



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.



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
ANESTESIOLOGÍA**

**“PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE
ANESTESIOLOGÍA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO
FEDERAL”.**

TRABAJO DE INVESTIGACION CLÍNICA

**PRESENTADO POR
DRA. NADIA SIDENNI CABELLO VÉLEZ.**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
ANESTESIOLOGÍA**

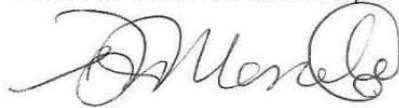
**DIRECTOR DE TESIS
DRA. GUADALUPE YARATZÉ SANTIAGO HERNÁNDEZ**

"Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de anestesiología de la
Secretaría de Salud del Distrito Federal".

Dra. Nadia Sidenni Cabello Vélez

Vo. Bo.

Dra. Herlinda Morales López



Profesor Titular del Curso de Especialización en Anestesiología.

Vo. Bo.

Dr. Federico Lazcano Ramírez



Director de Educación e Investigación.



**DIRECCION DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

“Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de anestesiología de la
Secretaría de Salud del Distrito Federal”.

Dra. Nadia Sidenni Cabello Vélez

Vo. Bo.

Dra. Guadalupe Yartzé Santiago Hernández

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'G' and 'S' followed by a horizontal line.

Director de tesis
Médico Adscrito al servicio de Anestesiología
Hospital General Balbuena.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios por darme la dicha de disfrutar cada día de estos tres años; a mis padres Araceli Vélez Carbajal y Martín Cabello Sánchez; a mi hermano Hugo Jesús Cabello Vélez, por su apoyo en todo momento, por las ausencias en momentos difíciles y por alentarme día a día a seguir adelante.

A mis profesores de cada uno de los hospitales por los que pase y me brindaron sus conocimientos, su tiempo, su apoyo y sobre todo me tuvieron la confianza de prestarme a sus pacientes; en especial a la Dra. Guadalupe Yartzé Santiago Hernández mi asesora de tesis y a la Dra. Herlinda Morales López por su apoyo para la realización de este trabajo.

A mis compañeros de especialidad por todo el tiempo que vivimos, buenos y malos días, porque solo entre nosotros podríamos comprender que pasa en una guardia y reír a pesar del cansancio.

A las doctoras María Maricela Anguiano y Andrea Pérez Flores por darme la oportunidad de emprender este sueño desde aquella vez que llegue a la entrevista y hasta el día de hoy que vemos abiertas nuestras alas para emprender un nuevo vuelo.

Gracias a cada una de las personas que encontré en este camino porque contribuyeron a lograr alcanzar la meta.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Material y métodos.....	11
3. Resultados.....	14
4. Discusión.....	38
5. Conclusiones.....	40
6. Referencias Bibliográficas.....	42

RESUMEN

Objetivo: Identificar la presencia de síndrome de burnout en los residentes de Anestesiología de la Secretaría de Salud del Distrito Federal por medio del cuestionario de Maslash.

Material y método: Estudio transversal, descriptivo, de los residentes de anestesiología de la Secretaría de Salud del Distrito Federal que se encontraban cursando la especialidad.

Resultados: Se encontró la prevalencia de síndrome de burnout en el 24.1% (13 residentes) de los residentes de anestesiología. De los residentes que presentaron síndrome de burnout se observó que entre menor grado de residencia se curse es mayor la prevalencia del síndrome, obteniendo un valor de χ^2 de 10.69 y $p=0.005$ siendo estadísticamente significativo. Así mismo se identificó la asociación entre la edad y la presencia del síndrome de burnout, reflejando que a mayor edad es mayor la probabilidad de presentar el síndrome, obtuvimos en esta relación un valor de χ^2 de 10.79 y $p=0.029$ con significancia estadística. También identificamos la relación entre el síndrome de burnout y menos horas de sueño al día, con un valor de χ^2 de 2.1 y $p=0.05$, relacionada con el número de guardias que realizan por semana, encontrando que a mayor número de guardias a la semana menor es el número de horas de sueño al día y por tanto mayor la presencia del síndrome de burnout, con un valor de χ^2 de 2.29 y $p=0.05$ estadísticamente significativo. Se buscaron asociaciones entre la presencia del síndrome de burnout y el género, el estado civil, el número de hijos, el tabaquismo y el alcoholismo, obteniendo valores de χ^2 con un valor de p no estadísticamente significativo.

Conclusiones: Los residentes de anestesiología de la secretaria de salud del Distrito Federal si presentan síndrome de Burnout, que se ve influenciado por el año de residencia que se cursa, por la edad que se tiene, el número de guardias que se realizan a la semana y las horas de sueño que se tiene al día.

Al identificar la presencia del síndrome burnout en los residentes de anestesiología de la secretaria de salud del Distrito Federal se notificara a los que lo presentan para comentarles las opciones de tratamiento que existen, con la finalidad de un abordaje oportuno.

Palabras clave: anestesiología, residencia médica, síndrome de burnout, cuestionario de Maslach.

ABSTRACT

Objective: To identify the presence of burnout syndrome in residents of Anesthesiology of the Secretary of Health of the Federal District through the questionnaire Maslash.

Results: The prevalence of burnout syndrome in 24.1% (13 residents) of anesthesiology residents was found. Residents who presented burnout syndrome was observed that the lower degree of residence course is greater prevalence of the syndrome, obtaining a value of $10.69 \text{ Chi}^2 = 0.005$ and p being statistically significant. Likewise, the association between age and the presence of burnout syndrome was identified, reflecting that the older are more likely to present the syndrome, we obtained in this relationship worth Chi^2 of 10.79 and $p = 0.029$ with statistical significance. We also identified the relationship between burnout syndrome and fewer hours of sleep a day, with a value of Chi^2 2.1 and $p = 0.05$, related to the number of guards conducting a week, finding that the greater the number of guards per week the lower the number of hours of sleep a day and therefore greater the presence of burnout syndrome, with a value of 2.29 Chi^2 $p = 0.05$ statistically significant. Associations between the presence of burnout syndrome and gender, marital status, number of children, smoking and alcoholism were sought, obtaining values of Chi^2 with a value not statistically significant p .

Conclusions: anesthesiology residents of the Secretary of Health of the Federal District if present burnout syndrome, which is influenced by the year of residence is given, by the age you have, the number of guards who are made a week and the hours of sleep you have a day.

By identifying the presence of burnout syndrome in anesthesiology residents of the Secretary of Health of the Federal District is notified that present him to tell them the treatment options that exist for the purpose of timely approach.

Keywords: anesthesiology, medical residency, burnout syndrome, Maslach questionnaire.

1. INTRODUCCIÓN

El término burnout proviene del anglosajón y se traduce al castellano como “estar quemado”. Esta expresión se utiliza para referir a un tipo de estrés laboral crónico, generado específicamente en grupos que trabajan en algún tipo de institución cuyo objeto de trabajo son personas.^{1,2}

El *síndrome de agotamiento profesional (burnout)* (SAP), en su forma clínica, fue descrito por primera vez en 1974, por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger. Lo definió como “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”³ Hasta el Maslach Burnout Inventory (MBI), se elaboraron gran número de definiciones con el fin de delimitar el fenómeno y explicar su evolución, conformando el análisis a través de tres componentes significativos: agotamiento emocional, despersonalización afectiva y baja realización profesional. Vinculado al ejercicio de la actividad laboral, se describe como una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por el trabajo que surge en los profesionales que están en contacto directo con personas como consecuencia del ejercicio diario de la profesión.⁴

La traducción de la expresión anglosajona “*burnout síndrom*” ha dado pie a diferentes denominaciones, quizá la más utilizada sea la de «síndrome de quemarse por el trabajo», que implica una respuesta que aboca en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional o la baja realización personal, con la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los pacientes y hacia la institución con aparición de comportamientos indiferentes, fríos, distantes, incluso a veces lesivos y con sentimientos de culpa.⁴ Describe un estado psicológico que aparece luego de un período prolongado de

exposición a factores de riesgo psicosocial, se caracteriza por tres dimensiones a) cansancio emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; b) despersonalización o desarrollo de actitudes negativas y de cinismo hacia los pacientes, y c) bajos logros personales o tendencia a evaluar negativamente el propio trabajo con apreciaciones de baja autoestima profesional. Su prevalencia en médicos generales y especialistas es del 30 a 69%.

Los estudios realizados en distintos hospitales refieren que la probabilidad de elevado cansancio emocional y despersonalización es mayor en los profesionales expuestos a un alto nivel de contacto en el sufrimiento y la muerte que tiene una repercusión negativa en la vida familiar.⁵

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias:

- ✓ *Variables personales:* sexo, edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad, las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento.
- ✓ *Variables organizacionales:* el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad.⁶

Los síntomas son muy complejos, después de todo, el síndrome se ha descrito en alrededor de 60 profesiones y grupos profesionales; en la actividad profesional el médico puede tener las siguientes conductas:

- **Ausencia de compromiso emocional:** la pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
- **Disociación instrumental extrema:** se expresa en conductas automáticas y rígidas, como, comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de recursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.
- **Embotamiento y negación:** la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales opositoras, actitudes descalificadoras, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.
- **Impulsividad:** la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.
- **Desmotivación:** se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.⁵

En la actualidad son muy pocos los profesionales y estudiantes que pueden escapar a esta amenaza, muchos estudiantes logran desarrollar las competencias necesarias en su proceso formativo que favorecen la conclusión de sus objetivos académicos, mientras que otros jóvenes presentan dificultades

que sólo se registran en indicadores de elevada mortalidad académica, los estudiantes generalmente experimentan una alta carga de estrés durante su proceso formativo.^{7,8} El burnout académico o estudiantil surge de la presunción de que los estudiantes, específicamente universitarios, al igual que cualquier profesional, se encuentran con presiones y sobrecargas propias de la labor académica. Los estudiantes al igual que cualquier trabajador, mantienen una relación de compensación directa e indirecta con la institución universitaria, evidenciada en apoyos económicos, becas, reconocimientos o premios.⁷ Una revisión sobre médicos residentes señala que la depresión y el incremento de la irritabilidad son frecuentes en médicos desde el período de entrenamiento y aprendizaje, e incluso pueden aparecer signos de conductas obsesivo-compulsivas, problemas de aprendizaje, emocionales, depresión y trastorno bipolar. También se ha relacionado el período de residencia con el desgaste profesional, abuso del alcohol y depresión, y su influencia en el cuidado y actitudes hacia los pacientes. El entrenamiento de la residencia en particular puede causar un grado significativo de burnout, conduciendo a una interferencia en la habilidad individual de establecer los dilemas diagnósticos.⁶

Según diversos estudios el síndrome de burnout en estudiantes tiene 3 grupos de manifestaciones fundamentales:

1. Psicosomáticas: alteraciones cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas, alteraciones gastrointestinales, dolores abdominales y musculares, alteraciones respiratorias y del sueño, alteraciones dermatológicas y menstruales y disfunciones sexuales.
2. Conductuales: abuso de drogas, fármacos y alcohol, ausentismo laboral, malas conductas alimentarias, incapacidad de relajarse.

3. Emocionales: impaciencia, deseos de abandonar los estudios y el trabajo, irritabilidad, dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, depresión, baja autoestima, falta de motivación.

