute stress reaction.

INTRODUCCIÓN

El estrés proviene del griego “*estriger*” que significa provocar tensión, se utilizó por primera vez en el siglo XIV [1]. El Dr. Hans Selye -1935, considerado el padre del estrés, realizó estudios donde observó una característica que lo llamó el síndrome de estar enfermo [2], aumento de las hormonas suprarrenales (ACTH, Adrenalina y Noradrenalina), atrofia en el sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas, la cual nombró como “estrés biológico” [2]. Integro ideas como: la genética, las demandas sociales y las amenazas del entorno afectan al ser humano [2].

El estrés es la capacidad psico-biológica del cuerpo para adaptarse a los cambios y poder preservar su vitalidad. A raíz en cómo nos podemos adaptar y según nuestra vulnerabilidad podremos tener mecanismos óptimos de adaptación y defensa para las adversidades [3,4].

El síndrome *burn out* es un estrés asociado al trabajo, es decir, el agotamiento está relacionado con un rendimiento reducido en el lugar de trabajo donde conduce a varias formas de abstinencia, como el ausentismo y la intención de dejar el trabajo. También hay otros factores que influyen como: el desamparo aprendido, teoría del aprendizaje, medio ambiente y/o factores de personalidad [10].

En la actualidad hay datos epidemiológicos limitados en la prevalencia e incidencia de la reacción al estrés agudo ; pero en relación al síndrome *burn out* se evidencia un 40% de la población de los E.E.U.U. (Estados Unidos De América) con un aumento del estrés asociado a la carga laboral [19], hay una prevalencia alta en personal de salud por ejemplo en médicos al 70% y en enfermería del 30-50% a nivel mundial [20,25].

En el caso de Costa Rica se han realizados estudios en donde se ha visto una incidencia del 20% de la población estudiada siendo afectados más el sexo masculino y trabajadores más jóvenes entre 25-34 años[16].

Para la reacción al estrés agudo se ha demostrado que deteriora las capacidades cognitivas que dependen de la corteza prefrontal; incluyendo el comportamiento dirigido a objetivos, el control ejecutivo, la flexibilidad [5] y para el síndrome *burn out* se ha observado el sistema límbico; estas estructuras incluyen el hipotálamo, hipocampo, amígdala y núcleo septal. Son responsables para nuestra memoria, emociones, aprendizaje emocional y comportamiento, así como la motivación y recompensa [11].

Entre ambas se observan la relación de factores de riesgo y de comorbilidades de enfermedades como la epilepsia, enfermedad cerebro vascular, síntomas de depresión, síntomas de ansiedad, y síntomas somáticos.

De los modelos de los rasgos de personalidad se ha observado el neuroticismo, que es el más sobresaliente para ambas entidades [6,7,10,12,25] (Ver Tabla1 - Factores involucrados en la reacción de adaptación al estrés).

Con respecto al tratamiento de elección para la reacción al estrés agudo es la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma con una reducción del TEPT [8] y si hay ansiedad intensa, agitación o alteración del sueño en el período inmediato posterior al evento traumático se recomienda el uso de benzodiazepinas [9].

Para el tratamiento del síndrome *burn out* se deben incluir cambios en el estilo de vida como nutrición con suplementos de micronutrientes, reducir el consumo de alcohol, asistir a terapias de relajación, mindfulness y cognitivo conductual, realizar actividades físicas; además incluir actividades espirituales y / o religiosas con guías prácticas, fortalecer su vínculo sociocultural y de medicamentos el uso de antidepresivos [13].

El tratamiento general también tiene como objetivo mitigar causas ambientales del síndrome, optando por desarrollar habilidades de afrontamiento o la creación de cambios organizacionales en el trabajo [13].

Según el CIE 10(Código Internacional de Enfermedades en su versión decima), el trastorno de reacción al estrés agudo dependerá del factor estresante e inicios de síntomas como ejemplo de ansiedad, ira, desesperanza, desorientación entre otros, con dos días de duración; pero si hay persistencia hay que considerar otro diagnóstico y juega un papel la vulnerabilidad y la capacidad de afrontamiento individuales.

El DSM V (por sus siglas en inglés, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición) indica que debe haber un estrés catastrófico o de cercanía de muerte, y hay cinco categorías de síntomas: intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta [14,15].

