



Veinte años después: prevalencia y evolución del *burnout* en Pediatría, de 1998-1999 a 2018-2019

Martí Peirau^a, Montse Esquerda^b, Carme Gabarrell^c, Josep Pifarre^d

Publicado en Internet:
01-septiembre-2021

Montse Esquerda:
mesquerda@ibb.url.edu

^aFacultad de Medicina. Universidad de Lleida. Lleida. España • ^bFacultad de Medicina. Universidad de Lleida. Instituto Borja de Bioética. Universidad Ramon Llull. Barcelona. Hospital Sant Joan de Déu - Terres de Lleida. Lleida. España • ^cPediatra ICS. Lleida. España • ^dFacultad de Medicina. Universidad de Lleida. Hospital Sant Joan de Déu - Terres de Lleida. Hospital Universitario Santa María-GSS. Lleida. España.

Resumen

Introducción: el *burnout* es un síndrome de estrés crónico, descrito como un proceso de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Tiene elevado impacto tanto a nivel personal como en calidad y seguridad asistencial, y su prevalencia es elevada. El presente estudio pretende determinar la prevalencia de este síndrome en pediatras de Lleida, analizar su relación con diversas variables y comparar los resultados actuales con los del estudio previo en 1998.

Método: estudio descriptivo transversal observacional, que valora información sociodemográfica y cuestionario de *burnout* de Maslach. Se comparan los datos con los del estudio de 1998, en el que se recogieron los mismos datos.

Resultados: han participado 42 pediatras (64%), 66% de mujeres, edad media de 42,1 años. Un 36% presentaban puntuaciones sugestivas de síndrome *burnout* en cansancio emocional. No había diferencias respecto a las horas trabajadas, el género, el estado civil ni el lugar de trabajo. Los pediatras con más desgaste profesional presentaban mayor decepción y depresión en relación con el trabajo, así como también mayor presencia de enfermedad física o psíquica. Por otro lado, aquellos que concebían el trabajo como una vocación y disfrutaban de reconocimiento institucional tenían valores más altos de realización personal. Se comparan los datos con los del estudio de 1998.

Conclusiones: la prevalencia de desgaste profesional elevado es del 36%. Se confirma la cifra de aproximadamente un tercio de los pediatras con niveles significativos de *burnout*, que está presente de forma estructural y que requiere de estrategias de abordaje, no solo individual sino también del equipo y de las organizaciones.

Palabras clave:

- *Burnout*
- Estrés laboral
- Malestar emocional
- Profesionalismo médico

Twenty years after: prevalence and evolution of burnout in pediatrics, from 1998-1999 to 2018-2019

Abstract

Introduction: burnout is a chronic stress syndrome, described as a process of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. It has a high impact both on a personal level and on healthcare quality and safety, and its prevalence is high. The present study aims to determine the prevalence of this syndrome among paediatricians in Lleida, analyze its relationship with various variables and compare the current results with those of the previous 1998 study.

Method: descriptive, cross-sectional observational study that evaluates sociodemographic information and Maslach burn-out questionnaire. The data are compared with that of the 1998 study, in which the same data were collected.

Results: 42 paediatricians (64%) participated, 66% of women, mean age 42.1 years. 36% had scores suggestive of burnout syndrome in emotional exhaustion. There were no differences regarding hours worked, gender, marital status, or workplace. The paediatricians with the most professional burnout presented greater disappointment and depression towards work, as well as a greater presence of physical and/or mental illness. On the other hand, those who conceived work as a vocation and enjoyed institutional recognition presented higher values of personal accomplishment. Data has been compared with 1998 study.

Conclusions: the prevalence of high burnout is 36%. The figure of approximately one third of paediatricians with significant levels of burnout has been confirmed, which is structurally present and requires approach strategies, not only the individual but also the team and the organizations.

