



NATIONAL CANCER INSTITUTE VIA UNSPLASH

MÉDICOS ENFERMOS: Síndrome de burnout en la profesión médica

Este síndrome definido como un proceso secundario de la respuesta negativa al estrés laboral crónico, caracterizado por sentimientos de despersonalización, actitudes negativas, cinismo y pérdida de recursos emocionales para enfrentar el trabajo. Este fenómeno se ha descrito para distintas profesiones, teniendo una gran incidencia y repercusiones en la profesión médica. Históricamente se ha estudiado desde una perspectiva individual que incluye la descripción de factores de riesgo, la delimitación de sus consecuencias y la generación de soluciones. Este artículo lo analiza desde otra perspectiva, concibiéndolo como un fenómeno socio institucional, efecto del cambio profundo en la relación médico-paciente en la historia y por la posición en la que se encuentra el médico dentro de la institución en la sociedad contemporánea.

Palabras clave: *síndrome de burnout, médico, institución, socioinstitucional.*

POR SOFÍA CARRASCO ONDARZA.

El síndrome de burnout es definido como un proceso secundario de la respuesta negativa al estrés laboral crónico, que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento del sujeto. Se caracteriza por la despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo, la tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo y la pérdida de recursos emocionales para enfrentar el trabajo (Catsicaris et al., 2007). Entre los síntomas o manifestaciones clínicas psiquiátricas, somáticas y organizacionales asociadas se encuentra: trastornos del carácter, deterioro progresivo y encubierto de la persona, disfunciones familiares graves (violencia), cuadros de estrés, adicciones (se incluye la adicción al trabajo), deterioro de las relaciones laborales, individualismo, fallas operativas reiteradas y empobrecimiento del desarrollo profesional (Catsicaris et al., 2007).

Carrillo et al. (2012) plantean que aunque el síndrome se ha descrito para distintas profesiones, tiene mayores repercusiones en especialidades del área médica, con incidencia entre 25% y 60%. Los profesionales del área están expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte, están sometidos a un alto nivel de tensión, auto-demandas excesivas, frustración y fatiga, lo que genera una mayor probabilidad de padecer cansancio emocional y despersonalización. Castañeda-Aguilera y García (2021) identificaron como factores de riesgo ser mujer, no tener pareja estable, ser menor de 40 años, no tener hijos, tener menos de 10 años de antigüedad profesional, turnos nocturnos, entre otros.

Respecto de las consecuencias de este síndrome para la institución de salud se encuentran conductas como ausencia de compromiso emocional, embotamiento y negación, disociación instrumental extrema, trato distante, manejo incorrecto de la información,

repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, falta de conciencia del propio estado de irritación, agotamiento, entre otros (Carrillo et al., 2012).

A pesar de lo recién descrito, Carrillo et al. (2012) indican que no fue hasta hace muy poco que se le dio la importancia necesaria al síndrome de burnout, aun cuando se considera como la causa o base de un gran número de quejas de los profesionales de la salud y quejas de los enfermos, lo que da cuenta de su relevancia para la economía de la salud.

Esto refleja que ha sido estudiado como problema individual, centrandose en la indagación sobre los factores de riesgo y los efectos que tiene sobre el sujeto y la institución. No obstante, un aspecto que ha sido poco abordado, sobre todo a nivel de las propuestas de intervención, es el institucional, con foco en la relación médico-paciente. Al respecto, se ha estudiado que una de las variables más relevantes para el desarrollo del síndrome es la insatisfacción y dificultades en la relación médico-paciente (Gómez, 2004). Una percepción negativa de la relación con los pacientes genera mayores niveles de estrés en los médicos, lo que prepara el escenario para una cascada de factores de riesgo (Street y Cossman, 2009).

Este artículo profundiza en la mirada del burnout como efecto del cambio histórico en la relación médico-paciente y por la posición en la institución en la que se encuentra el primero en la sociedad contemporánea.

Existen dos modelos en la relación médico-paciente: el tradicional y el contemporáneo. Es en el contexto de este último que se desarrolla el síndrome de burnout, por ende, cobra relevancia dicho contexto institucional particular para comprender el problema. Como lo plantea Foladori (2006), el tipo de institucionalización en la que se encuentra el médico en la sociedad capitalista afecta la manera en que realizan su trabajo.

