

Prevalencia y factores asociados al síndrome de *burnout* en residentes de anestesiología de Uruguay

Ana Laura Cebriá¹, Leticia Turconi¹, Juan Pablo Bouchacourt¹, Fernando Medina²,
Juan Riva¹, Pablo Castromán¹.

Resumen

El síndrome de *burnout* puede ser un problema de salud relevante en el médico en formación. El estrés laboral asociado a la residencia de anestesiología hace de los médicos residentes un grupo susceptible de desarrollar el síndrome.

El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia del síndrome *burnout* en médicos residentes de anestesiología del Uruguay y analizar los factores determinantes.

Se realizó una encuesta a todos los residentes de primer hasta cuarto año que aceptaron participar, entre febrero y marzo del año 2013. Se utilizó el Maslach Burnout Inventory para la determinación del síndrome y un cuestionario acerca de aspectos sociodemográficos y laborales.

La prevalencia del síndrome en su forma completa fue de 17.2%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre descansar anualmente menos de 15 días y la presencia de *burnout* ($p=0.009$), con un *odd ratio* de 8.0 y un intervalo de confianza de 95%. El escaso descanso semanal y anual se asoció también a niveles elevados de agotamiento emocional.

Palabras clave: Estrés laboral, síndrome de *burnout*, residentes de anestesiología.

Title: Prevalence and factors associated with burnout in anesthesiology Uruguayan residents.

Abstract

The burnout syndrome can be a relevant health problem in medical students. The anesthesiology residents are at risk of developing this syndrome, related to the stress lived at work.

The goal of this study was to determine the prevalence of the burnout syndrome and its related determinant factors in anesthesiology residents of Uruguay.

A survey was done between February to March, 2013. Respondants were all residents who accepted to participate in the study, coursing from first to fourth year of their residency.

The Maslach Burnout Inventory was used to determine the presence of the burnout syndrome. A questionnaire about social and demographic characteristics and work conditions was also performed to determine the syndrome's associated factors.

The complete burnout syndrome prevalence was 17.2%. There was a statistically significant association between burnout and yearly rest of less than 15 days ($p=0.009$), with an odd ratio of 0.8, confidence interval of 95%. Poor weekly and yearly rest were also associated with emotional exhaustion.

Key Words: Workplace stress, burnout syndrome, anesthesiology residents.

1. Departamento y Cátedra de Anestesiología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

2. Departamento de Salud Ocupacional, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

* Contacto: Pablo Castromán. E-mail: pcastroman@hotmail.com

Introducción

El síndrome de *burnout* de desgaste profesional se considera actualmente como una enfermedad de riesgo laboral que afecta el bienestar mental y físico de los trabajadores de la salud [1, 2].

Este se conceptualiza, de acuerdo a Maslach y Jackson [2-7], como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida progresiva del interés por la actividad laboral, en respuesta al estrés laboral crónico. Se acompaña de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las cuales se trabaja y hacia el rol profesional, así como de la sensación de estar emocionalmente agotado.

Hoy en día se reconoce que el estrés laboral es uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores y el buen funcionamiento de las instituciones para las que trabajan. Si éste es episódico no habría problemas, pues el organismo tiene capacidad para recuperarse, si las situaciones que lo generan se repiten con excesiva frecuencia, intensidad o duración, pueden producir la aparición de trastornos psicofisiológicos [7, 8].

Hemos asistido a un rápido incremento de los trabajos sobre estrés laboral, particularmente en relación con el desarrollo del síndrome de *burnout* y a la atención que empresas e instituciones de servicios han prestado a la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados [1, 2, 8, 9-13].

Este síndrome, de acuerdo a la caracterización realizada por Maslach, queda configurado mediante tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal [4].

La dimensión “agotamiento emocional” hace referencia a la fatiga física y psicológica que experimenta el trabajador, considerándose una respuesta básica al estrés y relacionada, entre otras causas, con la sobrecarga laboral.

