



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

“DR. EDUARDO LICEAGA”

SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

**PREVALENCIA DE SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL O SÍNDROME DE BURNOUT EN
RESIDENTES, MEDICOS DE BASE Y ADSCRITOS DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL
GENEREAL DE MÉXICO**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA

PRESENTA:

ALDO BALANZARIO CUEVAS

ASESOR DE TESIS

DRA. YESHICA RESÉNDIZ ÁLVAREZ

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA

MÉXICO DF A 24 DE JULIO DEL 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Erasmo Francisco Javier Yáñez Cortes

Jefe de Servicio de Anestesiología

Hospital General de México

Dra. Yeshica Reséndiz Álvarez

Asesora de Tesis

Cardioanestesióloga Adscrita al Servicio de Anestesiología

Hospital General de México

Dr. Aldo Balanzario Cuevas

Médico Residente de Anestesiología

Hospital General de México

Agradecimientos:

A mis padres y hermano por su cariño, amor y apoyo incondicional

A mis profesores, por su labor desinteresada en mi formación

A mi asesora Dra. Yeshica Reséndiz, por demostrar que nunca es suficiente con los retos que nos pone la vida

Gracias a todos aquellos que forman parte importante en mi vida, que me motivan día con día, a ellos brindo esta tesis.

Contenido

| | |
|--|----|
| Antecedentes..... | 6 |
| Introducción | 6 |
| Desarrollo histórico del Síndrome de Burnout | 8 |
| Profesiones con Síndrome de Burnout | 10 |
| Definición del Síndrome de Burnout..... | 11 |
| Agotamiento Emocional | 12 |
| Despersonalización | 12 |
| Realización Personal..... | 13 |
| Factores de riesgo de desarrollar el Síndrome de Burnout..... | 14 |
| Factores de riesgo del cargo y rol a desempeñar | 14 |
| Factores de riesgo de la organización | 14 |
| Factores de riesgo de aspectos personales | 15 |
| Criterios Diagnostico e Instrumentos de medición..... | 16 |
| TABLA 1..... | 16 |
| El Síndrome de Burnout en el ámbito médico y Anestesiología..... | 18 |
| Planteamiento del Problema..... | 22 |
| Justificación | 23 |
| Pregunta de Investigación | 24 |
| Objetivo General del Estudio..... | 24 |
| Objetivos específicos del estudio..... | 24 |
| Hipótesis..... | 24 |
| Materiales y Métodos | 25 |
| Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación | 25 |

| | |
|---|----|
| Variables..... | 26 |
| Procedimiento | 27 |
| Análisis estadístico..... | 27 |
| Cronograma de Actividades | 28 |
| Aspectos éticos y de Bioseguridad..... | 29 |
| Relevancia y expectativas..... | 30 |
| Recursos disponibles..... | 30 |
| Resultados | 31 |
| Estadística Descriptiva..... | 31 |
| Estadística Analítica..... | 37 |
| Análisis de igualdad en el riesgo de burnout entre médicos adscritos y residentes | 40 |
| Análisis estratificado | 41 |
| Discusión | 42 |
| Anexo | |
| 1..... | 43 |
| Anexo | |
| 2..... | 44 |
| Bibliografía | 46 |

Antecedentes

Introducción

A nivel mundial en el último periodo de 20 años se han caracterizado por un ritmo de vida cambiante y acelerado, con un incremento pronunciado de las exigencias laborales, esto motivado por los requerimientos de la economía y demandas de la sociedad en general y de la estructura de trabajo de instituciones de salud, las personas y profesionales de la salud insertos en este sistema se ven obligados a satisfacer dichas demandas y a adaptarse a las nuevas condiciones, sin considerar factores de hostigamiento y excesivas o acumuladas jornadas laborales.

No obstante, se ha observado que, a un mediano y largo plazo, hay consecuencias que afectan la salud y calidad de vida del personal que trabajan y que se desenvuelven en este ambiente, en específico de la especialidad de Anestesiología.

El trabajo es un derecho fundamental de las personas y es esencial que en su ejercicio se provea de todas las condiciones necesarias para lograr el bienestar de quienes lo desempeñan, vía para sustentar la vida y satisfacer las necesidades básicas de cada elemento, pero es también la actividad mediante la cual las personas afirman su propia identidad, consigo misma como ante quienes les rodean, siendo crucial para el ejercicio de opciones personales, para el bienestar de la familia y para la estabilidad de la sociedad a la cual pertenece (1, 2).

La Organización Internacional del trabajo (OIT) en su declaración del 2004 define el concepto de “trabajo decente” como el trabajo productivo en el cual los derechos son respetados, con seguridad, protección y con la posibilidad de participación en las decisiones que los afecta como empleados, detallando que el déficit de trabajo decente en América Latina región a la cual pertenecemos es del 50%. (2)

Las condiciones laborales deficientes para el personal de salud y en específico para el anestesiólogo o residentes (NOM 001-SSA3-2012, NOM 006-SSA3-2011, NOM 234-SSA1-2003) son una amenaza para el y su persona, dado que entonces no están con la seguridad y protección necesarias, provocando enfermedades o accidentes asociadas a su desempeño en su persona o en los pacientes atendidos. Así mismo, el no permitir que tengan injerencia y algún nivel de control sobre su trabajo, influye en el aumento del nivel de tensión psicológica del profesional.

En particular una de las menos consideradas son aquellas asociadas al estrés. De acuerdo con la European Foundation, las llamadas “enfermedades de la productividad” asociadas al estrés, constituyeron el 50% de las licencias médicas. Se estima que las enfermedades relacionadas con el estrés le cuestan a Estados Unidos 200 millones de dólares y Canadá 20 millones de dólares, (European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)). El Instituto Federal Americano de la Salud en el Trabajo estima que en el futuro, el estrés será la primera causa responsable de las enfermedades profesionales (3).

Entre las enfermedades profesionales asociadas al estrés, es posible distinguir un síndrome con características particulares, llamado “Burnout” (BO) o Síndrome de Quemarse por el Trabajo o Quedar Consumido (4, 5, 7). Este se tiende a presentar mayormente en aquellos profesionales que prestan servicio directo a personas, tales el caso del profesional médico y especialista médico, como lo es la Anestesiología, se reporta que los más vulnerables a padecer el síndrome son aquellos profesionales que se caracterizan por un buen desempeño, son comprometidos con su trabajo y tienen expectativas altas sobre las metas que se proponen y se incrementa el riesgo del padecimiento cuando el resultado de su trabajo no cumple sus expectativas, exponiéndose a un nivel incrementado de estrés y de esto volverse crónico, finalmente se termina deteriorando su capacidad para lograr desempeñarse adecuadamente y las condiciones son óptimas para el desarrollo del Burnout (8).

La mayor parte de las investigaciones hechas sobre el tema han utilizado como instrumento de medición el Maslach Burnout Inventor (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson 1981 (10). Este instrumento asume que el Burnout es un constructo compuesto por tres dimensiones, llamadas Agotamiento Emocional, Despersonalización o Cinismo y Realización Personal.

El origen de éste es atribuido principalmente a la sobrecarga laboral, y al hecho de ser blanco recurrente de demanda por parte del personal quirúrgico, paramédico, docente (residentes), médicos de base, directivos y familiares de pacientes. Esto llevaría a residentes o médicos de base a mostrarse irritables e intolerantes, lo que produce deterioro de la relación interpersonal y académica.

Este tipo de investigaciones tienen como objetivo aportar evidencia de validez de constructo para el MBI, entregar valores de consistencia interna y análisis de las dimensiones del cuestionario, ajustados a las características particulares de los profesionales que estudian. Así mismo, el fortalecer la conceptualización del síndrome de Burnout. Los resultados que aportan los trabajos descritos son relevantes para mejorar el entendimiento del síndrome y hacer un diagnóstico más adecuado y de esta forma responder a la necesidad planteada por diversos autores, que insisten en que se estudie con más profundidad el síndrome y las formas de evaluarlo, para que a futuro pueda incluirse como una categoría clínica de diagnóstico que permita tomar acciones de prevención (9, 11, 12).

Es así como el objetivo de esta investigación es el obtener evidencias de validez de constructo (factorial) con el Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de médicos residentes de los 3 años del curso universitario de anestesiología y médicos de base y adscritos al servicio de anestesiología del Hospital General de México OD.G., lo que se lleva a cabo a través de un estudio, de tipo descriptivo, correlacionar, no experimental y transversal.

Desarrollo histórico del Síndrome de Burnout

El ritmo de vida acelerado, las múltiples y altas exigencias del trabajo en conjunto con la lucha por mantenerlo en la economía actual, facilitan el desarrollo de trastornos físicos y psicológicos en las personas. Diversos sectores se han conjuntado para el desarrollo de este fenómeno y en el ámbito académico muchos investigadores han dedicado esfuerzos por conocer la razón del aumento de la prevalencia de dichos trastornos y en particular estudiar aquellos de índole psicológico que se originan del estrés laboral, dada su frecuencia y alto costo para las personas y organizaciones. En este contexto se ha observado que el "Síndrome de Burnout" o BO por sus siglas en inglés y traducido al español literalmente como quedar quemado o consumido, es uno de los trastornos psicológicos más virulentos en las organizaciones con y sin fines de lucro (7, 10).

El Síndrome de Burnout El BO es un concepto construido inicialmente desde el sentido común, siendo descrito para los profesionales que prestan servicios de atención personalizada en resolución de sus problemas, en los cuales se describió referir que los dejaban exhaustos y en los directivos percibían el deterioro de la calidad del servicio.

En un inicio la observación del síndrome de Burnout, cobro relevante importancia cuando académicos de hicieron cargo, de la necesidad de investigación y buscar mecanismo de apoyo y prevención (10), Gracias a esto se fue señalando con mayor claridad como en muchos países existía la tendencia a un creciente deterioro de la salud mental de las personas que trabajan en diversos tipos de organizaciones y empresas que prestan servicios (12).

Las primeras conceptualizaciones formales fueron realizadas hace aproximadamente 44 años por H. Freudenberger (8) basado en su propia experiencia con voluntarios que trabajaban con él en una clínica de toxicómanos. Estos voluntarios, a pesar de su compromiso, presentaban síntomas de depresión, con una progresiva pérdida de energía y motivación por su trabajo. Para denominar este fenómeno, el autor utilizó el término de "Burnout" para explicar el proceso de deterioro de la calidad de los cuidados profesionales que se entregaban a los usuarios del servicio (7) y para describir un síndrome particular, asociado a un grupo de estresores relacionados con las tensiones de origen social e interpersonal (7,15).

Cordes y Dougherty (1993) hacen una revisión sobre el tema y plantean que durante la primera fase de la investigación (período comprendido entre 1970 y 1980) las definiciones del Síndrome de Burnout se podían clasificar en 5 tipos de conceptos los cuales se enlistan:

- Fracasar, gastarse, quedar exhausto
- Pérdida de la creatividad
- Pérdida del compromiso con el trabajo
- Distanciamiento de los clientes, compañeros de trabajo y de la organización en que se trabaja
- Respuestas crónicas al estrés

La popularización del concepto así como su desarrollo y descripción se acredita a Cristina Maslach, quien a partir de 1977 lo conceptualiza, en primera instancia, como una respuesta a un estrés emocional crónico, caracterizado por síntomas de agotamiento psicológico, actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de desarrollar en el trabajo. También se le consideró como un tipo de “fatiga de compasión” dado que se le asociaba con las responsabilidades relacionadas con la asistencia a personas (8, 14).