Las manifestaciones más comunes de burnout en estudiantes son: agotamiento físico y mental, abandono de los estudios, y disminución del rendimiento académico.^{7,8}

De forma general, toda y cualquier actividad puede llegar a desencadenar un proceso de agotamiento emocional. Sin embargo, algunas profesiones han sido identificadas como más predisponentes por características que les son peculiares.^{9, 10} Las ocupaciones cuyas actividades han tenido una relación emocional son consideradas de mayor riesgo para el síndrome de burnout, especialmente las de los profesionales que trabajan directamente con otras personas, ayudándolas o como responsables de su desarrollo y bienestar. Así, son consideradas más predispuestas las personas que se dedican a la docencia, los policías, enfermería, medicina y psicología.^{11,12}

El síndrome del burnout es común en la práctica médica, con una incidencia que va de 25 a 60%. Thomas, en una muestra representativa de casi 6,000 médicos de atención primaria en un estudio aleatorizado, mostró que los médicos del género femenino tenían 60% más de probabilidad que los del masculino de manifestar signos o síntomas de desgaste.^{5,10.}

Maslach y Leiter dicen que «por la naturaleza y la funcionalidad del cargo, hay profesiones de riesgo y de alto riesgo, siendo pocas aquellas que poseen un

bajo riesgo para el síndrome de burnout».¹³ La anestesiología es considerada una especialidad que genera niveles elevados de estrés y que puede traer como resultado consecuencias negativas en quien la práctica. Por lo tanto, está clasificada como de alto riesgo.¹¹ Hay que considerar que la necesidad de toma de decisiones inmediatas y eficaces es algo constante y que eso puede provocar en los anesthesiólogos una sensación de que el trabajo no les recompensa.¹⁴ El gremio de anesthesiólogos es un grupo humano heterogéneo que convive durante períodos prolongados en ambientes cerrados o restringidos sometidos a situaciones de tensión psíquica y física, alejados del ritmo circadiano normal. En los anesthesiólogos, el estrés se enmarca en particularidades propias del tipo de especialidad, su escenario laboral y su estilo de vida fuertemente condicionada por aspectos legales. Mientras que en la población médica la incidencia del estrés laboral es del 28%, en los anesthesiólogos la incidencia es notoriamente más elevada, alcanzando el 50% a nivel europeo y 96% a nivel latinoamericano. El estrés laboral en el anesthesiólogo puede estar relacionado a numerosos aspectos de su compleja vida laboral. Se le relaciona con la falta de control de su tiempo en el 83%, a interferencia con la vida familiar en el 75%, a aspectos médico-legales en el 66%, a problemas de comunicación en el 63% y a problemas clínicos en el 61%. En el caso de residentes de anestesia, se relaciona con enfrentarse a pacientes críticos o a la muerte de pacientes, a la dificultad de balancear su vida personal y a las demandas profesionales crecientes.¹⁵

Por lo general la carga de trabajo se relaciona con la dimensión del agotamiento emocional. Gopal identificó como factor principal para el síndrome de burnout el número de guardias al mes, el número de horas de trabajo semanales, presentando como solución la reducción de horas de trabajo como primer paso para disminuir el desgaste del médico residente.⁵ Entre los anesthesiólogos, ciertos factores pueden ser determinantes en el desarrollo del síndrome del

agotamiento emocional. La limitación de tiempo es citada como una de las razones más comunes de estrés entre los anestesiólogos, a causa de la presión constante para cumplir los horarios, hacer los procedimientos rápidamente y desplazarse entre los hospitales.

También tenemos el estrés físico proveniente de los factores extenuantes del ambiente quirúrgico, que incluyen contaminación sonora, exposición a gases anestésicos, radiación, látex, infecciones, frío o calor excesivo, uso de sillas incómodas e incluso limitación de espacio. La sobrecarga de ruidos conlleva la activación simpaticoadrenal en las personas y tal respuesta aumenta en individuos con ansiedad crónica y/o hipertensión arterial. El ruido en los quirófanos puede ser suficiente para provocar la hiperactividad del sistema nervioso simpático y efectos cognitivos y psicológicos. Otro factor importante es la privación de sueño, porque la anestesiología es una especialidad que necesita ofrecer servicios continuos a los pacientes. Existe la necesidad de la disponibilidad de 24 h/día, durante todo el año, y para la adecuada cobertura de las escalas de guardia es necesario trabajar de noche. Todos esos factores traen como consecuencia el cansancio y el agotamiento.^{11, 16, 17}

Los profesionales con menor riesgo para la manifestación del síndrome de burnout son los que tienen madurez profesional y un mayor dominio de sus emociones en situaciones de estrés^{14, 16}. También llama la atención la mayor prevalencia del síndrome en profesionales que no ejercen cargos de dirección (78,5%). Tales elementos sugieren que la autoridad, el apoyo a los colegas y la satisfacción en el trabajo pueden ser factores protectores.¹¹

Existe una serie de instrumentos que sirven para evaluar el síndrome de burnout; sin embargo, la prueba utilizada con más frecuencia ya estandarizada es el Maslash Burnout Inventory (MBI).^{11, 13} En su forma original, el Maslash Burnout Inventory consta de 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes, divididos en tres escalas:

- ✓ Agotamiento emocional (9 ítems)
- ✓ Despersonalización (5 ítems)
- ✓ Realización personal (8 ítems)

La psiquiatría, como ciencia médica, ha evitado hasta ahora abordar el fenómeno del burnout, ya sea por la difusa definición del síndrome, o porque hay una gran coincidencia entre él y establecidos diagnósticos psiquiátricos, como depresión, ansiedad o trastorno de adaptación. Así mismo, es posible que se deba a que no existe una prueba que defina exactamente el síndrome.¹⁰

En los últimos años se ha observado un marcado incremento en la prescripción de antidepresivos y en el ausentismo laboral relacionados con el desgaste mental. Estos fenómenos representan los efectos del burnout a nivel individual, social y laboral, lo que alerta en la urgencia del diagnóstico temprano y oportuno de esta entidad para evitar sus consecuencias.⁵

Los enfoques para el tratamiento del síndrome de burnout deben guiarse por la gravedad del síndrome. De acuerdo con Hillert y Marwitz el tratamiento debe concentrarse en tres factores:

- Alivio del estrés

- Recuperación mediante relajación y práctica de algún deporte
- Vuelta a la realidad, esto es en términos de abandono de las ideas de perfección.

Para la reducción de los efectos de la atención y prevención del síndrome se han planteado diferentes estrategias, producto de factores personales y ambientales laborales, algunas de ellas serían las siguientes basadas en los hallazgos de los cuestionarios administrados: *a)* reconocimiento de burnout, *b)* comunicación, *c)* relajación, y *d)* estrategias de afrontamiento. Por ello se plantea la necesidad de aplicar el cuestionario de burnout a los profesionales, por lo menos una vez al año con el fin de detectarlo y buscar sus causas.⁵

El cuestionario de Maslach agrupa los estadios de burnout en ausente, leve, moderado y severo, lo que facilita la intervención terapéutica y permite programar actividades de prevención en el personal de salud. Pueden diferenciarse las tres fases del síndrome de burnout que permiten realizar diferentes tipos de intervenciones de acuerdo con la fase evolutiva de cada una.

- a) Fase de estrés laboral: ocurre un desajuste entre las demandas laborales y los recursos humanos y materiales; hay un exceso de demanda y escasez de recursos que ocasionan estrés.
- b) Fase de exceso o sobreesfuerzo: el sujeto reacciona emocionalmente al desajuste mediante un sobreesfuerzo que motiva la aparición de síntomas emocionales, como: ansiedad, fatiga, irritabilidad, tensión, signos y síntomas laborales, como la aparición de conductas egoístas, se siente ajeno a su trabajo o a su vida, pérdida de altruismo e idealismo, disminución o pérdida

de las metas laborales, falta de responsabilidad en los resultados de su trabajo.

- c) Fase de enfrentamiento defensivo: cambio de actitudes y conductas para defenderse de las tensiones; así el sujeto aparece emocionalmente distanciado, con deseos y fantasías de cambio de trabajo, reacciones de huida o retirada, mayor rigidez a la hora de realizar su trabajo, más ausentismo laboral y actitudes cínicas y negativas en la relación y trato con los pacientes. En esta fase los profesionales suelen culpar a los demás por sus problemas.⁵

Deben buscarse formas de relajación mediante la diversificación de actividades no relacionadas con la práctica médica; también deben tener periodos de descanso vacacional. Es necesario hacer frente al síndrome de burnout mediante la reestructuración cognitiva que permita combatir los pensamientos generadores de la situación aversiva y que ayude a dotar al individuo de estrategias de afrontamiento efectivas para superar su situación. Es importante el conocimiento de uno mismo, mantener buenos hábitos alimenticios, incorporar el ejercicio como estilo de vida, buenos hábitos de sueño, conformar equipos de colegas para atender la excesiva carga de atención de pacientes y habilidades sociales para no sobrecargar su agenda.⁵

Maslach: «Si todo el conocimiento acerca de cómo superar el agotamiento pudiera resumirse en una palabra, esa palabra sería *balance*; balance entre dar y recibir, entre estrés y calma, balance entre el trabajo y el hogar».¹⁸

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentó el estudio a consideración del Comité de Bioética del Hospital General Ticomán. Se trató de una investigación clínica. Se realizó un estudio transversal, descriptivo. El universo de residentes aquellos que reunieran los siguientes criterios: residentes de anestesiología de la Secretaría de Salud del Distrito Federal de primero, segundo y tercer año y residentes de anestesiología de la Secretaría de Salud del Distrito Federal que cursen cualquier año de la especialidad en el período 2016-2017 y aceptaron participar en el estudio.

Se registraron todos los residentes de anestesiología que quisieron participar en el estudio. Se dio una breve información acerca del Síndrome de Burnout por un médico anesthesiólogo el cual dio informes sobre el estudio y se firmó el consentimiento informado. Al ingreso al aula se pidió a los participantes tomarán el lugar de su elección y se entregó una hoja de datos personales y el cuestionario de Maslash. Se solicitó se contestarán los mismos. Se manejaron las variables descritas en la siguiente tabla:

VARIABLE (Índice/indicador)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN	FUENTE (forma genérica)	ANÁLISIS/ CONTROL
Género	Control	Características genotípicas y fenotípicas de los individuos	Nominal dicotómica	Hombre o Mujer	Hoja de recolección de datos	Porcentaje
Edad	Control	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento del estudio, medido en años cumplidos.	Razón o numérica	24 a 35 años	Hoja de recolección de datos	Rango Media Desviación estándar
Año de especialidad que	Dependiente	Tiempo transcurrido	Razón o numérica	1ro, 2do o 3er año	Hoja de recolección	Rango Media

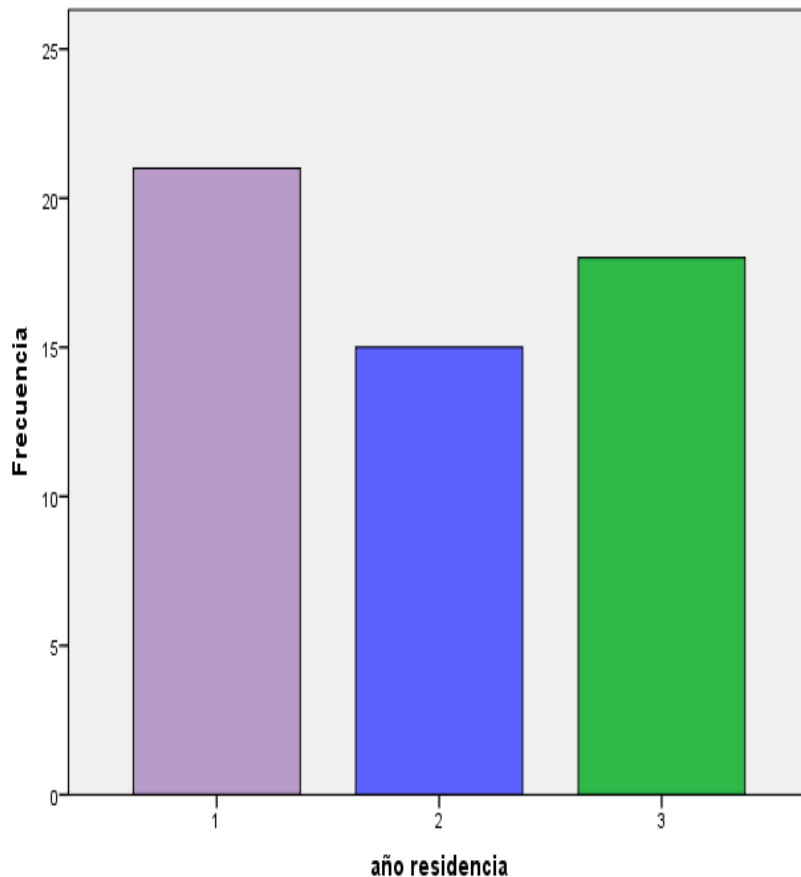
se cursa		desde el momento de ingreso a la especialidad hasta el momento del estudio, medido en años			de datos	Desviación estándar
Tabaquismo	Dependiente	Hábito tabáquico	Nominal	Si o no	Hoja de recolección de datos	Porcentaje
Alcoholismo	Dependiente	Hábito de ingerir bebidas alcohólicas	Nominal	Si o no	Hoja de recolección de datos	Porcentaje
Estado civil	Dependiente	Situación civil al momento del estudio	Nominal	Soltero, casado, unión libre o divorciado	Hoja de recolección de datos	Porcentaje
Número de hijos	Cuantitativa discontinua	Hijos que se tengan en el momento del estudio	Razón o numérica	1, 2, 3 o más	Hoja de recolección de datos	Rango Media Desviación estándar
Número de guardias a la semana	Dependiente	Días a la semana que se trabaja más de 24 horas continuas	Razón o numérica	1, 2, 3 o más	Hoja de recolección de datos	Rango Media Desviación estándar
Horas de sueño al día	Dependiente	Tiempo transcurrido de sueño en un día	Razón o numérica	Menos de 4 horas De 4 a 6 horas De 6 a 8 horas Más de 8 horas	Hoja de recolección de datos	Rango Media Desviación estándar
Número cigarros día	Independiente	Cigarros fumados en un día	Razón o numérica	1, 2, 3 o más	Hoja de recolección de datos	Rango Media Desviación estándar
Número de copas día	Independiente	Copas de bebidas alcohólicas ingeridas en un día	Razón o numérica	1, 2, 3 o más	Hoja de recolección de datos	Rango Media Desviación estándar

Se registraron en la hoja de recolección de datos las respuestas obtenidas como género, edad, años de especialidad que se cursa, tabaquismo, alcoholismo y se agruparon de acuerdo a los resultados del cuestionario Maslach en Síndrome de Burnout ausente, leve, moderado o severo.

