



Universitat Autònoma  
de Barcelona

Facultad de Medicina, Departamento de Cirugía  
*U.D. Hospital Universitario Germans Trias y Pujol*  
*Universidad Autónoma de Barcelona*

**Evaluación de la situación del  
Síndrome de Burnout,  
Reactividad al Estrés y  
Calidad de Vida Profesional de  
los residentes de  
Anestesiología, Reanimación  
y Terapéutica del Dolor en  
Cataluña**

*Yolanda Jimenez Capel*  
*Trabajo de Investigación del Máster Oficial:*  
*"Investigación Clínica aplicada en ciencias de la salud"*  
*Directores: Dr.B.Oller, Dr.E.Moret*  
*Junio 2013*

# ***ÍNDICE***

Resumen	3
Introducción	6
Hipótesis	12
Objetivos	14
Material y Métodos	16
Resultados	
Datos Cuestionario sociodemográfico	21
Datos Cuestionario Malasch Burnout Inventory	24
Datos Cuestionario Índice de Reactividad al Estrés	34
Datos Cuestionario Calidda de Vida Profesional	38
Discusión	46
Conclusiones	52
Bibliografía	54

-----  
-----**RESUMEN**-----  
-----

## ***RESUMEN***

El objetivo de este estudio fue investigar la incidencia del burnout, el estrés laboral y la calidad de vida profesional entre los residentes de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor de Cataluña así como los posibles factores asociados a su desarrollo.

Mediante una encuesta anónima y voluntaria se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y prospectivo de los residentes de Anestesiología que cursan la especialidad (2012-2013) en Cataluña. Se pasaron tres cuestionarios: Malasch Burnout Inventory, índice de Reactividad al Estrés, Calidad de Vida Profesional y se recogieron las variables sociodemográficas. Se investigó la asociación entre las diferentes variables recogidas y el resultados de los tres cuestionarios.

Participaron 154 de un total de 252 residentes censados (61,1%): el 49,3% presentó un alto Agotamiento emocional y el 53,3% una alta despersonalización. En total, el 66,4% de los residentes presentó signos de burnout. La puntuación media del Índice de Reactividad al Estrés fue de 9,93 puntos, lo que implica que el 47,9% de los residentes presentó un probable trastorno de estrés. Y su valoración global de su Calidad de Vida Profesional fue del 6,17 en una escala del 1 al 10. Sólo se objetivaron diferencias significativas en el año de residencia para el burnout, y en el año de residencia y el número de guardias mensuales para la reactividad al estrés.

La incidencia de burnout entre los residentes de Anestesiología de Cataluña es elevada, y casi la mitad de ellos probablemente padecen un trastorno de estrés.

Estos se relacionan fundamentalmente con el año de residencia y el número de guardias mensuales.

-----  
***INTRODUCCIÓN***-----  
-----

## ***INTRODUCCIÓN***

El Síndrome de Burnout (SB), también conocido como el Síndrome de desgaste o agotamiento profesional, fue descrito por primera vez por el investigador Freudenberger en los años setenta<sup>1</sup> y parece estar muy patente dentro del colectivo médico de nuestra sociedad debido a la importante fuga de profesionales médicos al extranjero que padece nuestra sociedad en estos momentos.

Existen múltiples definiciones, pero la más conocida es la de Malasch<sup>2</sup>, gracias a un cuestionario de medida: el Malasch Burnout Inventory (MBI), que es considerado el *Gold Standard* para identificar el SB<sup>3</sup>. El MBI define tres aspectos a tener en cuenta: el cansancio emocional (CE), la despersonalización (D) y la realización personal (RP). Se define como un Burnout elevado aquellas puntuaciones superiores a 26 puntos en la dimensión de Agotamiento Emocional y/o más de 9 puntos en Despersonalización. Dicho síndrome aparece cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación frente a situaciones laborales con un estrés mantenido. Por lo tanto, el SB es una respuesta inapropiada a un estrés laboral crónico que afecta tanto al profesional como a su desarrollo asistencial. Tampoco hay que olvidar que existen factores ambientales, culturales y personales que pueden influir tanto en el desarrollo como en la prevención del Burnout<sup>4</sup>.

Dentro de los colectivos mayormente afectados destacan aquellos con

contacto laboral continuo en contacto con el público, como es el caso el personal sanitario, y dentro de este colectivo, consideramos a los residentes como los de mayor riesgo debido a la alta carga asistencial que soportan<sup>5,6</sup> y al incierto futuro laboral al que se enfrentan teniendo en cuenta la situación socioeconómica que reina en nuestra sociedad actualmente.

El efecto deletéreo que supone el Burnout médico para el paciente ha sido estudiado, discutido e investigado por la literatura médica durante muchos años<sup>7,8,9,10</sup>. Según la literatura consultada, la prevalencia de SB en residentes varía de un 69,7%<sup>11</sup> a un 44%<sup>12</sup> en hospitales nacionales de tercer nivel, valores comparables con el resto de estudios publicados tanto en el ámbito nacional como en el internacional<sup>4,6,7,11,12,13,14</sup>.

Cada especialidad médica posee características propias en cuanto a la relación con el paciente, la toma de decisiones y el reconocimiento profesional<sup>13</sup>. La Anestesiología es una especialidad que se ha intentado relacionar con el abuso de alcohol, drogas y suicidio, por lo tanto, se le puede considerar un grupo susceptible de padecer Burnout<sup>15,16</sup>.

Esta reactividad frente al estrés se puede medir también a través del Índice de Reactividad al Estrés de González de Rivera (IRE) que es una escala autoaplicada que permite la cuantificación válida y fiable de la respuesta individual de estrés como variable de rasgo bastante estable a lo largo del tiempo<sup>17</sup>.

El estrés es una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen un mayor esfuerzo de lo ordinario, o en las que puede suceder algo



peligroso, nocivo o desagradable. Cada persona desarrolla una serie de reacciones características ante el estrés, el IRE es, como su nombre indica, un Índice de Reactividad al Estrés compuesto por 32 ítems que definen el conjunto de pautas habituales de respuesta cognitiva, emocional, vegetativa y conductual ante dichas situaciones. Cada ítem puntúa como un punto, y según considera el autor, la puntuación de corte es 9, de tal manera que un valor superior a 9 indica un probable trastorno de estrés<sup>17,18</sup>.