Posteriormente, Maslach y Leiter (1997) describen el síndrome como “la erosión del alma”, en el sentido que representa un desajuste entre lo que la persona es y quiere ser, con lo que realmente está realizando. Esta devaluación aparente afectaría los valores, la dignidad y el espíritu de la persona, situación de la que resulta difícil su recuperación, en especial si no se cuenta con apoyo en su entorno personal y laboral.

La investigación de tipo más empírica sobre el síndrome de Burnout también fue iniciada por Maslach y Jackson a partir de 1980, cuando estudiaban la activación de la emoción producto de relaciones interpersonales, y cómo las personas se adaptaban a ello. Para esto, realizaron entrevistas con profesionales que podían tener más probabilidad de sufrir esta activación, por lo que se seleccionaron aquellos que trabajaran en cargos dedicados al servicio y asistencia a personas con problemas, concluyendo que el estrés asociado a esta activación efectivamente podía tener repercusiones dañinas y debilitantes para los profesionales involucrados y la organización o dependencia en la cual laboran (8, 14).

Profesiones con Síndrome de Burnout

En base a los resultados obtenidos por Maslach y Jackson, en un inicio de las investigaciones se limitó el estudio del síndrome a profesiones relacionadas con el servicio y asistencia a los problemas de los clientes, y por ello la mayor parte de las investigaciones iniciales entendían al padecimiento como una enfermedad exclusiva de este tipo de actividad (14). Actualmente se pretende en recientes investigaciones abrir este campo y tratar de eliminar el sesgo, ya que en las observaciones de Maslach describen que de igual forma puede desarrollarse el síndrome en profesiones en cuyo trabajo no conlleve necesariamente el contacto directo con las personas por

tal motivo dentro de las poblaciones de mayor estudio actualmente y de mayor vulnerabilidad el Síndrome de Burnout son aquellas relacionada con la atención en salud, ya que comparten características comunes tales como ser profesiones extremadamente demandantes, donde se mantiene un intenso contacto con personas y la organización brinda inadecuado o escaso apoyo real a su labor, además de un margen de error casi nulo (8, 14). La interrelación desarrollada por el personal de salud se caracteriza por la necesidad de un alto compromiso personal y laboral y por ello quedarían expuestos a ver defraudadas sus expectativas. Además, si en las relaciones que se establecen en ambientes laborales hay prácticas nocivas como son el mobbing o acoso psicológico y en los que se propicie situaciones de estrés o estrés derivado desde la misma estructura de la organización, es altamente probable que se presente el síndrome (17,16). Otro elemento contemplado es la sobrecarga de trabajo y demandada que están en conflicto, hay investigaciones que señalan que el profesional ante esta exposición se desarrolla agotamiento emocional, cognitivo y físico desencadenado en la presentación del síndrome (21).

Definición del Síndrome de Burnout

Conforme el avance de investigaciones e integración así como expansión del estudio de las poblaciones expuestas y que desarrollan el Síndrome de Burnout se detalla con mayor claridad y delimita las características del síndrome de Burnout. Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) a través de sus análisis de investigación han desarrollado conceptos que definen cinco elementos comunes al síndrome los son presencia de síntomas disfóricos tales como fatiga emocional, conductual y depresión, énfasis en síntomas mentales o conductuales, síndrome que sólo aparece en contextos de trabajo, se presenta en personas normales aparentemente que no han sufrido antes de psicopatologías y desempeño del trabajo deficiente por actitudes y conductas negativas.

Maslach lo define presentarse como producto del estrés y que tendería a no aparecer de forma instantánea, sino que respondería a un proceso continuo (8). Hoy en día un concepto más refinado del Síndrome de Burnout, se deriva del análisis factorial de los resultados que obtuvieron Maslach y Jackson, por medio de la amplia aplicación en distintas muestras del instrumento denominado como el Maslach Burnout Inventory plasmado en los trabajos de Alderete, Cordes y Peiro (5,14, 16). “El cual se define como un síndrome psicológico que se debe a un estresor interpersonal,

que aparece en el contexto laboral y que se le describe como un constructo trifactorial”, estos factores son el “Agotamiento Emocional”, conductas de “Despersonalización o Cinismo” hacia las personas que el profesional atiende y una sensación de ineffectividad o falta de “Realización Personal” (8).

Agotamiento Emocional

Se define como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Puede darse en conjunto con sentimientos de frustración y tensión, en la medida que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo (14).

Según Maslach y Leiter las personas se sentirían desgastadas e incapaces de recuperarse. Cuando despiertan en las mañanas carecen de la energía para enfrentarse a nuevos proyectos, sintiéndose como si no hubieran dormido en absoluto. Este cuadro sería la primera reacción a las demandas estresantes del trabajo.

La dimensión de Agotamiento Emocional se caracteriza por dejar a las personas sin recursos ni energías y con la sensación de que no puede ofrecer nada más, manifestando síntomas físicos y emocionales. Aparecen manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y cansancio que no se recuperan con el descanso (8, 14, 19).

Despersonalización

Despersonalización es el desarrollo de actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas que se atiende y a los colegas en el trabajo, produciendo conflictos interpersonales y aislamiento, estilo del trato despersonalizado a las personas, etiquetar o prejuzgar y descalificar, como un intento de evitar cualquier acercamiento que sea desgastante (8, 14, 19).

Esto se impone como una estrategia del profesional afectado de establecer distancia entre sí misma y al que recibe el servicio por medio de ignorar activamente las cualidades y necesidades que distinguen a cada persona, se refiere al término descrito por Gil-Monte y Peiró (1999), “deshumanización del individuo”, éste se torna cínico en cuanto a sus sentimientos, hacia los pacientes, compañeros de trabajo y la organización, comenzando a tratar a las personas como objetos.

Este elemento de síndrome de Burnout también catalogado como “cinismo” es un mecanismo que permite reducir al mínimo las emociones potencialmente intensas que podrían interferir con el funcionamiento en situaciones de la crisis señalándose que pueden ser apropiados y necesarios para el funcionamiento eficaz en algunas ocupaciones niveles moderados de distanciamiento hacia los pacientes, a diferencia del distanciamiento disfuncional y extremo que ocurre con el síndrome. Se inicia con la implementación de actitudes rígidas y burocráticas (seguidas estrictamente bajo normas o reglas), aunque no aporte a la solución del problema, de modo que evitan involucrarse, este factor hace énfasis en la necesidad de la empatía en las profesiones de ayuda y servicio a personas(17).

Realización Personal

Referido a la sensación de que no se están obteniendo logros de su trabajo, autocalificándose negativamente, aludiendo a dificultades del desempeño (8, 14, 19), se describe la tendencia a auto evaluarse negativamente, declinando el sentimiento de competencia en el trabajo.

El profesional percibe que no se desempeña tan bien como lo hacían en un comienzo, presenta constante sensación de falta de progreso y la persona se siente inefectiva, sentimiento de inadecuación de insuficiencia y bajas autoestimas, y cada nuevo proyecto es sentido como abrumador (20).

En cuanto a la definición de sus dimensiones Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) plantean que:

- El componente de estar Agotado Emocionalmente representa la dimensión básica e individual del estrés en el síndrome de Burnout.
- El componente de Despersonalización o Cinismo representa la dimensión del contexto interpersonal del síndrome de Burnout.
- El componente de Realización Personal en el trabajo se refiere a la dimensión de auto evaluación del síndrome de Burnout.

Factores de riesgo de desarrollar el Síndrome de Burnout

Se clasifica en tres factores siendo estos por el riesgo relacionado con las características del cargo y rol a desempeñar por el profesional, factores de riesgo relacionados por la organización del entorno y factores relacionados con el desarrollo personal.

Factores de riesgo del cargo y rol a desempeñar

Las características del cargo y el rol que cumple el paciente en la interacción, junto con las expectativas que tiene el profesional, se establecen cuando se presta un servicio, inciden en el nivel del Síndrome de Burnout, en este rubro de factores se plasman las expectativas de la relación y el cumplimiento de las mismas entre el paciente y el profesional responsable,

En los profesionales que cursan con Síndrome de Burnout no existe retroalimentación, de su jefatura como del paciente, y en caso de existir es negativa, tornando la relación agresiva, pasiva, dependiente o a la defensiva. Otro elemento de riesgo es la responsabilidad añadida de creer que el profesional es el único responsable de asegurar el bienestar que lo hace proclive a desarrollo del padecimiento.

Finalmente, cuando los profesionales prestan servicios y cumplen con un rol que tiene sobrecarga de responsabilidades, experimentan sensación de que no son buenos para finalizarlo, o que no son lo suficientemente rápidos para terminar las tareas, estando en riesgo de presentar Agotamiento Emocional y conductas de Despersonalización (14, 16).

Factores de riesgo de la organización

Se presenta o incrementa el riesgo dentro de organizaciones con un clima poco satisfactorio para las personas que la integran en la forma en que está definido o distribuido el trabajo y las posibilidades de llevarlo a cabo son difíciles (18), del mismo modo influye la forma de administrar los incentivos y castigos dentro de la organización. En este caso, lo que genera el síndrome, son las políticas organizacionales que no incentivan el esfuerzo realizado o cuando sólo hay castigos (14).

El ambiente de trabajo tiende a culpar al trabajador como responsable de su padecimiento y se le emplaza a buscar soluciones personales, como ir a terapia o a cambiar de trabajo, agravando el

cuadro cuando el profesional comparte la visión, asumiendo la vivencia en términos personales (14).

Se describen factores protectores en el ámbito de la organización los cuales son, políticas explícitas de reconocimiento por un trabajo realizado, producción y de administración de recursos humanos, valoración al trabajador como individuo, y una administración cuyas acciones y decisiones son coherentes con la declaración de valores organizacionales (18).

Factores de riesgo de aspectos personales

Es de los factores con mayor controversia en investigadores y la psicología organizacional en la cual se procura atribuir dicho trastorno a aspectos personales del profesional, por tal motivo muchas de las acciones de prevención de encaminan a la rehabilitación del individuo en vez de hacer cambios organizacionales, que representa menores costos, con consecuencias a postergar cambios importantes que inciden en la salud de todos sus miembros, que derivaría en beneficios a largo plazo (10).

El tipo y mecanismos de respuesta a la organización son diferente en los profesionales debido a cualidades personales como estilo de la personalidad y la atribución, que determina que tanto se facilita su ajuste con el ambiente, entre las características contempladas se encuentran el género, la edad y el apoyo social percibido. El modelo de Kobasa (1982, citado en Moreno, et al, 2000) señala que las personalidades resistentes a este tipo de síndromes se caracterizan por ser:

- Personas comprometidas, que tienen la tendencia a implicarse en diversas actividades e identificarse con el significado de su trabajo, capaces de reconocer sus logros personales y se hacen cargo de sus propias decisiones y valores. En general tienen la expectativa de que serán exitosos en lo que emprendan.
- Personas que perciben control sobre su ambiente y acontecimientos, de modo que sienten que pueden manejar los estímulos en su propio beneficio
- Personas que perciban el cambio como una oportunidad para mejorar y no como una situación de amenaza.

