

Artículo de Investigación

Características epidemiológicas del Síndrome de Burnout en una comunidad de médicos residentes y especialistas en un sistema público de salud

Valeria Gazzaneo Crosa (1), Daniel Ponce Arrocha (1), Claudio Cabrera Velázquez (2), José Luís Hernández Fleta (2), Pedro Saavedra Santana (4), María Martínez Huidobro (2), Pino López Méndez (3).

Resumen

Antecedentes: Maslach entiende el Burnout (BO) como un síndrome tridimensional en el que se observa un incremento de la sensación de agotamiento emocional y del nivel de despersonalización, así como una baja realización personal. El BO aparece de forma progresiva en los profesionales que interactúan con las personas, no es algo exclusivo de la profesión médica. Analizamos las variables epidemiológicas relacionadas con el Burnout en médicos residentes y especialistas.

Sujetos y métodos: Estudio observacional transversal de tipo descriptivo. Un total de 71 médicos residentes y especialistas que realizan su labor en el Complejo Hospitalario Dr. Negrín de Las Palmas de Gran Canaria durante el último año como mínimo y pertenecientes a diferentes servicios. El Burnout fue cuantificado mediante la MBI, validada al español. Comparaciones con el test de Chi cuadrado o el test exacto de Fisher. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$. Los datos se analizaron utilizando el software R, versión 3.1.1 (R Development Core Team, 2016).

Resultados: El 61.0% de los encuestados reflejaba tener bajo nivel de BO según la escala de agotamiento emocional, el 21.1% tenía un nivel medio y un 16% presentaba un nivel alto en esta subescala. Con respecto a la despersonalización, un 50.7% de la muestra presentaba bajo nivel, un 19.7% mostraba nivel medio y un 29.6% reflejaba a través de sus respuestas tener un nivel elevado en esta dimensión. El 47.9% de los médicos tenía elevado nivel de realización personal, un 19.7% tenía un nivel medio y un 32.4% de los encuestados mostraba bajo nivel en esta subescala. Encontramos mayores niveles de BO a mayor tiempo

de residencia (p-valor de 0.056). El rango de 10 a 15 años de profesión resulta presentar mayores niveles de BO (p=0.011).

Conclusiones: Un 30% de los médicos de nuestra muestra, sin diferenciar residentes o adjuntos, presentan elevados niveles de BO en las subescalas de despersonalización y realización personal. En nuestro estudio hay significativamente más residentes con alto BO que se encuentran en la segunda mitad de la residencia que en la primera mitad y más médicos especialistas con altos niveles de BO en el rango de 10 a 15 años ejerciendo como facultativos.

Palabras Clave: Burnout, enfermedades profesionales, estrés.

Abstract

Background: Maslach understands Burnout (BO) as a three-dimensional syndrome in which there is an increase in feelings of emotional exhaustion and levels of depersonalization, as well as low personal fulfillment. BO appears progressively in professionals who interact with people, it is not something exclusive to the medical profession. We analyzed the epidemiological variables related to Burnout in resident physicians and specialists.

Subjects and methods: Transversal, observational, descriptive study. A total of 71 resident doctors and specialists who perform their work in the Hospital Complex Dr. Negrín of Las Palmas de Gran Canaria during the last year and belonging to different services. Burnout was quantified using the Maslach Burnout Inventory, validated in Spanish. Comparisons with Chi square test or Fisher exact test. Statistical significance was set at $p < 0.05$. Data were analyzed using software R, version 3.1.1 (R Development Core Team, 2016).

Results: 61.0% of the respondents showed a low level of BO according to the emotional exhaustion scale, 21.1% had an average level and 16% had a high level in this subscale. With regard to depersonalization, 50.7% of the sample had low level, 19.7% showed average level and 29.6% reflected through their responses having a high level in this dimension. 47.9% of physicians had a high level of personal fulfillment, 19.7% had an average level and 32.4% of respondents showed low level in this subscale. We found higher levels of BO to a longer residence time (p-value of 0.056). The range of 10 to 15 years of profession results in higher levels of BO ($p = 0.011$).

Conclusions: 30% of the physicians in our sample, without differentiating residents or adjuncts, present high levels of OR in the depersonalization and personal fulfillment subscales. In our study there are significantly more residents with high BO who are in the second half of the residence than in the first half and more specialist doctors with high levels of BO in the range of 10 to 15 years exercising as facultative.