La baja “realización personal” en el trabajo, se expresa por un sentimiento del trabajador de falta de desarrollo en su trabajo, teniendo un bajo concepto de su vida profesional.

La “despersonalización” indica el endurecimiento emocional que siente el trabajador hacia las personas destinatarias de su labor, llegando incluso a la deshumanización. En ocasiones, se considera que la despersonalización es una respuesta de afrontamiento por parte del trabajador, el cual se distancia de aquello que le incomoda.

De acuerdo con el modelo propuesto por Maslach, si bien el cansancio emocional es una dimensión

determinante para la comprensión del síndrome, no alcanza por sí misma para definir y evaluar el *burnout*, necesitando inexorablemente de las otras dos dimensiones [4].

Se han descrito varios factores de riesgo para que se desarrolle el síndrome de *burnout*, entre los cuales se encuentran la edad y el sexo, presencia de pareja estable, sobrecarga laboral, número de hijos, rasgos de personalidad, entre otros. Dentro de ellos el que resulta ser más prevalente e importante es el de sobrecarga de trabajo [13].

Sus consecuencias no sólo resultan en manifestaciones físicas y psicológicas, sino que además traen problemas interpersonales que interfieren con las situaciones profesionales y familiares, con la seguridad de los pacientes y con el declive de las instituciones prestadoras de salud.

El médico anesthesiologo, por las características de la especialidad, el alto grado de responsabilidad, las extensas jornadas laborales, las constantes situaciones de estrés que requieren toma de decisiones rápidas, presenta riesgo de desarrollar el síndrome de *burnout* [11, 14-17].

La residencia, por su parte, es una etapa en la que el médico en formación asume nuevas y grandes responsabilidades a nivel laboral y personal haciéndolo particularmente susceptible.

No se dispone de datos nacionales sobre la prevalencia del síndrome de *burnout* en residentes de anestesiología en Uruguay. Asimismo, existen muy pocos estudios sobre este síndrome en residentes de anestesiología a nivel mundial [16, 17].

El objetivo de este trabajo fue determinar, en los médicos residentes del Departamento y Cátedra de Anestesiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (Montevideo, Uruguay), la prevalencia del síndrome de *burnout*, y estudiar su asociación con los factores de riesgo conocidos, de manera de obtener la información necesaria que nos permita, en caso de ser necesario, buscar herramientas para afrontar este problema sanitario y sus consecuencias.

Materiales y métodos

Se trató de un estudio descriptivo, observacional y de carácter transversal realizado en residentes pertenecientes al Departamento y Cátedra de Anestesiología del Hospital de Clínicas, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de la

República. Se incluyeron a todos los residentes de primer hasta cuarto año que aceptaron participar (n=58). Los datos fueron recolectados entre febrero y marzo del 2013.

Se utilizó una encuesta de información general donde se recolectaron datos sociodemográficos y organizacionales como edad, lugar de residencia, sexo, estado civil, número de hijos, cargo, número de empleos, lugar de trabajo, horas de trabajo semanal, guardias de 24 y 12 horas, descanso semanal y anual y año en curso de la residencia.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas.

Para detectar la presencia de síndrome de *burnout* se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) el cual es un instrumento que consta de 22 ítems, que se valora con una escala de tipo Likert, en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. El sujeto valora, mediante un rango de 6 adverbios que van de “nunca” a “diariamente”, con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. La factorización de los 22 ítems arroja, en la mayoría de los trabajos, tres factores que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI.

La subescala de “agotamiento emocional” es evaluada por 9 preguntas que refieren la disminución o pérdida de recursos emocionales o describen sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo. Corresponde a los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome. La puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de *burnout* experimentado por el sujeto (se considera alto agotamiento emocional cuando la puntuación es mayor a 27) [4].

La subescala de “despersonalización” es evaluada por 5 ítems que describen una respuesta fría e impersonal y falta de sentimientos e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención, son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22 del MBI. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30 y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de

burnout experimentado por el sujeto (se considera alta despersonalización cuando la puntuación es mayor a 10).