En base a lo expuesto es posible afirmar que el Síndrome de Burnout sólo se puede entender como el resultado de la interacción entre las variables de personalidad y las variables del ambiente,

dado que ninguna ha sido claramente identificada como un factor de riesgo único (Moreno et al, 2000).

Criterios Diagnóstico e Instrumentos de medición

El instrumento de medición actual y validado en muchos estudios es el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) el cual se tradujo a la lengua castellana por el Dr. José Carlos Mingote Adán, de la Universidad Complutense de Madrid, el cual se compone de 22 preguntas redactadas en afirmación que cuestionan los sentimientos y actitudes del profesional de frente a su trabajo, valorando de este modo tres elementos fundamentales del Síndrome de Burnout, (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), las cuales poseen valores de fiabilidad (alfa de Cronbach), siendo el agotamiento de .9, la despersonalización de .79 y realización personal .71. (10, 22)

El cuestionario tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, pretendiendo la medición de la frecuencia y gravedad del padecimiento, correlacionando con la interpretación y puntuaciones se consideran bajas las que están por debajo de 34 puntos totales, y como criterio diagnóstico en base al resultado de la aplicación del cuestionario se debe cumplir con altas puntuaciones en el rubro de cansancio emocional y despersonalización, y bajas en el rubro de realización personal. (8,10)(Tabla 1)

TABLA 1

EVALUACION DEL CUESTIONARIO DE MASLACH EN EL SECTOR SANITARIO.

| | <i>BAJO</i> | <i>MEDIO</i> | <i>ALTO</i> |
|----------------------|-------------|--------------|-------------|
| Cansancio emocional | ≤ 18 | 19 – 26 | ≥ 27 |
| Despersonalización | ≤ 5 | 6 – 9 | ≥ 10 |
| Realización personal | ≥ 40 | 34 – 39 | ≤ 33 |

- Cansancio emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54

- Despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
- Realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La distribución de las afirmaciones, dependiendo de parámetro a evaluar es la siguiente:

Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

La escala de medición es según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

El Síndrome de Burnout en el ámbito médico y Anestesiología

Como se mencionó anteriormente los profesionales con mayor riesgo de padecer el Síndrome de Burnout es el médico, al contar con una personalidad caracterizada por sentirse y percibir la responsabilidad final del desenlace de la salud de un paciente, por su formación académica y por el clima de omnipotencia que desarrolla, el desenlace de la muerte se convierte en un evento difícil de aceptar. (23) Por este motivo en series de estudios descritas en la población de médicos la frecuencia de Síndrome de Burnout descrita llega a ser hasta de 20-60%, no existiendo especialidad o área de la medicina exenta de presentarse, el cambio en la prevalencia depende de las condiciones de trabajo y la especialidad estudiada, siendo las de mayor porcentaje de orden decreciente Anestesiología, Cirugía General, Medicina Crítica, Urgencias médico-quirúrgicas. (22, 25).

La especialidad de Anestesiología es una de las profesiones donde se hace presente la ansiedad y el estrés con frecuencia, y el riesgo que ocurra se presenta en cada evento anestésico que desempeñe, y tiene relevancia el número de turnos laborales tenga el profesional, inadecuado descanso físico, inestabilidad laboral y social, tanto la Organización Internacional del Trabajo (OTI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1984 determinaron que los factores psicosociales relacionados con el trabajo contribuyen a dañar la salud, en el área psicológica y de comportamiento somático de los profesionales de la salud. (24)

La Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA) en 1975 crea la comisión permanente de riesgos profesionales, donde se clasifican los riesgos profesionales a los que se expone el médico anestesiólogo latinoamericano, agrupados en relación a agentes o situaciones causales en las que ésta expuesto su ejercicio profesional, incluyendo al síndrome de Burnout el cual añaden el rubro de riesgos vinculados a la naturaleza del trabajo.

En base a la clasificación realizada por la (CLASA), ante la necesidad en Latinoamérica de no existir regulaciones específicas para el especialista de anestesia o residente, de acuerdo a las horas laborales y descanso los clasifica en 3 grupos de riesgo en bajo, significativo o alto riesgo profesional,

1. Riesgo bajo, se considera si trabaja menos de 50 hrs semanales , 10 horas consecutivas trabajadas al día, no realiza turnos nocturnos, ni extensión del turnos en la noche, y disponen de 10 horas de descanso entre turnos de trabajo, 2 días libres de trabajo por semana.
2. Riesgo significativo, se puede considerar en este rubro cuando se trabaja entre 50 a 70 horas por semana, 14 horas consecutivas al día, 1 o 2 turnos nocturnos por semanas, si se tiene extensión de turnos en la noche, menos de 10 horas de descanso entre periodos de trabajo, y un día libre a la semana, con experiencia laboral menor a 5 años.
3. Riesgo alto, se le considera cuando se trabaja 70 o más horas a la semana, 14 o más horas consecutivas al menos 2 veces por semana, trabaja 3 turnos nocturnos por semana, tiene extensión nocturna del turno y no tiene días libres, con una experiencia laboral mayor a los 5 años. (23, 25)

Ante la clasificación realizada por este organismo regulador de la especialidad la mayor incidencia de aparición y padecimiento del Síndrome de Burnout se manifestaría en médicos de base y adscritos al servicio de Anestesiología, al contar con jornadas laborales acumuladas a la semana tanto en el Hospital General de México como otras instituciones públicas o privadas, que acumulan el número de horas sugerido o turnos nocturnos, que incrementen el riesgo de padecer el síndrome de Burnout, considerando además los años laborales ligados a la especialidad.

En el Hospital General de México OD se han realizado estudios relacionados, uno del (2007) concluye “ de acuerdo a los datos obtenidos en la relación de las puntuaciones en el MBI con las características sociodemográficas de los sujetos , no se encuentran datos de síndrome de Burnout en la población en general, sin embargo al realizar el estudio de variables por separado, se encontraron datos de cansancio emocional y despersonalización en la población menor de 37 años, con menos de 10 años de experiencia, con una mayor afectación a hacia el sexo femenino, sin relación en el número de procedimiento u horas trabajadas” (Garduño Juárez, María) y (2007) “ existe una relación entre el número de horas trabajadas y el nivel de síndrome de Burnout, con un nivel alto con respecto al cansancio emocional y realización personal y bajo en despersonalización”. (LópezLeón, Nora)

De los estudios más grandes de investigación de síndrome de Burnout en anestesiología es el realizado por Nyssen y Hansen, en donde se hace énfasis de la presencia del concepto de estrés en cuatro diferentes maneras, como estímulo, como respuesta, como percepción y una transacción, siendo la presencia de este último que representa un mayor problema dentro de la profesión, el estudio se realiza en el 2003, donde las principales fuentes de estrés en los anestesiólogos fueron la pérdida de control sobre el tiempo de trabajo, sobre sus planes de trabajo y los riesgos ocupacionales, entre los resultados obtenidos reportaron un alto grado de compromiso laboral y de satisfacción con su trabajo, sin embargo el 40.4% del personal estudiado manifestó la presencia de Síndrome de desgaste, con mayor prevalencia en profesionales jóvenes menores de 30 años, aun en entrenamiento. (25, 26, 28).

La alta incidencia y su incremento de estrés laboral y cansancio físico añadido de conflicto entre profesiones y desarrollo por consiguiente de Síndrome Burnout, demuestra tener repercusiones tanto psicológicas como sociales, incrementando el riesgo de reporte de mayor índice de alcoholismo, farmacodependencia y suicidios, (29), Linfords et al, 2009, con un estudio transversal, describieron la presencia de ideas o intento suicidad, en un grupo de 550 anestesiólogos, obteniendo que 1 de cada 4 encuestados había presentado alguna ocasión ideas suicidas, con factores de riesgo registrados siendo problema de salud, bajo nivel social, conflictos familiares, y en el trabajo problemas con colegas o superiores y de organización laboral. (30). La magnitud del padecimiento en la Anestesiología es tan relevante que en el presente esta especialidad se considera con de más alto riesgo.

Un grupo descrito y vulnerable de alto riesgo es el residente de la especialidad, estudios demuestran un alto índice de farmacodependencia entre los residentes, teniendo un riesgo de 7.4 veces mayor que en otras especialidades, asociando este riesgo al intenso estilo de vida laboral, alto número de horas de trabajo continuar y el fácil acceso a fármacos controlados así como su conocimiento sobre estos mismos, el riesgo de suicidio en residentes con Síndrome de Burnout es 6 veces mayor que la población general (25, 30, 31)

En países en vías de desarrollo, los residentes representan un gran fuerza de trabajo y son el personal del hospital con una jornada laboral más larga, por lo cual en esta población se ha visto que existe una incidencia mayor descrito en el estudio de Ashkar et al, 2009, donde se estudia 155 residentes en un hospital de Líbano encontrando una incidencia del Síndrome de Burnout en 67.7%, siendo este mayor en el género femenino, y con jornadas de 80 hrs por semana y con más de 8 guardias al mes (32, 33). El riesgo de presentar Síndrome de Burnout se hace en bajo riesgo, significativo y alto riesgo, clasificándose al grupo de residentes en alto riesgo por trabajar 70 hrs a la semana, 14 o más horas consecutivas al menos 2 veces por semana, 3 turnos nocturnos por semana y no presentar ningún día libre de actividades hospitalarias. (25, 34).

En Julio del 2013 se publica en la revista de Anesthesia & Analgesia, la prevalencia de Burnout y depresión en residentes de anestesia en EUA, estudio en el cual se realizaron 1417 encuestas de todos los años de la residencia de anestesia, con una prevalencia del 41 % con puntaje alto, de estos el 21% refirieron un alto grado de insatisfacción con su trabajo, 22% resultados positivos para determinar depresión y de estos el 23 % presentaron en alguna ocasión ideas suicidas, añadido a los resultado se reportó más errores en la medicación de los paciente, relacionado en perjuicio de la atención del paciente (28, 33, 35)

Con este evidencia plasmada en la literatura, surge la necesidad de continuar investigando el rubro para cuestionar y posiblemente dar respuestas, a cambios en las condiciones de trabajo, reducirá la incidencia (27, 36, 37) actualmente en otras latitudes se implementan programas y medidas con el fin de evitar el desgaste profesional y la fatiga en los anesthesiólogos, como horarios óptimos, hábitos de sueño, lugares idóneos para el descanso, monitorización continua de síndrome de desgaste o depresión, transporte publico institucional, esto teniendo como resultado adecuado estado de alerta y saludable para un adecuado rendimiento en el área de quirófano y conducir la anestesia con un adecuado monitoreo, para desarrollar una mejor calidad de vida en el profesional. (38)

Planteamiento del Problema

Al definir el Síndrome de Burnout, como la respuesta física y emocional al estrés crónico y sostenido del ambiente laboral, siendo un trastorno adaptativo crónico asociado a inadecuado afrontamiento de las exigencias psicológicas del trabajo, que afecta la calidad de vida, salud mental del profesional y calidad de atención.