Key Words: Burnout, occupational diseases, stress.

INTRODUCCIÓN

El Burnout (BO) o síndrome de desgaste profesional ha sido definido a lo largo de los años por varios autores, siendo la de Maslach la definición más reconocida. Maslach entiende el BO como un síndrome tridimensional en el que se observa un incremento de la sensación de agotamiento emocional y del nivel de despersonalización, así como una baja realización personal. El agotamiento emocional es la combinación de síntomas somáticos, de la disminución de recursos emocionales y de un sentimiento de que no se puede ofrecer más a nivel psicológico. La despersonalización es el desarrollo de actitudes negativas como cinismo, indiferencia y/o apatía hacia los clientes o el trabajo en general. La baja realización personal, por su parte, es la sensación de ineficacia, incompetencia e incluso insuficiencia que lleva a la infelicidad e insatisfacción con el trabajo realizado (1-4).

El BO aparece de forma progresiva en los profesionales que interactúan con las personas (5, 6), no es algo exclusivo de la profesión médica. De hecho, ya ha sido descrito en más de 60 profesiones y grupos de personas (7). En un estudio realizado a la población general que medía las relaciones entre el BO y los factores de psicosociales independientemente de su ocupación se vio que un 18% de los participantes tenían elevado nivel de desgaste profesional y un 69%, nivel intermedio de BO (8).

Entre los factores causales más importantes del síndrome de desgaste profesional en médicos destacan el elevado número de horas de trabajo (9, 10), la falta de tiempo para realizar un servicio de calidad (11) y factores relacionados con los roles y relaciones en el trabajo (12).

Las consecuencias del BO son amplias e importantes. Afecta a la salud mental y física, a la calidad de vida y a la eficiencia de los profesionales (13). Se ha asociado con el síndrome metabólico, con desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, con la activación del sistema nervioso simpático, con alteraciones del sueño, con inflamación sistémica, con funciones inmunológicas no competentes, con la coagulación sanguínea y con la fibrinólisis. En definitiva, se relaciona con un deterioro de la salud (14) y además de producir cambios físicos puede conducir al abuso de sustancias químicas (15). Asimismo, se ha demostrado que la presencia de BO entre los trabajadores provoca una disminución de la calidad del

servicio prestado (1, 11, 13, 16, 17) y que puede traducirse en un descenso de la producción y un aumento del absentismo, de los costos de atención médica y de la rotación de personal (15).

Médicos residentes y especialistas

Los estudios publicados sobre BO en médicos residentes son escasos, la variedad en los tipos de estudio es elevada, el poder productivo de las variables utilizadas es limitado y los resultados obtenidos muchas veces, inconsistentes. Así, la prevalencia del BO en médicos residentes varía entre el 18% y el 82% en estudios realizados con la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) (17).

Habitualmente, los síntomas de agotamiento son más comunes entre los residentes de primer año y disminuyen con cada año de trabajo, mientras que los síntomas de despersonalización aumentan a medida que se avanza en la residencia (18).

Las autoevaluaciones globales suelen reflejar un agotamiento emocional moderado independientemente del año de residencia (11).

Si comparamos el colectivo de médicos residentes con el de especialistas, encontramos que estos últimos obtienen puntajes significativamente más bajos que los médicos residentes en agotamiento emocional y en despersonalización (11, 16) aunque hay pocas publicaciones al respecto.

Con respecto al hecho de si la especialidad influye en los niveles de BO, hay estudios que afirman que los residentes de especialidades médicas tienen mayores niveles de desgaste profesional que el resto (19), aunque existe cierta controversia. A continuación ofrecemos las características epidemiológicas diferenciales que hemos encontrado en un colectivo de 71 médicos especialistas y residentes que trabajan en un encuadre público.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha diseñado un estudio observacional transversal de tipo descriptivo. El periodo de inclusión y recogida de datos fue comprendido entre el 1 de junio de 2017 y el 21 de junio de 2017. Un total de 71 médicos residentes (N = 29 que supone el 40.8% de la muestra, 17