Dado que el estrés laboral incide directamente en la satisfacción del profesional y en su percepción de la calidad de vida en el trabajo y que uno de los factores condicionantes básicos de la productividad es el grado de bienestar o satisfacción que los profesionales tienen con su trabajo es lógico pensar que el grado de calidad de los servicios sanitarios que se ofrecen en un Sistema de Salud está relacionado con el grado de satisfacción de sus profesionales<sup>19</sup>. Por lo cual, la satisfacción laboral dentro de las organizaciones sanitarias es un objetivo imprescindible para la consecución de la calidad global necesaria en nuestro sistema sanitario.

Por ello, la Calidad de Vida Profesional debe ser medida y supervisada, definiéndose como el sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre las demandas o las cargas de la profesión y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar estas demandas<sup>20</sup>.

Entre los diferentes instrumentos empleados para medir la satisfacción

profesional destaca el cuestionario de Calidad de Vida Profesional, CVP-3524 (QVP-35 en su denominación original), validado y ampliamente utilizado.

El cuestionario CVP-35 realiza una medida multidimensional de la calidad de vida profesional. Consta de 35 preguntas, que se responden en una escala de 1 a 10, y da una medida resumen de la percepción de la calidad de vida profesional. Cada ítem es valorado en una escala cuantitativa de 1 a 10, a la que se superponen las categorías: “Nada” (Valores 1 y 2), “Algo” (Valores 3, 4,5) “Bastante” (Valores 6, 7,8) “Mucho” (Valores 9 y 10). Valora 3 dimensiones: Apoyo directivo (AD), Cargas en el trabajo (CT) y Motivación Intrínseca (MI). Además consta de 2 ítems que valoran la Calidad de Vida Profesional percibida y la Capacidad para desconectar tras la jornada de trabajo<sup>19,20</sup>.

Las Cargas en el trabajo se valoran mediante 11 ítems referentes a la percepción que el trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo. El Apoyo directivo se valora mediante 12 ítems. Y por último la Motivación Intrínseca se valora mediante 10 ítems.

La satisfacción de los individuos en su trabajo es una de las variables más importantes relacionadas con el comportamiento organizacional y la calidad de vida<sup>19,20</sup>.

La Administración sanitaria tiene un gran interés por mejorar la calidad de los servicios prestados a la población y por el grado de satisfacción del paciente, sin embargo hace poco hincapié en conocer la satisfacción de sus trabajadores y la calidad de vida profesional, a pesar de que el bienestar laboral de los profesionales

influye en la efectividad de su trabajo <sup>21</sup>.

Teniendo en cuenta la situación socioeconómica actual y la implicación que ésta puede tener más que nunca en nuestro ámbito sanitario tanto en el ámbito del profesional como en el asistencial, hemos creído conveniente evaluar nuestra prevalencia de Burnout, centrándonos en nuestro residentes de Anestesiología, ya que ellos constituyen el futuro de nuestra profesión. Nuestro objetivo es evaluar la prevalencia de Burnout y la Calidad de Vida Profesional actual en la Anestesiología catalana, para así poder compararla con los diferentes estudios publicados con el fin de poder diseñar medidas que ayuden a combatirlo y de esta manera mejorar la salud de nuestros profesionales y por ende la atención recibida por los usuarios de los servicios catalanes de salud.

-----  
***HIPÓTESIS***-----  
-----

## ***HIPÓTESIS***

El Síndrome de Burnout parece estar muy patente dentro del colectivo médico de nuestra sociedad y está influenciado por múltiples factores.

Actualmente se observa una importante fuga de profesionales médicos al extranjero, sobretodo de residentes que finalizan su formación, que podría estar condicionada por el aumento de dicho síndrome y la actual situación socioeconómica, con reformas laborales que empeoran la calidad de vida de nuestros profesionales.

Si conocemos y estudiamos cuál es la situación del Síndrome de Burnout en nuestros residentes y la calidad de su vida profesional, podremos analizar y entender mejor cuáles son los mecanismos de aparición y qué medidas correctoras aplicar para afrontarla y así poder minimizar sus efectos nocivos.

-----  
-----**OBJETIVOS**-----  
-----

## **OBJETIVOS**

El objetivo general de este trabajo fue evaluar la prevalencia del Síndrome de Burnout, el nivel de estrés y la calidad de vida profesional actual de los residentes de Anestesiología en Cataluña.

Los objetivos específicos fueron:

1. - Establecer la prevalencia de Burnout en los residentes de Anestesiología en Cataluña y su situación respecto al resto del colectivo de residentes y al colectivo de anesestesiólogos.
2. - Determinar el nivel de estrés de dicho grupo así como su calidad de vida profesional.
3. - Establecer, si fuese el caso, la existencia de factores sociodemográficos y profesionales que pueden haber influido en los resultados obtenidos.

-----  
***-----MATERIAL Y MÉTODO-----***  
-----



## ***MATERIAL Y MÉTODO***

Metodologicament , se ha realizado un estudio observacional, transversal y prospectivo de los residentes censados que cursan la especialidad de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor en la Comunidad Autónoma de Cataluña durante el año 2012-2013, con el consentimiento y el apoyo de la Sociedad Calatalana de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SCARTD).

Se preparó un total de cuatro cuestionarios (Sociodemográfico, Inventario de Burnout de Malasch, Índice de Reactividad al Estrés y Calidad de Vida Profesional) que fueron contestados de forma anónima y voluntaria por dichos residentes. El cumplimiento de los cuestionarios se llevó a cabo principalmente durante las clases que cada primer lunes de mes imparte la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares en colaboración con la SCARTD en la sede de dicha academia. A aquellos residentes que no acudieron a dichas clases (residentes de cuarto año) se les facilitaron los cuestionarios vía email a través de los diferentes tutores docentes de cada centro hospitalario.

Las variables recogidas fueron las siguientes:

### A. Cuestionario Sociodemográfico:

- 1.- Fecha de nacimiento
- 2.- Género
- 3.- Situación conyugal

- 4.- Convivencia
- 5.- Hijos
- 6.- Situación laboral
- 7.- Tipo de centro hospitalario
- 8.- Promedio de horas laborales semanales(sin guardias)
- 9.- Promedio de guardias mensuales
- 10.- Libranza postguardia
- 11.- Complementación laboral con otros trabajos.