Finalmente, la subescala de “realización personal” en el trabajo es evaluada con 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Los ítems correspondientes a la realización personal son los 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 del MBI. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de *burnout*. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal, más afectado está el sujeto (se considera baja realización personal cuando la puntuación es menor a 34 puntos).

Los resultados de la aplicación del MBI a la población estudiada permiten clasificar a los sujetos por encima del percentil 75 en la categoría de nivel “alto” de *burnout*, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría “medio” y por debajo del percentil 25 en la categoría “bajo”.

Por lo tanto realizamos diagnóstico de *burnout* cuando el sujeto experimenta alto agotamiento personal, baja realización personal y alta despersonalización.

Se consideró como forma completa del síndrome de *burnout* a la presencia concomitante de una puntuación mayor a 27 puntos en la dimensión de “agotamiento emocional”, mayor a 10 puntos en la dimensión de “despersonalización” y menor de 34 puntos en la dimensión de “realización personal”.

A los participantes se les dio a conocer el objetivo del trabajo y de cada uno se obtuvo el consentimiento informado. Las encuestas fueron anónimas y autoadministradas.

El software utilizado para el análisis estadístico fue el SPSS v.17.0, presentándose tablas y gráficos de frecuencias para la descripción de variables cualitativas. En el caso de variables continuas se presentan medidas de resumen. Se muestran gráficos de dispersión y percentiles para las escalas valoradas. Se calcula medida de prevalencia como total de casos en el total de personas en riesgo. En la búsqueda de asociación entre variables cualitativas se utilizó test de chi cuadrado o exacto de Fisher, según necesidad del test. En los casos en que se demostró una asociación estadística entre variables cualitativas, se calculó el *odds ratio* (OR) con su correspondiente IC al 95%. Para establecer

diferencias estadísticamente significativas para variables continuas se utilizó test t de Student para muestras independientes. En todos los casos se fijó como nivel de significación un alfa igual a 0,05.

Resultados

De un total de 89 residentes, 58 aceptaron participar en el estudio.

El 55.2% (32) de los residentes estudiados se encontraba en el rango de edad que va de 30 a 35 años, proporcionalmente le sigue el grupo de hasta 30 años con el 41.4% (24), siendo solo el 3.4% (2) mayores de 35 años.

El 96.6% (56) reside en áreas metropolitanas (Montevideo, Pando, Las Piedras, Ciudad de la Costa), siendo la Región Norte (Rivera, Tacuarembó) y la Región Centro-Sur (Durazno, Flores, Florida, San José, Canelones) lugar de residencia del 1.7% cada una (1 residente habitando en cada una de esas zonas).

El 55.2% (32) de los encuestados fue de sexo femenino, existiendo una razón de 1.2 mujeres/hombre.

En la tabla 1 se muestra la situación o estado conyugal de los residentes encuestados. De éstos, ninguno era separado/a, divorciado/a o viudo/a.

En la tabla 3 se muestra la distribución de los residentes encuestados según el año de la residencia que cursaban. No se dispone de información para un encuestado, quedando para el análisis un total de 57.

Se puede observar en este caso que la mayoría de los encuestados (66.7%) cursaba los primeros años de la residencia.

En cuanto al número total de horas trabajadas por semana, se observa que el 87.9% (51) trabajaba entre 48 y 96 horas/semana (Tabla 4).

El 91.4% (53) de los residentes realizaba guardias de 24 horas continuas. De éstos, 33 realizaban 1 guardia de 24 horas continuas/semana. Todos las realizaban en forma presencial. Otros 12 residentes realizaban 2 guardias de 24 horas continuas/semana. De ellos, 9 las hacían en forma presencial. Los 8 restantes realizaban 3 o más guardias de 24 horas continuas/semana.