Se registraron los resultados en la hoja de recolección de datos. Que posteriormente fueron colectados en una hoja electrónica del programa MS Office Excel 2010. Se obtuvieron rangos y promedios. Los datos fueron analizados con el programa IBM SPSS Statistics 24; se aplicó la prueba de Chi^2 para todos los resultados.

3. RESULTADOS

Se realizó el estudio en 54 residentes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal de una población total de 68 residentes, 3 residentes fueron excluidos del estudio debido a encontrarse bajo tratamiento psiquiátrico, mientras que 11 residentes no se encontraban en el momento de la realización de los cuestionarios. De acuerdo al anexo 2, hoja de recolección de datos personales se encontró que del 100% de residentes participantes un 38.9 % está representado por los residentes de primer año, un 27.8% por los de segundo año y un 33.3% por los de tercer año, como se muestra en la gráfica 1.



Gráfica 1 Representa la distribución de participantes por año de residencia.

Año residencia

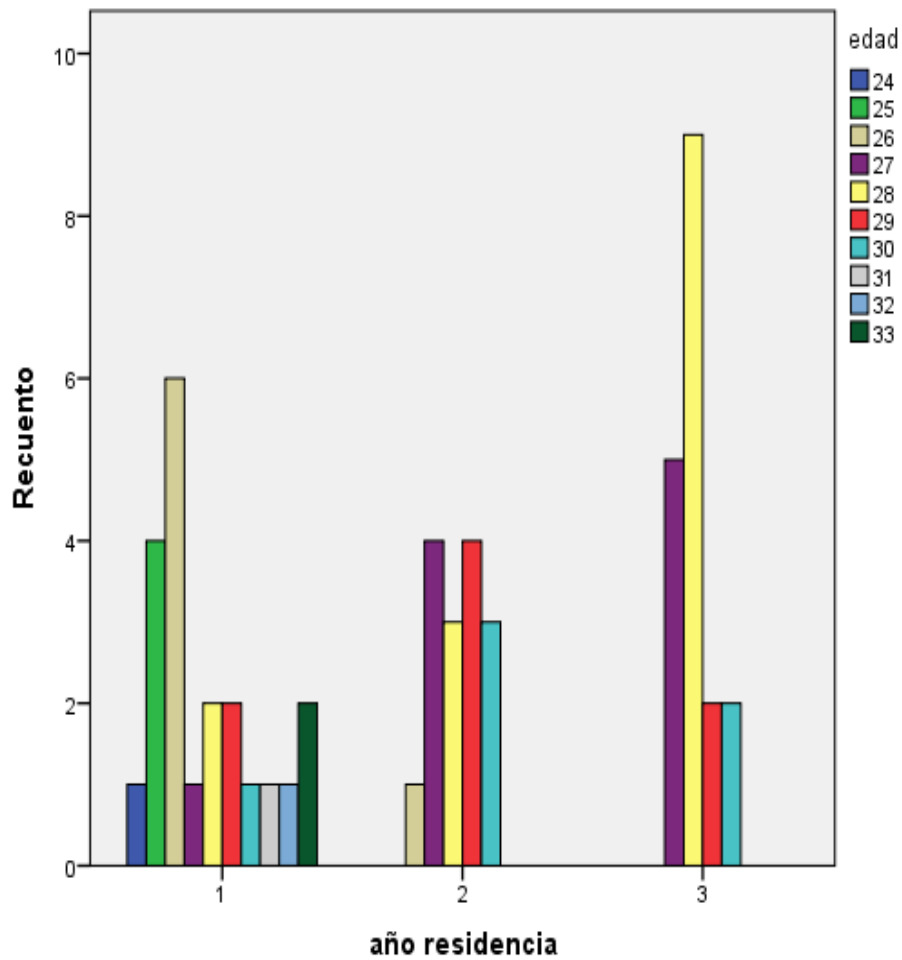
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	21	38.9	38.9	38.9
	2	15	27.8	27.8	66.7
	3	18	33.3	33.3	100.0
	Total	54	100.0	100.0	

Tabla 1 muestra la frecuencia de residentes por año académico.

Los residentes que participaron en el estudio se encuentran entre los 24 a 33 años con una frecuencia mayor de 28 años (25.9%), registrando como edad mínima 24 años, edad máxima 33 años y una edad media de 27.94 años, como se muestra en la siguiente tabla.

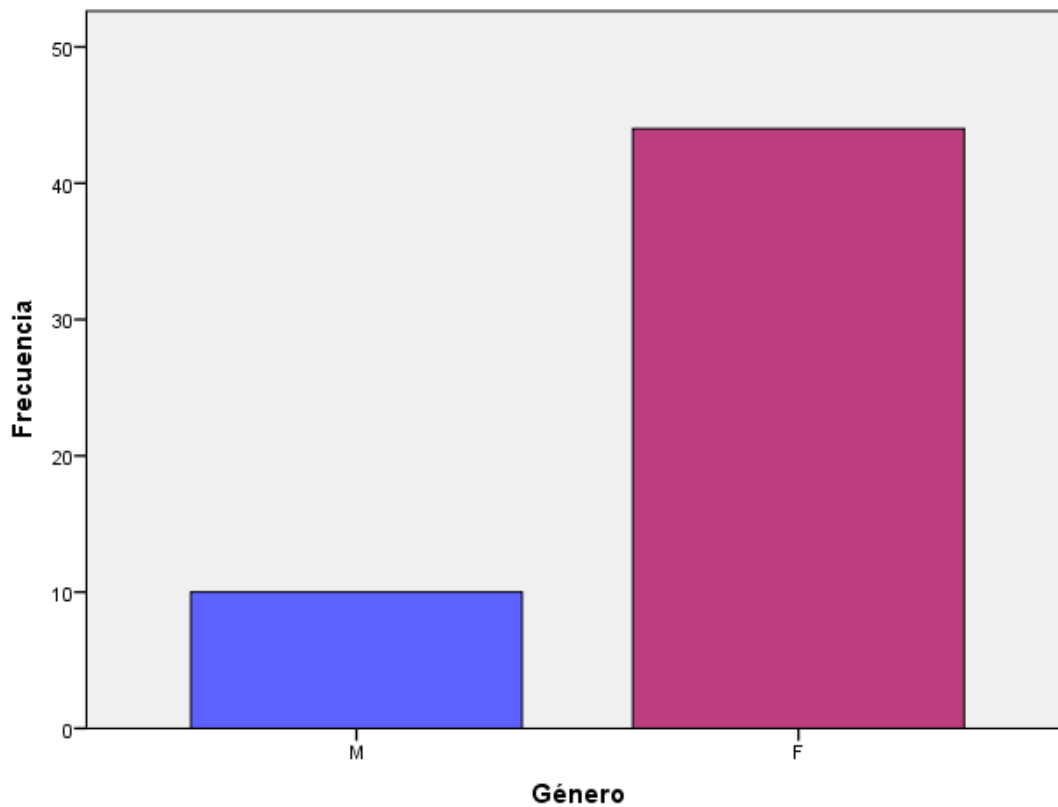
Edad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	24	1	1.9	1.9	1.9
	25	4	7.4	7.4	9.3
	26	7	13.0	13.0	22.2
	27	10	18.5	18.5	40.7
	28	14	25.9	25.9	66.7
	29	8	14.8	14.8	81.5
	30	6	11.1	11.1	92.6
	31	1	1.9	1.9	94.4
	32	1	1.9	1.9	96.3
	33	2	3.7	3.7	100.0
Total		54	100.0	100.0	

Tabla 2 Muestra la edad que con frecuencia tienen los residentes participantes en el estudio.



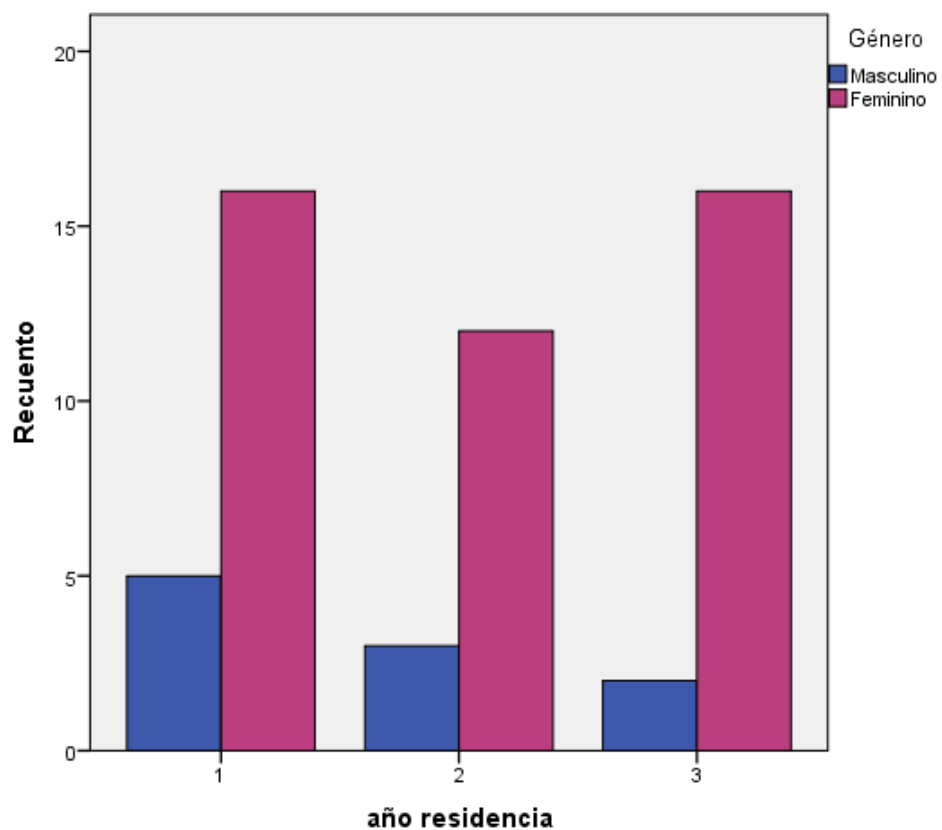
Gráfica 2. Representa las edades que tienen los residentes participantes por grado académico

Con respecto al género se encontró una frecuencia de 10 con respecto al masculino y 44 al femenino, con porcentajes del 18.5% y 81.5% respectivamente. (Gráfica 3).