Descrito por primera vez, por el médico psiquiatra Freudenberg en 1974, observó la pérdida progresiva de la energía, hasta llegar al agotamiento, por lo que lo refirió como Burnout, en 1980 la psicóloga Cristina Maslach y Leiter definieron el síndrome de Burnout, y diseñaron un cuestionario denominado "Cuestionario de Maslach" para diagnosticar el síndrome, traducido al español por el Dr. Mingote Adán.

Se han hecho estudios en diferentes especialidades médicas, en EUA, se reporta una prevalencia en medicina crítica del 40%, en la Unión Europea de 50.6 a 59.7% de prevalencia en médicos anesestesiólogos, con una incidencia de agotamiento emocional, en México se define una prevalencia en estudios del 44%, y las condicionantes identificadas esta la sobrecarga de trabajo y el conflicto de valores, en el Hospital General de México OD, se registra en estudios previos del servicio de anestesiología una prevalencia del 16% en mujeres y 12% en hombres de Síndrome de Burnout.

Bajo este contexto el anesestesiólogo, dadas sus características, crea expectativas en el trabajo, haciéndolo propenso a un estado de fatiga en su fervor a una causa, estilo de vida y relación, la cual no genera los resultados esperados, y en el proceso de reevaluación asegura el no cumplimiento de sus metas, produciendo un estado de decepción en donde sus capacidades se ven bloqueadas.

Al considerarse la anestesiología como una profesión de alto riesgo de padecimiento y al padecer el síndrome de Burnout incrementa el riesgo 6 veces más de suicidio y 8 de adicciones, hace relevante la evaluación de quienes la practican o son candidatos a formar parte de la especialidad, ya que de no hacerlo empobrece el crecimiento personal y laboral, y por ende de la sociedad a la cual brindan sus servicios.

Justificación

El síndrome de Burnout o Síndrome de desgaste se encuentra presente en diferentes áreas laborales, exponiéndose previamente que de las profesiones más afectado son las áreas médicas y los anestesiólogos pertenecen al grupo de mayor riesgo, con una prevalencia de hasta 60-70% en los médicos de especialista y 20-40% en los residentes de la especialidad, en base a los estudios de Nyssen y Prins (26,28)

El síndrome conlleva unas series de alteraciones físicas y emocionales, que impiden llevar a cabo sus funciones de manera adecuada, tales como riesgos de enfermedades físicas y mentales, predisposición a adicciones, deserción y suicidio, poniendo en riesgo el tratamiento y cuidado de los pacientes a su cargo, al incrementar el número de errores involuntario en la práctica profesional.

Las investigaciones desarrolladas que plasman la prevalencia de Síndrome de Burnout en las referencias médicas concluyen que las especialidades con niveles más altos son las responsables del cuidado de pacientes críticos como lo es la especialidad de anestesiología.

De lo anteriormente expuesto es evidente la importancia de identificar la presencia de Síndrome de Burnout en los médicos de base, adscritos y residentes de la especialidad de anestesiología, para poder detectar y realizar intervenciones por parte de nuestras autoridades necesarias, con el objetivo de procurar la salud del profesional y contar con un personal física, emocionalmente, apto y satisfecho, que pueda brindar una adecuada atención de mejor calidad para los pacientes.

El servicio de Anestesiología del Hospital General de México está conformado por 90 anestesiólogos de base y adscritos distribuidos en los distintos turnos laborales, en las diferentes áreas de quirófanos de diferentes especialidades (Otorrinolaringología, Urología, Oftalmología, Ginecología y Obstetricia, Oncología, Pediatría, Cx de Tórax, Neurología, Infectología y áreas de Diagnostico), y una plantilla de residentes de 50 médicos (18 R3, 20 R2, 12 R1), inscritos al Curso Universitario de Residencias Medicas UNAM, y laborando en el Hospital General de México.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout o Síndrome de desgaste profesional en los tres grados de residentes, médicos de base y adscritos al servicio de Anestesiología del Hospital General de México?

¿Qué relación existe entre la incidencia de eventos adversos en el acto anestésico de residentes y médicos de base, adscritos del servicio de Anestesiología, del Hospital General de México y el padecer Síndrome de Burnout?

Objetivo General del Estudio

Determinar la Prevalencia del Síndrome de desgaste profesional y Síndrome de Burnout, en residentes y médicos de base y adscritos al servicio de Anestesiología del Hospital General de México.

Objetivos específicos del estudio

- Determinar el rubro de mayor afección del síndrome de Burnout, (Despersonalización, cansancio emocional y realización profesional) en los grupos de residentes y médicos de base y adscritos.
- Correlacionar por género, edad, antigüedad, y turno laboral con el desarrollo de Síndrome de Burnout.
- Correlacionar riesgo o presencia de Síndrome de Burnout, en residentes y, médicos de base y adscritos, con el número de eventos adversos en su procedimiento anestésico.

Hipótesis

El número de eventos adversos en el acto anestésico es directamente proporcional a grado de severidad de Síndrome de Burnout en residentes y médicos de base o adscritos del Hospital General de México.

Materiales y Métodos

Diseño del estudio: Observacional, transversal y analítico

Ubicación temporal: Hospital General de México OD, (Quirófanos centrales y Coordinaciones de quirófanos periféricos)

Universo de estudio: Residentes de Anestesiología inscritos en los 3 años del Curso Universitario del Hospital General de México, y Médicos adscritos o de base de Anestesiología del Hospital General de México.

Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de Inclusión:

- Residentes de 1°, 2° y 3° año de Hospital General de México, inscrito al Curso Universitario de la UNAM.
- Médicos de base y adscritos al servicio de Anestesiología de Quirófanos centrales, servicios periféricos y áreas de diagnóstico.

Criterios de exclusión

- Residentes y médicos de base que se rehúsen a participar en el estudio
- Residentes o médicos de base en periodo vacacional o que su último periodo vacacional haya sido 15 días antes de la realización de la encuesta
- Residentes del 3° año que se encuentren en el periodo del servicio social

Criterios de eliminación

- Residentes, médicos de base y adscritos que no completen el llenado de la encuesta
- Residentes, médicos de base y adscritos de no firmen el consentimiento informado

Variables

| | Definición | Definición operacional | Escala | Indicador |
|----------------------------|--|--|-----------------------|--|
| Edad | Tiempo que ha vivido una persona | Tiempo que ha vivido una persona en años | Cuantitativa Discreta | Años |
| Genero | Condición orgánica masculino o femenino | Condición orgánica masculino o femenino | Cualitativa Nominal | Femenino o Masculino |
| Estado Civil | Calidad de un individuo en sus relaciones familiares que le confieren determinadosderecho y obligaciones civiles | Situación social de convivencia en vínculo familiar, (soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre) | Cualitativa Nominal | Soltero, Casado, Viudo, Divorciado, Unión libre |
| Año de residencia | Años en curso de realización de residencia médica | Año cursado en la especialización de Anestesiología | Cualitativa Ordinal | Primero, Segundo, Tercero. |
| Síndrome de Burnout | Síndrome clínico producido por la dedicación a un causa o estilo de vida y relación sin cumplimiento de expectativas | Puntaje alto en dos o más esferas, definen la presencia del síndrome | Cualitativa nominal | Presente Ausente |
| Escala de Maslach | Agotamiento emocional | Sensación de sobreesfuerzo físico y hastio emocional | Cualitativa Ordinal | Preguntas 1,2,3,6,8,13,14,16,20 puntuación de 27 |
| | Despersonalización | Trastorno de la conciencia con sensación de extrañeza o distanciamiento personal | Cualitativa Ordinal | Preguntas 5,10,11,15,22, puntuación de 10 |
| | Realización personal | Sensación de imposibilidad o metas personales inconclusas | Cualitativa Ordinal | Preguntas 4,7,9,12,17,18,19,21, puntuación de 33 |
| Eventos Adversos | Evento que produce daño al paciente, relacionado al cuidado provisto al paciente | Evento involuntario que produce daño al paciente producto del tratamiento del paciente | Cualitativo Ordinal | Numero de eventos adversos en el último años |

Procedimiento

Previo consentimiento informado, así como aprobación de los comités de investigación y ética institucionales; se estudiarán a 50 médicos residentes de Anestesiología de los 3 años inscritos del Curso Universitario de Residencias Médicas de la UNAM y 90 médicos de base y adscritos al Servicio de Anestesiología del Hospital General de México distribuidos en el área de Quirófanos Centrales, coordinaciones de Anestesiología de servicios periféricos (Otorrinolaringología, Urología, Oftalmología, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Neumología, Infectología) y áreas de Diagnóstico de gabinete.

Todos los sujetos de estudio recibirán la invitación a participar en el estudio y con la autorización y firma de consentimiento informado, se les entregará una encuesta basada en el Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual se compone de 22 ítems que evalúan los elementos de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, y contendrá el rubro de número de eventos adversos presentados en sus actos anestésicos en el último trimestre del presente año. Para la aplicación del cuestionario se realizará en el Aula de clases destinada para cada grado de residente, exceptuando a los residentes de Postguardia los cuales se le realizará al día siguiente, a médicos de base y adscritos la aplicación de la encuesta se realizará en el área de descanso de médicos, de quirófanos centrales y coordinaciones de Anestesiología de servicio periféricos, con presencia del investigador principal e investigador asociado para asesoría en caso de alguna duda.

Análisis estadístico

Se realizará estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central y dispersión, de acuerdo con la escala de medición de las variables, para las cualitativas, frecuencia simple y porcentajes. El análisis se efectuará utilizando el paquete estadístico Stata versión 12, con nivel de confianza al 95%.

Se calculará el valor de la escala global de burnout para cada individuo sumando el resultado de cada categoría e interpretando el mismo usando los puntos de corte propuestos por Melita-Rodríguez y cols, 2008. Ya que los aspectos de cansancio emocional y despersonalización manejan una escala negativa, el constructo de realización personal se transformará (solamente para fines

de elaboración de la escala global) en falta de realización personal al sustraer el resultado obtenido de 48, el número máximo obtenible.

| Puntuaciones para la escala de MBI | | | |
|------------------------------------|---------------|---------------------|------------------|
| Ítems | Niveles bajos | Niveles intermedios | Niveles elevados |
| Cansancio Emocional | 1 a 18 | 19 a 26 | 27 y más |
| Despersonalización | 1 a 5 | 6 a 9 | 10 y más |
| Realización Profesional | 1 a 33 | 34 a 39 | 40 y más |
| Burnout | 1 a 33 | 34 a 66 | 67 a 99 |

Fuente: Melita-Rodríguez A, Cruz Pedreros M, Manuel-Merino J. Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. Cienc. enferm. 2008; 14(2).