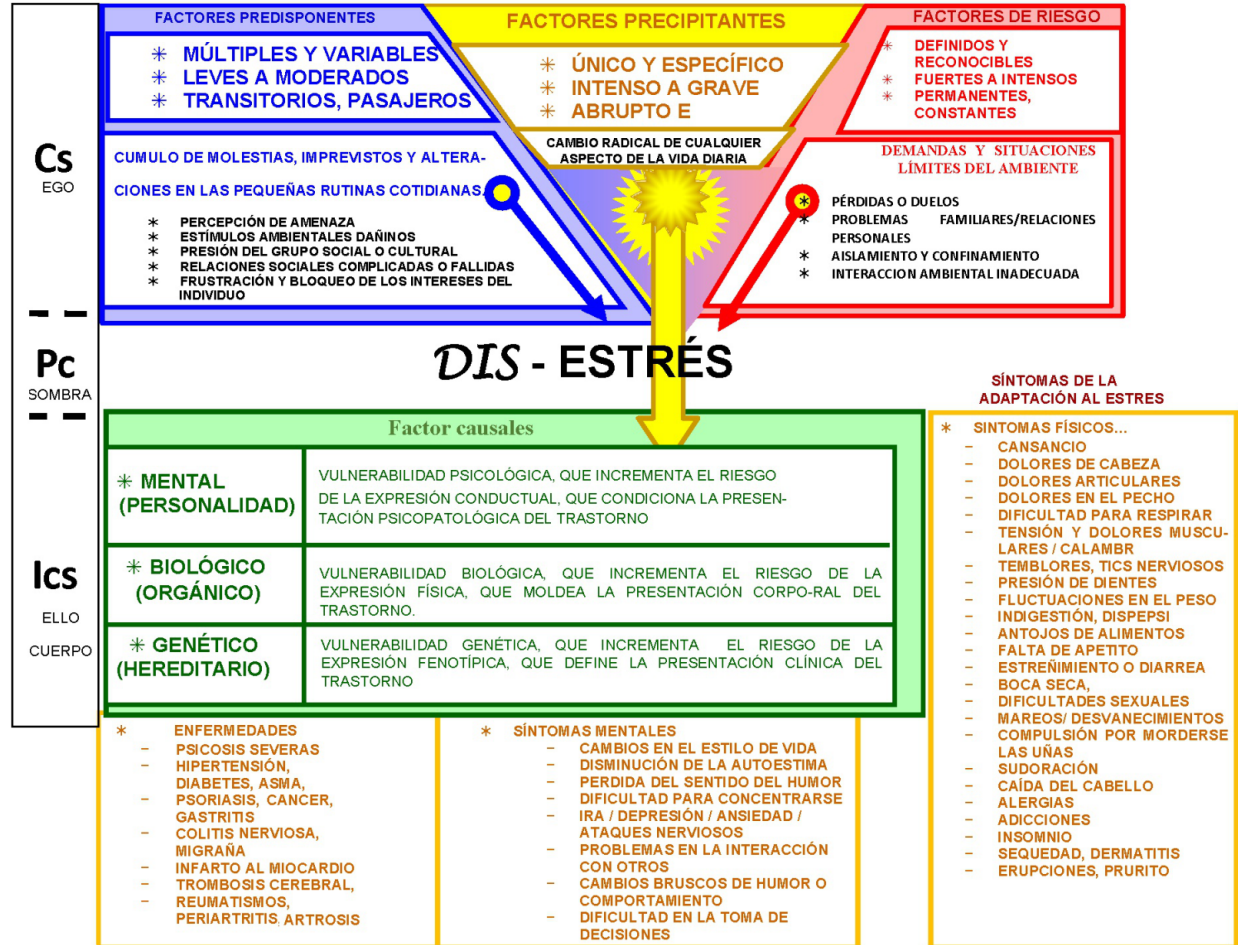
Actualmente para el síndrome *burn out* en el DSM V no hay criterios [16], mientras tanto el CIE 10 se puede observar algo cercano al síndrome en el código: Z73.0 Problemas relacionados con el desgaste profesional sensación de agotamiento vital [13]. Según el CIE 11, que entrará en vigor el 1 de enero del 2022, este síndrome es caracterizado por tres síntomas:

- 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento;
- 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo, y
- 3) eficacia profesional reducida. Teniendo en cuenta la exposición al trabajo crónico para que sea diagnóstico [18].