Key words:

- Emotional distress
- Medical professionalism
- Occupational stress
- Professional burnout

Cómo citar este artículo: Peirau M, Esquerda M, Gabarrell C, Pifarre J. Veinte años después: prevalencia y evolución del *burnout* en Pediatría, de 1998-1999 a 2018-2019. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021;23:253-60.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de *burnout* (BO) es un trastorno relacionado con el estrés crónico y desgaste profesional en personas que trabajan en ámbitos de ayuda con elevada carga emocional, entre ellos la medicina. Se describe como un proceso de agotamiento y progresiva desilusión, con pérdida de idealismo y propósitos.

No es un término nuevo, ya que se describe en la década de los sesenta por Freudenberger¹, y se conceptualiza por Maslach², que lo define como una combinación de tres factores y desarrolla el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). Estos tres factores son:

- Cansancio emocional (CE), en referencia al agotamiento psíquico. Existen diferentes factores predictores del mismo, como altos valores de estrés percibido, falta de reconocimiento, presión por falta de tiempo o falta de incentivos^{2,3}.
- Despersonalización y cinismo (DP), que se establecen inicialmente como mecanismo de defensa y evolucionan hacia una relación indiferente y apática hacia pacientes y compañeros.
- Realización personal (RP), que implica disminución del sentido de logro personal y percepción de ineficacia laboral.

Maslach describe el desarrollo del BO como un continuo entre estos factores: el agotamiento emocional y agotamiento físico de la persona atribuido a su trabajo, sería el primer factor. A medida que el agotamiento emocional se vuelve más continuado, aparecería la DP, con actitud negativa hacia su trabajo y lugar de trabajo. El tercer componente, la falta de RP, aparecería después, con sentimientos de incompetencia, impotencia y disminución de la productividad laboral, incluso frente a resultados positivos³⁻⁵.

Clásicamente se considera el cansancio emocional como el rasgo más característico del *burnout*, pero el dominio que más influye en las consecuencias negativas es el de despersonalización³.

El BO se ha considerado como una crisis sanitaria oculta⁶, por el elevado impacto tanto a nivel perso-

nal como asistencial, o una crisis sanitaria global⁷, por su elevada prevalencia. Las consecuencias de un mayor nivel de BO son elevadas^{8,9}; se ha relacionado con: menor nivel de empatía^{10,11}, peor calidad de vida, insatisfacción laboral, mayor sintomatología depresiva y conflictos familiares¹², mayor riesgo, en general, para la salud mental¹³.

A nivel clínico, una mayor puntuación en BO se correlaciona con peor calidad de cuidados¹⁴⁻¹⁶, mayor número de errores médicos (principalmente en la DP)¹⁷, peor control de parámetros clínicos^{10,18}, peor trato percibido por el paciente¹⁹, peor clima educacional en hospitales universitarios²⁰ y en periodo de residencia²¹.

Maslach y Leiter²² definieron siete diferentes categorías de factores de riesgo:

1. La sobrecarga laboral, no tanto el número de horas de trabajo, sino una elevada demanda cuantitativa y la inseguridad^{23,24}.
2. La falta de control en el lugar de trabajo, así como la falta de influencia sobre la organización del trabajo, y la falta de *input* en las decisiones organizacionales o las expectativas poco claras que conducen al conflicto de roles.
3. La falta de reconocimiento por el trabajo realizado.
4. La falta de comunidad o sistema de apoyo social de un individuo.
5. La percepción de inequidad por parte de los responsables.
6. La incongruencia entre valores personales y laborales o de la organización.
7. Factores personales que no encajan con las expectativas laborales y las habilidades de afrontamiento.

La prevalencia del BO en el ámbito sanitario es muy elevada, y está presente en todas las especialidades médicas, oscilando desde un 20 hasta un 80%^{25,26}. En Pediatría, diversos estudios muestran una elevada prevalencia, que oscila entre el 25 y el 70%, relacionada con el ámbito específico (por ejemplo, es mayor en unidades de cuidados intensivos pediátricos), y, en cualquier caso, ocasiona una clara afectación de la calidad asistencial²⁷⁻³⁰.