Se elaborarán tablas de contingencia para analizar la relación entre la frecuencia de burnout con la ocurrencia de eventos adversos, en concordancia con lo señalado en la hipótesis del estudio. Dicho análisis se hará por separado para cada uno de los tres aspectos del Burnout, así como para la escala global. La fuerza de asociación será evaluada mediante una prueba de chi cuadrada ó, en caso de no cumplir con los supuestos de la misma, con una prueba exacta de Fisher. Una vez analizada dicha asociación, se medirá el impacto de las otras variables del estudio (edad, género, estado civil, adscrito/residente, años laborados, turno, año de residencia) como explicativas del burnout, así como su posible participación como variables confusoras. En todos los casos, excepto la variable edad, el análisis se hará por medio de tablas de contingencia y el uso de la prueba de chi cuadrada con n grados de libertad ó la prueba exacta de Fisher cuando las condiciones no sean las apropiadas. Edad por su parte, se analizará por medio de la prueba de análisis de varianza (ANOVA) de una vía. Asimismo, se hará un análisis estratificado entre las variables cuyo resultado sea estadísticamente significativo para descartar interacción entre las mismas que pudiese sesgar los resultados

Cronograma de Actividades

El proyecto esta propuesto para realizarse de la siguiente manera:

- Se iniciaría 1 de Mayo de 2015
- Finalización al completar la muestra
- Análisis final de resultados: al término de la recolección de datos.

Aspectos éticos y de Bioseguridad

De acuerdo a:

Código de Núremberg (1947), el código protege la integridad del sujeto de investigación, estableció condiciones para la conducta ética de la investigación en seres humanos, destaco su consentimiento voluntario para la investigación y prohíbe la investigación en seres humanos en aquellos casos en donde se supone a priori que ocurrirán daños irreversibles o la muerte del sujeto de experimentación

Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde dicta que nadie será sometido a tortura ni penas o tratos crueles, inhumanos degradantes, en particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.

Código de Helsinki (1964), formulada por la Asociación Médica Mundial, es el documentos internacional fundamental en el campos de la ética de la investigación biomédica y ha influido en la legislación y códigos de conducta internacionales, regionales y nacionales, la cual con su revisión del años 2000, establece pautas éticas para los médicos involucrados en investigación biomédica, tanto clínica como no clínica.

Se considera el presente estudio sin riesgo ya que se aplicara instrumento de estudio encuesta, sin embargo en base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título II, Capitulo primero, Art 17, se solicita el consentimiento informado de los participantes en donde se explica riesgos y beneficios

Anexo 1: Hoja de recolección de datos.

Anexo 2: Consentimiento Informado

Relevancia y expectativas

La relevancia de los resultados del estudio es aportar evidencias de valides de constructo de la Encuesta de Maslach Burnout Inventory, entregar valores de consistencia interna y análisis de las dimensiones del cuestionario para nuestro hospital, ajustados a las características de Residentes y médicos del Servicio de Anestesiología y de esta manera mejorar el entendimiento del síndrome y hacer diagnóstico adecuado y oportuno en nuestra población, que permita tomar acciones de prevención y tratamiento del síndrome, así mismo permitirán generar interés entre las personas a las que se les aplica el instrumento y entregar información que es valiosa para los directivos del hospital.

Dentro de las expectativas de este protocolo se encuentra; la difusión del conocimiento obtenido, el entrenamiento y afinación en la realización de investigación durante el posgrado, obtener la titulación de la especialidad de anestesiología y publicación del estudio en una revista científica.

Recursos disponibles

Humanos:

- Médicos anesthesiólogos investigador responsable y profesores asociados.
- Médicos residentes de la especialidad de anestesiología

Materiales:

- Encuesta Maslach Burnout Inventory

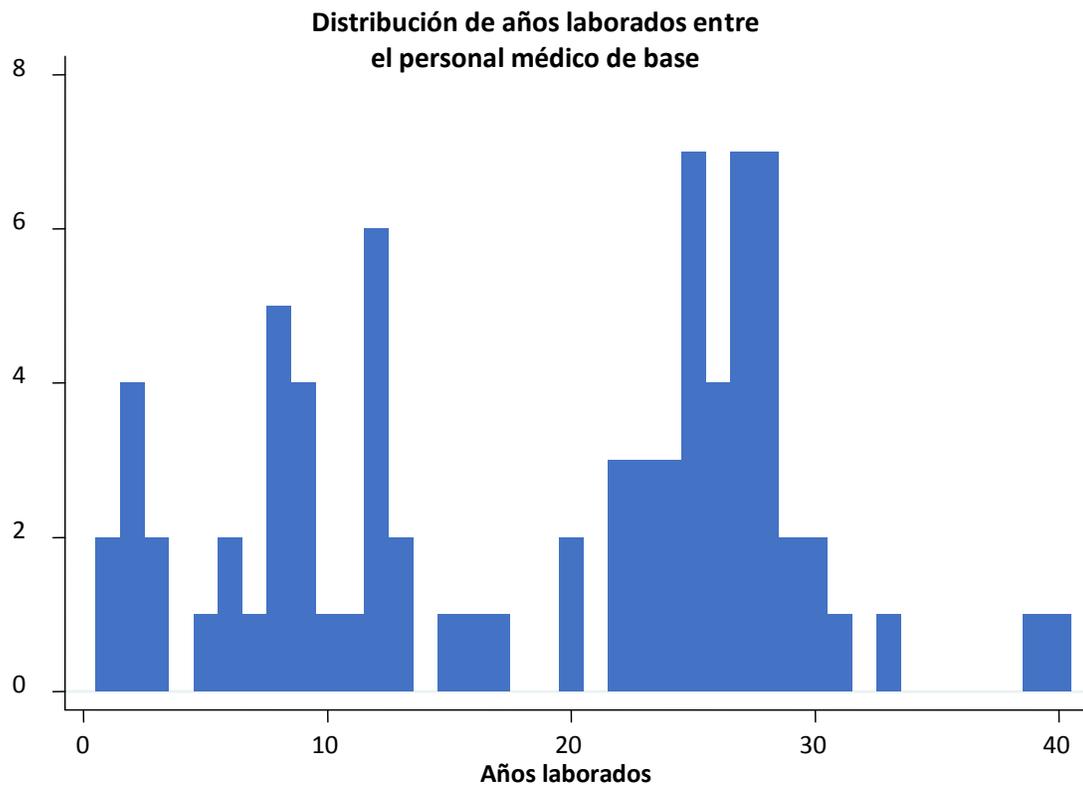
Recursos a solicitar

- Ninguno, el material se proporcionara por recursos materiales del investigador.

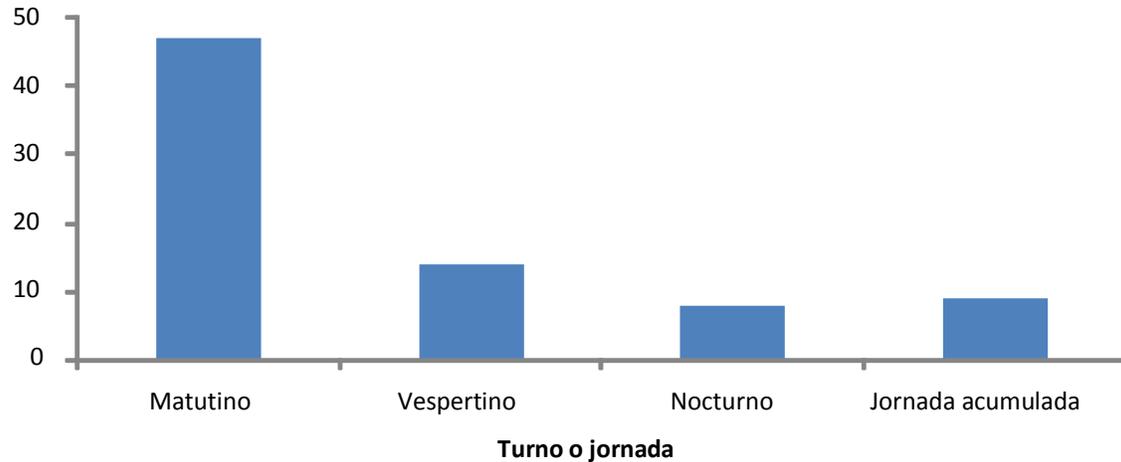
Resultados

Estadística Descriptiva

Durante el período de estudio se realizaron un total de 119 encuestas, 78 al personal adscrito y 41 al personal residente. Dentro del personal médico se observó una media de edad de 48 años (DE = 9.59) con un rango entre 29 y 67 años. El 62% (n=48) son del género femenino por un 38% (n=30) del género masculino. Según su estado civil, la mayoría del personal adscrito (72%, n=56) reportó ser casado o vivir en unión libre, mientras que un 28% (n=22) reportó ser soltero, viudo ó divorciado. De acuerdo al turno de adscripción, el 60% (n=47) labora en el turno matutino, un 18% (n=14) en el vespertino, 10% (n=8) en la jornada nocturna y 12% (n=9) en la jornada acumulada. En promedio, el personal reportó llevar trabajando 19 años en el hospital, con una DE de 10 años y un rango entre 1 y 40 años.

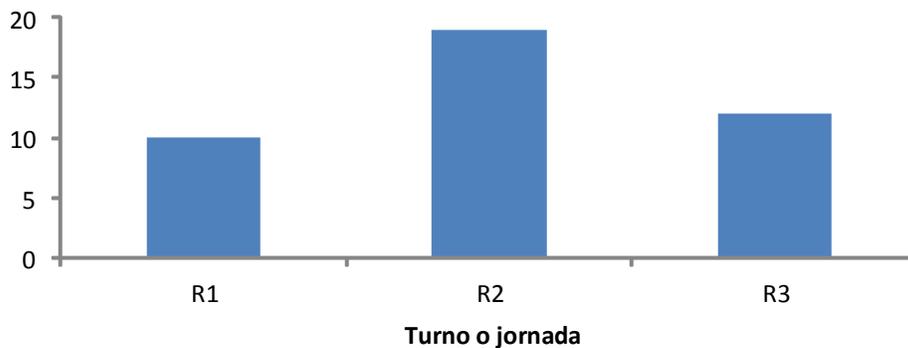


Personal médico de base por turno / jornada

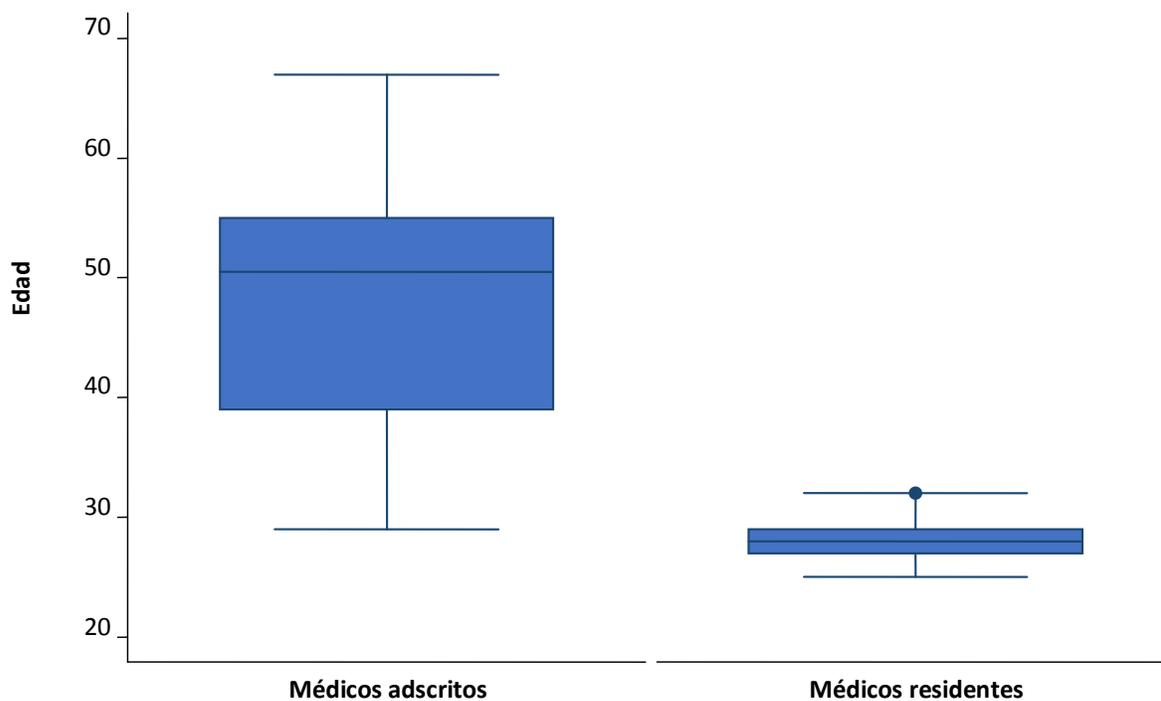


Entre los médicos residentes por su parte, el 24% (n=10) cursan primer año (R1), el 46% (n=19) son R2, y el 30% (n=12) son R3. Se observó una media de edad de 28 años (DE=1.7), con un rango entre 25 y 32 años. El 46% (n=19) son del género femenino, por un 54% (n=22) del género masculino. La gran mayoría (90%, n=37) reportó ser soltero, con el 10% (n=4) restante reportando ser casado ó viviendo en unión libre.