El 72.4% (42) de los encuestados trabajaba jornadas diarias (guardias) mayores de 12 horas, de los cuales 31 (73.8%) lo hacían con una frecuencia entre 2 a 4 veces por semana (Tabla 5).

| Estado conyugal | F. A. | F. Rel. % |
|-----------------|-------|-----------|
| En pareja | 24 | 41.4 |
| Unión libre | 11 | 19.0 |
| Casado/a | 13 | 22.4 |
| Soltero/a | 10 | 17.2 |
| Total | 58 | 100 |

Tabla 1. Estado conyugal. F.A.: Frecuencia Absoluta; F. Rel. %: Frecuencia Relativa en %.

| Número de hijos | F. A. | F. Rel. % |
|-----------------|-------|-----------|
| Sin hijos | 44 | 75.9 |
| 1 hijo | 9 | 15.5 |
| 2 hijos | 5 | 8.6 |
| Total | 58 | 100 |

Tabla 2. Número de hijos. F.A.: Frecuencia Absoluta; F. Rel. %: Frecuencia Relativa en %.

| Año de residencia | F. A. | F. Rel. % |
|-------------------|-------|-----------|
| R1 | 18 | 31.03 |
| R2 | 20 | 34.5 |
| R3 | 13 | 22.41 |
| R4 | 6 | 10.34 |
| s/d | 1 | 1.72 |
| Total | 58 | 100 |

Tabla 3. Año de residencia. F.A.: Frecuencia Absoluta; F. Rel. %: Frecuencia Relativa en %.

| Carga horaria semanal | F. A. | F. Rel. % |
|-----------------------|-------|-----------|
| 24 a 48 horas | 1 | 1.7 |
| 48 a 72 horas | 25 | 43.1 |
| 72 a 96 horas | 26 | 44.8 |
| + 96 horas | 6 | 10.3 |
| Total | 58 | 100 |

Tabla 4. Carga horaria semanal. F.A.: Frecuencia Absoluta; F. Rel. %: Frecuencia Relativa en %.

| Jornadas laborales (guardias) semanales mayor a 12 horas | F. A. | Porcentaje |
|--|-------|------------|
| 1 | 8 | 19.0 |
| 2 | 14 | 33.3 |
| 3 | 12 | 28.6 |
| 4 | 5 | 11.9 |
| 5 | 2 | 4.8 |
| 7 | 1 | 2.4 |
| Total | 42 | 100.0 |

Tabla 5. Guardias continuas mayores a 12 horas. F.A.: Frecuencia Absoluta.

| | F. A. | F. Rel. % |
|---------------|-------|-----------|
| 12 horas | 5 | 8,6 |
| 12 a 24 horas | 21 | 36,2 |
| 24 a 48 horas | 25 | 43,1 |
| + de 48 horas | 7 | 12,1 |
| Total | 58 | 100 |

Tabla 6. Descanso semanal. F.A.: Frecuencia Absoluta; F. Rel. %: Frecuencia Relativa en %.

En lo que se refiere al descanso semanal, la tabla 6 muestra la cantidad de horas en promedio que los residentes encuestados descansaban a la semana. Se destaca que 26 de ellos (44.8%) descansaban semanalmente menos de 24 horas.

En relación al descanso anual, el 41.4% (24) descansaba menos de 15 días/año. El restante 58.6% (34) descansaba de 15 a 30 días/año.

Agotamiento Emocional

De los 58 residentes encuestados mediante el MBI, la mediana de “agotamiento emocional” correspondió a 23 puntos con un mínimo y un máximo en 1 y 52 puntos respectivamente (Figura 1).

Si analizamos la subescala en tres niveles, bajo, medio y alto, puede observarse que la mayor proporción de residentes presentaba un nivel alto para “agotamiento emocional”, siendo este un 42.4% (24 residentes), 25.9% para el nivel medio (15) y un 32.8% (19), para un nivel bajo.