Actualmente en Panamá, hay poca información sobre la reacción al estrés agudo y el síndrome *burn out*; pero hay un protocolo de investigación registrado en el Ministerio de Salud de Panamá (Minsa) sobre el síndrome *burnout* que se realizará en el Hospital Chicho Fábrega en la provincia de Veraguas; y un estudio realizado en el Hospital Aquilino Tejeira, en la provincia de Coclé en 2011 por un estudio de Ortega y colaboradores, donde se obtuvo una prevalencia del síndrome *burn out* de 4.5% [21-22].

Entonces nos quedan las incógnitas: ¿Habrá una prevalencia,

Tabla1. Factores involucrados en la reacción a la adaptación del estrés



descripción de síntomas y rasgos de personalidad significativas entre ambas entidades clínicas en Panamá?

El objetivo de realizar esta investigación en el centro de salud de Santa Ana en la ciudad de Panamá, es poder lograr una ventana epidemiológica y clínica que nos ofrezcan datos actualizados, ver el impacto en atención primaria y poder comparar los resultados con el estudio realizado en el Hospital Aquilino Tejeira para seguir aportando una alerta en el personal que labora en el sistema sanitario en Panamá, para realizar las medidas pertinentes de captación para contribuir a la salud mental, de forma oportuna y así evitar complicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, durante los meses de noviembre a diciembre del 2021. El universo del estudio correspondió al personal que labora en el centro de Salud de Santa Ana, atención primaria de la provincia de Panamá, Ciudad de Panamá. La muestra correspondió a todo el universo. Todo personal fue evaluado.

Criterios de inclusión

- Firmar el consentimiento informado.
- Completar el instrumento de recolección de datos y el cien

por ciento(100%) de los cinco [5] instrumentos a utilizar en el estudio : Escala de Maslach burnout inventory (MBI), la escala del estrés percibido de 30 ítems (PSQ por sus siglas en ingles), cuestionario sobre la salud del paciente – 9 para depresión (PHQ-9 por sus siglas en Ingles), Cuestionario de paciente – 15 para trastornos físicos(PHQ -15 por sus siglas en ingles) y la escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7 por sus siglas en Ingles).

- Personal permanente y eventual nombrado en el centro de salud de Santa Ana mayor de 18 años de edad.
- Personal que no este de vacaciones.
- Tener un tiempo de inicio de labor mayor de dos días.

Criterios de exclusión

- Personal en vacaciones o en licencia de cualquier tipo.

Cuestionario de MBI.

En 1982, fue elaborado por Cristina Maslach, y Michael P. Leiter, desde 1986 es el instrumento más importante para el diagnóstico de SB [16]. El Maslach Burnout Inventory es una herramienta de autoevaluación para medir el agotamiento experimentado en los individuos. Califica a los participantes en tres distintos pero interrelacionadas subescalas: agotamiento emocional; despersonalización y logro personal disminuido constan-

do de 22 ítems [30]. Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de *burn out*.

Cuestionario de PSQ

La Escala de estrés percibido, construida en su versión original por Cohen, Kamarck y Mermelstein en 1983 mide el grado de qué situaciones en la vida se consideran estresantes [4]. Se utilizó el PSQ de 30 ítems en donde una sección se utiliza la sensación de experiencia de estrés percibida en los últimos dos años y otra de percepción reciente de un mes. Los encuestados indican en una escala de 1 ("casi nunca") a 4 ("normalmente") con qué frecuencia experimentar ciertos sentimientos relacionados con el estrés. Más alto las puntuaciones indican mayores niveles de estrés. El índice PSQ se puede encontrar restando 30 de la puntuación total y dividiendo el resultado por 90, lo que da un puntaje entre 0 y 1 [31].

Cuestionario sobre la salud del paciente

Este cuestionario (PHQ-9) fue desarrollado para medir depresión en atención primaria [32,34], constando de 9 ítems. Teniendo validez significativa y que también ha sido utilizado en estudios referentes al síndrome burnout [33,34].

El PHQ-9 consiste en nueve preguntas que hacen a los encuestados con qué frecuencia «ha sido molestado por cualquiera de los siguientes problemas» en las últimas dos semanas. Las preguntas se refieren al sueño, la energía, el apetito y otros posibles síntomas de la depresión. Las puntuaciones se calculan en base a la frecuencia con la que una persona experimenta estos sentimientos.

Cuestionario para trastorno de ansiedad generalizada (Gad-7 por sus siglas en inglés)

Esta herramienta se ha utilizado para medir en atención primaria trastorno de ansiedad generalizada constando de 7 ítems y que también se ha utilizado en estudios referentes al síndrome burnout [35].