B. Cuestionario MBI (Inventario de Burnout de Malasch)

Consta de 22 ítems con respuesta según una escala de tipo Likert en la que se expresa el grado de acuerdo o desacuerdo con el ítem en cuestión con valores que van del 1 al 7. Dichos ítems están divididos en tres dimensiones, 9 de ellos hace referencia al Cansancio Emocional, 5 a la Despersonalización y 8 a la Realización Personal. Se define como Burnout elevado siguiendo los mismos criterios empleados en trabajos previos <sup>(6,11)</sup> aquellas puntuaciones superiores a 26 puntos en la dimensión de Agotamiento Emocional y/o más de 9 puntos en Despersonalización, excluyendo la dimensión de Realización Personal por tratarse de una esfera muy influenciada por factores ajenos al ámbito laboral.

C. Cuestionario IRE 32 (Índice de Reactividad al Estrés)

Consta de 32 ítems siendo la respuesta dicotómica, presencia o ausencia del ítem cuestionado, y teniendo en cuenta las consideraciones del autor, una puntuación superior a 9 indica un probable trastorno de estrés.

#### D. Cuestionario CVP-35 (Calidad de Vida Profesional)

Consta de 35 ítems con respuesta según una escala tipo Likert en la que se expresa el grado de acuerdo o desacuerdo con el ítem en cuestión con valores que van del 1 al 10. Dichos ítems están divididos en 4 dimensiones que evalúan el apoyo directivo, las cargas de trabajo, la motivación intrínseca y la calidad de vida profesional global percibida.

Para realizar el análisis estadístico de los datos se empleó el programa informático PASW Statistics 18<sup>®</sup>. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y las cuantitativas como media  $\pm$  desviación estándar. Las diferencias entre grupos se estudiaron con la prueba T de Student para aquellos grupos dicotómicos y el análisis de la variancia (ANOVA) para la comparación entre variable continuas y aquellas categóricas de más de dos grupos. El Test de la  $X^2$  se eligió y aplicó para las categóricas, o en su defecto el Test Exacto de Fisher para aquellas tablas con valores esperados inferiores a 5. Las comparaciones entre variables continua se evaluaron mediante la Correlación de Spearman. Se consideró que una diferencia era estadísticamente significativa cuando se obtuvo una  $p < 0.05$ .

-----  
***RESULTADOS***-----  
-----

## ***RESULTADOS***

### **Datos Cuestionario sociodemográfico**

Del total de 252 residentes censados por la SCARTD que cursan la especialidad durante el año 2012-2013, un total de 154 (61,1%) residentes participaron en el estudio. Las características demográficas se recogen en la tabla 1.

A pesar de que la mayoría de los residentes, un 65,5%, tiene pareja, sólo un 11,1% tiene un hijo o más. Como se puede observar, los residentes de cuarto año tuvieron una muy baja participación, quizás debido a que al no asistir a las clases en la ACMCB y tener que contestar vía mail a través de sus tutores, la participación y recogida resultó sesgada. Por dicho motivo, dichos residentes se descartaron en los análisis posteriores. También destaca que sólo un residente manifestó no librar las guardias, y sólo 4 de ellos reconocieron complementar su formación con otro trabajo. Dichas variables también han sido descartadas para las comparaciones posteriores por razones obvias.

En cuanto a las horas laborales semanales, se objetiva un promedio de 40,6 horas con poca variación entre los diferentes hospitales, DS de 3,401.

**Tabla1.** Datos sociodemográficos.

Variables	Valor
Edad [ media $\pm$ sd ] en años	29,3 $\pm$ 3,529
Sexo [ n(%) ]	
-Hombre	60 ( 39,0%)
-Mujer	94 ( 61,0% )
Situación conyugal [ n(%) ]	
-Sin pareja	53 ( 34,4% )
-Con pareja	101 ( 65,5% )
Domicilio [ n(%) ]	
-Paterno	17 ( 11,0% )
-Solo	34 ( 22,1% )
-Piso compartido	39 ( 25,3% )
-En pareja	64 ( 41,6% )
Hijos [ n(%) ]	
-No	136 ( 88,9% )
-Un hijo	10 ( 6,5% )
-Más de un hijo	7 ( 4,5% )

Año de residencia [ n(%) ]	
-Primer año	53 ( 34,4% )
-Segundo año	38 ( 24,7% )
-Tercer año	52 ( 33,8% )
-Cuarto año	11 ( 7,1% )
Centro de formación [ n(%) ]	
-H. comarcal o básico (nivel A)	14 ( 9,1% )
-H. general de distrito o referencia (nivel B)	38 ( 24,7% )
-H. general de alta tecnología o regional (nivel C)	102 ( 66,2% )
Promedio de horas laborables semanales [ media ± sd ]	40,6 ± 3,401
Promedio de guardias mensuales [ media ± sd ]	4,26 ± 0,993
Libranza post-guardia [ n(%) ]	
-No	1 ( 0,7% )
-Sí	152 ( 99,3% )
Complemento con otros trabajos [ n(%) ]	
-No	149 ( 97,4% )
-Sí	4 ( 2,6% )

## Datos del Cuestionario Maslach Burnouy Inventory

Se descartaron un total de dos cuestionarios por estar incompletos, por lo que los resultados se obtuvieron de un total de 152 cuestionarios.

Las puntuaciones globales obtenidas en el cuestionario de Maslach se recogen en la tabla 2.1. El 49,3% de los residentes encuestados presentaron unos niveles altos de AE y el 58,3% de D. Destaca así mismo que el 71,7% de los residentes encuestados tiene una alta puntuación en RP, es decir, se sienten realizados en su práctica laboral diaria.