Así, la pregunta de este artículo es ¿cómo se configura el síndrome de burnout en el modelo contemporáneo de relación médico-paciente y la institución médica?

El desarrollo se divide en tres partes. En la primera se caracteriza la importancia de la relación médico-paciente como parte fundamental de la práctica clínica. En la segunda, se explora la relación desde una visión histórica, describiendo el modelo tradicional y contemporáneo. Y en la tercera, se reflexiona sobre las soluciones que han sido puestas en práctica. Por último, se presentan algunas reflexiones y posibles líneas de investigación futura.

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE DESDE UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA

La mayoría de las medidas terapéuticas eficaces no tienen más de 150 años, sin embargo, la medicina ha pervivido al menos dos milenios. En eso ha jugado un rol importante la relación médico-paciente, debido a su capacidad para tranquilizar y por su efecto placebo, siendo el fundamento de la práctica clínica (Lifshitz, 2003). Asimismo, la relación médico-paciente se considera como un acto que se fundamenta en un convenio de confianza que obliga al médico a estar al servicio del bienestar de sus pacientes y ser competente (Bohórquez, 2004). Es una relación que se fundamenta en **una serie de principios y valores que comparten los dos participantes como la veracidad, confidencialidad, privacidad** y las habilidades que debe tener el médico para comunicarse y generar confianza (Lifshitz, 2003).

En consecuencia, se puede entender que la combinación de la ciencia y la

tecnología con la aplicación de valores y conocimientos, es lo que opera en la relación médico-paciente y que es indispensable para que el médico pueda intervenir en las necesidades del enfermo (Sánchez y Contreras, 2014).

Aun cuando cada cultura ha tenido diferentes modalidades y manifestaciones de la relación médico-paciente, todas presentan el rasgo esencial de un **encuentro entre alguien que busca ayuda y el que puede proporcionársela**. Como encuentro, la relación implica una interacción comunicativa por vías verbales y no verbales (Sánchez y Contreras, 2014) que permite diagnosticar, pronosticar y tratar, siendo cada una de estas etapas complejas y resultado de un extenso aprendizaje vivencial, teórico y práctico (Bohórquez, 2004). De esta manera, **la relación médico-paciente implica una interacción en función de permitir, facilitar y mediar el proceso**

diagnóstico y terapéutico, pero debe además promover el desarrollo humano. Roter (2000) señala el diálogo como el vehículo fundamental a través del que se define la relación terapéutica. Para lograrlo, se necesita que la comunicación vaya más allá de un simple intercambio de información, configurándose como una interacción fructífera y personal (Bohórquez, 2004).

Es posible mencionar, entonces, que la relación que el médico establece con el paciente es el eje central del trabajo de tratar y curar personas. Si bien estos atributos durante miles de años no se habían visto afectados, la transformación de una sociedad puede hacer surgir nuevos valores o poner en peligro los fundamentales, por lo que la relación médico-paciente debe analizarse en conjunto con la sociedad en la que está inmersa.



DOS MODELOS HISTÓRICOS

El modelo tradicional: la confianza del paciente frente al conocimiento del médico

La relación médico-paciente ha sido por muchos años asimétrica, donde el médico es el preponderante. Esta relación se funda en el modelo hipocrático, que se sustenta en el principio de beneficencia y es ejercida a través del paternalismo, ya que su cualidad más preciada es la capacidad del paciente para obedecer órdenes, lo que se llama **cumplimiento o adherencia terapéutica**. Así, el enfermo deposita toda su confianza en el médico y se limita a seguir de manera obediente las instrucciones que le entrega (Lifshitz, 2003). El **modelo hipocrático** se basa en la tesis de que el desvalimiento del enfermo no sólo afecta al cuerpo, sino también a la voluntad, el alma y al

sentido moral. Lázaro y García (2006) mencionan que las pasiones oscurecen el entendimiento, por lo que son malas consejeras al momento de realizar juicios de la realidad y tomar decisiones complejas, incluso pueden incapacitar al sujeto de actuar de manera prudente. A ello se suma la variable de la falta de conocimientos que indica Lifshitz (2003): el médico es el que toma las decisiones en nombre del paciente, por su bien. De esta forma, este modelo exige un paciente acrítico, pasivo, disciplinado y sumiso, como también un médico represivo, capaz de ejercer autoridad y que actúa siempre en beneficio del enfermo (Lázaro y Gracia, 2006).