Cada uno de los 7 ítems se puntúa de 0 a 3, aportando una puntuación de gravedad de 0 a 21.

Puntos de corte

0–4	No se aprecia ansiedad
5–9	Se aprecian síntomas de ansiedad leves
10–14	Se aprecian síntomas de ansiedad moderados
15–21	Se aprecian síntomas de ansiedad severos cuestionario sobre la salud del paciente-15 (Phq-15)

Esta herramienta se ha utilizado para medir síntomas físicos/somáticos en atención primaria [35] y estudios referentes al Burnout [36].

Las puntuaciones de PHQ-15 de 5, 10 y 15 representan puntos de corte para la gravedad de los síntomas somáticos baja, media y alta, respectivamente.

El presente trabajo contó con la autorización de la dirección médica, del coordinador de docencia del INSAM y del comité de bioética de la universidad de Panamá. Además, se solicitó el consentimiento informado por escrito de cada personal previo a su participación, explicando que la información obtenida sería confidencial, y exclusiva para esta investigación. Se

mantuvieron las normas bioéticas en todo momento.

Los datos fueron analizados con el programa EPI INFO 7 utilizando descripciones de frecuencia, porcentaje, cruce de variables y pruebas de significancia estadísticas.

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 55 de 82 del personal, ya que 27 personas no se encuentran disponible por vacaciones, incapacidades, turnos de la tarde y cambios a otros Centros de Salud.

En la gráfica 1, se exponen los resultados, según la distribución del SB. En donde, la prevalencia para SB fue de 5.4%, síntomas (aumento en algunas de las tres subescalas) para SB 25.4% y el resto sin SB 69%.

En la tabla 2. Se exponen los resultados para las dimensiones del SB. Para CE 14.5% , DE 18.1% y RP 18.1%.

En la tabla 3. Se exponen el personal con síntomas SB y sin síntomas SB. Con significancia estadística entre los profesionales de la salud y profesionales o personal no de salud ($p = 0.03$) y los cruces de las variables de antecedentes de consumo de sustancia con significancia estadística para el uso de caféina ($p = 0.009$) y antecedentes médicos psiquiátricos sin significancia estadística.

Gráfica1. Distribución del Síndrome Burn Out.

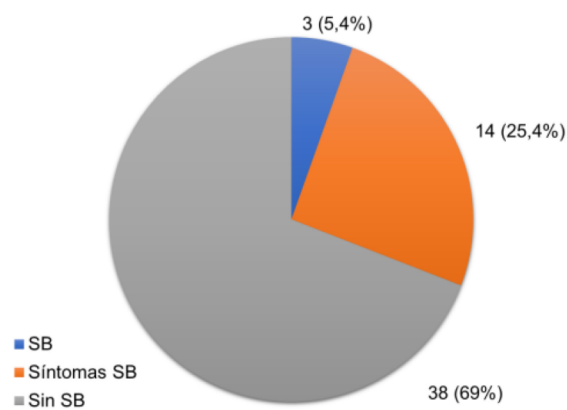


Tabla2. Síndrome Burn Out. Clasificación y subescalas.

Clasificación/ Subescala	Cansancio emocional		Despersonaliz ación		Realización personal	
		%		%		%
Alto	8	14.5%	10	18.1%	38	69%
Medio	8	14.5%	10	18.1%	7	12.7%
Bajo	39	70.9%	35	63.6%	10	18.1%

Abreviaciones: SB: Síndrome Burn Out.

En la tabla 4, se exponen los resultados según la distribución por PSQ del último mes con síntomas SB y los síntomas de SB con PSQ del último mes con síntomas de ansiedad, obteniendo significancia estadística con cansancio emocional 14.4% (valor P = 0.04) y despersonalización 18.1% (p = 0.03) ; pero solamente cansancio emocional , con PSQ entre 0 – 0.49 con síntomas de ansiedad presento significancia estadística 3% (p = 0.03).

En la tabla 5. Se exponen lo observado según criterios del cie 10 y síntomas de ansiedad con GAD-7 donde se obtienen un posible diagnostico o síntomas de reacción al estrés agudo 5.4% En la Tabla 6. Se expone la comparación de la prevalencia y dimensiones del SB entre el estudio realizado en el Hospital Aquilino Tejera 2011 y el del presente estudio.