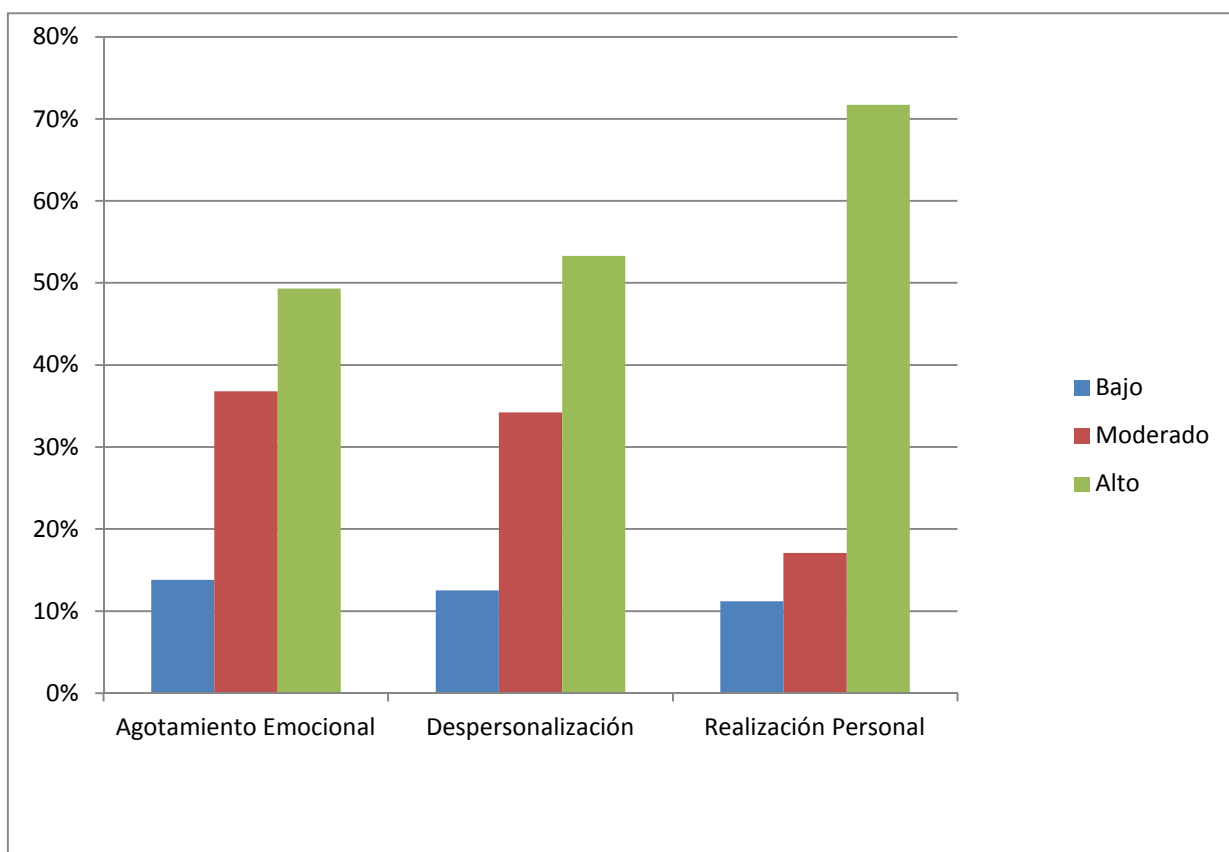
A continuación de cada tabla podemos observar los gráficos correspondientes a dicho datos (Gráfico 2.1 y Gráfico 2.2).



**Tabla2.1** Dimensiones del MBI.

Dimensión del MBI	Valor
Agotamiento Emocional (Media $\pm$ SD) (n [ % ])	27,28 $\pm$ 8,92
Bajo ( $\leq$ 18 puntos)	21 (13,8%)
Medio (19-26 puntos)	56 (36,8%)
Alto ( $\geq$ 27 puntos)	75 (49,3%)
Despersonalización (Media $\pm$ SD) (n [ % ])	11,60 $\pm$ 5,83
Bajo ( $\leq$ 5 puntos)	19 (12,5%)
Medio ( 6-9 puntos)	52 (34,2%)
Alto ( $\geq$ 10 puntos)	81 (53,3%)
Realización Personal (Media $\pm$ SD) (n [ % ])	42,54 $\pm$ 7,55
Bajo ( $\leq$ 33 puntos)	17 (11,2%)
Medio ( 34-39 puntos)	26 (17,1%)
Alto ( $\geq$ 40 puntos)	109 (71,7%)

**Gráfico 2.1** Resultado Global de Dimensiones del MBI.



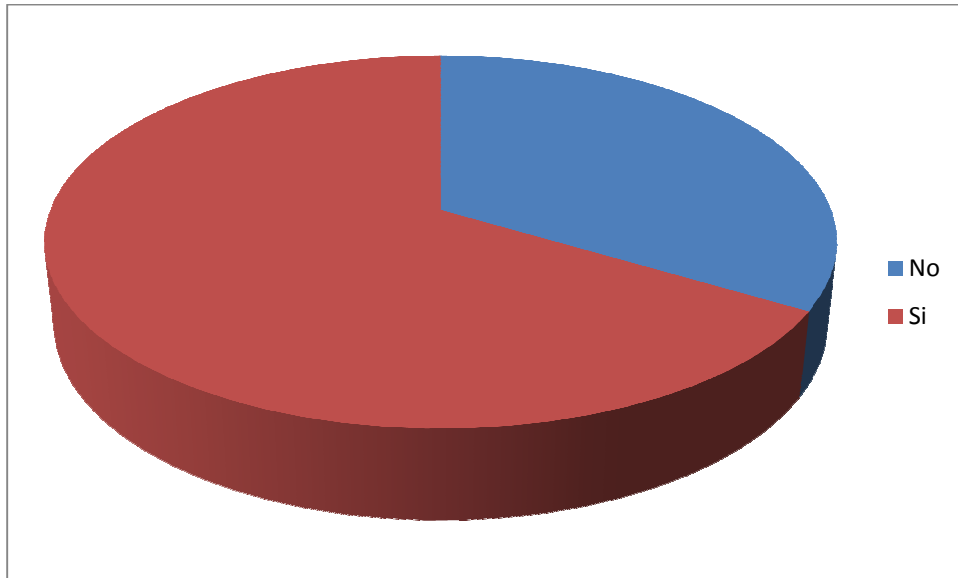
En la siguiente tabla (Tabla 2.2), de acuerdo con la definición establecida anteriormente, el 66,4% de los residentes, pertenecientes a la SCARTD, encuestados se encuentran en situación de Burnout ya que presentaron unos niveles altos de AE y D. También pudimos observar los niveles de Burnout presentes en los tres años de residencia analizados. Destacan diferencias estadísticamente significativas de presencia de Burnout entre el primer y tercer año. Si bien no se obtuvieron diferencias significativas entre segundo y tercer año ( $p=0,088$ ), este resultado sí que nos sugiere una probable tendencia a padecer burnout a medida que transcurre la residencia.