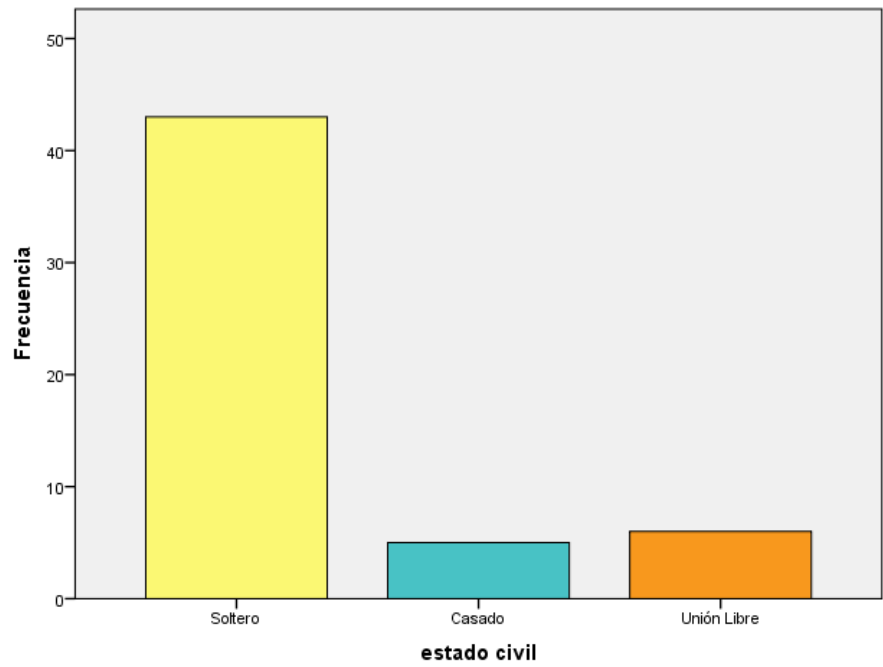
Gráfica 3 Muestra la frecuencia de género (masculino o femenino) de los residentes participantes en el estudio.

Siendo del primer año 5 masculinos y 16 femeninos, de segundo año 3 masculinos y 12 femeninos y de tercer año 2 masculinos y 16 femeninos. (Gráfica 4).

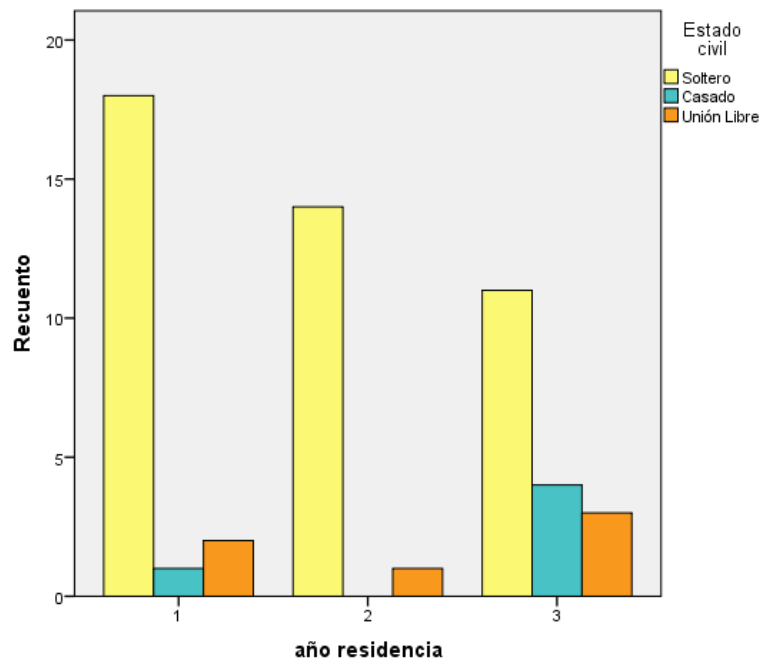


Gráfica 4. Representa la distribución por género respecto al año de residencia.

En referencia al estado civil de nuestros 54 residentes, 43 (79.6%) son solteros, 6 (11.1%) se encuentran en unión libre y solo 5 (9.3%) son casados. (Gráfica 5 y 6).

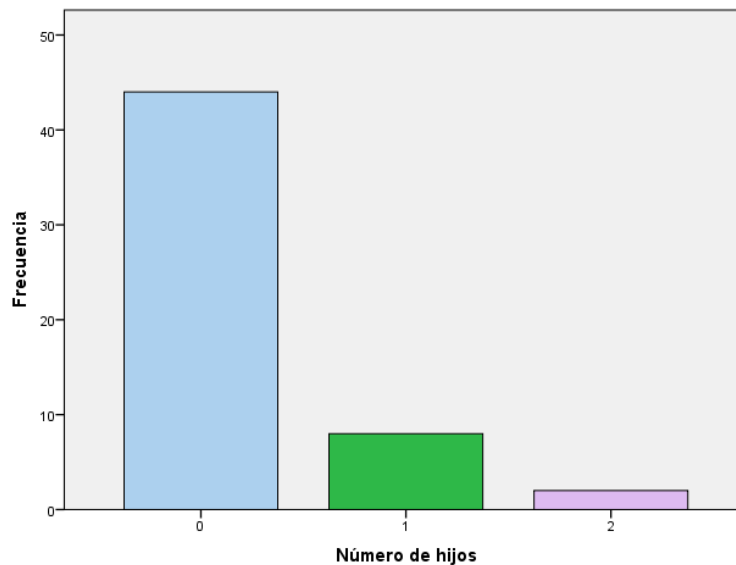


Gráfica 5. Muestra el número de solteros, casados y en unión libre que encontramos en nuestros participantes.

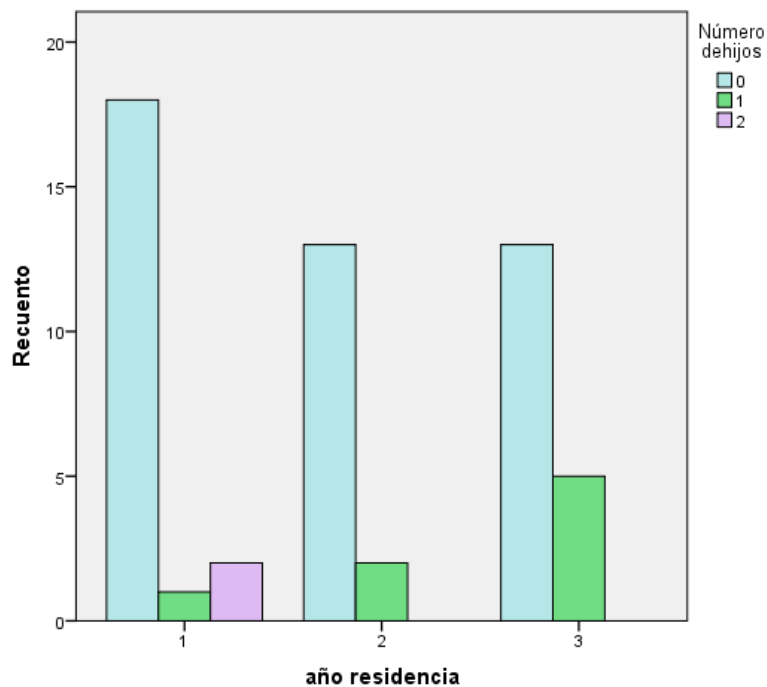


Gráfica 6. Representa la cantidad de solteros, casados o en unión libre que se encontró por año de residencia.

De nuestro grupo de estudio 44 residentes que representan el 81.5% no tienen hijos, 8 (14.8%) tienen un solo hijo y 2 (3.7%) tienen dos hijos. (Gráfica 7 y 8).

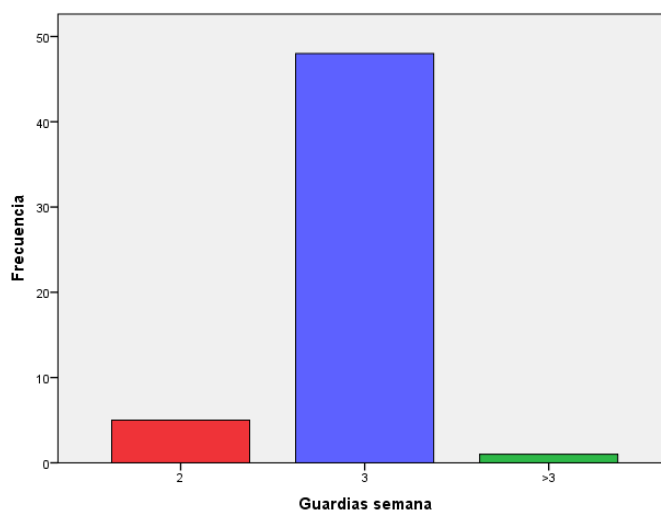


Gráfica 7. Se muestra la frecuencia con la que los residentes tienen 0, 1 ó 2 hijos.

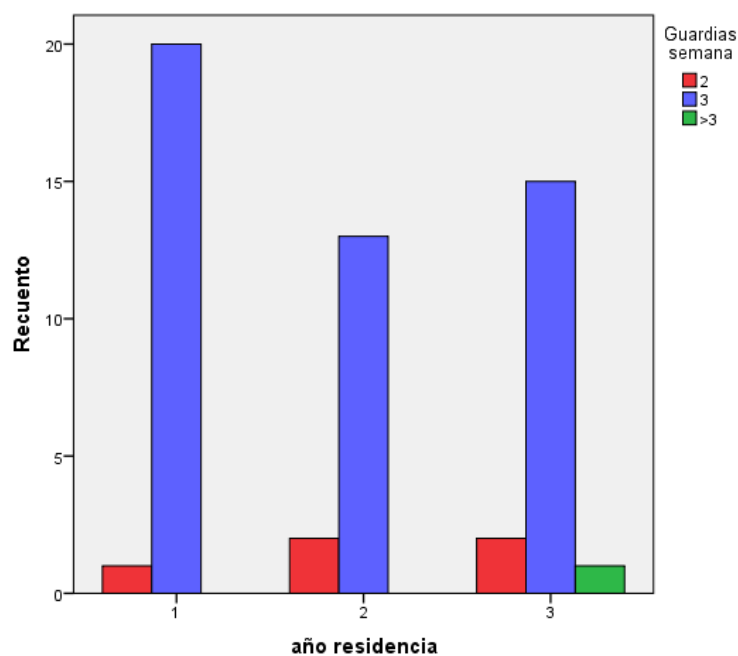


Gráfica 8. Muestra el número de hijos que tienen los residentes por grado académico.

En relación a las guardias a la semana realizadas por nuestros residentes encontramos que 48 (88.9%) de ellos hacen 3 guardias a la semana, 5 (9.3%) hace 2 guardias a la semana y solo un residente (1.3%) hace más de 3 guardias a la semana. (Gráfica 9 y 10).

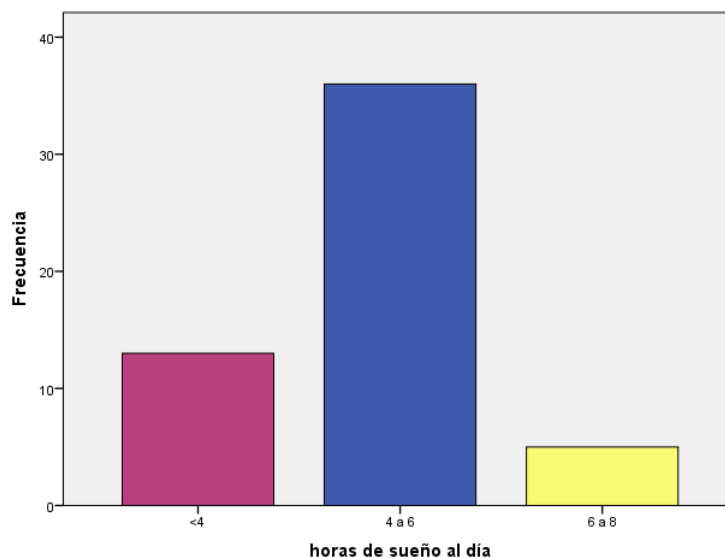


Gráfica 9. Representa la frecuencia de guardias que realiza el residente por semana.