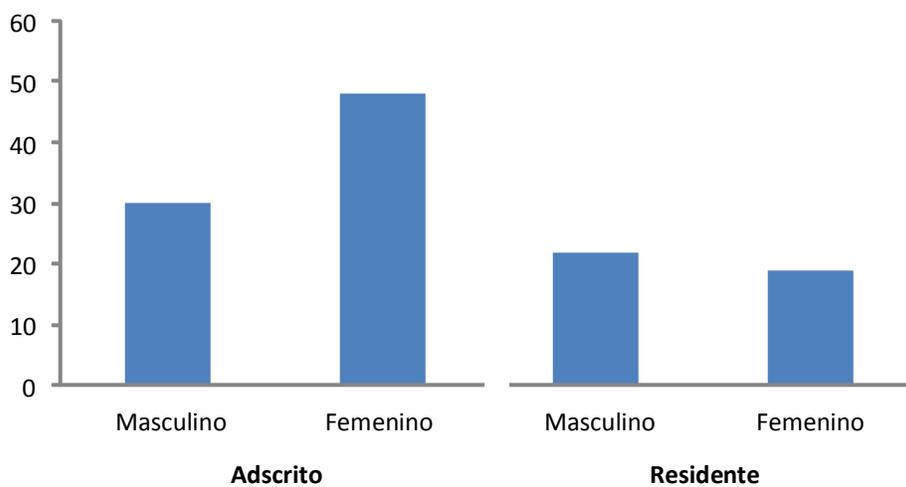
Médicos residentes según su año lectivo



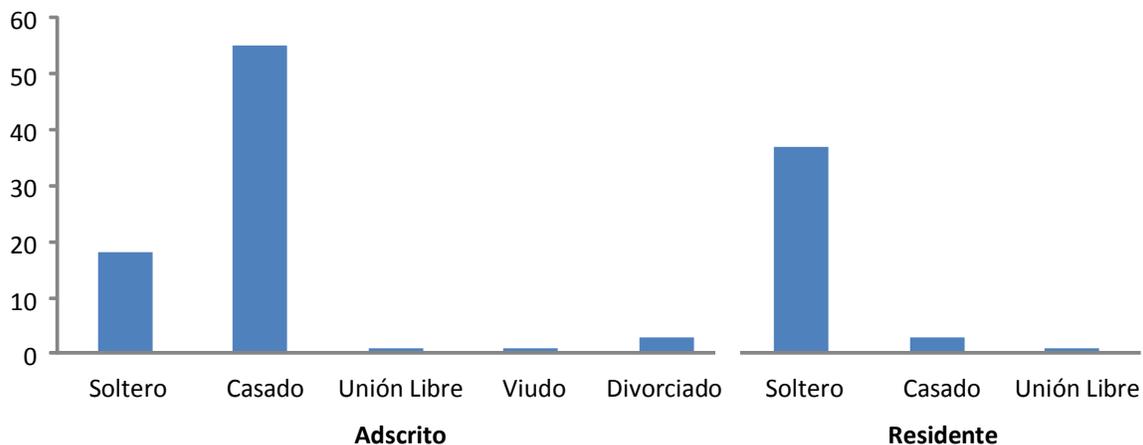
Distribución de edad entre médicos adscritos y residentes



Personal médico adscrito y residente según género

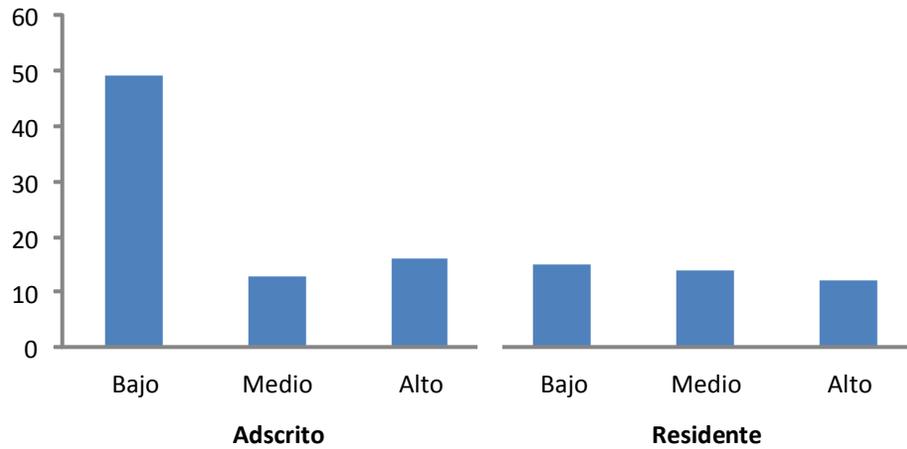


Personal médico adscrito y residente según estado civil

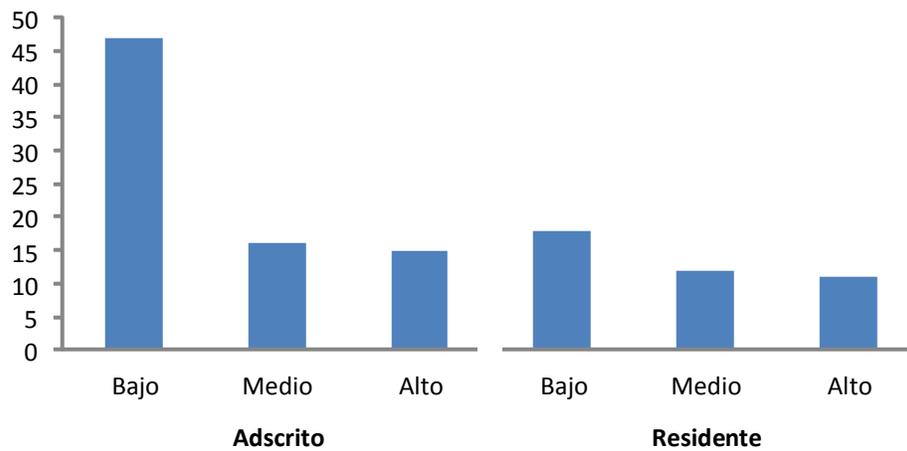


En cuanto a los valores de burnout según los sus aspectos observables, se obtuvo una media de 18 (DE=11) en la categoría de cansancio emocional con rango entre 1 y 42; con un 54% (n=64) de los encuestados clasificados con riesgo bajo, 23% (n=27) con riesgo medio y el 23% (n=28) restante con riesgo alto. En cuanto a la realización profesional, se obtuvo una media de 39 (DE=8) y un rango entre 11 y 48; el 55% (n=65) de los encuestados fue clasificado en este aspecto con riesgo bajo, un 23% (n=28) con riesgo medio y el 22% (n=26) restante como riesgo bajo. Finalmente, en el aspecto despersonalización se observó una media de 4 (DE=4), con un rango entre 0 y 17; en este aspecto el 69% (n=82) de los encuestados fue clasificado como riesgo bajo, el 22% (n=26) como riesgo medio, y el 9% restante (n=11) con riesgo alto.

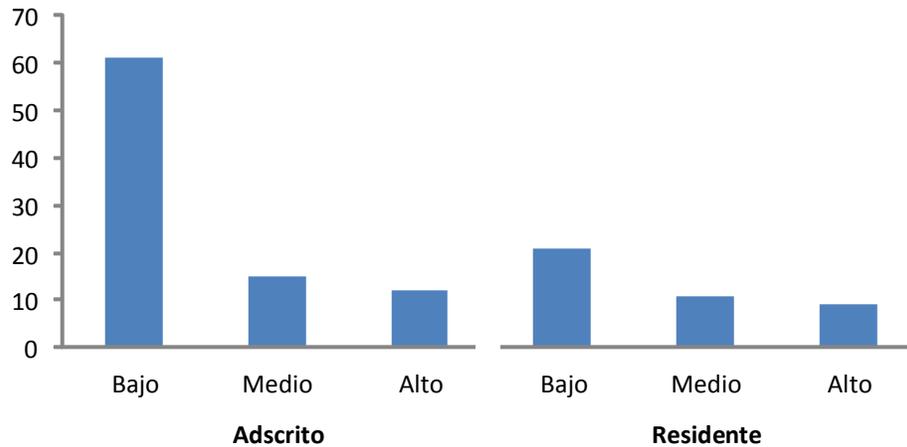
Personal médico adscrito y residente según el nivel de Cansancio emocional