**Tabla 2.2** Prevalencia del Síndrome de Burnout.

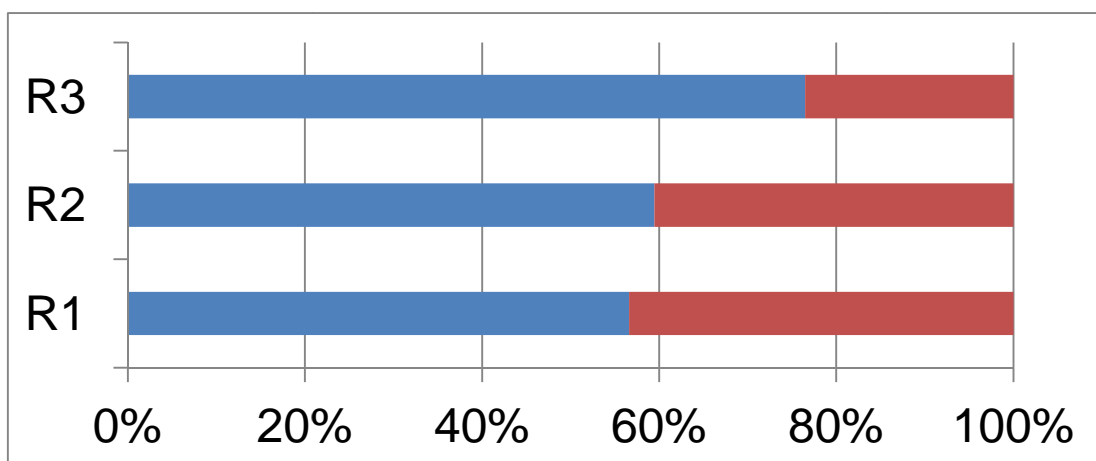
Presencia de Burnout (n [ % ])	Valor
No	51 (33,6%)
Sí	101 (66,4%)
Residentes de primer año (n [ % ])	
No	23 (43,4%)
Sí	30 (56,6%)
Residentes de segundo año (n [ % ])	
No	15 (40,5%)
Sí	22 (59,5%)
Residentes de tercer año (n [ % ])	
No	12 (23,5%)
Sí	39 (76,5%)

R1-R2  $p=0,079$ ; R1-R3  $p= 0,032$ ; R2-R3  $p=0,088$

**Gráfico 2.2.1** Prevalencia del Síndrome de Burnout.



**Gráfico 2.2.2** Prevalencia del Síndrome de Burnout según el año de residencia.



En la tabla 2.3 observamos los resultados de comparar las diferentes variables sociodemográficas y las tres dimensiones que explora el MBI. En esta comparación se excluyeron la libranza de la guardias y la complementación de la formación con otro empleo por que como ya hemos explicado anteriormente no son grupos comparables al haber sólo un residente que ha admitido no librar las guardias y 4 que expresan complementar su residencia con otros trabajos.

En la tabla mencionada, se obtuvo una diferencia significativa en las dimensiones de Agotamiento Emocional y Despersonalización en función del año de residencia ( $p=0.016$  y  $p=0.020$  respectivamente) . Dado que contamos con una baja participación de residentes de cuarto año (sólo 11 de ellos participaron), si eliminamos a éstos de la comparación y comparamos los grupos según el año de residencia, observamos que en la dimensión de AE y D existe una diferencia significativa ( $p=0,004$  y  $p= 0,005$  respectivamente) entre residentes de primer año y de tercer año. No se objetivan diferencias significativas entre primer y segundo año, ni entre segundo y tercer año, aunque numéricamente destaca una tendencia.

En cuanto a la dimensión de RP, destaca una  $p = 0,087$ , pero si evaluamos según el año de residencia, encontramos que entre residentes de segundo y tercer año una diferencia ( $p=0,034$ ) que no se observaba entre residentes de primer y segundo o primer y tercer año, así como tampoco en la valoración global por año de residencia.

Así mismo, podemos intuir una mayor predisposición a padecer D en el sexo femenino ( $p=0,068$ ), así como a padecer AE a mayor número de guardias

( $p=0,069$ ), aunque estas diferencias no sean estadísticamente significativas.

A continuación podemos observar el Gráfico 2.3, donde se representan las diferentes dimensiones en función del año de residencia. Hemos de recordar que el cuarto año ha sido excluido del estudio por ser un grupo muy pequeño, por ello no está presente en dicha gráfica.

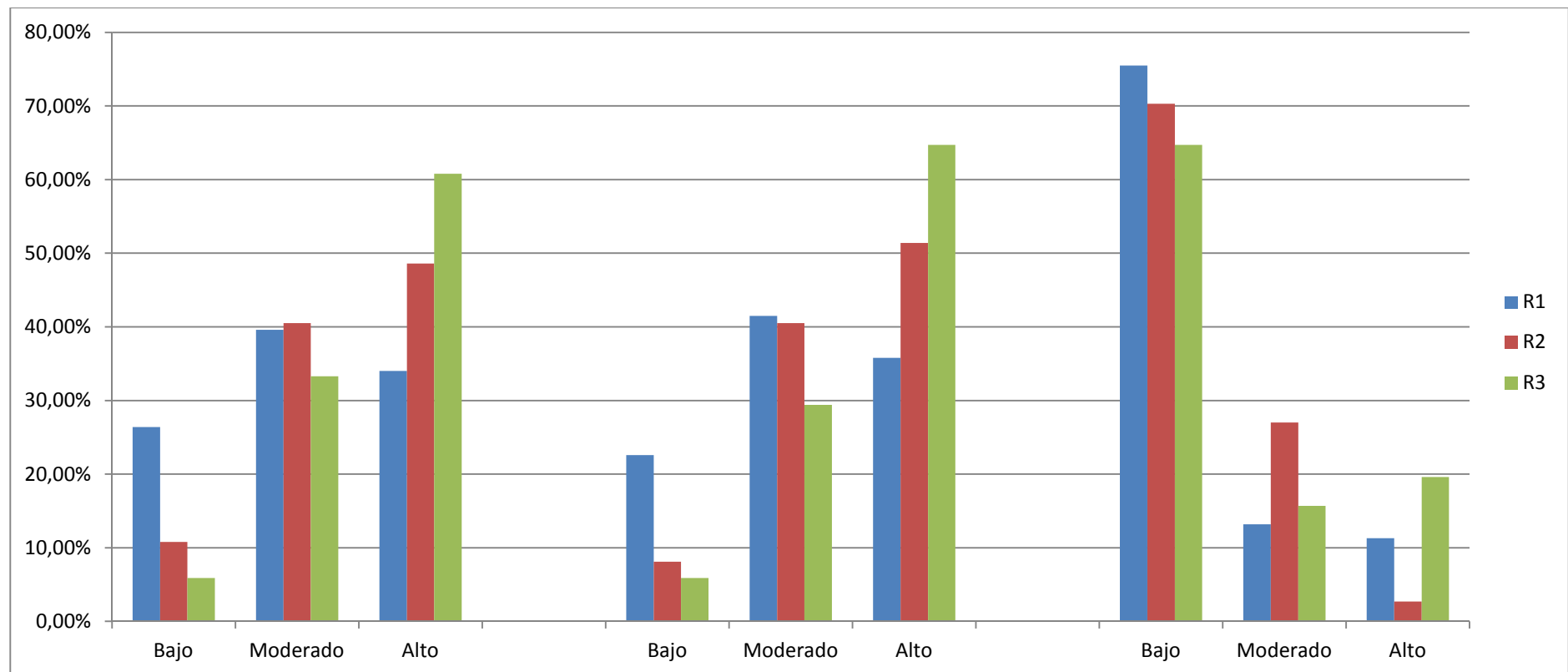
**Tabla 2.3** Relación entre las diferentes dimensiones del test Maslach Burnout Inventory y las variables epidemiológica.