No se asocia el BO a características sociodemográficas, de etnia o raza, y la correlación con el género varía entre estudios^{3,5,9,26}.

Las intervenciones sobre factores laborales y psicosociales, con estrategias que mejoran la carga laboral, la autonomía de la gestión o el manejo de factores personales han demostrado producir mejoras en el BO³¹⁻³³.

Hace 20 años se realizó un estudio pionero sobre BO en Pediatría, en la población de pediatras de ámbito hospitalario y ambulatorio del área de Lleida³⁴. En el periodo 1998-1999, la incidencia global de BO era del 26% de los pediatras, destacando su relación con el número de horas trabajadas y mayor BO en pediatras que trabajaban en áreas de Atención Primaria en relación con pediatras que trabajaban en ámbito hospitalario. El estudio actual pretende determinar la prevalencia actual de BO en esta misma área y estudiar la evolución respecto a 1998-1999.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población a estudio eran todos los pediatras de la provincia de Lleida. El contacto se obtuvo a través de la plataforma PediatresdePonent. El método de contacto fue un formulario enviado por correo electrónico, en el que se presentaba el estudio y se invitaba a participar. Se obtuvo consentimiento escrito para su realización. De los 66 pediatras incluidos en la plataforma, 42 contestaron a la encuesta. El formulario constaba de diferentes apartados: datos sociodemográficos, datos laborales, Maslach Burn Out Inventory (MBI). Se considera que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, medias entre 34 y 66 y altas entre 67 y 99. Se considera que las puntuaciones de las subescalas son patológicas cuando las puntuaciones de CE son mayores de 31, las de DP son mayores de 13 y las de RP son menores de 30 (según baremación española entre médicos)³; entendiendo que, a mayor nivel de BO, mayor es CE y DP y menor el grado de RP.

Los datos obtenidos se compararon con los del estudio de Esquerda *et al.*, en el que se evaluaron las

mismas variables en una cohorte de pediatras de la misma provincia en 1998-99³⁴.

Los datos anonimizados de los dos estudios se introdujeron en una base de datos del paquete estadístico SPSS. Para los datos cuantitativos, se utilizó la *t* de Student para la comparación de medias (previa comprobación de normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov) y homogeneidad de varianzas (test de Levene). En el caso de más de dos grupos, se utilizó una ANOVA de una vía y el test *post-hoc* de Bonferroni. El estudio de dos variables cuantitativas se realizó con la correlación de Pearson, y para dos o más variables cualitativas, el test de la chi-cuadrado. Todos los análisis fueron bilaterales, con un margen de error del 5%.

RESULTADOS

La puntuación global de MBI es de 65,3, siendo una puntuación media-elevada. El porcentaje de pediatras que presentan BO elevado es del 36%, siendo en 1998-99 del 26%. Este aumento no tiene significación estadística.

En la **Tabla 1** se muestran los datos sociodemográficos y en la **Tabla 2** se muestran los resultados en cifras de BO según las subescalas, CE, DP y RP, así como los resultados ante las preguntas relacionadas con aspectos laborales, comparando la muestra de los años 1998-1999 y de los años 2018-2019.

Se ha encontrado asociación significativa entre el género y la subescala CE, en el sentido que las mujeres presentan mayor CE que los varones (26,6 frente a 20,3; $t = 2,28$; $p = 0,025$). No se han hallado diferencias significativas entre género y las subescalas de DP o RP. Tampoco se han relacionado significativamente las cifras de BO con: estado civil, lugar de trabajo, situación laboral, participar en la sanidad privada ni horas laborales.