DISCUSIÓN

Por medio de este estudio de tipo descriptivo hemos podido evidenciar la prevalencia de SB 5.4%, CE 14.5% , DE y RP 18.1% a comparación del estudio en el HAT donde para SB fue de 4.5%, CE 21.2% y RP 31.4%.

En cuantos a síntomas de SB fue de 25.4 % con significancia estadística en cansancio emocional con PSQ 0-0.49 y los síntomas de ansiedad con la escala de GAD7. Observando los criterios del CIE 10 para reacción al estrés agudo en los criterios del 1 se mencionan los síntomas de ansiedad F41.2 junto a los otros síntomas del criterio 2 como ira o agresividad e hiperactividad inapropiada o sin propósito que se pueden observar descritos en el GAD-7 en los puntos: Preocupación excesiva [1,2,3], Inquietud [5], irritación [6], miedo [7]. Por el cual evidencia posible diagnostico o síntomas de reacción al estrés agudo en un 5.4%. Tomando en cuanto que independiente del tipo de etiología entre SB y REA comparten síntomas similares.

Tabla 3. Personal del centro de salud con síntomas SB y cruces de variables .

Personal CS	Síntomas de Burnout	Sin Burnout	Total	
Salud	6	28	34	
No salud	8	10	18	
Total	14	38	52	
Valor P	0.03			
	SI	NO	TOTAL	VALOR P
Alcohol	5	37	52	0.79
Cafeína	30	22	52	0.009
Ansiedad	3	49	52	0.79
Depresión	3	49	52	0.79

Personal del centro de salud con síntomas SB y cruces de variables de antecedentes de consumo de alcohol y cafeína y antecedentes psiquiátricos de ansiedad y depresión.

En cuanto al tipo de personal se observó significancia estadística entre ambos los grupos; y sobre los antecedentes personales psiquiátricos y de consumo no hubo significancia estadística; pero si en cafeína a la vez fue estadísticamente significativo.

En el estudio al no encontrar relación con las demás variables sociodemográficas ; podemos opinar como fue en el estudio de Ortega y colaboradores,2011 los resultados que las variables sobre el síndrome es inconsistente y que otras variables pueden estar ejerciendo una influencia moduladora mucho más fuerte sobre el síndrome que las primeras ; sobre todo las de tipo motivacional y personal, como son las habilidades de afrontamiento, inciden de manera más directa sobre el síndrome que las características demográficas de los sujetos[21].

Tabla 4. Resultados según la distribución por PSQ.

Subescalas SB + PSQ último mes	Frecuencia	Porcentaje	Valor P / (P. Fisher)
Cansancio Emocional			
0.5 -0.69	5	9%	0.04
0 -0.49)	3	5.4%	
Despersonalización			
0.7 – 1	1	1.8%	0.03
0.5 -0.69	6	10.9%	
0-0.49	3	5.4%	
Realización personal			
Muy Alto (0.7 – 1)	1	1.8%	0.25
“Medio” (0.5-0.69)	8	14.5%	
Muy Bajo (0-0.49)	1	1.8%	
Cansancio emocional + PSQ muy bajo + ansiedad			
Leve	1	1.8%	(0.03)
Moderada	1	1.8%	
Severa	1	1.8%	
Despersonalización + PSQ medio, muy bajo + ansiedad			
Leve	2	3.6%	(0.24)
Severo	2	3.6%	

Resultados según la distribución por PSQ del último mes con síntomas SB y los síntomas de SB con PSQ del último mes con síntomas de ansiedad.

Tabla 5. Resumen de lo observado según criterios del CIE10 y síntomas de ansiedad con GAD-7.

F43.0. Criterios 2	F41.1 Criterios B	Gad-7
Ira o agresividad verbal.	Síntomas relacionados con el estado mental	Preocupación excesiva (ítems 1,2,3)
Hiperactividad inapropiada o sin propósito	Síntomas generales	Inquietud (ítem 5)
	Otros síntomas no específicos	Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar (Ítem 7)

Nota: Posible reacción al estrés agudo 5.4%

Tabla 6. Resultados obtenidos del Hospital Aquilino Tejeira, 2011 y del Centro de Salud de Santa Ana, 2021.