de los cuales con 2 o menos de 2 años de residencia (58.6%) y 12 con más de 2 años de residencia (41.4%)) y especialistas (N = 42 que supone el 59.2%, 14 de los cuales con menos de 10 años de antigüedad (33.3%), 11 llevan entre 10 y 15 (26.2%) y 17 de ellos tienen 15 o más años trabajados como especialistas (40.5%)) que realizan su labor en el Complejo Hospitalario Dr. Negrín de Las Palmas de Gran Canaria durante el último año como mínimo y pertenecientes a diferentes servicios (Medicina Interna, Medicina Intensiva, Neumología, Cirugía Torácica, Microbiología, Gastroenterología, Psiquiatría, Cirugía Cardiovascular, Rehabilitación). Ningún sujeto pudo ser incluido en el estudio sin haber otorgado antes su consentimiento informado. Los datos fueron guardados y analizados mediante soporte informático y se siguieron las regulaciones españolas sobre el manejo de datos informatizados (L.O. 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y RD 1720/2007, de 21 de Diciembre). La confidencialidad de los datos de cada participante fue respetada en todo momento.

La población de estudio se dividió en cinco rangos de edad siendo el grupo de menor edad (0-29 años) en el que tuvimos mayor número de encuestados (33.8%). Participaron 39 hombres (54.9%) y 32 mujeres (45.1%). 40 estaban casados o convivían con una pareja estable (56.3%), 9 tenían pareja estable pero no convivían con ella (12.7%), 5 estaban separados, divorciados o viudos (7.0%) y 17 de ellos aseguraron estar solteros (23.9%). En cuanto a la especialidad de los participantes, 58 pertenecen a una especialidad médica (81.7%) siendo los otros 13 de especialidad quirúrgica, médico-quirúrgica o de laboratorio o diagnóstico (18.3%). 61 médicos vivían en un medio urbano (85.9%) y 10 de ellos en un entorno rural (14.1%).

El BO fue cuantificado mediante la MBI, validada al español (20). Evalúa el agotamiento emocional a través de 9 ítems, la despersonalización con 5 ítems y la realización personal con otros 8, para la medición del BO. Está considerada actualmente el método de referencia ya que se ha comprobado que el inventario es fiable, válido y fácil de realizar (3). El MBI da puntajes en las tres subescalas o dimensiones determinando cómo la persona responde a cada uno de los 22 ítems sobre sensaciones relacionadas con el trabajo en una escala de 0-6 para cada uno. Cuanto mayor sea el puntaje de los encuestados en la despersonalización y

el agotamiento emocional, más altos son sus niveles de desgaste profesional, mientras que la falta de escala de logro personal, en contraste con los anteriores, se mide en la dirección opuesta. La clasificación en nivel bajo, medio y alto para cada dimensión del MBI se realizó utilizando los puntos de corte que dividen en tertiles una muestra española de 1.138 personas, incluida en el manual de uso del cuestionario. Los puntos de corte para agotamiento emocional se sitúan en los valores 18 y 26 (es bajo si la puntuación es inferior o igual a 18 y alto si es superior a 26), para despersonalización en 5 y 9 (es bajo si la puntuación es inferior o igual a 5 y alto si es superior a 9), y para realización personal en 33 y 39 (es bajo si la puntuación es inferior o igual a 33 y alto si es superior a 39). En el análisis de los datos se han establecido dos grupos (por un lado, médicos especialistas y residentes con niveles altos de BO en dos o más tres dimensiones y por otro lado, aquellos que tenían alto BO en una dimensión exclusivamente, o ninguna) y se han comparado las distintas variables entre ellos. Los datos recogidos están expresados como frecuencias y porcentajes y se comparan, según proceda, utilizando el test de Chi cuadrado o el test exacto de Fisher. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$. Los datos se analizaron utilizando el software R, versión 3.1.1 (R Development Core Team, 2016).

RESULTADOS

El 61.0% de los encuestados reflejaba tener bajo nivel de BO según la escala de agotamiento emocional, el 21.1% tenía un nivel medio y un 16% presentaba un nivel alto en esta subescala. Con respecto a la despersonalización, un 50.7% de la muestra presentaba bajo nivel, un 19.7% mostraba nivel medio y un 29.6% reflejaba a través de sus respuestas tener un nivel elevado en esta dimensión. El 47.9% de los médicos tenía elevado nivel de realización personal, un 19.7% tenía un nivel medio y un 32.4% de los encuestados mostraba bajo nivel en esta subescala.

Al relacionar el número de años de residencia con los niveles de BO encontramos una asociación significativa (p -valor de 0.056), con mayores niveles de BO a mayor tiempo de residencia. Asimismo, si estudiamos la asociación entre los años de especialidad y los niveles de BO vemos que es estadísticamente significativa ($p=0.011$), de manera que el rango de 10 a 15 años de profesión resulta presentar mayores niveles de BO.