Aquellas personas con edades entre los 51-55 años tienen una mayor asociación con una menor RP respecto al resto de intervalos de edad (**Fig. 1**). Por otra parte, las variables que se asocian a valores más altos de RP son la vivencia del trabajo como vocación ($t = 2,299$; $p = 0,02$) más que como medio

Tabla 1. Datos sociodemográficos				
	2018-19		1998-99	
	N	%	N	%
Género				
Hombre	14	33,3	13	38,2
Mujer	28	66,7	21	61,8
Lugar de residencia				
Lleida ciudad	29	69,7	25	73,5
Otros	13	30,3	9	26,5
Edad media	42,1 años		42,15 años	
Consulta privada	9	21,4	12	35,3
Estado civil				
Soltero/a		8,19		11,8
Casado/a-pareja		32,8		79,4
Divorciado/a-viudo/a		3,9		8,8
Lugar de trabajo				
Hospital	10	24	8	23,5
Atención Primaria	30	71	24	70,6
Otros	2	5	2	5,9
Presencia enfermedad incapacitante	9	21,4	6	17,6
Considera la remuneración:				
Muy baja o baja	22	52,4	27	79,4
Adecuada	12	28,6	6	17,7
Alta o muy alta	8	19,1	1	2,9

de vida, y la percepción de reconocimiento institucional ($t = 2,06$; $p = 0,04$).

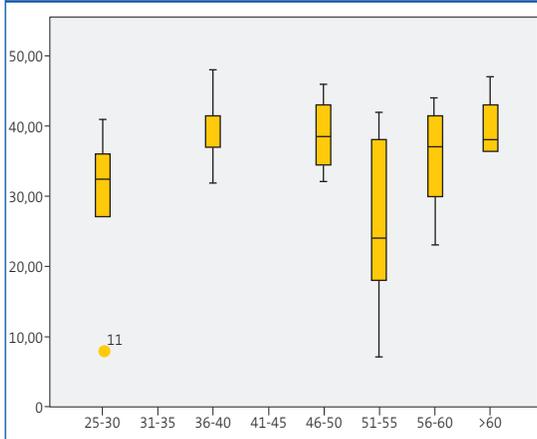
La percepción de capacidad de promoción se relaciona inversamente de manera aislada con CE ($t = -2,305$; $p = 0,026$). Otras variables asociadas

tanto con mayor CE como mayor DP son: querer cambiar de profesión ($t = 2,5$; $p = 0,016$), tener alguna enfermedad incapacitante ($t = 2,14$; $p = 0,039$) o haber padecido en los últimos años alguna afectación física o mental ($t = 4,18$, $p < 0,0001$). Asimismo,

Tabla 2. Resultados del Maslach Burnout Inventory (MBI) y del cuestionario de autoevaluación laboral. Comparación entre las muestras de los años 1998-1999 y 2018-2019

Año encuesta	2018-19	1998-99	Significación estadística
MBI Cansancio emocional (CE) media	26	23	NS
MBI CE >31 (quemados) (%)	35,7	26,5	NS
MBI Despersonalización (DP) media	7	8	NS
MBI DP >13 (quemados) (%)	14,3	17,6	NS
MBI Realización profesional (RP) media	35,4	34,3	NS
MBI RP <30 (quemados) (%)	23,8	23,5	NS
Profesión gratificante (%)	92,9	73,5	$p = 0,029$
Considera el Trabajo vocacional (%)	81,0	70,6	NS
Reconocimiento institucional (%)	19	26,5	NS
Posibilidades de promoción (%)	33,3	47,1	NS
Volvería a escoger la profesión (%)	83,3	85,3	NS
Cambiaría de profesión (%)	23,8	23,5	NS
Ha realizado técnicas de reducción del estrés (%)	73,8	44,1	$p = 0,008$
Alteración física o psíquica relacionada con el trabajo (%)	63,4	44,1	NS

NS: no diferencias significativas.

Figura 1. Distribución de la realización personal según la edad. Diagrama de cajas

en relación con la percepción de retribución económica, aquellos que creen que tienen una remuneración baja presentan menor RP que los que consideran que es adecuada o alta ($t = 2,3$; $p = 0,024$).

En la **Tabla 3** se muestran las variables asociadas significativamente con todos los niveles de BO. Cabe destacar que aquellas personas que llevan a cabo actividades de reducción de estrés presentan una asociación significativa con mayor DP ($t = 3,171$; $p = 0,003$).