HAT. 2011	Prevalencia SB	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
	4.5%	21.2%	17.2%	31.4%
CS Santa Ana.2021	Prevalencia SB y síntomas SB	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
	5.4% y 25%	14.5%	18.1%	18.1%

CONCLUSIONES

La prevalencia del SB en el Centro de Salud fue del 5.4% a comparación con el del HAT que fue del 4.5% y se observa una posible relación entre reacción al estrés agudo y los síntomas del SB como lo fue con el cansancio emocional y los síntomas de ansiedad.

Se observó el uso de cafeína como antecedente significativo en el síndrome de *burn out*; por el cual se recomienda más estudios para confirmar este hallazgo.

Al haber significancia estadística sobre los síntomas del SB entre el personal que labora en el centro de salud, lo observado en la prevalencia entre ambas instituciones de salud y la posible relación entre reacción al estrés agudo y síntomas del SB.

Este estudio describe una importante ventana clínica y epidemiológica sobre la importancia en la salud mental, crear medidas preventivas, terapéuticas y de apoyo para el personal que labora en las instalaciones de salud y se recomiendan otros estudios al respecto para colaborar lo descrito.

REFERENCIAS

[1] Espinosa, J. et Al., (2020). Influencia del estrés sobre el rendimiento académico. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, 39, 63–69. <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosvenezolanosdefarmacologiayterapeutica/2020/vol39/no1/14.pdf>

[2] REYNALDO ALONSO, GAETA (2003). El estrés Metodología de la investigación. Dirección: <https://www.monografias.com/trabajos14/estres/estres.shtml#ANTECED>, 2003.

[3] Acosta, C. A. P., & Obando, A. C. T. (2018). Fundamentos de medicina: psiquiatría, EN: Capítulo 19. Estrés y trastorno de estrés postraumático. Ecoe Ediciones.

[4] Lee, E.-H. (2012). Review of the Psychometric Evidence of the Perceived Stress Scale. Asian Nursing Research, 6(4), 121-127. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.08.004>

[5] Lempert, K. M., McGuire, J. T., Hazeltine, D. B., Phelps, E. A., & Kable, J. W. (2018). The effects of acute stress on the calibration of persistence. Neurobiology of Stress, 8, 1–

9. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2017.11.001>

[6] Godoy, L. D., Rossignoli, M. T., Delfino-Pereira, P., Garcia-Cairasco, N., & de Lima Umeoka, E. H. (2018). A Comprehensive Overview on Stress Neurobiology: Basic Concepts and Clinical Implications. Frontiers in Behavioral Neuroscience, 12, 1–23. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00127>

[7] Xin, Y., Wu, J., Yao, Z., Guan, Q., Alemán, A., & Luo, Y. (2017). The relationship between personality and the response to acute psychological stress. Scientific Reports, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-17053>

[8] Bryant, R.A. The Current Evidence for Acute Stress Disorder. Curr Psychiatry Rep 20, 111 (2018). <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0976-x>

[9] Bryant, R. (2018, 14 diciembre). Treatment of acute stress disorder in adults. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-stress-disorder-in-adults>

[10] Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in Psychology, 10, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00284>

[11] Chow, Y., Masiak, J., Mikołajewska, E., Mikołajewski, D., Wójcik, G. M., Wallace, B., Eugene, A., & Olajossy, M. (2018). Limbic brain structures and burnout, A systematic review. Advances in Medical Sciences, 63(1), 192–198. <https://doi.org/10.1016/j.advms.2017.11.004>

[12] Cadavid Buitrago (2016). Una aproximación exploratoria al estudio síndrome de *burn out* y su relación con la personalidad (Tesis de especialización). Universidad de Antioquia, Colombia.

[13] Ochentel, O., Humphrey, C., & Pfeifer, K. (2018). Efficacy of Exercise Therapy in Persons with Burnout. A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Sports Science and Medicine, 17, 475–484. <http://www.jssm.org>

[14] Organización mundial de la salud. (1994). GUÍA DE BOLSILLO DE LA CLASIFICACIÓN CIE-10 Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana.

[15] Black, D. W., Andreasen, N. C., & Morales, J. L. (2015). Texto introductorio de Psiquiatría - DSM-5 edición (1.a ed.). Editorial El Manual Moderno.

[16] Morales, L., & Hidalgo, L. (2015). SÍNDROME DE BURNOUT. Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual, 32(1), 1–6. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014

[17] Organización mundial de la Salud (OMS). (2018, 18 junio). La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica hoy su nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Organización mundial de la Salud. [https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)#:~:text=La%20CIE%2D11%20se%20presentar%C3%A1,1%20de%20enero%20de%202022](https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)#:~:text=La%20CIE%2D11%20se%20presentar%C3%A1,1%20de%20enero%20de%202022).