Entre los siglos XVIII y XIX surge la preocupación por la persona del enfermo y se incorpora la dimensión social y psicológica de la medicina. **El paciente comienza a concebirse como una persona capaz de comprender lo que le ocurre y que tiene derecho a tomar decisiones** o al menos participar en ellas, de modo que cambia de ser un ente pasivo a ser un agente moral capaz de decidir. El médico ya no es considerado como un sabio con un rol casi sacerdotal, sino como un técnico especializado con base científica (Beca, 2015). Desde ese momento, **la relación médico-paciente se aleja del paternalismo médico y deviene una relación más democrática y horizontal**, en donde la toma de decisiones es producto de la deliberación conjunta entre el médico, el paciente y hasta terceras personas (por ejemplo, familiares y en ocasiones el juez) (Mendoza, 2017).

El modelo contemporáneo

Este modelo está aparejado a los procesos de expansión de la mercantilización de la sociedad. Se ha consolidado un modelo contractual de la relación médico-paciente, en que el primero funciona como un técnico que suministra al paciente todo tipo de información, bajo la condición de ofrecer servicios contra remuneración. El médico y el paciente interactúan a nivel de derechos reconocidos en un contexto público y de acuerdo a lo que estipula la ley sobre la terapéutica, aun cuando ha sido reconocida como esquemática y carente de contenido

representativo del entramado real del encuentro clínico (Lugo, 2020). De esta forma, **el médico es identificado como un “prestador de servicios” y el paciente como un “usuario”** y de manera explícita o implícita, cada uno tiene derechos y obligaciones.

La época contemporánea ha traído cambios en el conocimiento, en los métodos diagnósticos, nuevas tecnologías y más alternativas de procedimientos, que han tenido costos económicos y que aumentan día a día de manera vertiginosa. La medicina se ejercer en instituciones despersonalizadas y de alto costo, a la que acuden “clientes” desconfiados, exigentes y demandantes. Este tipo de relación ha despertado la atención de inversionistas, por lo que la medicina hoy se encuentra en medio del “fuego cruzado” entre los intereses económicos y el bienestar de los pacientes (Arrubarrena, 2011). Como plantea Beca (2015) ha cambiado el médico, el enfermo y, por ende, la relación entre ellos y el contexto en el que ésta se desarrolla.

El paciente actual tiene comportamientos de consumidor: busca paquetes, compara precios y servicios, selecciona entre las ofertas y su comportamiento se orienta a la elección dentro de un mercado (Lifshitz, 2003). Es común observar que los pacientes soliciten distintas opiniones antes de tomar una decisión o que consulten una base de datos para confirmar si lo que el médico prescribió es correcto, cuestionando cada una de las indicaciones. Esta manera de actuar influye en la relación que el paciente establece con el médico (Lifshitz, 2003).

Sumado a lo anterior, el paciente se relaciona con un médico que pertenece a una institución y que no conoce previamente. Esto implica reconocer la dimensión que releva Beca (2015), según la que el enfermo no sólo se relaciona con un médico, sino también con un equipo amplio de profesionales que forman parte del equipo de salud. Así, el médico se compromete más con su profesión que con el paciente y este último se relaciona con muchos y a la vez con nadie (Beca, 2015).