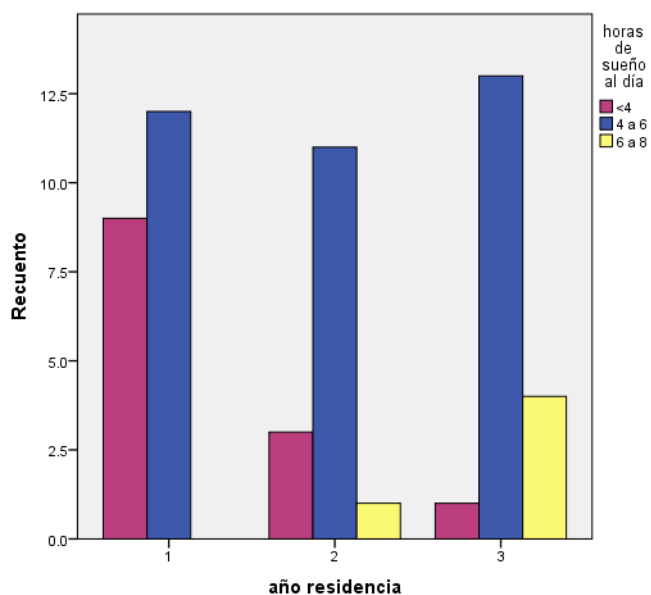


Gráfica 10. Muestra el número de guardias que realizan los residentes según el año de residencia que se curse.

De los 54 residentes, 36 (66.7%) refieren dormir de 4 a 6 horas al día, 13 (24.1%) comenta dormir menos de 4 horas al día y solo el 9.3% (5 residentes) menciona dormir de 6 a 8 horas al día. (Gráfica 11 y 12)

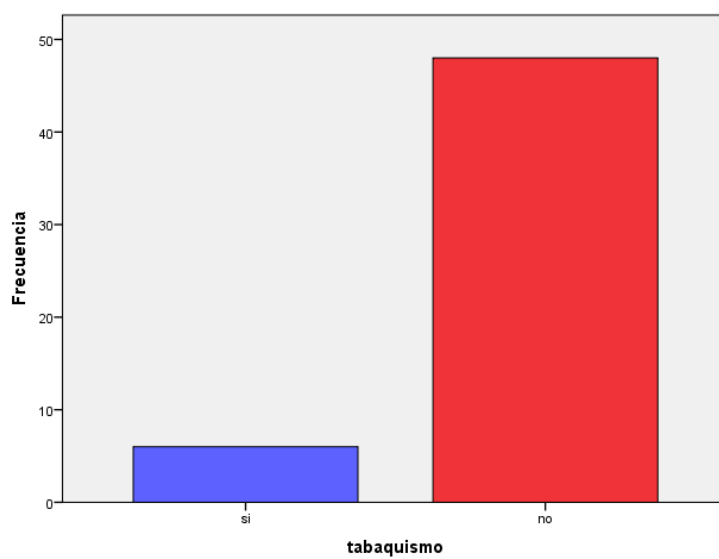


Gráfica 11. Muestra las horas de sueño que los residentes manifestaron dormir en un día.

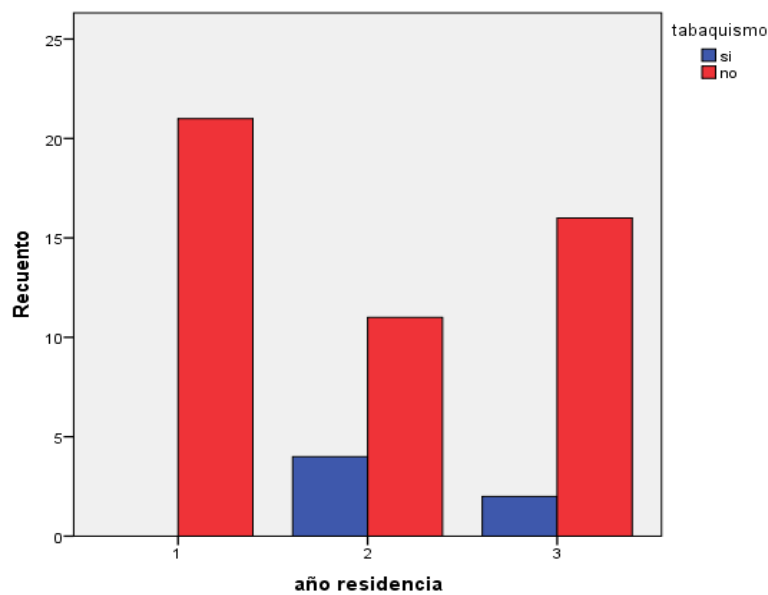


Gráfica 12. Representa las horas de sueño que los residentes duermen en relación al año académico que cursan.

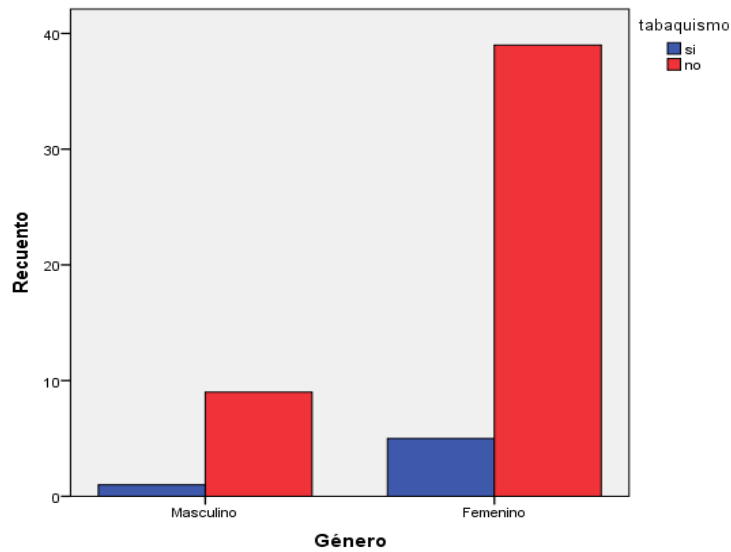
48 residentes (88.9%) manifestó que no fuma y solo el 11.1 % (6 residentes) dijo que si fuma, de éstos, 4 son residentes de segundo año y 2 son residentes de tercer año; así mismo 5 son del género femenino y uno solo del género masculino. (Gráficas 13,14 y 15).



Gráfica 13. Representa la cantidad de residentes que si fuman y los que no fuman.

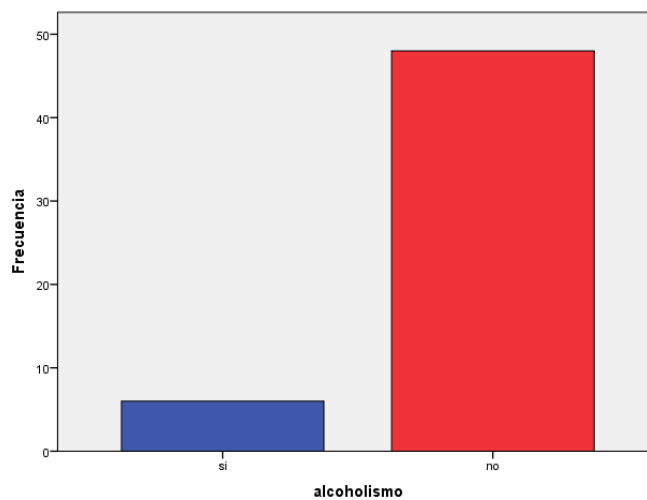


Gráfica 14. Muestra los residentes que si fuman y los que no fuman, comparando de acuerdo al año de residencia que cursan.

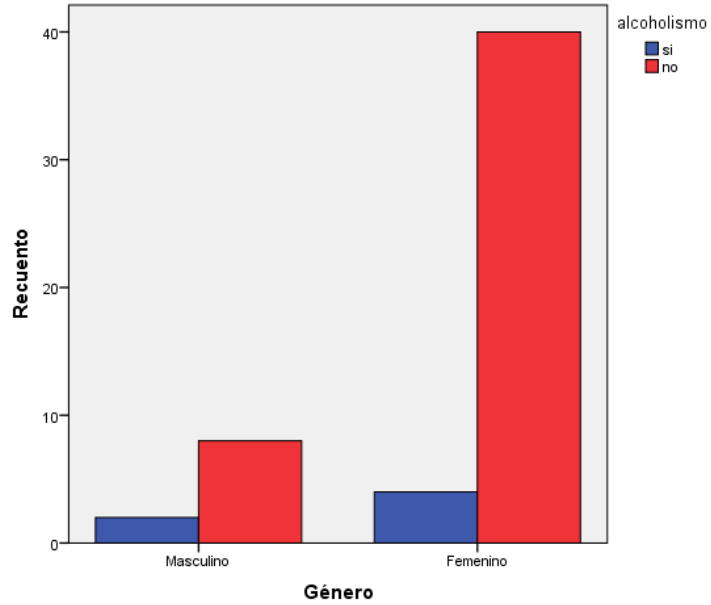


Gráfica 15. Se muestra a los residentes que fuman y los que no fuman en relación al género (masculino o femenino).

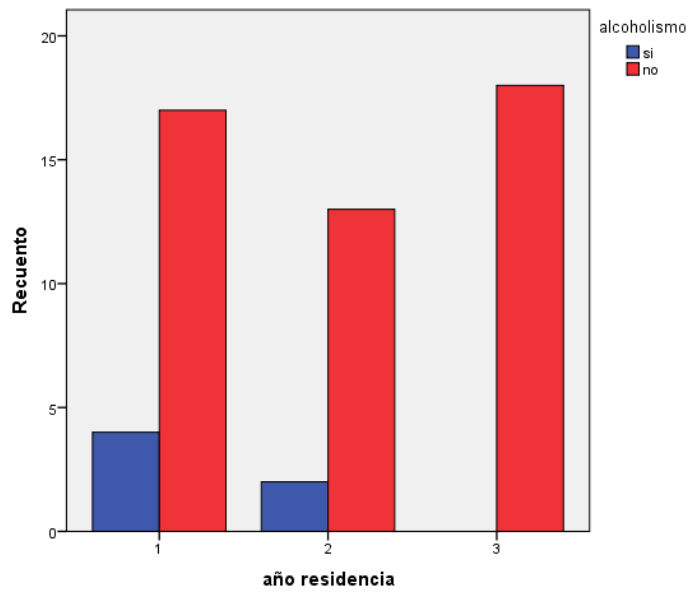
Con respecto al consumo de alcohol 88.9% (48 residentes) comentan no consumir alcohol, 11.1% (6 residentes) manifiestan si consumirlo, de éstos, 4 pertenecen al género femenino y solo 2 son del género masculino; 4 cursan el primer año de residencia y 2 el segundo año. (Gráficas 16, 17 y 18).



Gráfica 16. Se muestra la cantidad de residentes que si consumen alcohol y los que no consumen alcohol.

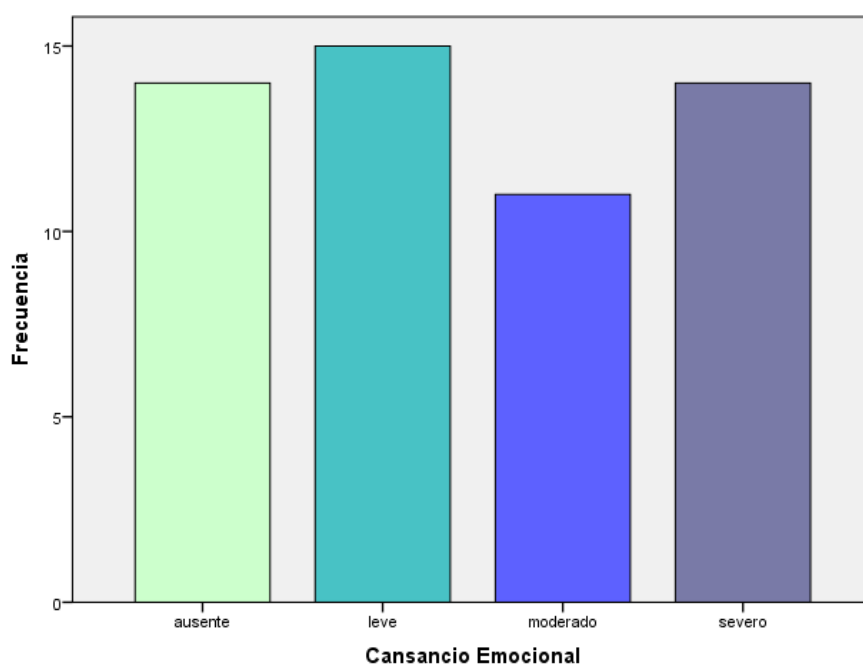


Gráfica 17. Representa los residentes que consumen o no consumen alcohol en relación con el género (masculino y femenino)



Gráfica 18. Muestra quienes sí y no consumen alcohol en relación con el año de residencia que cursan.