No encontramos asociación significativa entre el BO y la edad en nuestra muestra ($p=0.141$). La relación entre el sexo de los participantes y sus niveles de BO no fue estadísticamente significativa ($p=0.469$). La relación entre el estado civil y los niveles de BO en las tres dimensiones obtuvo un p-valor de 0.895, no ofreciendo significación estadística. Comparando médicos especialistas y residentes, se obtiene un p valor de 0.940, que no ofrece significación. Al analizar la asociación entre la especialidad y los niveles de BO obtuvimos un p-valor de 0.274. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el lugar de residencia de los encuestados y los niveles de BO.

DISCUSIÓN

La mayoría de los médicos encuestados tienen, en las tres dimensiones, niveles bajos de BO. Sin embargo, un 30%, porcentaje nada despreciable, tiene elevados niveles de BO en cuanto a la despersonalización y en cuanto a la realización personal. El síndrome de BO ha de valorarse de manera tridimensional. Así, la subescala de realización personal es positiva (mientras más puntos se obtengan, menos BO tendrá tal persona) y las otras dos subescalas, realización personal y agotamiento emocional, se estructuran a la inversa, siendo necesario valorar cada subescala por separado. El tiempo que un especialista lleve trabajando en un servicio parece tener una influencia importante en el nivel de estrés y en el síndrome de desgaste profesional: se ha sugerido que cuanto mayor es el tiempo trabajado, mayor es el nivel de estrés y mayor es el riesgo de BO (21), aunque también hay referencias que contradicen tal hallazgo encontrando una mayor protección hacia el BO mientras mayor edad se tenga (24) . Nuestro estudio arroja resultados estadísticamente significativos al respecto del tiempo trabajado para un especialista, de manera que la etapa en la que encontramos mayor nivel de riesgo de BO es la comprendida entre los 10 y 15 años de trabajo como especialistas. Podría deberse a que es momento particularmente difícil ya que trabajan más horas y tienen mayor responsabilidad, reciben más llamadas durante la noche y no encuentran un adecuado equilibrio entre el trabajo y su vida personal, pero tales factores no los hemos podido corroborar en nuestro estudio. Otras referencias indican que es el momento de la carrera de un especialista donde se tiene más probabilidad de dejar la práctica de la medicina por razones distintas a la jubilación (28).

Hay referencias de que los síntomas de BO pueden ser más comunes entre los residentes de primer año (18). Sin embargo, en nuestro estudio los residentes de años superiores asociaron de forma significativa mayores niveles de BO que sus compañeros. Este hallazgo puede sustentar la hipótesis de que los médicos se ven expuestos a un desgaste importante, creciente, durante sus años de residencia, habiendo estudios que indican prevalencias altas de síntomas depresivos y BO en residentes en diferentes lugares del mundo (34, 35). Podríamos estar ante un colectivo especialmente vulnerable a este nivel.

Existe cierta controversia acerca de la relación entre el BO y la edad de los médicos. Algunos estudios publicados parecen indicar que los médicos de mayor edad tienen mayores niveles de agotamiento emocional y, por tanto de BO, que sus compañeros más jóvenes (21). Otros autores aseguran, por el contrario, que los médicos jóvenes son los que sufren con mayor asiduidad síndrome de desgaste profesional (22, 23). En este último caso, los médicos de mayor edad tendrían mayores recursos para afrontar las dificultades y la experiencia actuaría como factor de protección (24). Nuestro estudio, por su parte, no arrojó datos concluyentes respecto a esta variable (25). Si bien la bibliografía consultada avala la hipótesis de que los médicos residentes están sometidos a mayores niveles de BO que los médicos especialistas (11, 16) no obtuvimos diferencias estadísticamente significativas a este respecto.

El sexo femenino parece ser el más propenso a desarrollar el síndrome de desgaste profesional tanto en la profesión médica (23) como en la población general. Esto parece deberse a su papel en el sistema familiar (26), que puede ser más exigente para la mujer que para el hombre. El análisis de los datos obtenidos en nuestra muestra no fue significativo (25).