DISCUSIÓN

Se ha alcanzado un nivel de respuesta del 64%, que se considera positivo en este tipo de muestra, equivalente al estudio previo (que fue de un 75%). Un tercio (36%) de pediatras presenta puntuaciones propias de BO, un resultado parecido al de otros estudios similares^{7,8} y también superior a la anterior cifra del 26% publicada en 1998 en el mismo

ámbito territorial³⁴. A pesar de que la puntuación directa es mayor, esta cifra no representa una diferencia significativa. Hay que tener presente, sin embargo, que la prevalencia veinte años atrás ya era muy elevada y que continuamos con cifras altas, un hecho que hace pensar en el BO como un problema estructural.

Se ha hallado diferencia significativa entre BO y género, en la subescala de CE, presentando mayor CE las mujeres. Esto sería concordante con diferentes estudios que muestran como en la mujer médico se asocia la sobrecarga laboral a la sobrecarga familiar^{35,36}.

El intervalo de edad más asociado con BO es entre los 51-55 años, por cuanto se corresponde con un grupo de la muestra cercano a la mitad de su vida profesional; un punto de inflexión que se podría explicar como una crisis médica pediátrica de la mediana edad. Los grupos de mayor edad habrían sido capaces de adaptarse, reduciendo así su malestar.

Destaca un incremento superior de los valores de BO en el ámbito hospitalario, tanto en el CE como en la DP, en comparación con la Atención Primaria. Esta diferencia puede deberse a que, en el año 1998, las condiciones laborales en centros hospitalarios estaban más preservadas y los pediatras hospitalarios presentaban menor BO, y actualmente la mayor sobrecarga también en ámbito hospitalario puede llevar al incremento de BO.

Un mayor nivel de BO se asocia a una mayor presencia de enfermedades incapacitantes y de alteraciones físicas o psíquicas, así como mayor número bajas laborales en los últimos años. Esta asociación podría deberse tanto a que un mayor BO predispone a enfermedad, como a que los pro-

Tabla 3. Asociaciones significativas con cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal

	Cansancio emocional		Despersonalización		Baja realización personal	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Profesión poco gratificante	10,76	0,002	2,349	0,024	2,612	0,013
	CP	<i>p</i>	CP	<i>p</i>	CP	<i>p</i>
Decepción en el trabajo	0,652	<0,0001	0,355	0,021	-0,422	0,005
Depresión	0,537	<0,0001	0,381	0,013	-0,569	<0,0001

CP: correlación de Pearson.

fesionales con alguna enfermedad son más sensibles a padecer BO. Se podrían plantear futuros estudios para averiguar el sentido de esta asociación. El hecho de concebir la profesión médica como una vocación es un factor protector, tal como ya plantean algunos estudios^{3,12}, presentando progresivamente un descenso de la RP ante la percepción de una mala remuneración o malas condiciones laborales. La percepción de tener una mala retribución económica sí se asocia con menores niveles de RP, favoreciendo la presencia del síndrome. Sin embargo, que el pediatra considere que cuenta con reconocimiento institucional, se asocia a mayores valores de RP.

Sorprende que aquellas personas que practican actividades para reducir el estrés tengan una mayor asociación con el BO. Una posible hipótesis es que no lo harían de manera preventiva, sino que, siendo precisamente conscientes de su dificultad, la participación en actividades de gestión del estrés sería una reacción o intento de compensación. Nos hallamos pues ante una prevalencia elevada y mantenida en el tiempo (un tercio de los pediatras, tanto en el ámbito hospitalario como en Atención Primaria), confirmando el BO como un problema estructural.

Sería necesario, pues, reconocerlo como tal e implementar estrategias de abordaje. Las estrategias individuales tienen una enorme variabilidad en su resultado, siendo las más frecuentes y estudiadas las intervenciones en *mindfulness*, gestión del estrés y soporte en grupos pequeños^{31-33,37,38}. Algunos estudios muestran mejor impacto en los dominios de CE y DP. Las estrategias que combinan tanto el enfoque individual como intervenciones estructurales u organizativas parecen tener mejor impacto³⁸.