<sup>(1)</sup>Cuarto año: no participa en la estadística de comparación de grupos por su baja n, pero se adjuntan los datos descriptivos obtenidos.

Variables	MASLACH BURNOUT INVENTORY											
	Agotamiento Emocional			p	Despersonalización			p	Realización Personal			p
	Bajo	Moderado	Alto		Bajo	Moderado	Alto		Bajo	Moderado	Alto	
Sexo (n[%])				0,260				0,068				0,343
Hombre	11 (18,6%)	23 (39,0%)	25 (42,4%)		7 (11,9%)	14 (23,7%)	38 (64,4%)		42 (71,2%)	8 (13,6%)	9 (15,3%)	
Mujer	10 (10,8%)	33 (35,5%)	50 (53,8%)		12 (40,9%)	38 (73,1%)	43 (53,1%)		67 (72,0%)	18 (19,4%)	8 (8,6%)	
Situación conyugal (n[%])				0,708				0,641				0,844
Sin pareja	9 (17,0%)	19 (35,8%)	25 (47,2%)		6 (11,3%)	16 (30,2%)	31 (58,5%)		37 (69,8%)	9 (17,0%)	7 (13,2%)	
Con pareja	12 (12,1%)	37 (37,4%)	50 (50,5%)		13 (13,1%)	36 (36,4%)	50 (50,5%)		72 (72,1%)	17 (17,2%)	10 (10,1%)	
Domicilio (n[%])				0,990				0,598				0,083
Paterno	3 (17,6%)	6 (35,3%)	8 (47,1%)		2 (11,8%)	3 (17,6%)	12 (70,6%)		9 (52,9%)	4 (23,5%)	4 (23,5%)	
Solo	5 (15,2%)	12 (36,4%)	16 (48,5%)		3 (9,1%)	11 (33,3%)	19 (57,6%)		23 (69,7%)	6 (18,2%)	4 (12,1%)	
Piso compartido	6 (15,4%)	14 (35,9%)	19 (48,7%)		6 (15,4%)	12 (30,8%)	21 (53,8%)		32 (82,1%)	2 (5,1%)	5 (12,8%)	
En pareja	7(11,1%)	24 (38,1%)	32 (50,8%)		8 (12,7%)	26 (41,3%)	29 (46,0%)		45 (71,4%)	14 (22,2%)	4 (6,3%)	
Hijos (n[%])				0,859				0,314				0,210
No	20 (14,9%)	47 (35,1%)	67 (50,0%)		15 (11,2%)	45 (33,6%)	74 (55,2%)		97 (72,4%)	21 (15,7%)	16 (11,9%)	
Un hijo	1 (10,0%)	5 (50%)	4 (40,0%)		3 (30,0%)	4 (40,0%)	3 (30,0%)		8 (80,6%)	2 (20,0%)	0 (0,0%)	
Más de un hijo	0 (0,0%)	3 (42,9%)	4 (57,1%)		1 (14,3%)	2 (28,6%)	4 (57,1%)		3 (42,9%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	
Año de residencia (n[%])				0,016*				0,020				0,087
Primer año	14 (26,4%)	21 (39,6%)	18 (34,0%)		12 (22,6%)	22 (41,5%)	19 (35,8%)	*	40 (75,5%)	7 (13,2%)	6 (11,3%)	
Segundo año	4 (10,8%)	15 (40,5%)	18 (48,6%)		3 (8,1%)	15 (40,5%)	19 (51,4%)		26 (70,3%)	10 (27,0%)	1 (2,7%)	
Tercer año	3 (5,9%)	17 (33,3%)	31 (60,8%)		3 (5,9%)	15 (29,4%)	33 (64,7%)		33 (64,7%)	8 (15,7%)	10 (19,6%)	
Cuarto año <sup>(1)</sup>	0 (0%)	3 (27,3%)	8 (72,7%)		1 (9,1%)	0 (0,0%)	10 (90,9%)		10 (90,9%)	1 (9,1%)	0 (0,0%)	
Centro de formación (n[%])				0,348				0,473				0,169
Nivel A	0 (0,0%)	8 (61,5%)	5 (38,5%)		0 (0,0%)	5 (38,5%)	8 (61,5%)		12 (92,3%)	0 (0,0%)	1 (7,7%)	
Nivel B	6 (15,8%)	14 (36,8%)	18 (47,4%)		7 (18,4%)	14 (36,8%)	17 (44,7%)		28 (73,7%)	4 (10,5%)	6 (15,8%)	
Nivel C	15 (14,9%)	34 (33,7%)	52 (51,5%)		12 (11,9%)	33 (32,7%)	56 (55,4%)		69 (68,3%)	22 (21,8%)	10 (9,9%)	
Promedio de horas laborales semanales (Media±DS)	39,10±2,26	40,66±4,49	39,88±2,64	0,166	39,11±1,18	40,47±4,06	40,03±3,26	0,332	39,88±3,30	40,50±2,25	40,59±5,27	0,580
Promedio de guardias mensuales (Media±DS)	3,85±0,93	4,20±1,09	4,41±0,920	0,069	4,17±0,618	4,10±1,08	4,38±1,01	0,259	4,32±1,00	4,24±0,97	3,88±1,00	0,238