Despersonalización

De los 58 residentes encuestados con el MBI, la mediana de “despersonalización” correspondió a

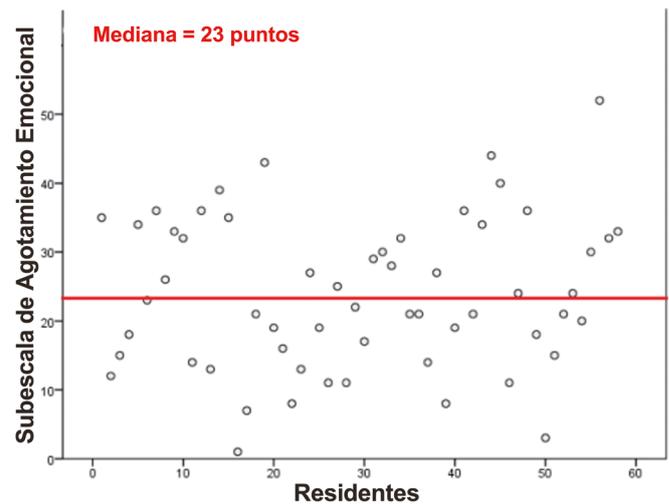


Figura 1. Diagrama de dispersión en la subescala de “agotamiento emocional”.

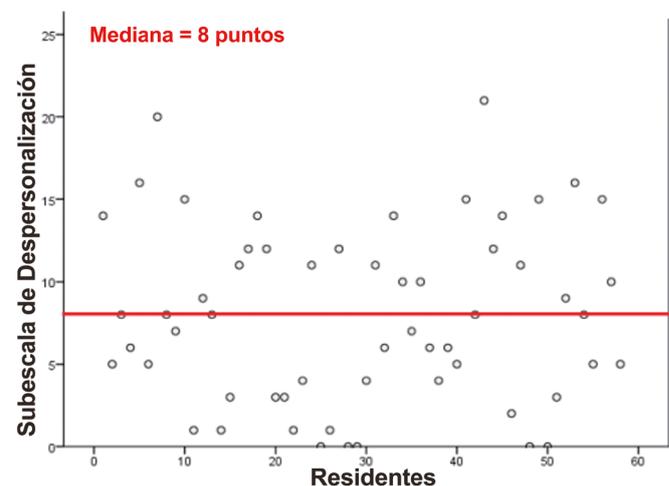


Figura 2: Diagrama de dispersión en la subescala de “despersonalización”.

8 puntos con un mínimo y un máximo en 0 y 21 puntos respectivamente (Figura 2).

Nuevamente, si analizamos la “despersonalización” en los tres niveles antes señalados, se encontró que la mayor proporción de residentes, 39.6% (23 residentes) presentaba un nivel alto de “despersonalización”, 22.4% (13) un nivel medio y 37.3% un nivel bajo.

Realización Personal

De los 58 residentes encuestados la mediana de “realización personal” correspondió a 31 puntos con un mínimo y un máximo en 17 y 48 puntos respectivamente (Figura 3).

Cohherentemente con lo que se ve en las otras dos subescalas, puede observarse que la mayor proporción de residentes presentaba un nivel bajo de “realización

personal”, siendo para éste 37.9% (22), 34.5% (20) para el nivel medio y 27.6% (16) para el nivel alto.

Utilizando el MBI en nuestra población en estudio observamos que todos los encuestados se ubicaron en los niveles medio y alto de *burnout*.

El 58.6% (34) se ubicaron entre los percentiles 25 y 75, mientras que el restante 41.4% (24) se ubicó por encima del percentil 75, en un nivel alto para el síndrome.

En la figura 4 se observa la dispersión observada en la muestra de residentes estudiada en los tres niveles de *burnout* arriba señalado.