De acuerdo al cuestionario de Maslach se evaluaron tres aspectos, cansancio emocional, realización personal y despersonalización, encontrando con respecto al cansancio emocional que de los 54 residentes participantes en el estudio el 25.5% (14 residentes) se situaron en una situación ausente, 27.3% (15 residentes) en una situación leve, 20% (11 residentes) dentro del rango moderado y 25.5% (15 residentes) se situaron en el rango severo; en relación al año de residencia observamos que los residentes del primer año encabezan en grado severo con 11 residentes, seguidos por el segundo año con 2 residentes y por último los de tercer año con solo un residente; obteniendo una χ^2 de 16.99 y $p=0.01$, estadísticamente significativa. (Gráficas 19 y 20, y tabla 3).



Gráfica 19. Muestra la frecuencia con la que los residentes presentan cansancio emocional sus diversos grados, leve, moderado y severo.

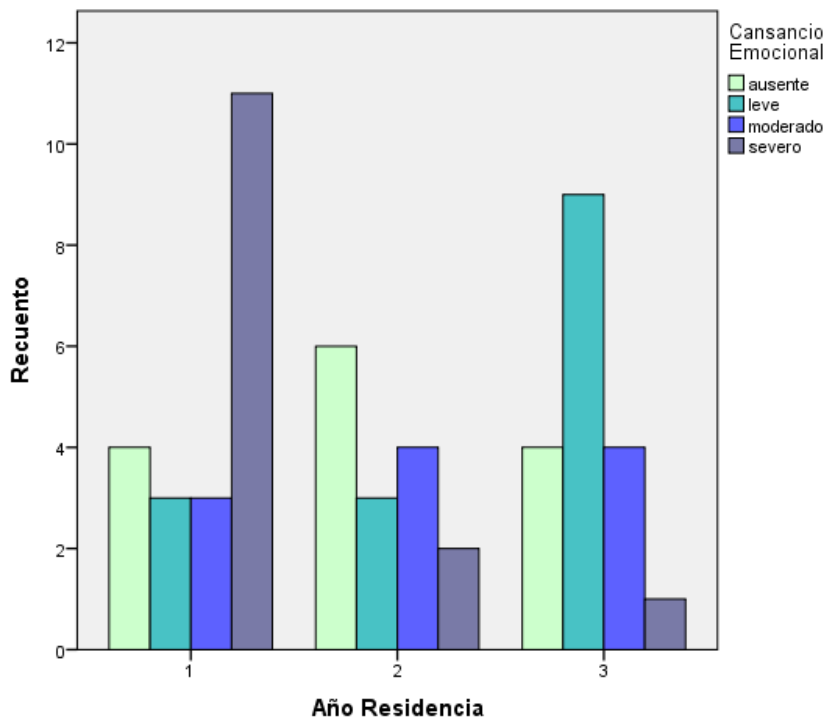


Figura 20. Se muestra la frecuencia de cansancio emocional en sus diversos grados en relación al año de residencia que se cursa.

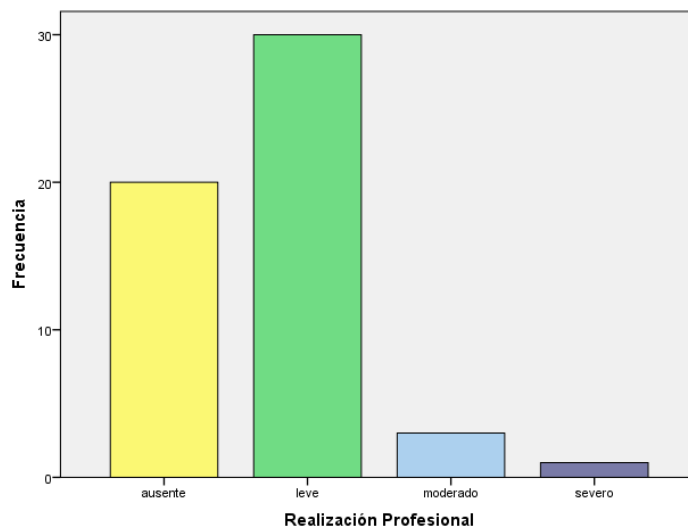
Tabla cruzada Año Residencia * Cansancio Emocional

		Cansancio Emocional				Total
		ausente	leve	moderado	severo	
Año Residencia	1	4	3	3	11	21
	2	6	3	4	2	15
	3	4	9	4	1	18
Total		14	15	11	14	54

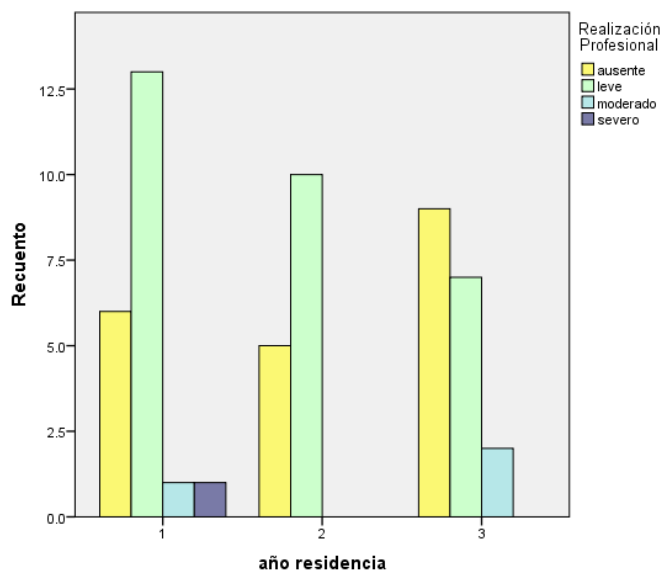
Tabla 3. Muestra la frecuencia de cansancio emocional que se presenta de acuerdo al año de residencia que se cursa.

Dentro de la realización profesional encontramos que 20 residentes (36.4%) se calificaron como ausente, 30 (54.5%) como leve, 3 (5.5%) como moderado y 1 (1.8%) como severo; de acuerdo al año de residencia observamos que el

predominio es el grupo calificado como leve representado por 30 residentes, 13 de primer año, 10 de segundo año y 7 de tercer año, obteniendo un valor de χ^2 de 6.43 y $p=0.041$ con valor estadísticamente significativo. (Gráficas 21 y 22; Tabla 4).



Gráfica 22. Muestra la frecuencia de realización profesional y sus grados, leve, moderado y severo.



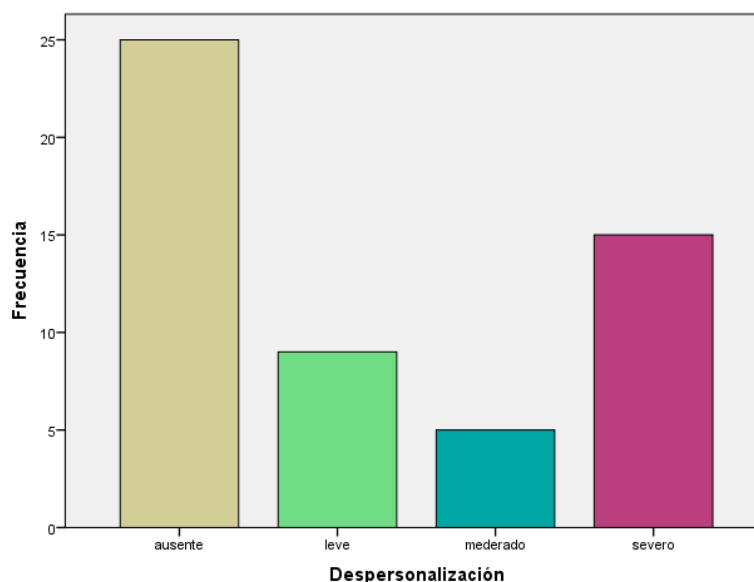
Gráfica 22. Se muestra la frecuencia de realización profesional en sus diversos grados en relación al año de residencia que se cursa.

Tabla cruzada Año Residencia * Realización Profesional

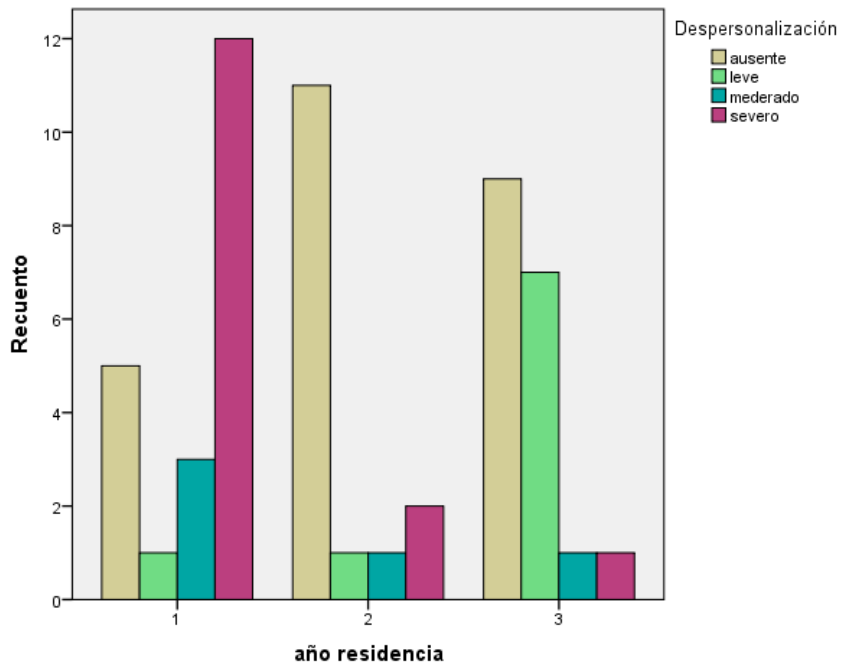
		Realización Profesional				Total
		ausente	leve	moderado	severo	
Residencia	Año 1	6	13	1	1	21
	Año 2	5	10	0	0	15
	Año 3	9	7	2	0	18
Total		20	30	3	1	54

Tabla 4. Muestra la frecuencia de realización profesional que se presenta en relación al año de residencia que se cursa.

De igual forma se evaluó el rubro de despersonalización donde encontramos que de los 54 residentes 25 (45.5%) se situaron dentro del grupo ausente, 9 (16.4%) en leve, 5 (9.1%) en moderado y 15 (27.3%) en severo; en relación al año académico que existen más casos de severidad en los residentes de primer año (12 residentes), seguidos de 2 residentes de segundo año y solo un residente de tercer año; obteniendo un valor de χ^2 de 0.01 con valor estadísticamente significativo. (Gráficas 23 y 24; tabla 5).



Gráfica 23. Muestra la frecuencia de despersonalización y sus grados, leve, moderado y severo.



Gráfica 24. Se muestra la frecuencia de despersonalización en sus diversos grados en relación al año de residencia que se cursa.