PIRÓN GUILLAUME VÍA UNSPLASH

La institución en el modelo contemporáneo

Según Foladori (2006), **los grupos siempre se reúnen para hacer algo**, una tarea los convoca y debido a esto transitan por un proceso de constitución, donde requieren organizarse para poder abordar la tarea y resolverla. Lo importante de este momento son los acuerdos por consenso que se toman, las normativas que regirán su funcionamiento y son atinentes al momento del proceso. Ahora bien, el equipo de salud, donde se encuentra el médico, es un grupo preformado que ha trabajado y generado sus propias normativas como equipo responsable de la tarea por la que fueron contratados. Sin embargo, también se ve impactado desde el exterior, ya que el grupo instituido no cuenta con la libertad para dictar sus propias normas, debiendo acatar regulaciones y ordenanzas que provienen de la autoridad institucional. En el grupo institucionalizado, como el equipo de salud, existe un **conflicto de poder entre normativas: aquellas que emanan del equipo de trabajo y las regulaciones dictadas por la autoridad** (Foladori, 2006).

Lo anterior implica un **conflicto de intereses entre el médico y la**

institución, la contradicción entre una estructura para hacer el bien y otra para hacer dinero (Arrubarrena, 2011). Esta contradicción queda al descubierto cuando, por ejemplo, en nuestro país, el Colegio Médico Regional Santiago denunció la decisión de IntegraMédica (una cadena de centros de atención médica ambulatoria) de disminuir de 15 a 12 minutos la atención asignada para los pacientes, que precariza el desempeño de los médicos y afecta la atención, ya que deteriorando la relación médico-paciente (Colmed Santiago, 2023). En la carta hacia la cadena de centros cuentan que diferentes estudios indican que **un mayor tiempo en la consulta redundaría en mutuo beneficio**. Los pacientes sienten un mejor trato y calidad de atención; las y los médicos disminuyen su nivel de estrés o de síndrome profesional de burnout, lo que deriva a la larga en un menor ausentismo laboral (Colmed Santiago, 2023).

Otro aspecto que es puesto en tensión a partir de esta confrontación entre el equipo médico y la institución se relaciona con el carácter creativo del trabajo. **Cornelius Castoriadis (1983) entiende el trabajo como**

parte de un acto creativo, como una producción en donde hay algo novedoso y que hace de ese objeto algo único. En este sentido, resulta indispensable en profesionales, debido a que a diario se enfrentan a escenarios distintos, donde entran en juego no sólo su conocimiento, sino también su creatividad e imaginación para resolver la situación. Al contrario del énfasis inventivo, a partir de la introducción del modelo contemporáneo, el trabajo está siendo cada vez más mecanizado, rutinizado y cuantificado, por lo que se va perdiendo toda la creatividad de los diversos integrantes de los grupos (Foladori, 2006).

Según Foladori (2006), **los grupos que entran en burnout son aquellos que se ven más afectados por las regulaciones institucionales**, con cada vez menos poder para controlar los componentes de su propia producción. Estos equipos producen mayores niveles de sufrimiento y frustración colectivos, en ellos emergen diversos tipos de síntomas como señales del acto de represión institucional. En consecuencia, **son las condiciones de trabajo las que producen burnout más que el trabajo mismo**.

Reflexión sobre la propuesta de autocuidado

Históricamente se ha sostenido que el síndrome de *burnout* es un producto de la **incapacidad individual para afrontar el estrés**, asociándolo a los problemas interpersonales, a la carga de trabajo o situándolo como efecto del cansancio natural que se produce como desgaste físico y mental. Sin embargo, a partir de lo ya revisado, aparece como variable las condiciones de trabajo, específicamente del conflicto de poder entre las normas del grupo y las de la institución acerca de la manera de realizar el trabajo. En otras palabras, el problema central pasa a ser **las relaciones que llevan al acuerdo sobre las formas de realizar el trabajo y no la cantidad de trabajo en sí misma**.

Esta manera de pensar el asunto implica también una forma diferente de visualizar las soluciones en torno a ello. Foladori (2006) menciona que cuando se presentan situaciones con un operar iatrogénico por parte del equipo de salud, es habitual que se establezcan talleres de **autocuidado o autoayuda**. En estos talleres se dota de “herramientas” a quienes forman parte de los equipos de salud, para que estos tengan un adecuado “manejo” de las situaciones estresantes. Desde esta perspectiva, lo que se pone en juego es la capacidad del médico y su responsabilidad frente a las condiciones ya dadas para realizar un trabajo.