Se observó que 10 residentes del total de los 58 encuestados presentaron el síndrome de *burnout* en su forma completa, esto es, presencia concomitante de puntuaciones altas de “agotamiento emocional” (más de 27 puntos), alta “despersonalización” (más de 10 puntos) y baja “realización personal” (menos de 34 puntos), lo que corresponde a una prevalencia de 17.2 %. Podemos decir que aproximadamente 2 por cada 10 residentes presentaba el síndrome de *burnout* en su forma completa.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de síndrome de *burnout* y la edad ($p=0.291$), sexo ($p=0.081$), estado conyugal ($p=0.922$), presencia de hijos a cargo ($p=0.121$), año de la residencia que cursa ($p=0.121$) número de horas de trabajo semanales (0.508), realización de guardias de 24 horas ($p=0.274$), jornadas laborales mayores o iguales a 12 horas diarias ($p=0.274$), horas de descanso semanal ($p=0.238$).

Sin embargo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre descansar menos de 15 días al año y la presencia de *burnout*, con un valor de $p=0.009$ y un valor de OR de 8 con un IC de 95% (1.5; 42.1). Asimismo existió una asociación estadística entre descansar menos de 15 días al año y presentar un nivel alto de *burnout* ($p=0.007$), habiéndose calculado un riesgo asociado de 4.6 (1.5; 14.2).

Al analizar por separado las tres dimensiones que componen el síndrome estudiadas mediante el MBI, también se observó que tanto el descanso semanal como anual tienen asociación estadísticamente significativa con los niveles de agotamiento emocional. Aquellos residentes que descansaban menos de 24 horas semanales presentaban mayor agotamiento emocional que aquellos que descansaban más de 24 horas ($p=0.041$). Asimismo

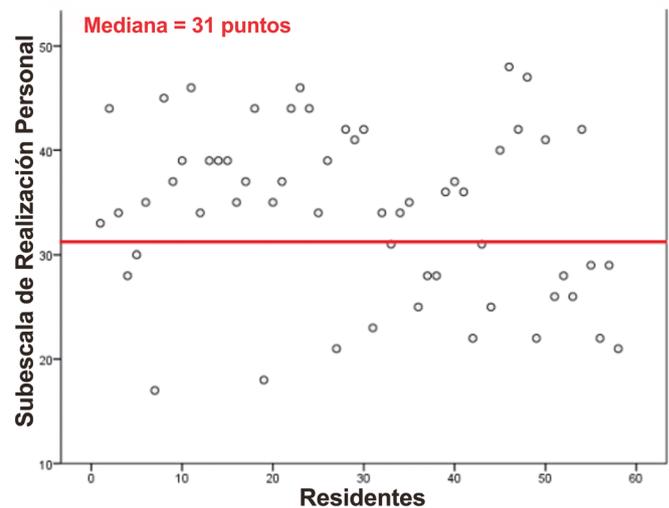


Figura 3. Diagrama de dispersión en la subescala de “realización personal”.

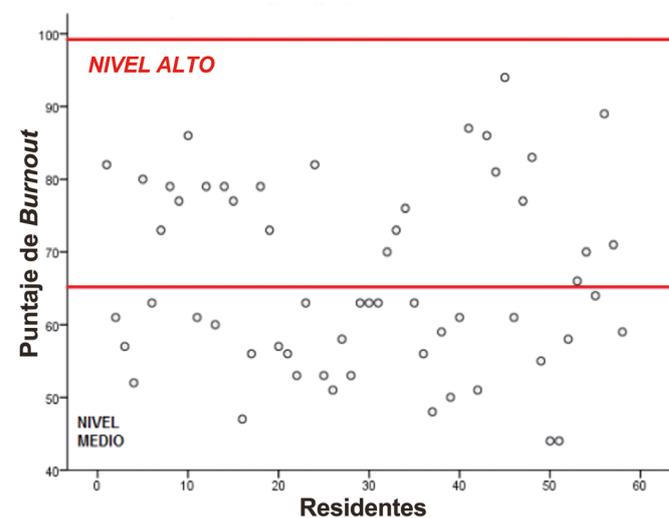


Figura 4. Diagrama de dispersión de los residentes en el puntaje total de *burnout* evaluado por el MBI.

aquellos que descansaban menos de 15 días al año tenían mayor agotamiento emocional ($p=0.001$).