Personal médico adscrito y residente según el nivel de Realización personal

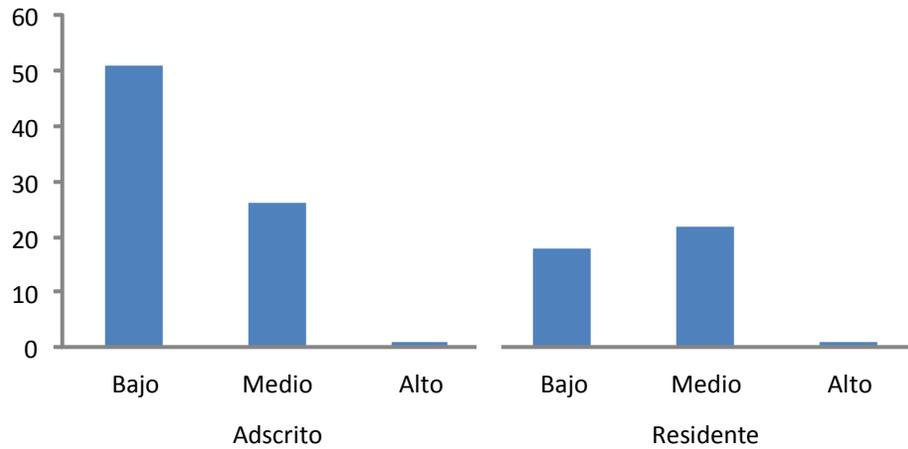


Personal médico adscrito y residente según el nivel de Despersonalización

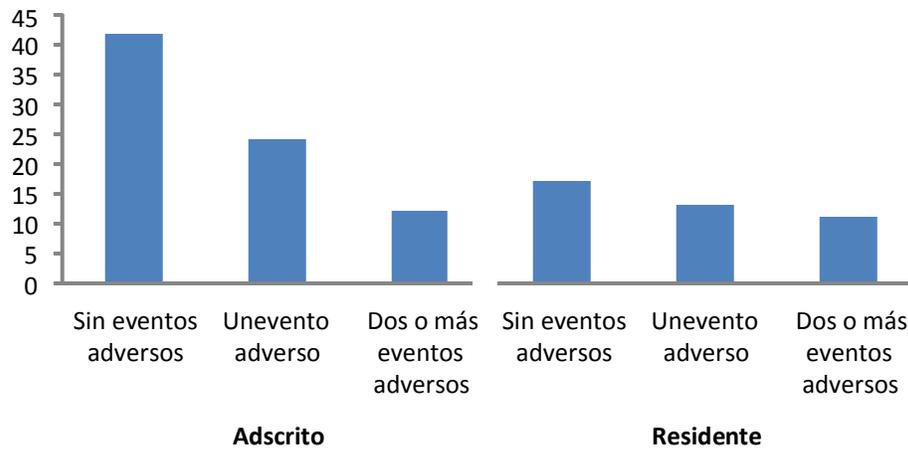


En la escala global de burnout se observó un valor medio de 31 (DE=18), con un rango entre 1 y 80. Utilizando los puntos de corte mencionados anteriormente, el 58% de los encuestados (n=69) fue clasificado con riesgo bajo, un 40% (n=48) con riesgo medio, y solamente 2% (n=2) fue clasificado con riesgo alto. En promedio, se registró menos de un evento adverso por trimestre entre el personal encuestado. La mitad de los encuestados (50%, n=59) reportó cero eventos adversos, el 31% (n=37) reportó un evento adverso, y el 19% restante (n=23) reportó dos o más eventos adversos. El número máximo de eventos adversos reportados por un miembro del personal fue de 4.

Personal médico adscrito y residente según el nivel de Burnout por el Maslach Burnout Inventory (MBI)



Personal médico adscrito y residente según el número de eventos adversos en el último trimestre



Estadística Analítica

Debido al comportamiento de la variable eventos adversos, se manejó a esta última como variable ordinal para su contraste con las demás variables. En concordancia con lo la literatura científica, se observó una relación estadísticamente significativa entre el nivel de burnout y la frecuencia de eventos adversos, al notar que los odds de presentar un evento adverso se relacionan de manera positiva con el nivel de burnout del personal. Esta relación se observó tanto de manera individual para cada aspecto como en la escala global de burnout.

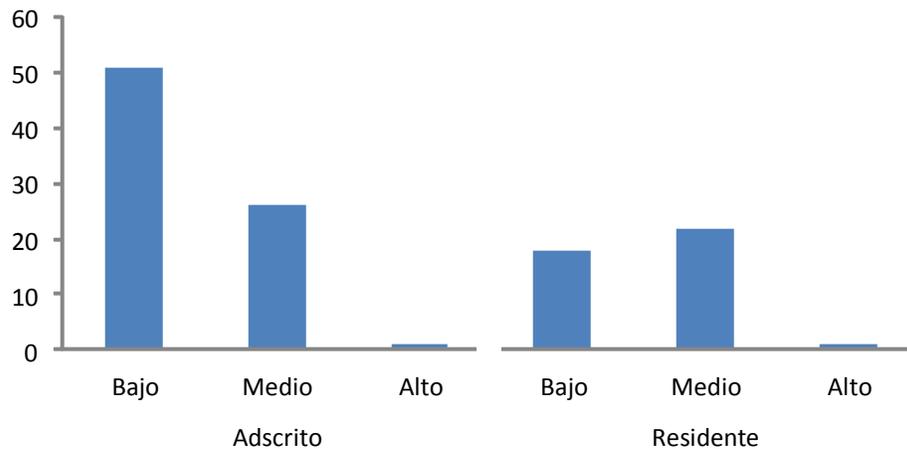
| Aspecto del Bunout | Valor de chi cuadrado | Significancia estadística |
|------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Cansancio emocional | 42.1779 | <0.0001 |
| Realización personal | 30.4309 | <0.0001 |
| Despersonalización | 16.4605 | <0.0001 |
| ESCALA GLOBAL BURNOUT | 45.7415 | <0.0001 |

| ESCALA GLOBAL BURNOUT | EVENTOS ADVERSOS EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE | | | TOTAL |
|-----------------------|---|----------------------|----------------------------|---------------------|
| | Sin eventos adversos | Un evento adverso | Dos o más eventos adversos | |
| Bajo | 52 75.36% | 13 18.84% | 4 5.80% | 69 100% |
| Medio | 7 14.58% | 23 47.92% | 18 37.50% | 48 100% |
| Alto | 0 0.00% | 1 50.00% | 1 50.00% | 2 100% |
| TOTAL | 59 49.58% | 37 31.09% | 23 19.33% | 119 100% |

Una vez establecida dicha relación se decidió analizar el posible efecto de las otras variables como explicativas para el nivel de burnout. Sin embargo, al analizar de manera global no se observaron diferencias estadísticamente significativas para edad, sexo, horario de adscripción, años laborados ó año lectivo entre los residentes. Inicialmente se observó significancia para estado civil, pero una vez estratificado por adscrito / residente, se observó que dicha asociación era espuria.

Por su parte, el análisis estratificado mostró un comportamiento estadísticamente significativo entre el personal adscrito y médicos residentes ($p=0.46$). En general, los residentes mostraron una media en la escala global de burnout mayor (37.7 vs 27.8, $p=0.0056$). Asimismo, se observaron diferencias significativas en los todos los aspectos excepto realización personal ($p=0.09$). Los resultados fueron similares al analizar por categorías. Mientras que la categorización entre el personal adscrito muestra una frecuencia menor de riesgo medio y alto, el comportamiento es mucho más homogéneo entre los residentes.

Personal médico adscrito y residente según el nivel de Burnout por el Maslach Burnout Inventory (MBI)



Análisis estratificado

Médicos adscritos

| ESCALA GLOBAL BURNOUT | EVENTOS ADVERSOS EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE | | | TOTAL |
|-----------------------|---|----------------------|----------------------------|--------------------|
| | Sin eventos adversos | Un evento adverso | Dos o más eventos adversos | |
| Bajo | 39 76.47% | 9 17.65% | 3 5.88% | 51 100% |
| Medio | 3 11.54% | 14 53.85% | 9 34.62% | 26 100% |
| Alto | 0 0.00% | 1 100.00% | 0 0.00% | 1 100% |
| TOTAL | 42 53.85% | 24 30.77% | 12 15.38% | 78 100% |

p < 0.0001

Médicos residentes

| ESCALA GLOBAL BURNOUT | EVENTOS ADVERSOS EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE | | | TOTAL |
|-----------------------|---|----------------------|----------------------------|--------------------|
| | Sin eventos adversos | Un evento adverso | Dos o más eventos adversos | |
| Bajo | 13 72.22% | 4 22.22% | 1 5.56% | 18 100% |
| Medio | 4 18.18% | 9 40.91% | 9 40.91% | 22 100% |
| Alto | 0 0.00% | 0 0.00% | 1 100.00% | 1 100% |
| TOTAL | 17 41.46% | 13 31.71% | 11 26.83% | 41 100% |

p < 0.0001

Discusión

Los resultados apoyan la hipótesis que la prevalencia de burnout se correlaciona de manera positiva con la ocurrencia de eventos adversos en el personal que lo padece. Con una alta significancia estadística, es notable el mayor número de eventos adversos entre el personal con altos niveles de burnout con respecto a aquellos que presentan un riesgo bajo del mismo.

Es interesante observar también la diferencia estadísticamente significativa de ocurrencia de burnout y el entre médicos residentes y adscritos. El valor tiene una asociación tan fuerte, que causó una asociación espuria entre edad y burnout (las medias de edad entre los dos grupos son estadísticamente diferentes, con el grupo de médicos adscritos presentando una media mayor y un comportamiento más homogéneo que el grupo de médicos residentes).

De acuerdo a estos resultados, el personal residente en formación está expuesto a un riesgo mayor de padecer Burnout, lo cual impacta en la ocurrencia de eventos adversos, deletéreos para sus pacientes. Al analizar de forma estratificada la relación entre permanece para ambos grupos, sin embargo, se puede observar que tanto entre adscritos como residentes se observa una relación entre burnout y la ocurrencia de eventos adversos, y que dicha fuerza de asociación es similar. Sin embargo, al analizar el ser adscrito ó residente con la ocurrencia de eventos adversos, no se observan diferencias estadísticamente significativas, lo que descarta la posibilidad de que dicha variable se comportara como confusora. En lugar de ello, se puede observar lo que padece una cadena causal donde el ser residente es factor de riesgo para burnout, y éste a su vez es un factor para la ocurrencia de eventos adversos

| ADSCRITO / RESIDENTE | EVENTOS ADVERSOS EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE | | | TOTAL |
|----------------------|---|----------------------|----------------------------|---------------------|
| | Sin eventos adversos | Un evento adverso | Dos o más eventos adversos | |
| Residente | 42 53.85% | 24 30.77% | 12 15.38% | 78 100% |
| Adscrito | 17 41.46% | 13 31.71% | 11 26.83% | 41 100% |
| TOTAL | 59 49.58% | 48 31.09% | 2 19.33% | 119 100% |

Valor de la estadística de chi cuadrada = 2.6599
 $p < 0.264$

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE MASLACH

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Fecha: ____ / ____ / ____

Edad: ____ Sexo: ____ Estado civil: ____

Año de residencia: ____ Hospital sede: ____

Instrucciones: Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que sienta las situaciones que se presentan en los siguientes enunciados:

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------|---------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|----------------|
| Nunca | Una o varias veces al año | Una vez al mes o menos | Varias veces al mes | Una vez a la semana | Varias veces a la semana | Todos los días |

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo. | | | | | | | |
| Me siento cansado al final de la jornada de trabajo. | | | | | | | |
| Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir trabajar. | | | | | | | |
| Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes. | | | | | | | |
| Creo que trato algunos pacientes como si fueran objetos impersonales. | | | | | | | |
| Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo. | | | | | | | |
| Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes. | | | | | | | |
| Me siento "agotado" por mi trabajo. | | | | | | | |
| Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes. | | | | | | | |
| Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión. | | | | | | | |
| Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente. | | | | | | | |
| Me siento muy activo. | | | | | | | |
| Me siento frustrado en mi trabajo. | | | | | | | |
| Creo que estoy trabajando demasiado. | | | | | | | |
| Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes. | | | | | | | |
| Trabajar directamente con personas me causa estrés. | | | | | | | |
| Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes. | | | | | | | |
| Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes. | | | | | | | |
| He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión. | | | | | | | |
| Me siento como si estuviese al límite de mis posibilidades. | | | | | | | |
| En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma. | | | | | | | |
| Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas. | | | | | | | |

Numero de eventos adversos en el acto anestésico en el último trimestre: _____

Anexo 2

Secretaría de Salud

Hospital General de México, OD

Servicio de Anestesiología

Carta de Consentimiento Informado

Prevalencias de Síndrome de Desgaste Profesional o Síndrome de Burnout en residentes, médicos de Base y adscritos del Servicio de Anestesiología del Hospital General de México OC.