[18] organización mundial de la salud. (s. f.). CIE-11 - Estadísticas de morbilidad y mortalidad. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>

[19] Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A. H., Hofer, P., & Gloster, A. T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. International

- Journal of Clinical and Health Psychology, 18(1), 60–68.
- [20] Rosenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). Prevalence of Burnout Among Physicians. *JAMA*, 320(11), 1131.
- [21] Ortega, Christian., Salas, Roberto., Correa, Ricardo.(2011) Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. Hospital aguilino Tejera. Febrero-marzo 2011
- [22] Protocolos - Minsa [Conjunto de datos] (2018, 14 diciembre). Recuperado 23 julio, 2019, de http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/registro_protocolos_version_web_minsa_2018_no_editabl_e.xls.
- [23] Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE*, 12(10), 1–29.
- [24] Gradus, J. (2017). Prevalence and prognosis of stress disorders: a review of the epidemiologic literature. *Clinical Epidemiology*, Volume 9, 251–260. <https://doi.org/10.2147/clep.s106250>
- [25] Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research*, 6, 18–29. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>
- [26] Craiovan, P. M. (2014). Correlations between Perfectionism, Stress, Psychopathological Symptoms and Burnout in the Medical Field. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 529–533.
- [27] Bryant, R. A., Creamer, M., O'Donnell, M., Forbes, D., McFarlane, A. C., Silove, D., & Hadzi-Pavlovic, D. (2017). Acute and Chronic Posttraumatic Stress Symptoms in the Emergence of Posttraumatic Stress Disorder. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 135.
- [28] Chida, Y., & Steptoe, A. (2010). Greater Cardiovascular Responses to Laboratory Mental Stress Are Associated With Poor Subsequent Cardiovascular Risk Status. *Hypertension*, 55(4), 1026–1032
- [29] Childs, E., White, T. L., & De Wit, H. (2014). Personality traits modulate emotional and physiological responses to stress. *Behavioural Pharmacology*, 1.
- [30] Lall, M., Gaeta, T., Chung, A., Dehon, E., Malcolm, W., Ross, A., Way, D., Weichenthal, L., Himelfarb, N. (2019). Assessment of Physician Well-being, Part One: Burnout and Other Negative States. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(2), 278-290.
- [31] Shahid, A., Wilkinson, K., Marcus, et al. .STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales, DOI 10.1007/978-1-4419-9893-4_64, Springer Science Business Media, LLC 2012
- [32] Beard, C., Hsu, K. J., Rifkin, L. S., Busch, A. B., & Björngvinsson, T. (2016). Validation of the PHQ-9 in a psychiatric sample. *Journal of Affective Disorders*, 193, 267-273. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.075>
- [33] Njim, T., Mbanga, C. M., Tindong, M., Fonkou, S., Makebe, H., Toukam, L., Fondungallah, J., Mulango, L., Kika, B. (2019). Burnout as a correlate of depression among medical students in Cameroon: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 9(5), e027709. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027709>
- [34] Liao, S.-C., Huang, W.-L., Ma, H.-M., Lee, M.-T., Chen, T.-T., Chen, I.-M., & Gau, S. S.-F. (2016). The relation between the patient health questionnaire-15 and DSM somatic diagnoses. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1068-2>
- [35] Schneider A, Hilbert S, Hamann J, Skadsem S, Glaser J, Lowe B, Buhner M: The implications of psychological symptoms for length of sick leave—burnout, depression, and anxiety as predictors in a primary care setting’s *Arztebl Int* 2017; 114: 291–7. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0291
- [36] Morgan, B., & de Bruin, K. (2010). The Relationship between the Big Five Personality Traits and Burnout in South African University Students. *South African Journal of Psychology*, 40(2), 182–191. <https://doi.org/10.1177/008124631004000208>
- [37] Barrett, J., Eason, C. M., Lazar, R., & Mazerolle, S. M. (2016). Personality Traits and Burnout Among Athletic Trainers Employed in the Collegiate Setting. *Journal of Athletic Training*, 51(6), 454–459. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-51.7.08>
- [38] John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (Vol. 2, pp. 102–138). New York: Guilford Press.
- [39] Factores involucrados en la reacción a la adaptación del estrés. Read, A. (2012). Resumen sobre el estrés [Diapositivas].