Por último, también se encontró asociación estadísticamente significativa entre sexo femenino y presencia de agotamiento emocional ($p=0.044$).

Discusión

La presencia del síndrome de *burnout* en residentes de anestesiología del Uruguay, evaluado a través del el MBI, constituye un problema de salud laboral importante, teniendo en cuenta que nuestro estudio determinó una prevalencia del 17.2% o sea que aproximadamente 2 de cada 10 residentes encuestados presentaron el síndrome en su forma completa. Si bien con muestras pequeñas

es más probable obtener resultados falsamente negativos, el número de residentes que conformó la muestra de la investigación fue suficiente para inferir propiedades de la totalidad de la población.

Este estudio es el primer reporte en el medio uruguayo que analiza la prevalencia del síndrome de *burnout* en residentes de anestesiología.

Estos hallazgos son similares a los encontrados en la literatura en otras especialidades médicas, a nivel mundial, que varían entre 9 % y 24 % [5, 7, 9].

En anestesiología existen muy pocas publicaciones que aborden el tema del síndrome de *burnout*. Ayala y colaboradores [17] encontraron una prevalencia de 10 % en residentes y asistentes de anestesiología en el Hospital Nacional Daniel Carrión de Perú. Del mismo modo que en nuestro estudio, no encuentran asociación estadísticamente significativa con ninguno de los factores que se señalan en la literatura relacionados con la aparición del síndrome. Sin embargo, estos autores encuentran, asociación estadísticamente significativa entre la presencia de “agotamiento emocional” y el número de horas semanales de trabajo. Si bien en nuestro estudio no se encontró dicha asociación, fue posible sin embargo detectar asociación entre agotamiento emocional y horas de descanso semanal y anual. Podemos interpretar que en ambos estudios, de un modo u otro, la sobrecarga laboral aparece como factor significativo en la determinación del agotamiento emocional, aunque no pueda relacionarse directamente con la generación del síndrome. Este agotamiento emocional, si bien no constituye el síndrome en las tres dimensiones, pensamos que podría interpretarse como un “monitor” que traduce algunos aspectos sobre las condiciones laborales.

En un estudio sobre la prevalencia de síndrome de *burnout* y depresión, de Oliveira y colaboradores [16] encontraron en residentes de anestesiología una prevalencia de 23% de síndrome de *burnout* y 22% de depresión. Estos autores encuentran una asociación entre la aparición del síndrome y una carga horaria semanal mayor a 70 horas. También señalan que entre los residentes con síndrome de *burnout* se detectó un número mayor de errores en la administración de fármacos, lo que muestra como este síndrome afecta el rendimiento del trabajador que lo presenta, afectando la calidad y seguridad de los servicios que se prestan.

Al analizar factores como la edad, sexo, año de residencia, lugar de trabajo y carga horaria no se encontró una asociación estadísticamente significativa. A diferencia de lo que se ha investigado a nivel mundial se observó que el estar casado o en unión libre representa 3.4 veces más riesgo de presentar un nivel alto que si se está soltero pudiendo ese riesgo representar desde 1.1 a 10.6 veces más. La presencia de pareja estable, que a nivel mundial ha sido señalada como un factor protector, no fue encontrada protectora en Uruguay.

Del mismo modo, existen trabajos que indican al sexo femenino como de mayor riesgo de presentar el síndrome [17]. En nuestro trabajo no fue posible detectar esta asociación de un modo estadísticamente significativo, sin embargo se detectó asociación entre sexo femenino y la dimensión “agotamiento emocional”. Nuevamente, parecería que esta dimensión es un instrumento más sensible para detectar los efectos psico-afectivos del estrés crónico cuando se lo compara con el resultado global del MBI.