Hay referencias que indican que el estado civil influye en los niveles de BO, y también en otras condiciones psiquiátricas de diversa índole. Así, aquellos médicos que se estén solteros tienen un mayor riesgo de padecerlo que los que estén comprometidos o casados

(23) si bien es cierto que en algunas especialidades, como en Medicina Intensiva o de Urgencias, hay estudios que demuestran lo contrario (27). La estadística no resultó significativa con nuestros datos.

La literatura muestra que los profesionales de especialidad médica tienen mayores niveles

de BO en dos de las tres dimensiones (agotamiento emocional y despersonalización) que los médicos de especialidad quirúrgica (29). Esto podría deberse a que tienen un contacto más personal con los pacientes lo que podría desencadenar mayores niveles de BO (18). Los datos obtenidos en nuestra muestra no establecieron diferencias significativas.

Se sabe que los médicos que desarrollan su actividad personal y profesional en un medio rural están sometidos a menores niveles de BO que aquellos que lo hacen en grandes ciudades

(30, 31). En base a esto, nos inclinamos a pensar que podría haber mayores niveles de BO en aquellos con residencia urbana para el mismo lugar de desempeño laboral. No hallamos diferencias significativas a este nivel.

CONCLUSIONES

1. Un 30% de los médicos de nuestra muestra, sin diferenciar residentes o adjuntos, presentan elevados niveles de BO en las subescalas de despersonalización y realización personal.
2. En nuestro estudio hay significativamente más residentes con alto BO que se encuentran en la segunda mitad de la residencia que en la primera mitad.
3. En nuestro estudio hay más médicos especialistas con altos niveles de BO en el rango de 10 a 15 años ejerciendo como facultativos, hallazgo congruente con el hecho de que en este período de la profesión se dan las mayores tasas de abandono de la misma.

La medicina es una de las profesiones con más riesgo de padecer el síndrome de BO (21) y la prevalencia está aumentando (32). El síndrome de BO es una enfermedad del profesional de la salud que debe ser reconocida de forma precoz y que debe ser tratada (15). Es probable que sea modificado por las intervenciones en el lugar de trabajo (33) aunque no se hayan realizado ensayos controlados de tratamiento del mismo (7). Esfuerzos conjuntos en cuanto a mayor control del trabajo por parte del trabajador individual, reuniones de grupo, una mejor comunicación hacia arriba y hacia abajo, más reconocimiento del valor individual, rediseño de trabajo, horario laboral flexible, orientación completa a los requisitos del

trabajo, programas y actividad adyuvante son líneas a seguir según las sugerencias que hallamos en la literatura (15).

Bibliografía

1. Lee RT, Ashforth BE. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *J Appl Psychol*. 1990;75(6):743-7.
2. Benbow SM. Burnout: current knowledge and relevance to old age psychiatry. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998;13(8):520-6.
3. Kumar S. Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*. 2007;6(3):186-9.
4. Morse G, Salyers MP, Rollins AL, Monroe-DeVita M, Pfahler C. Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation. *Adm Policy Ment Health*. 2012;39(5):341-52.
5. Da Silva Sobral De Matos H, Daniel Vega E, Perez Urdaniz A. [A study of the burnout syndrome in medical personnel of a general hospital]. *Actas espanolas de psiquiatria*. 1999;27(5):310-20.
6. Moreno-Egea A, Latorre-Reviriego I, de Miquel J, Campillo-Soto A, Saez J, Aguayo JL. [Society and surgery. Burnout and surgeons]. *Cir Esp*. 2008;83(3):118-24.
7. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int*. 2011;108(46):781-7.
8. Lindblom KM, Linton SJ, Fedeli C, Bryngelsson IL. Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *Int J Behav Med*. 2006;13(1):51-9.
9. Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med*. 2005;165(22):2595-600.
10. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care*. 2007;13(5):482-8.
11. Purdy RR, Lemkau JP, Rafferty JP, Rudisill JR. Resident physicians in family practice: who's burned out and who knows? *Fam Med*. 1987;19(3):203-8.
12. Kotzabassaki S, Parissopoulos S. Burnout in renal care professionals. *EDNA ERCA J*. 2003;29(4):209-13.
13. Mingote Adan JC, Moreno Jimenez B, Galvez Herrer M. [Burnout and the health of the medical professionals: review and preventive options]. *Medicina clinica*. 2004;123(7):265-70.
14. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull*. 2006;132(3):327-53.
15. Felton JS. Burnout as a clinical entity--its importance in health care workers. *Occup Med (Lond)*. 1998;48(4):237-50.
16. Sargent MC, Sotile W, Sotile MO, Rubash H, Barrack RL. Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty. *J Bone Joint Surg Am*. 2004;86-A(7):1579-86.
17. Prins JT, Gazendam-Donofrio SM, Tubben BJ, van der Heijden FM, van de Wiel HB, Hoekstra-Weebers JE. Burnout in medical residents: a review. *Med Educ*. 2007;41(8):788-800.
18. West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA*. 2011;306(9):952-60.
19. Fonseca M, Sanclemente G, Hernandez C, Visiedo C, Bragulat E, Miro O. [Residents, duties and burnout syndrome]. *Rev Clin Esp*. 2010;210(5):209-15.
20. Gil-Monte PR. [Factorial validity of the Spanish adaptation of the Maslach Burnout Inventory-General Survey]. *Salud Publica Mex*. 2002;44(1):33-40.
21. Stanetic K, Tesanovic G. Influence of age and length of service on the level of stress and burnout syndrome. *Med Pregl*. 2013;66(3-4):153-62.
22. Balch CM, Freischlag JA, Shanafelt TD. Stress and burnout among surgeons: understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences. *Arch Surg*. 2009;144(4):371-6.
23. Amofo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occup Med (Lond)*. 2015;65(2):117-21.
24. Tijdink JK, Vergouwen AC, Smulders YM. Emotional exhaustion and burnout among medical professors; a nationwide survey. *BMC Med Educ*. 2014;14:183.