**Gráfico 2.3** Dimensiones del Síndrome de Burnout según el año de residencia.



## Datos del Cuestionario Índice de Reactividad al Estrés

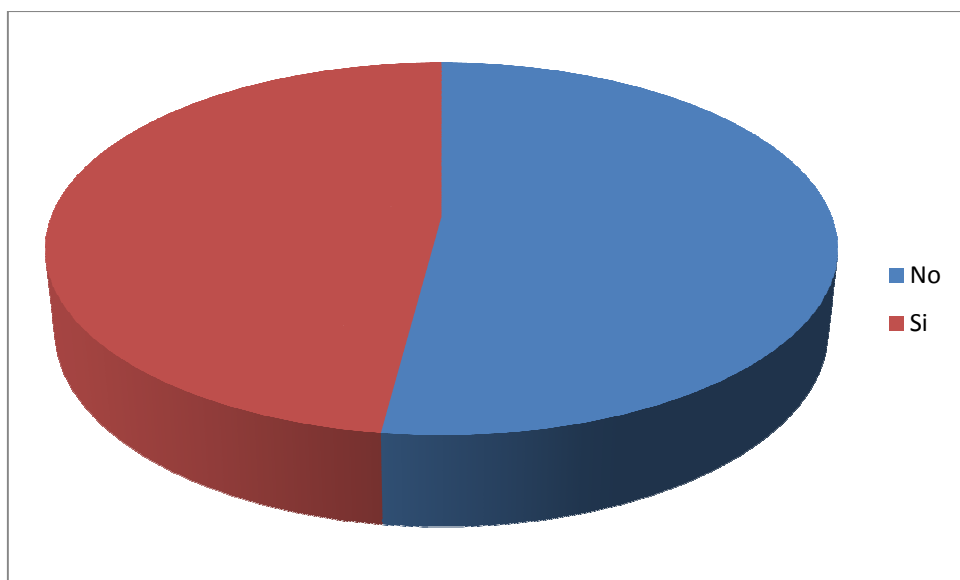
Se recogió un total de 146 cuestionarios completados correctamente, por lo que la pérdida fue de 8 cuestionarios, que al no estar completos se descartaron para los análisis estadísticos.

En la tabla 3.1 se recogen las puntuaciones del Índice de Reactividad al Estrés. Como podemos observar destaca una puntuación media de 9,93 y que un 47,9% de los encuestados presentan un Probable Trastorno de Estrés.

**Tabla 3.1** Resultados del test Índice de Reactividad al Estrés.

<b>Índice de Reactividad al Estrés</b>	
Puntuación global (Media $\pm$ SD)	9,93 $\pm$ 5,12
Probable Trastorno de Estrés (n[%])	
No	76 (52,1%)
Sí	70 (47,9%)

**Gráfico 3.1** Resultados del test Índice de Reactividad al Estrés.



Analizando este probable Trastorno de Estrés (PTE) con las variables recogidas en nuestro estudio (Tabla 3.2 y Gráfico 3.2), observamos de nuevo una relación con el año de residencia, tanto en puntuación general ( $p=0,020$ ) como en la presencia o no de PTE ( $p=0,011$ ).

En un análisis más exhaustivo del PTE objetivamos diferencias significativas entre residentes de primer y segundo año, y entre los de primer y tercer año ( $p=0,034$  y  $p=0,004$  respectivamente), pero no entre segundo y tercer año.

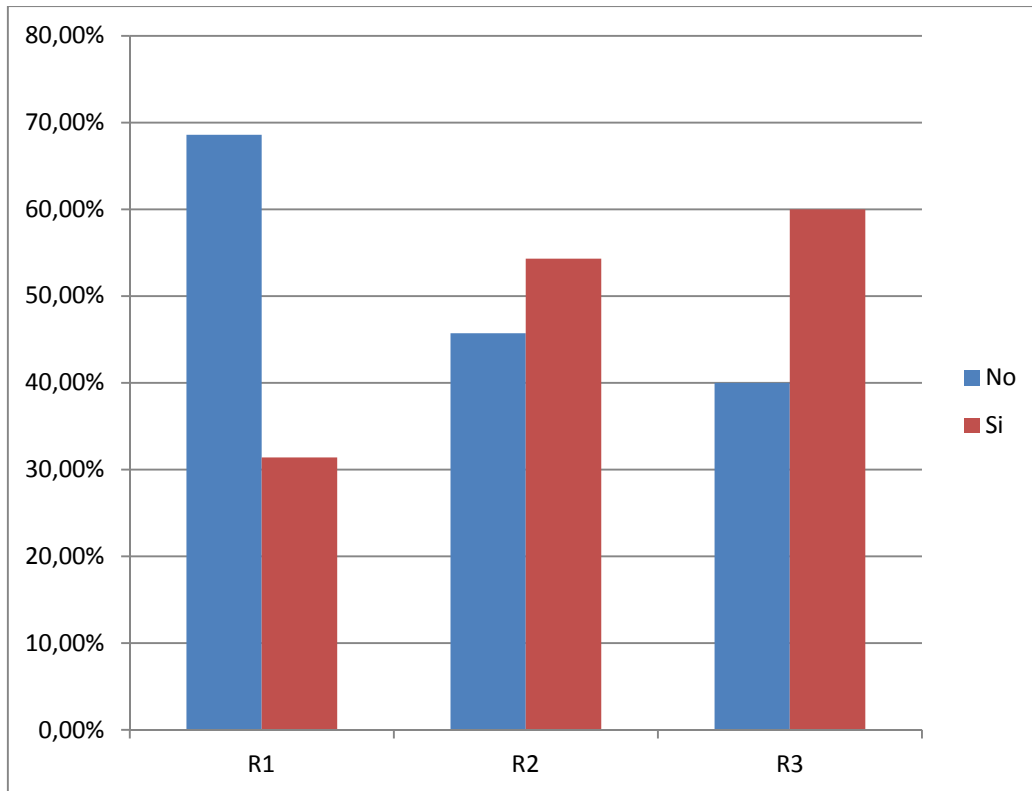
El número de guardias también se relaciona con la reactividad al estrés, tanto en la puntuación global ( $p=0,029$ ) como con la presencia del PTE,  $p=0,008$ .