Surge de nuestro estudio que el descanso anual tiene un efecto protector, cuando éste es mayor a 15 días al año. Estos resultados podrían indicar la influencia del cansancio acumulado en el año en la determinación del “agotamiento emocional”, por lo que consideramos beneficioso cumplir con un tiempo de descanso anual. Otras recomendaciones acerca de las condiciones de trabajo no pueden darse en función de los hallazgos de este estudio, aunque evitar la sobrecarga laboral parece ser un mecanismo protector, al menos del agotamiento emocional y eventualmente del síndrome de *burnout*.

Conclusiones

Este estudio evidencia que el síndrome de *burnout* es una realidad en los médicos residentes de anestesiología. Confirmamos que la anestesiología es una profesión de riesgo donde la ansiedad y el agotamiento físico y psicológico se presentan frecuentemente.

Este trabajo también evidencia la importancia del descanso anual. Este descanso puede proteger la integridad psicofísica de los residentes. Los resultados reafirman la necesidad de crear estrategias de prevención que mejoren las condiciones de trabajo y calidad asistencial.

Agradecimientos

Se agradece particularmente a todos los residentes que aceptaron participar del estudio, por su colaboración.

A Anaulina Silveira, docente del Departamento de Métodos Cuantitativos Facultad de Medicina, por el análisis estadístico.

Al Prof. Dr. Fernando Tomasina, Decano de la Facultad de Medicina y Director del Departamento de Salud Ocupacional de Facultad de Medicina, por su asesoramiento técnico.

Referencias

- Guevara CA, Henao DP, Herrera JA. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colombia Médica*. 2004 ago; 35(4):173-8.
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach C, Jackson SE. MBI. Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA; 1997. Publicaciones de psicología aplicada. Serie menor; 211.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2(2):99-113.
- Maslach, C. Job burnout. New directions in research and intervention. *Curr Dir Psychol Sci*. 2003;12(5):189-92.
- Maslach, C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. 3a ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
- Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues*. 1974;30:159-65.
- Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard B. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *Med J Aust*. 2004 Oct 4;181(7):357-60.
- Barraza M A, Carrasco Soto R, Arreola Corral MG. Síndrome de Burnout; Un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango. *Investigación Educativa Universidad Pedagógica de Durango México*. 2007;(6):63-73. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2293010>
- Borda Pérez M, Navarro Lechuga E, Aun Aun E, Berdejo Pacheco H, Racedo Rolón K, Ruiz Sará J. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*. 2007 Jul;23(1):43-51.
- Duval Neto G F. Professional Wellbeing Work Party da WFSA: É Hora de Refletir e Agir em Relação à Saúde Ocupacional do Anestesiologista. *Rev Bras Anesthesiol*. 2011 Jul-Ago 61(4):393-6.
- Buzzetti Bravo MA. Validez del Maslach Burnout Inventory en dirigentes del Colegio de Profesores A.GdeChile. [Tesis][Internet]. Chile: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile; 2005 [citada 2014 oct 4] Disponible en: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/html/index-frames.html
- Ahola K, Pulkki-Råback L, Rossi H, Aromaa A, Lönnqvist J. Burnout and behavior-related health risk factors: results from the population-based Finnish Health 2000 Study. *J Occup Environ Med*. 2012 Jan;54(1):17-22. <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e31823ea9d9>.
- Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2003 Mar;90(3):333-7. <http://dx.doi.org/10.1093/bja/aeg058>.
- Hyman SA, Michaels DR, Berry JM, Schildcrout JS, Mercaldo ND, Weinger MB. Risk of burnout in perioperative clinicians: a survey study and literature review. *Anesthesiology*. 2011 Jan;114(1):194-204. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0b013e318201ce9a>
- Oliveira GS de, Ray C, Fitzgerald PC, Almeida MD, Santana Castro-Alves L, Ahmad S, Mc Carthy RJ. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg*. 2013 Jul;117(1):182-93.
- Ayala Cervantes A, De Gregori P, Yllatopa E. Síndrome de Burnout entre asistentes y residentes de anestesiología del Hospital Nacional Daniel Carrión, setiembre 2011. *Actas Perú Anesthesiol*. 2012 mar; 20(1):13-20.