La persistencia en el tiempo, la alta prevalencia y el impacto reconocido tanto en la atención a los pacientes como en los propios profesionales, deberían hacer considerar el BO como un problema de sistema, más que como un problema individual. El BO se presentaría entonces como la dificultad del encaje de la profesión médica con el sistema de

salud, así como una pérdida de la autonomía de los médicos en la provisión de cuidados. La gran mayoría de sistemas de salud han ido evolucionando hacia una gestión basada en objetivos, con una creciente deshumanización en la gestión, con elevada carga administrativa y burocrática, asociado con expectativas poblacionales muy elevadas⁶.

Samra³⁹, comparando el modelo médico con el de la aviación, concluye que las intervenciones en BO deberían incluir la gestión de la complejidad, incluyendo el nivel individual, el del equipo y el de las organizaciones. Ello implicaría un abordaje amplio, que sea capaz de reconocer los límites de los profesionales, así como los límites del sistema para dar respuesta a las expectativas de la población. La participación en la toma de decisiones y en la organización laboral aparecen también como factores decisivos en la gestión del BO.

Como Lemaire comenta⁴⁰, “un problema a nivel del sistema que requiere una respuesta a nivel del sistema”. Este autor propone en primer lugar, detectar aquellos aspectos tóxicos de la profesión médica que causan y mantienen el agotamiento, fomentando el liderazgo clínico y una cultura organizacional de apoyo. En segundo lugar, la profesión médica y las organizaciones sanitarias deberían considerar el bienestar de los médicos como parte central de la atención al paciente, pues como se ha comentado, el BO afecta claramente el cuidado, la seguridad y la atención subóptima del paciente. En tercer lugar, el bienestar de los médicos debe ser reconocido como un indicador de calidad para todos los sistemas de salud. Y finalmente, serían necesarias líneas de investigación internacionales para identificar estrategias basadas en evidencia, para poder revertir lo que es un problema a nivel global.

CONCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La prevalencia actual de BO en los pediatras que trabajan en Lleida es del 36%, una cifra mayor respecto a 1998 (26%). Los valores propios de desgase

te profesional se asocian de forma significativa con la percepción que mantienen los profesionales respecto a su ámbito laboral y no con la situación o lugar laboral ni las horas dedicadas.

Habría que realizar nuevas investigaciones para contrastar estas hipótesis y diseñar estrategias con el objetivo de mejorar esta realidad.

Como posibles limitaciones, hay que tener presente algún posible sesgo en los resultados del estudio como consecuencia de las personas que no respondieron el formulario y que también podría afectar a la representatividad de la muestra. Además, la población estudiada limita la extrapolación de los resultados a otros grupos poblacionales, donde se deberían practicar nuevos estudios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues*. 1974; 30:159-65.
2. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burn-out Inventory Manual. 2.ª edición. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1986.
3. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018;283:516-29.
4. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15:103-11.
5. Leiter MP, Maslach C. Latent burnout profiles: a new approach to understanding the burnout experience. *Burn Res*. 2016;3:89-100.
6. The Lancet. Physician burnout: the need to rehumanise health systems. *Lancet*. 2019;394:1591.
7. Song PP, Walline JH. Physician burnout. *Lancet*. 2020; 395:333.
8. Khoo EJ, Aldubai S, Ganasegeran K, Lee BX, Zakaria NA, Tan KK. El agotamiento emocional está asociado con factores estresantes relacionados con el trabajo: estudio multicéntrico y transversal en hospitales públicos de Malasia. *Arch Argent Pediatr*. 2017;115:212-9.
9. Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialities: a meta-analysis. *Hum Resour Health*. 2013;11:48.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentan conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

BO: burnout • **CE:** cansancio emocional • **DP:** despersonalización y cinismo • **MBI:** Maslach Burnout Inventory • **RP:** realización personal.