Esta propuesta **como forma de afrontar el burnout es considerada por Foladori (2006) como inaudita**, pues supone que cada persona es capaz de solucionar los problemas psíquicos por sí mismo de manera voluntaria. Pero si esto fuera verdadero, nadie sería pasible de enfermedad psíquica. Los talleres, entonces, se reducen al supuesto de que reuniones donde se debaten problemas y se realizan ejercicios corporales alcanzan para tranquilizar a los sujetos que forman parte del equipo. Como indica el autor, esto podría llegar a ser perjudicial para el grupo, debido a que cuando se “habla de más”, esto es, cuando se dicen las cosas sin el espacio necesario que resguarda la seguridad psicológica, se generan resistencias adicionales y como consecuencia, se establece resentimiento y distanciamiento del grupo. En concreto, estos talleres funcionan bajo el supuesto de que la

catarsis en sí es curativa, posición ya superada a principios de 1900. De esta forma, la propuesta de autocuidado para el síndrome de *burnout*, entendido como incapacidad individual para manejar el estrés, es engañosa, ya que culpa y responsabiliza al equipo de ello que les acontece. Se considera como una manera encubierta y elegante por la que la institución se desentiende de lo que “produce” (entendido como lo no visible), como también de los efectos que el trabajo instituido genera (Foladori, 2006).



CONCLUSIONES

Este artículo aborda el síndrome de *burnout* desde una perspectiva que lo comprende como efecto del cambio profundo en la relación médico-paciente y la posición que ocupa el médico en la institución en el contexto de la sociedad contemporánea.

En primer lugar, se identificó un cambio de escenario en el tiempo. La relación médico-paciente ha pasado de ser una tradicional, hipocrática y asimétrica donde el médico tenía todo el poder, a una que se basa en un modelo contractual donde el médico presta servicios y el paciente es un cliente o consumidor. Si bien esta última considera al paciente como persona capaz de tomar decisiones, al situarse bajo los parámetros del mercado vulnera los lazos afectivos tradicionales. Además, la época contemporánea ha traído cambios dentro del conocimiento, de métodos diagnósticos y de tratamiento, lo que ha generado una medicina alta en costos y que se debe ejercer en instituciones donde el médico pocas veces conoce al paciente como persona.

En segundo lugar, se planteó la perspectiva socio-institucional para comprender la realidad actual del campo médico. Dado que el médico se sitúa en una relación contractual donde se incorpora un tercero (la institución), se produce una relación comandada habitualmente por la institución y en la que el médico debe acatar las regulaciones. Esto significa que el grupo de profesionales no puede dictar sus propias normas. El resultado de esta configuración es el conflicto los intereses del médico, en tanto el bienestar del paciente, y los de la institución, que podrían ser económicos o funcionar bajo las lógicas económicas de la escasez de recursos.

Al relevar estos dos aspectos como parte del cambio de un modelo a otro, es posible reinterpretar y situar el punto de origen del síndrome de *burnout*. Esto permite que no se trate sólo de un problema energético o de cansancio, que sin duda puede existir en estos grupos, sino más bien **un problema relacional**, donde los grupos que entran en *burnout* son los que se ven más afectados por las regulaciones institucionales. Esto provoca que

aumenten los niveles de sufrimiento y frustración de manera colectiva. Sumado a ello, las dificultades o una mala relación con el paciente, derivadas tanto de la introducción de la institución en la relación con el paciente, como de la racionalidad económica en la relación entre ellos, acrecientan el estrés en los médicos, lo que puede desencadenar el *burnout*. De ahí la importancia de estudiar los fenómenos colectivos que ocurren en las instituciones donde se desempeñan los médicos y equipos de salud. Asimismo, como solución resulta insuficiente organizar talleres de autocuidado o recomendar vacaciones para los médicos afectados, se deben generar también soluciones socioinstitucionales.

Por otra parte, es importante a nivel formativo que se concientice a los futuros médicos y profesionales de salud para que consideren que no sólo son sujetos que prestan un servicio, sino que están inmersos en una sociedad e instituciones que, según su funcionamiento, tendrán efectos sobre ellos. Se debe enseñar que no solamente formarán parte de un engranaje que tiene como finalidad trabajar por la salud, sino que serán parte de un colectivo y que, en cuanto tal, estarán bajo una situación institucional.