25. Ahola K, Honkonen T, Virtanen M, Aromaa A, Lonnqvist J. Burnout in relation to age in the adult working population. *J Occup Health*. 2008;50(4):362-5.
26. Krantz G, Berntsson L, Lundberg U. Total workload, work stress and perceived symptoms in Swedish male and female white-collar employees. *Eur J Public Health*. 2005;15(2):209-14.
27. Kimo Takayesu J, Ramoska EA, Clark TR, Hansoti B, Dougherty J, Freeman W, et al. Factors associated with burnout during emergency medicine residency. *Acad Emerg Med*. 2014;21(9):1031-5.
28. Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc*. 2013;88(12):1358-67.
29. Walocha E, Tomaszewski KA, Wilczek-Ruzyczka E, Walocha J. Empathy and burnout among physicians of different specialties. *Folia Med Cracov*. 2013;53(2):35-42.
30. Saijo Y, Chiba S, Yoshioka E, Kawanishi Y, Nakagi Y, Ito T, et al. Job stress and burnout among urban and rural hospital physicians in Japan. *Aust J Rural Health*. 2013;21(4):225-31.
31. Taycan O, Taycan SE, Celik C. Relationship of burnout with personality, alexithymia, and coping behaviors among physicians in a semiurban and rural area in Turkey. *Arch Environ Occup Health*. 2014;69(3):159-66.
32. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(4):432-40.
33. Benbow SM, Greaves I, Jolley D. All people with dementia need accurate assessment and ongoing support. *BMJ*. 2013;347:f6108.
34. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes: Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Rev Med Hered [online]*. 2011, vol.22, n.4 [citado 2017-07-21], pp. 159-160. ISSN 1018-130X.
35. Burnout: Prevalence and Associated Factors Among Radiology Residents in New England With Comparison Against United States Resident Physicians in Other Specialties. Guenette JP1, Smith SE1,2. *AJR Am J Roentgenol*. 2017 Jul;209(1):136-141. doi: 10.2214/AJR.16.17541.

Table 1: Data are frequencies (%)

| | Total N = 71 | Dimensiones de BO | | P |
|----------------|-----------------|-------------------|---------------|------|
| | | < 2 N = 56 | ≥ 2 N = 15 | |
| Age, years | | | | .141 |
| 0 to 29 | 24 (33.8) | 19 (33.9) | 5 (33.3) | |
| 30 to 39 | 18 (25.4) | 15 (26.8) | 3 (20.0) | |
| 40 to 49 | 14 (19.7) | 8 (14.3) | 6 (40.0) | |
| 50 to 59 | 10 (14.1) | 10 (17.9) | 0 | |
| 60 to 70 | 5 (7.0) | 4 (7.1) | 1 (6.7) | |
| Sex | | | | .469 |
| Male | 39 (54.9) | 32 (57.1) | 7 (46.7) | |
| Female | 32 (45.1) | 24 (42.9) | 8 (53.3) | |
| Marital status | | | | .895 |

| | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Casado o convivencia con pareja estable | 40 (56.3) | 30 (53.6) | 10 (66.7) | |
| Con pareja estable sin convivencia | 9 (12.7) | 8 (14.3) | 1 (6.7) | |
| Separado, divorciado o viudo | 5 (7.0) | 4 (7.1) | 1 (6.7) | |
| Soltero | 17 (23.9) | 14 (25.0) | 3 (20.0) | |
| <i>Type of physician</i> | | | | .940 |
| Resident | 29 (40.8) | 23 (41.1) | 6 (40.0) | |
| Specialist | 42 (59.2) | 33 (58.9) | 9 (60.0) | |
| <i>Years of resident</i> | | | | .056 |
| ≤ 2 | 17 (58.6) | 16 (69.6) | 1 (16.7) | |
| > 2 | 12 (41.4) | 7 (30.4) | 5 (83.3) | |
| <i>Years of specialist</i> | | | | .011 |
| ≤ 10 | 14 (33.3) | 12 (36.4) | 2 (22.2) | |
| 10 to 15 | 11 (26.2) | 5 (15.2) | 6 (66.7) | |
| > 15 | 17 (40.5) | 16 (48.5) | 1 (11.1) | |
| <i>Specialty</i> | | | | .274 |
| Medical | 58 (81.7) | 44 (78.6) | 14 (93.3) | |
| Others | 13 (18.3) | 12 (21.4) | 1 (6.7) | |
| <i>Habitat</i> | | | | 1 |
| Urban | 61 (85.9) | 48 (85.7) | 13 (86.7) | |
| Rural | 10 (14.1) | 8 (14.3) | 2 (13.3) | |

Gráfico 1: Distribución de los médicos residentes en función de años trabajados.

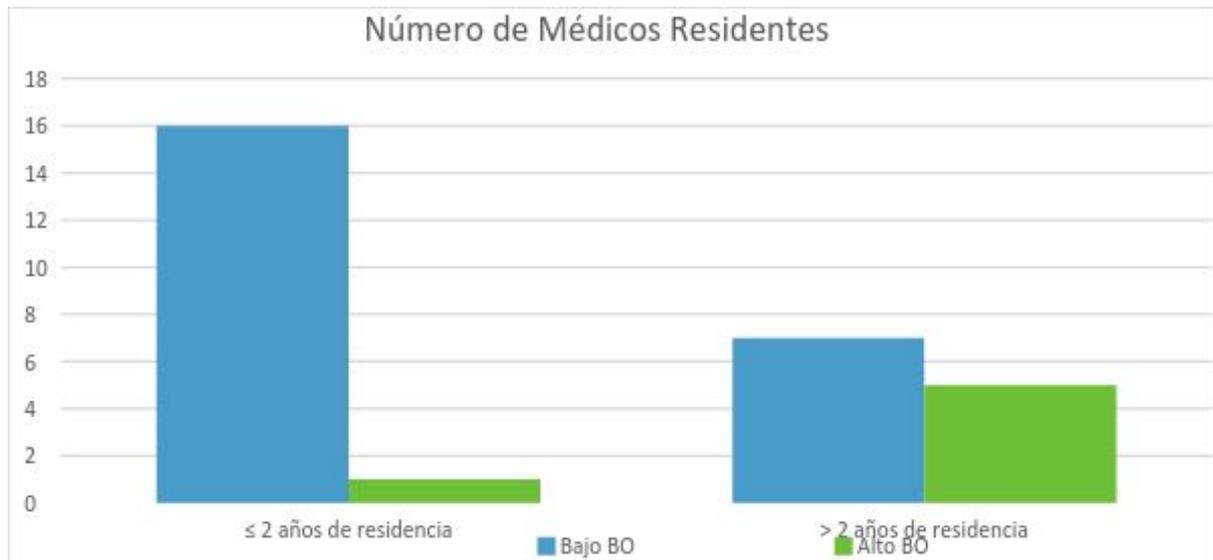


Gráfico 2: Distribución de los médicos especialistas en función de años trabajados.



1. Facultad de Medicina. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
2. Servicio de Psiquiatría. Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.
3. Servicio de Neurología. Hospital Insular de Gran Canaria.
4. Facultad de Matemáticas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.