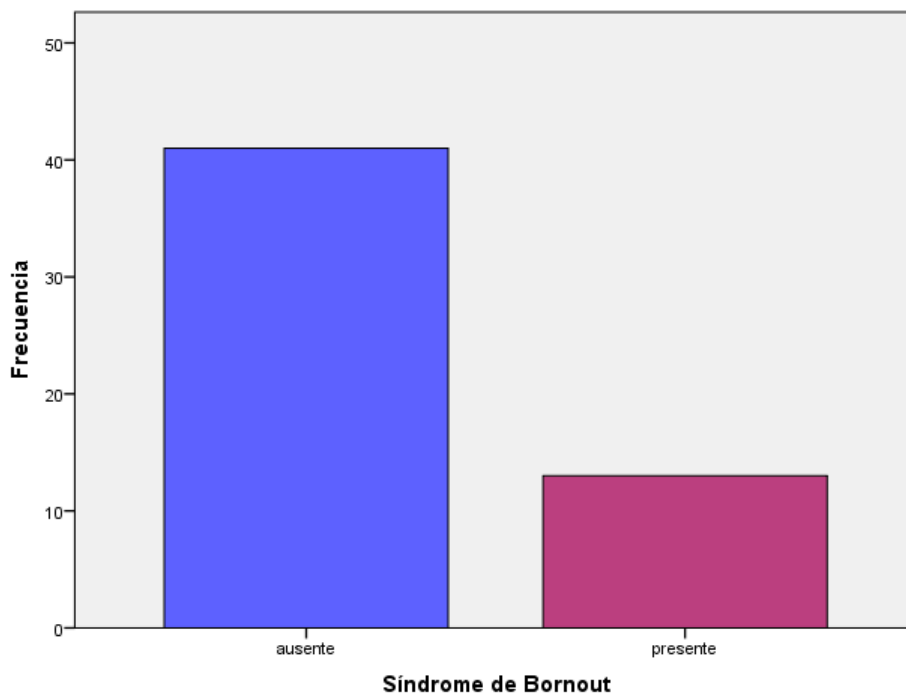
Tabla cruzada Año Residencia * Despersonalización

		DESPERSONALIZACIÓN				Total
		ausente	leve	moderado	severo	
Año residencia	1	5	1	3	12	21
	2	11	1	1	2	15
	3	9	7	1	1	18
Total		25	9	5	15	54

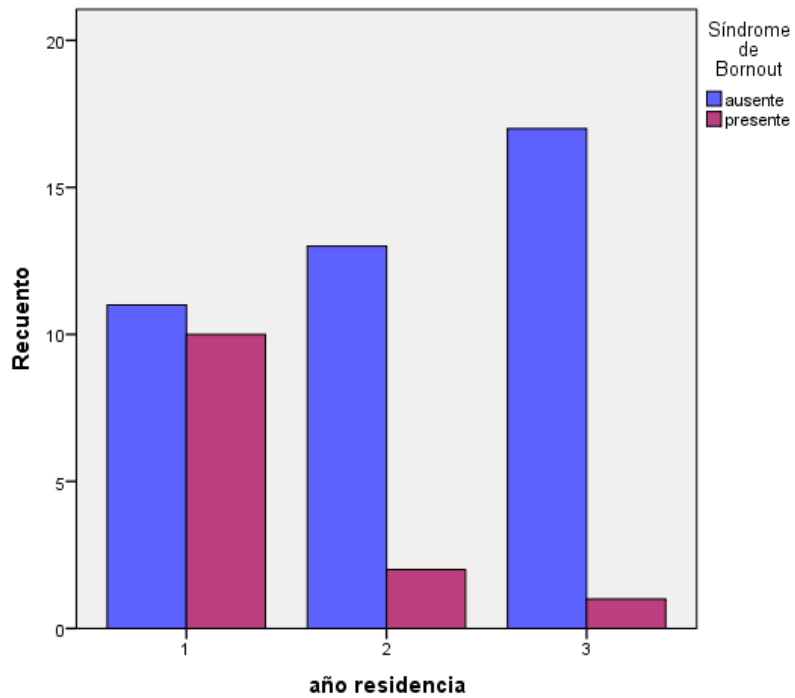
Tabla 5. Muestra la frecuencia de despersonalización que se presenta en relación al año de residencia que se cursa.

Finalmente se cruzó la información obtenida en el cuestionario de Maslash encontrando una prevalencia del síndrome de Burnout en 13 residentes lo que representa el 24.1% contra un 79.4% que no lo presentan (Gráfica 25). De

estos 13 residentes que presentaron síndrome de Burnout se observó que entre menor grado de residencia se curse es mayor la presencia del síndrome, es decir encontramos que 10 son residentes de primer año, 2 son residentes de segundo año y solo 1 es residente de tercer año (Gráfica 26), con un valor de χ^2 de 10.69 y $p=0.005$ estadísticamente significativo.



Gráfica 25. Se observa la frecuencia de Síndrome de Burnout.



Gráfica 26. Se muestra la frecuencia con la que el síndrome de burnout se presenta en relación al año de residencia que se cursa.

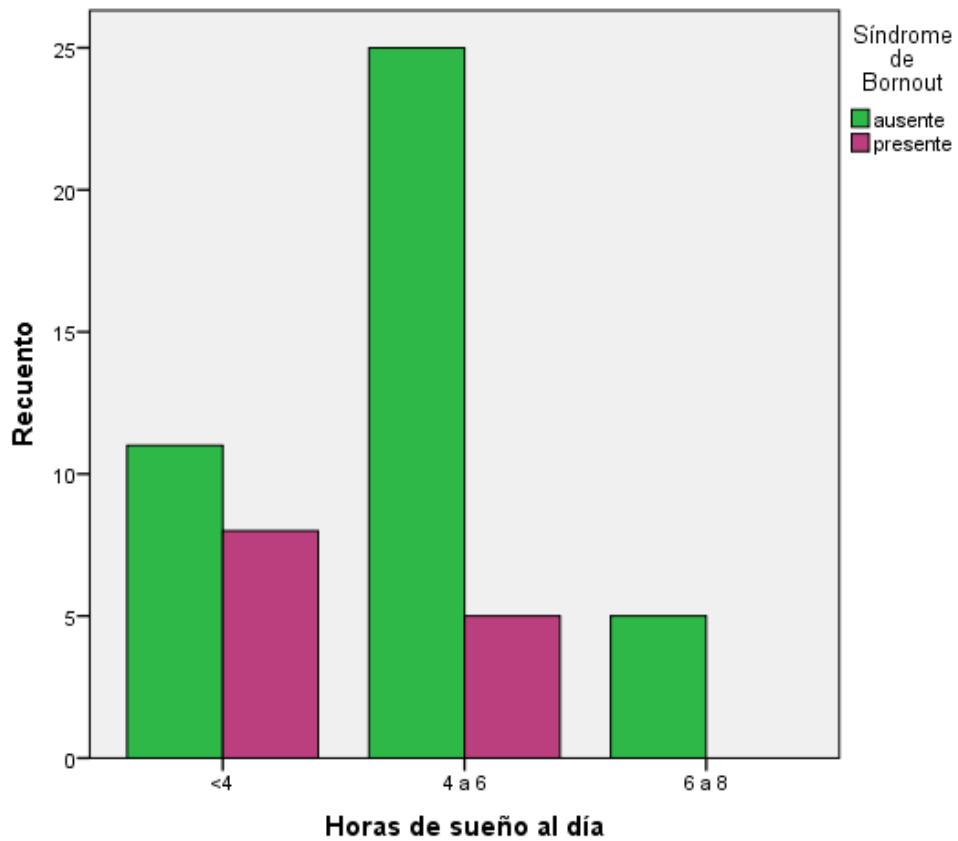
Así mismo encontramos asociación entre la edad y la presencia del síndrome de burnout, reflejando que a mayor edad es mayor la probabilidad de presentar el síndrome, como lo podemos ver en la gráfica 27 y la tabla 6; obtuvimos en esta relación un valor de χ^2 de 10.79 y $p=0.029$ demostrando su valor estadísticamente significativo.

Tabla cruzada Edad * Síndrome de Bornout

	Síndrome de Bornout		Total
	ausente	presente	
24	1	0	1
25	3	1	4
26	3	4	7
27	9	1	10
28	12	2	14
29	6	2	8
30	5	1	6
31	0	1	1
32	1	0	1
33	1	1	2
Total	41	13	54

Tabla 6. Muestra la frecuencia de síndrome de Burnout de acuerdo con la edad que presentan los residentes.

También encontramos relevancia estadísticamente significativa al relacionar la presencia del síndrome de Burnout y las horas de sueño al día, reportando un valor para χ^2 de 2.1 y $p=0.05$, al existir 8 residentes que duermen menos de 4 horas al día, y 5 residentes de 4 a 6 horas al día. (Gráfica 28, tabla 7).



Gráfica 27. Se muestran las horas de sueño que un residente duerme al día.

Tabla cruzada Horas de sueño * Síndrome de Bornout

		Síndrome de Bornout		Total
		ausente	presente	
Hrs sueño	<4	11	8	19
	4 a 6	25	5	30
	6 a 8	5	0	5
Total		41	13	54

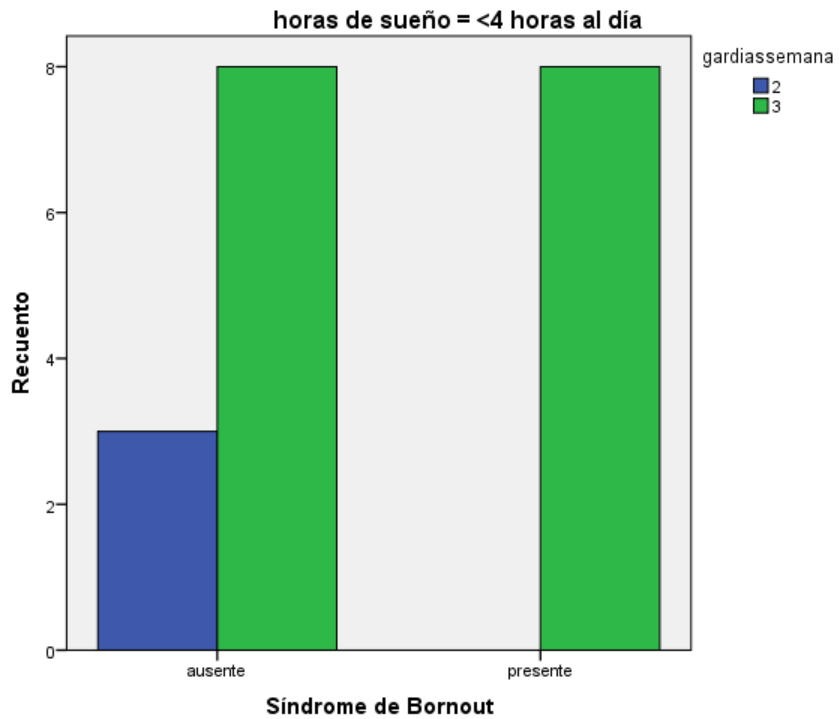
Tabla 7. Se observa la frecuencia de horas de sueño al día.

Lo que a su vez se ve relacionado con el número de guardias que realizan los residentes a la semana, encontrando que a mayor número de guardias a la semana es menor el número de horas de sueño al día y por tanto mayor la presencia del síndrome de Burnout, reflejándose en un valor de Chi ² de 2.29 y p=0.05 con valor estadístico significativo. (Tabla 8, Gráfica 29, 30 y 31).