A partir del enfoque presentado se abre la posibilidad a nuevos problemas e investigaciones del síndrome de *burnout*. Uno de ellos refiere al estudio del síndrome en instituciones tanto públicas como privadas de Chile, identificando factores de riesgo individuales y colectivos. Sería importante comparar la incidencia o prevalencia del síndrome en el sistema público y el privado para establecer soluciones adecuadas en cada sector.

Por último, hay que recalcar la importancia de mirar con atención la paradoja de los médicos enfermos, que el profesional que se dedica a curar se vaya enfermando a medida que sana a los pacientes. Superar esa contradicción pasa por centrar también la salud en los médicos, identificando las dinámicas institucionales que lo llevan a enfermar.



REFERENCIAS

- Arrubarrena, V. (2011).** La relación médico-paciente. *Cirujano General*, 33(2), 122-125. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112c.pdf>
- Beca, J. (2015, agosto).** Relación clínica. Conferencia presentada en el Panel "El Paciente Terminal". V Seminario de Bioética. Academia Chilena de Medicina, Santiago de Chile. <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2016/11/JP-Beca-Relacion-clinica-boletin2015.pdf>
- Bohórquez, F. F. (2004).** El diálogo como mediador de la relación médico-paciente. *Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa*, 6(3), 24-33. <http://revista.iered.org/v1n1/pdf/fbohorquez.pdf>
- Carrillo-Esper, R., Gómez, K., & Espinoza de los Monteros, I. (2012).** Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28(6), 579-584.
- Castañeda-Aguilera, E., & García, J. (2021).** Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos cirujanos especialistas: prevalencia y factores de riesgo. *Cirugía y cirujanos*, 88(3), 354-360
- Castoriadis, C. (1983)** La institución imaginaria de la sociedad, Tusquets Editores. https://revolucioncantonal.net/files.wordpress.com/2019/01/kupdf.com_la-institucion-acuten-imaginaria-de-la-sociedad-cornelius-castoriadis.pdf
- Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N., & Usandivaras, I. (2007).** La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout): Un modelo de prevención en la formación médica. *Archivos argentinos de pediatría*, 105(3), 236-240
- Colmed Santiago (2023).** Colmed Santiago solicita fiscalización a Integramédica ante disminución de tiempo de atención de pacientes. Recuperado de: <https://regionalsantiago.cl/colmed-santiago-solicita-fiscalizacion-a-integramedica-ante-disminucion-de-tiempo-de-atencion-de-pacientes/>
- Foladori, H. (2006).** BURN OUT: El trabajo psíquico con equipos de salud. Área 3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales, Volumen especial. <http://www.area3.org.es/uploads/burn-out-Foladori.pdf>
- Gómez, R. (2004).** El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90, 3101-3116. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n90/v24n2a04.pdf>
- Lázaro, J., & Gracia, D. (2006).** La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 29(3), 7-17. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original1.pdf>
- Lifshitz, A. (2003).** La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. *Acta médica grupo Ángeles*, 1(1), 59-66. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2003/am031o.pdf>
- Lugo, E. (2020).** Relación médico-paciente: Encuentro y sus modelos. *Enciclopedia de Bioética*. Recuperado de: <https://enciclopediadebioetica.com/mod/page/view.php?id=3387#:~:text=La%20relaci%C3%B3n%20contractual%20acent%C3%BAa%20la,ley%20sobre%20la%20interacci%C3%B3n%20terap%C3%A9utica>
- Mejía, A., & Romero, H. (2017).** La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Revista Médica Electrónica*, 39(1), 832-842. <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v39s1/rme160117.pdf>
- Mendoza, A. (2017).** La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 555-564. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a07v63n4.pdf>
- Roter, D. (2000).** The enduring and evolving nature of the patient—physician relationship. *Patient education and counseling*, 39(1), 5-15. doi: 10.1016/S0738-3991(99)00086-5
- Sánchez Arrastía, D., & Contreras Olivé, Y. (2014).** La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4), 528-533.
- Street, D., & Cossman, J. (2009).** Patient & Peer Relationships and Physician Burnout. *Health Workforce Brief*.