Protocolo de Investigación, sin riesgo.

Propósito de estudio

Se le invita a participar en un estudio de investigación clínica en el Hospital General de México OD, el cual está aprobado por el comité de investigación y ética de este hospital, en el cual se incluirán a todos los residentes de Anestesiología de los 3 grados del Curso Universitario, médicos de base y adscritos al servicio de Anestesiología. La participación no ayudara a determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y la estratificación por poblaciones del servicio, la participación es completamente voluntaria, por lo cual se pide leer la información que le proporcionamos y en caso de existir dudas se pueden, contestar antes de decidir participar en este protocolo de investigación.

Procedimiento a realizar

El estudio de investigación consiste en contestar el cuestionario validado de Maslach o también conocido como Maslach Burnout Inventory, no existiendo riesgo ni molestia añadida para usted al contestar la encuesta ya que no se producirá daño o intervención física o psíquica.

Usted no recibirá un pago por la participación en el estudio, ni la realización del mismo implica ningún gasto para usted; sin embargo el beneficio añadido será la identificación de la presencia del Síndrome de Burnout y niveles altos en cualquiera de las esferas de su estudio y de ser posible se harán los comentarios necesarios con las autoridades del Hospital General de México, para emprender y tomar medidas necesarias.

Libertad de participación o retiro

En caso de que por alguna razón usted no desee participar o seguir participando en el estudio aun y cuando se haya firmado el presente consentimiento, podrá solicitar su salida del mismo.

Privacidad y confidencialidad

La información que nos proporcione para poder identificar cada cuestionario (Nombre, edad, Estado civil, Turno laboral, Eventos adversos) será guardada confidencialmente, cuando los resultados del presente estudio sean publicados o presentados en revistas de interés, foro o comité, no se dará información que pueda revelar su identidad, esta será protegida y oculta.

1/2

Prevalencias de Síndrome de Desgaste Profesional o Síndrome de Burnout en residentes, médicos de Base y adscritos del Servicio de Anestesiología del Hospital General de México OC

Personal de contacto para dudas y aclaraciones del estudio



En caso de presentar duda o preguntas acerca del presente protocolo de investigación, se puede comunicar con la Dra. Yeshica Reséndiz Álvarez investigador principal al teléfono 5513019429 las 24 hrs de día, además cuenta usted con el respaldo del comité de ética e investigación de este Hospital que protege sus derechos como sujeto de investigación cuya presidenta es la Dra. Estela García Elvira Presidenta del Comité de Ética e Investigación del Hospital General de México al teléfono 27892000 Ext 1330.

Declaración de Consentimiento

Se me ha explicado con claridad en que consiste el estudio de investigación, además he leído el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todos mis cuestionamientos han sido contestados a mi satisfacción, al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Firma _____ del Participante:

Encargado de obtener el consentimiento informado.

Le he explicado el estudio de investigación y contestado dudas sobre el mismo, considerando la comprensión del mismo a su satisfacción, da su consentimiento para participar en este estudio.

Nombre y Firma del encargado: _____

Testigos

Mi firma como testigo certifica que el encuestado firmo este formato de consentimiento en mi presencia, de manera voluntaria

Nombre, firma, parentesco y dirección del Testigo 1: _____

Nombre, firma, parentesco y dirección del Testigo 2: _____

Bibliografía

1. Leibowicz, J. (2001) "Ante el Imperativo del Aprendizaje Permanente, Estrategias de Formación Continua" Oficina Internacional del Trabajo, www.cinterfor.org.uy
2. OIT, Organización Internacional del Trabajo (2004) "Organizarse en Pos de la Justicia Social", Conferencia Internacional del Trabajo, 92 reunión Informe N°1, www.cinterfor.org
3. Chanlat, F. (1999) "Nouveaux Modes de Gestion, Stress Professionel ET Santé au Travail", in Brustein I. (1999), *L'homme à l'échine plié, Réflexions sur le stress professionnel*, Ed Desclée Brouwer, pag 29-62.
4. Gil-Monte, P. y Peiró J. (1999) "Perspectivas Teóricas y Modelos Interpretativos Para el Estudio del Síndrome de Quemarse por el Trabajo", *Anales de Psicología*, Vol. 15 N° 2, pag. 261-268
5. Alderete, M., Pando, M., Aranda, C. y Balcázar, N. (2003) "Síndrome de Burnout en Maestros de Educación Básica, Nivel Primaria de Guadalajara", *Investigación en Salud*, Vol. 5, N°1
6. Barnett, R., Brennar, R. y Gareis, K. (1999) "A Closer Look at the Measurement of Burnout", *Journal of Applied Biobehavioral Research*, Vol. 4, N° 2, pgs. 65 – 78
7. Carlotto, M. y Gobbi, M. (2001) "Desempleo y Síndrome de Burnout", *Revista de Psicología* Vol. 10, N° 1, pag. 131 – 140
8. Maslach, C. (2003). Jobburnout: Newdirectionsinresearchand intervention. *CurrentDirections in PsychologicalScience*, vol.12, 189-192
9. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach burnout inventory. *Evaluating stress: A book of resources*, vol. 3, 191-218.
10. Maslach, C.; Leiter, P. y Schaufeli (2001) "Job Burnout", *Annual Review of Psychology*, Vol. 52, pgs. 397- 422
11. Farber, B. (2000) "Treatment Strategies for Different Types of Teacher Burnout", *Psychotherapy in Practice*, Vol. 56, N°. 5, pgs. 675 – 689
12. Schwarzer, R.; Schmitz, G. y Tang, C. (2000) "Teacher Burnout in Hong Kong and Germany: A Cross – Cultural Validation of the Maslach Burnout Inventory", *Anxiety, Stress & Coping*, Vol. 13, pag. 309-326.
13. Brennikmeijer, V., Vanyperen, N. Y Buunk, B. (2001) "Burnout and Depression Are Not Identical Twins: Is Superiority a Distinguishing Feature?" *Personality and Individual Differences*, Vol. 30, pag. 873-880
14. Cordes, C. y Dougherty, T. (1993) "A Review and an Integration of Research on Job Burnout", *The Academy of Management Review*, Vol. 18, N° 4, pag. 621 – 657

15. Rafgerty, A.; Ball, J.; Aiken, L. y Fagin, C. (2001) "Are Teamwork and Professional Autonomy Compatible, and Do They Result In Improved Hospital Care?", *Quality in Health Care*, Vol. 10, pgs. 32-37
16. Peiro, J., Gonzalez-Roma, V., Tordera, N. Y Mañas, A. (2001) "Does Role Stress Predict Burnout among Health Care Professionals?" *Psychology and Health*, Vol. 16, pgs. 511 – 525
17. Bakker, A., Demfrouiti, E. y Schaufeli, W. (2002) "Validation of the Maslach Burnout Inventory – General Survey: An internet study", *Anxiety, Stress and Coping*, Vol. 15, Nº 3, pag. 245 – 260
18. Kalimo, R., Pahkin, K., Mutanen, P. y Toppinen, S. (2003) "Staying Well or Burning Out at Work: Work Characteristics and Personal Resources as Long-Term Predictors", *Work & Stress*, Vol.17, pag. 109 – 122
19. Jackson, S., Schwab, R. y Schuler, R. (1986) "Toward an Understanding of the Burnout Phenomenon", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 71, pag. 630-640
20. Schaufeli, W., Demerouti, E.; Bakker, A. y Nachreiner, F. (2001) "The Job Demands-Resources Model of Burnout", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 86, Nº 3, pgs. 499-512
21. Shirom, A. y Ezrachi, J. (2003) "On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety", *Anxiety, Coping, and Stress*, Vol.16, pgs. 83-99.
22. Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Frederic, P., Azoulay, E., Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin, CriticalCare* 2007, Vol 13, pag. 482-488
23. Calanrese G., Informe preliminar sobre encuesta de riesgos profesiones del anestesiólogo en Latinoamérica. Comisión de Riesgos Profesionales. Confederación Latinoamericana de Sociedad de de Anestesiología. XXI Asamblea de Delegados de CLASA. XXVI Congreso Latinoamericano de Anestesiología. San Salvador, El Salvador, 2001.
24. Hyman A., Michaels D., Risk of Burnout in perioperative clinicians, *Anesthesiology* 2011; Vol 114, pag. 194-204
25. Garduño, M., Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes y médicos de base de anestesiología del Hospital General de México, *Revista Mexicana de Anestesiología*, 2008, Vol 31, pag 259-262.
26. Nyssen, A., Hansez, I., Baele, P., Occupational stress and Burnout in anesthesia, *British Journal of Anesthesia*, 2003, Vol 90, pag 333-337
27. Meretoja, O., We should work less at night. *Acta Anesthesiology Scand*, 2009, Vol 53. Pag 277-279
28. Prins, J, Gazendam, D, .Stacey. M., Burnout in medical residents; a review, *Medical Education*, 2007, Vol 41, pag 788-800.

29. Ayala, A., De Gregori, P., Síndrome de Burnout en asistentes y residentes de Anestesiología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, Septiembre 2011, Actas Perú Anestesiología, Vol 20, pag 13-20.
30. Linfords, P., Meretoja, O, Suicidality among finnish anesthesiologist. Acta Anesthesiology Scand, 2009, Vol 53, pag. 1027-1035
31. Thomas, N., Resident Burnout. JAMMA, 2004, vol. 292, pag 2880-2889
32. López, A, Gonzales, F., Síndrome de Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc, 2007, Vol 45, pag 233-242
33. Ashkar, K., Romani, M., Prevalence of Burnout syndrome among medical resident; experience of a developing country. Postgrad Med J, 2010, Vol 86, pag 266-271.
34. Gelfand, D., Podnos, Y., Effect of the 80 hour workweek on resident burnout, Arch Surg, 2004, Vol 139, pag 933-940
35. S de Oliveira Jr., Gildasio, C., Fitzgerald, P., The Prevalence of Burnout and Depression and their association whit adherence to safety and practicestandards; a survey of United States Anesthesiology Trainees, Anesth Analg, 2013, Vol 117, pag182-193
36. Saadat, H., Snow, D., Ottenheimer, S., Wellness program for anesthesiology residents: a randomized, controlled trial. Acta Anesthesiology Scand, 2012, Vol 56, pag 1130-1138
37. Bhananker M., Cullen, F., Resident work hours, Curr Opin Anesthesiology, 2003, Vol 16, pag 603-609
38. Sinha, A., Sing, A., Tewari, A., The fatigued anesthesiologist an threat to patient safety?, J. Anesthesiol Clin Pharmacol, 2013, Vol 29, pag. 151-159