AGRADECIMIENTOS

A todos los pediatras que han colaborado con el estudio.

10. Yuguero O, Marsal JR, Esquerda M, Soler-González J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC Fam Pract*. 2017;18:63.
11. Yuguero O, Forné C, Esquerda M, Pifarré J, Abadías MJ, Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region. A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96:e8030.
12. Shanafelt D, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172: 1377-85.
13. Adsarias R, de Frutos E, Baranda L, Moraga-Llop FA, Enrubia M, Mitjans A. Salut, estils de vida i condicions laborals dels pediatres a Espanya. *Pediatr Catalana*. 2017;77:9-14.
14. Klein J, Grosse Frie K, Blum K, von dem Knesebeck O. Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *Int J Qual Health Care*. 2010;22:525-30.
15. Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med*. 1997;44:1017-22.
16. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002;136: 358-67.

17. Tsigas E, Panagopoulou E, Montgomery A. Examining the link between burnout and medical error: a checklist approach. *Burn Res*. 2017;6:18-29.
18. Yuguero O, Marsal JR, Buti M, Esquerda M, Soler-González J. Descriptive study of association between quality of care and empathy and burnout in primary care. *BMC Med Ethics*. 2017;18:54.
19. Baer TE, Feraco AM, Tuysuzoglu Salagowsky S, Williams D, Litman HJ, Vinci RJ. Pediatric resident burnout and attitudes towards patients. *Pediatrics*. 2017;139:e20162163.
20. Llera J, Durante E. Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. *Arch Argent Pediatr*. 2014;112:e6-11.
21. Pantaleoni JL, Augustine EM, Sourkes BM, Bachrach LK. Burnout in pediatric residents over a 2-year period: a longitudinal study. *Acad Pediatr*. 2014;14:167-72.
22. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*. 2008;93:498-512.
23. Wright JG, Khetani N, Stephens D. Burnout among faculty physicians in an academic health science centre. *Paediatr Child Health*. 2011;16:409-13.
24. Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *Semergen*. 2015;41:191-8.
25. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA*. 2018;320:1131-50.
26. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int*. 2009;14:204-20.
27. Weigl M, Schneider A, Hoffmann F, Angerer P. Work stress, burnout, and perceived quality of care: a cross-sectional study among hospital pediatricians. *Eur J Pediatr*. 2015;174:1237-46.
28. García TT, García PCR, Molon ME, Piva JP, Tasker RC, Branco RG, et al. Prevalence of burnout in pediatric intensivists: an observational comparison with general pediatricians. *Pediatr Crit Care Med*. 2014;15:e347-53.
29. López M, Rodríguez A, Fernández M, Marcos S, Martínón F, Martínón JM. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:248-51.
30. Bustinza A, López-Herce J, Carrillo A, Vigil MD, De Lucas García N, Panadero E. Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. *An Pediatr (Barc)*. 2000;52:418-23.
31. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014;174:527-33.
32. Bourbonnais R, Brisson C, Vézina M. Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occup Environ Med*. 2011;68:479-86.
33. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Gill PR, Satele DV, West CP. Effect of a professional coaching intervention on the well-being and distress of physicians: a pilot randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2019;179:1406-14.
34. Esquerda M, Prado S, Solé E, Pifarré J, Gomà AR. La síndrome burn-out (desgaste profesional) entre els pediatres de Lleida. *Pediatr Catalana*. 2000;60:12-9.
35. Guille C, Frank E, Zhao Z, Kalmbach DA, Nietert PJ, Mata DA, et al. Work-family conflict and the sex difference in depression among training physicians. *JAMA Intern Med*. 2017;177:1766-72.
36. Rabinowitz LG. Recognizing blind spots - A remedy for gender bias in medicine? *N Engl J Med*. 2018;378:2253-5.
37. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017;177:195-205.
38. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;388:2272-81.
39. Samra R. Brief history of burnout. *BMJ*. 2018;363:k5268.
40. Lemaire JB, Wallace JE. Burnout among doctors. *BMJ*. 2017;358:j3360.