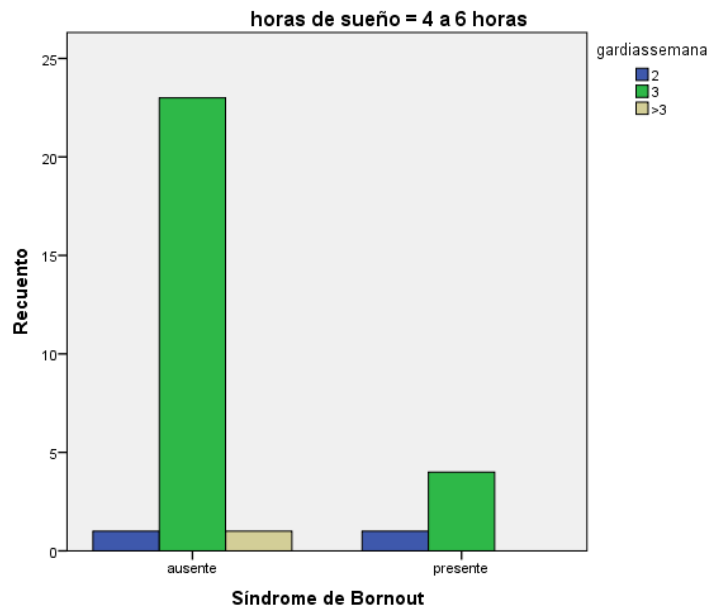
Tabla cruzada Síndrome Bornout * guardias semana * horas de sueño

Hrs sueño			Guardias semana			Total
			2	3	>3	
<4	Síndrome	Ausente	3	8		11
	Bornout	Presente	0	8		8
	Total		3	16		19
4 a 6	Síndrome	Ausente	1	23	1	25
	Bornout	Presente	1	4	0	5
	Total		2	27	1	30
6 a 8	Síndrome	Ausente		5		5
	Bornout					
	Total			5		5
Total	Síndrome	Ausente	4	36	1	41
	Bornout	Presente	1	12	0	13
	Total		5	48	1	54

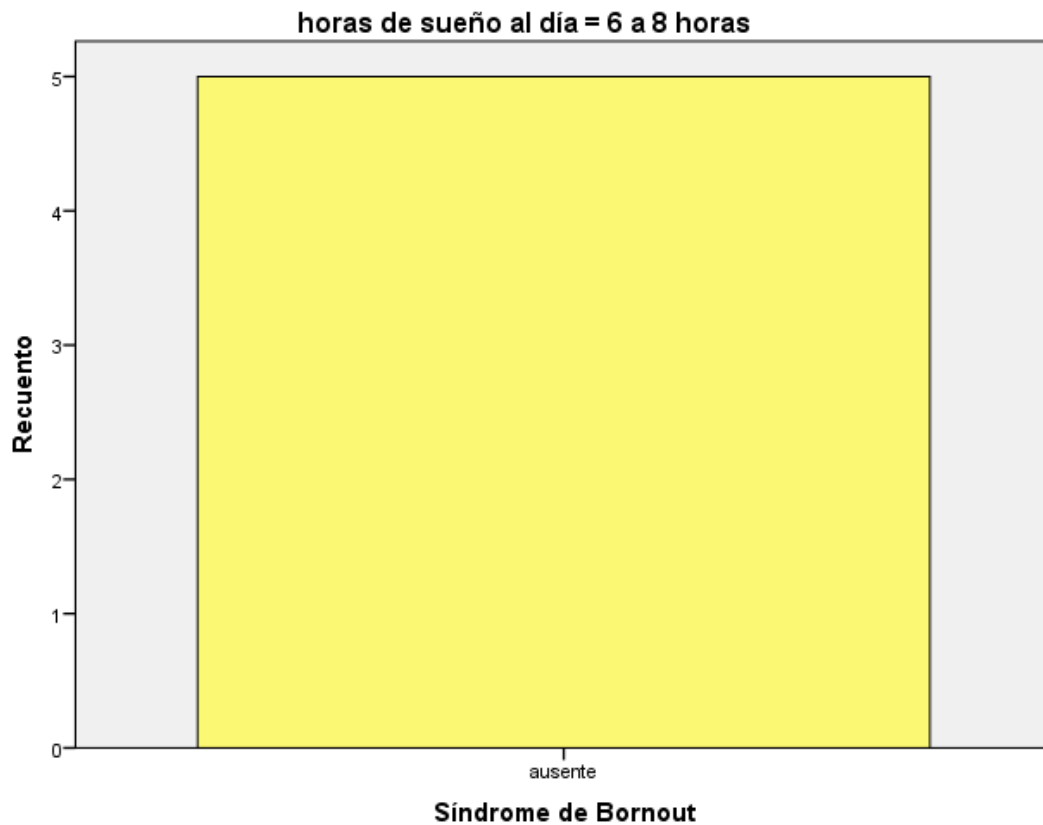
Tabla 8. Se observa las horas de sueño al día de los residentes en relación a las guardias que se realizan por semana.



Gráfica 29. Se observa la asociación que existe entre dormir menos de 4 horas al día, realizar 2 ó 3 guardias a la semana y la presencia del síndrome de burnout.



Gráfica 30. Se observa la asociación que existe entre dormir de 4 a 6 horas al día, realizar 2 ó 3 guardias a la semana y la presencia del síndrome de burnout.



Gráfica 31. Se observa la asociación que existe entre dormir de 6 a 8 horas al día, realizar 2 ó 3 guardias a la semana y la presencia del síndrome de burnout.

Se realizaron asociaciones entre la presencia del síndrome de Burnout y el género, el estado civil, el número de hijos, el tabaquismo y le alcoholismo, obteniendo valores de χ^2 con p sin valor estadísticamente significativo.

4. DISCUSIÓN

La presencia del síndrome de burnout se ve influenciada por el año de residencia que se cursa, por la edad, por el número de guardias que se realizan a la semana y por las horas de sueño al día.

De acuerdo al análisis del cuestionario de Maslach observamos que existe mayor presencia de cansancio emocional y despersonalización aún en los residentes que no presentan síndrome de burnout lo que podría ser la ante sala para el desarrollo del mismo, como bien se dijo en los antecedentes de este trabajo el síndrome de burnout en estudiantes tiene una manifestación conductual y una emocional.^{7,8}

Con respecto al análisis de cada una de las variables que conforman el cuestionario de datos personales y el cuestionario de Maslach se encontraron relaciones estadísticamente significativas con la presencia del síndrome de burnout y el año de residencia que se cursa ($p=0.005$), la presencia del síndrome de burnout y la edad, reflejando que a mayor edad, mayor es la presencia del síndrome ($p=0.029$); la presencia del síndrome de burnout y el número de guardias que se realizan a la semana, entre más guardias, mayor es el síndrome ($p=0.05$) y las horas de sueño al día, entre menos horas se duerman, mayor será la presencia del síndrome ($p=0.05$). En relación al estado civil, el género, el número de hijos y la presencia de tabaquismo y alcoholismo no se encontraron relaciones estadísticamente significativas. Lo que se ve apoyado con el trabajo que fue realizado por Gopal donde identificó como factor principal para el síndrome de burnout el número de guardias al mes y el número de horas de trabajo semanales.⁵

De los 13 residentes que se identificaron con Síndrome de Burnout encontramos que de acuerdo al análisis de los rubros que conforman el síndrome (cansancio emocional, realización profesional y despersonalización), los ubicamos dentro de un síndrome de burnout de

moderado a severo demostrándose las 3 fases ya comentadas al inicio de este trabajo, una fase de estrés laboral, ocurriendo un desajuste entre las demandas laborales y los recursos humanos y materiales, existiendo un exceso de demanda y escasez de recursos que ocasionan estrés; una fase de exceso o sobreesfuerzo donde el residente reacciona emocionalmente al desajuste mediante un sobreesfuerzo que motiva la aparición de síntomas emocionales, como: ansiedad, fatiga, irritabilidad, tensión, signos y síntomas laborales, como la aparición de conductas egoístas, sintiéndose ajeno a su trabajo o a su vida, pérdida de altruismo e idealismo, disminución o pérdida de las metas laborales, falta de responsabilidad en los resultados de su trabajo; y una fase de enfrentamiento defensivo, con cambio de actitudes y conductas para defenderse de las tensiones; así el residente aparece emocionalmente distanciado, con deseos y fantasías de cambio de trabajo, reacciones de huida o retirada, mayor rigidez a la hora de realizar su trabajo, más ausentismo laboral y actitudes cínicas y negativas en la relación y trato con los pacientes.⁵

Sin embargo nos seguimos enfrentando incluso a que la psiquiatría, como ciencia médica, ha evitado hasta ahora abordar el fenómeno del burnout, ya sea por la difusa definición del síndrome, o porque hay una gran coincidencia entre él y establecidos diagnósticos psiquiátricos, como depresión, ansiedad o trastorno de adaptación. Así mismo, es posible que se deba a que no existe una prueba que defina exactamente el síndrome.¹⁰

En los últimos años se ha observado un marcado incremento en la prescripción de antidepresivos y en el ausentismo laboral relacionados con el desgaste mental. Estos fenómenos representan los efectos del burnout a nivel individual, social y laboral, lo que alerta en la urgencia del diagnóstico temprano y oportuno de esta entidad para evitar sus consecuencias.⁵

5. CONCLUSIONES

Se concluye por lo tanto que los residentes de anestesiología de la Secretaría de Salud del Distrito Federal si presentan síndrome de Burnout, que se ve influenciado por el año de residencia que se cursa, la edad que tienen, el número de guardias realizadas por semana y las horas de sueño que se tiene al día.

Por lo que al identificar la prevalencia del síndrome burnout en los residentes de anestesiología de la Secretaría de Salud del Distrito Federal notificaremos a los residentes quienes presentan el síndrome y se les comentará las opciones de tratamiento existentes, con la finalidad de un abordaje oportuno. Se necesita hacer frente al síndrome de burnout mediante la reestructuración cognitiva que permita combatir los pensamientos generadores de la situación aversiva y que ayude a dotar al individuo de estrategias de afrontamiento efectivas para superar su situación. Es importante el conocimiento de uno mismo, mantener buenos hábitos alimenticios, incorporar el ejercicio como estilo de vida y buenos hábitos de sueño.⁵

Los enfoques para el tratamiento del síndrome de burnout deben guiarse por la gravedad del síndrome. De acuerdo con Hillert y Marwitz el tratamiento debe concentrarse en tres factores:

- Alivio del estrés.
- Recuperación mediante relajación y práctica de algún deporte.
- Vuelta a la realidad, esto es en términos de abandono de las ideas de perfección.⁵

Finalmente para la reducción de los efectos de la atención y prevención del síndrome se han planteado diferentes estrategias, producto de factores

personales y ambientales laborales, algunas de ellas basadas en los hallazgos de los cuestionarios administrados serían las siguientes: *a)* reconocimiento de burnout, *b)* comunicación, *c)* relajación, y *d)* estrategias de afrontamiento. Por ello se plantea la necesidad de aplicar el cuestionario burnout a los profesionales, por lo menos una vez al año con el fin de detectarlo y buscar sus causas.⁵

«Si todo el conocimiento acerca de cómo superar el agotamiento pudiera resumirse en una palabra, esa palabra sería *balance*; balance entre dar y recibir, entre estrés y calma, balance entre el trabajo y el hogar».¹⁸

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casa TP, Rincón RY, Vila CR. Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa. *Enfermería Integral* nº 100, Diciembre 2012; 19-24.
2. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, et al, Residentes, guardias y síndrome de Burnout. *Revista Clínica Española*. 2010; 210(5): 209-215.
3. Castañeda AE y García de Alba GJ. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Rev. Colomb. Psiquiat*, Vol. 39. No. 1. 2010; 67-84.
4. Domínguez FJM, Herrera CF, Villaverde GMC, et al. Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Aten Primaria*. 2012; 44(1):30-35.
5. Carrillo ER, Gómez HK, Espinoza de los Monteros EI. Síndrome de Burnout en la práctica médica. Artículo de revisión. *Med Int Mex*. 2012; 28(6); 579-584.
6. Tobie GWA y Nava LJA. Burnout, su impacto en la residencia médica y en la atención de los pacientes. *Revista Mexicana de Anestesiología. Taller de Residentes*. Vol. 35. Supl. 1 Abril-Junio 2012pp S233-S237
7. Rosales RY. One-dimensional study of burnout syndrome in medicine students in Holguín. One-dimensional study of burnout syndrome in medicine students in Holguín. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2012; 32 (116), 795-803.
8. Rosales RY y Rosales PFR. Towards a two-dimensional study of burnout syndrome in college students. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014. 19(12):4767-4775.
9. Ramirez AJ, et. al, Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J. Cancer* 1995; 1263-1269.
10. Kaschka, Korczak, et al. Burnout: a fashionable diagnosis. *Deutsches Ärzteblatt*, 2011. 108-146.

11. Magalhães E, Machado de Sousa OAC, Sousa GC, et al. Rev. Bras. Anesthesiol. vol.65 no.2. 2015; 65(2):104---11.
12. Shanafelt T. Burnout in anesthesiology: a call to action. Anesthesiology. 2011;114:1-2
13. Tamayo M, Tróccoli B. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). Estud Psicol. 2009; 14:213-21.
14. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. Lancet. 1996; 347:724-8.
15. Calabrese G. Impacto del estrés laboral en el anesestesiólogo. Rev Col Antest 2006; 34:233-40.
16. Carneiro AF. Síndrome de burnout em anestesia. Anest Rev. 2011; 5:16-7.
17. Alves CR, Amorim J, Caricio MCM, Damázio FO, et al. Avaliação da qualidade de vida dos anesthesiologistas da cidade do Recife. Rev Bras Anesthesiol. 2010; 60:42-51.
18. Penson RT, Dignan FL, Canellos GP, Picard CL, et al. Burnout: Caring for the Caregivers. The Oncologist 2000; 5:425-34.