**Tabla 3.2.** Relación entre IRE y variables epidemiológicas.

Variables	Índice de Reactividad al Estrés				
	Puntuación	p	Probable Trastorno de Estrés		p
			No	Si	
Sexo (Media±DS)/ (n[%])					
Hombre	9,05±5,58	0,108	32 (58,2%)	23 (41,8%)	0,249
Mujer	10,46±4,78		44 (48,4%)	47 (51,6%)	
Situación conyugal (Media±DS) /(n[%])					
Sin pareja	10,49±5,56	0,351	26 (53,1%)	23 (46,9%)	0,863
Con pareja	9,65±4,488		50 (51,5%)	47 (48,5%)	
Domicilio (Media±DS)/ (n[%])					
Paterno	9,75±5,77	0,664	10 (62,5%)	6 (37,5%)	0,726
Solo	10,70±5,54		15 (45,5%)	18 (54,5%)	
Piso compartido	10,26±5,36		18 (51,4%)	17 (48,6%)	
En pareja	9,39±4,632		33 (53,2%)	29 (76,8%)	
Hijos (Media±DS)/ (n[%])					
No	9,99±5,21	0,456	68 (52,7%)	61 (47,3%)	0,923
Un hijo	10,44±5,15		4 (44,4%)	5 (55,6%)	
Más de un hijo	7,57±3,21		4 (57,1%)	3 (42,9%)	
Año de residencia (Media±DS)/ (n[%])					
Primer año	8,24±4,87	0,020*	35 (68,6%)	16 (31,4%)	0,011*
Segundo año	10,17±4,90		16 (45,7%)	19 (54,3%)	
Tercer año	11,32±5,12		20 (40,0%)	30 (60,0%)	
Cuarto año <sup>(*)</sup>	10,80±5,43		5 (50%)	5 (50,0%)	
Centro de formación (Media±DS)/ (n[%])					
Nivel A	10,67±5,88	0,316	6 (50,0%)	6 (50,0%)	0,659
Nivel B	10,89±5,17		17 (45,9%)	20 (54,1%)	
Nivel C	9,47±5,00		53 (54,6%)	44 (45,4%)	
Promedio de horas laborales semanales (R Pearson)/ (Media±DS)	0,025	0,767	40,03±3,23	40,24±3,782	0,719
Promedio de guardias mensuales (R Pearson)/ (Media±DS)	0,182	0,029*	4,05±1,10	4,50±0,864	0,008*

<sup>(\*)</sup>Cuarto año: no participa en la estadística de comparación de grupos por su baja n, pero se adjuntan los datos descriptivos obtenidos.

**Gráfico 3.2.** Relación IRE y año de residencia.



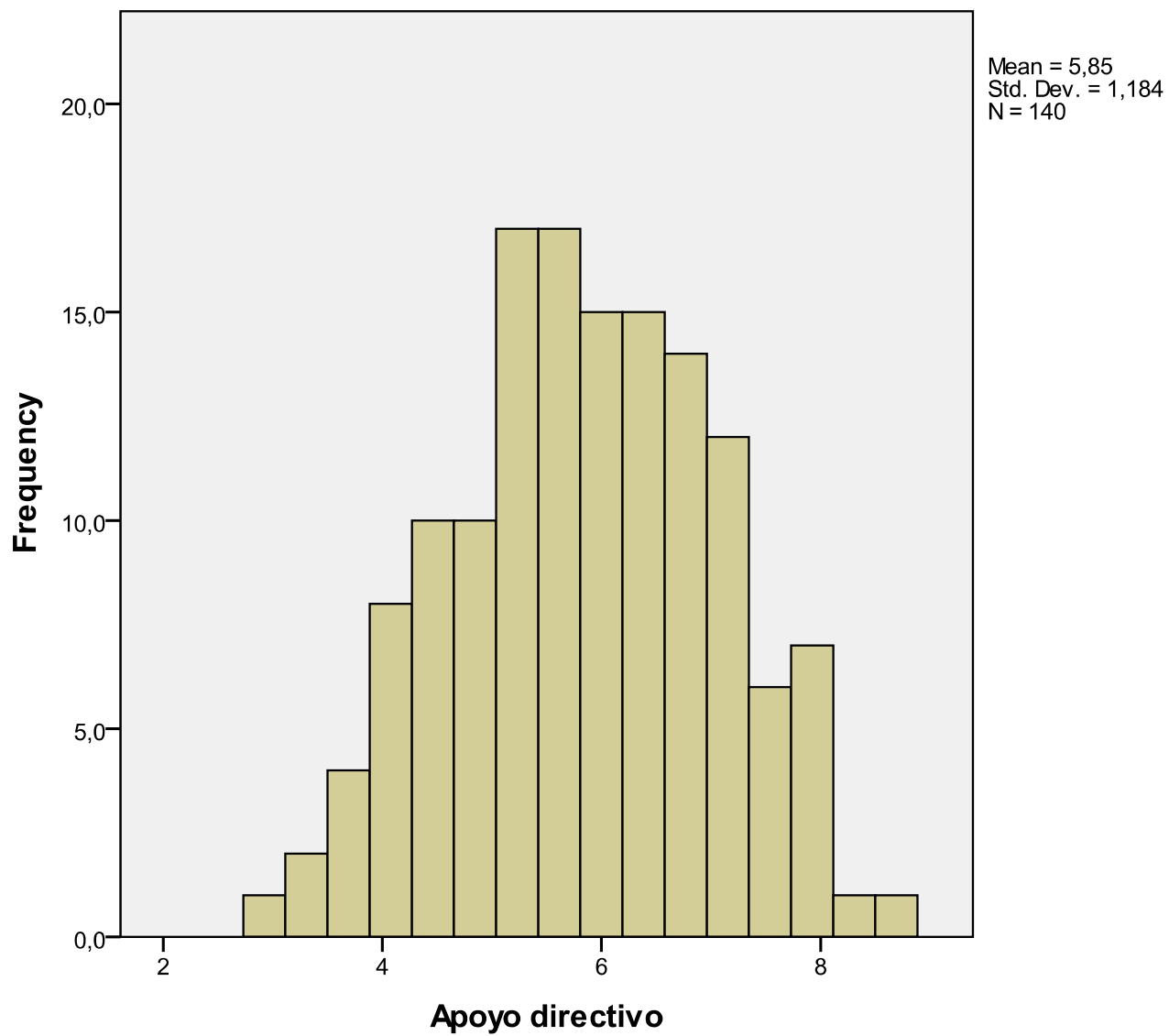
## Datos del Cuestionario Calidad de Vida Profesional

Se recogió un total de 140 cuestionarios completados correctamente, por lo que la pérdida fue de 14 cuestionarios, que al no estar completos se descartaron para los análisis estadísticos.

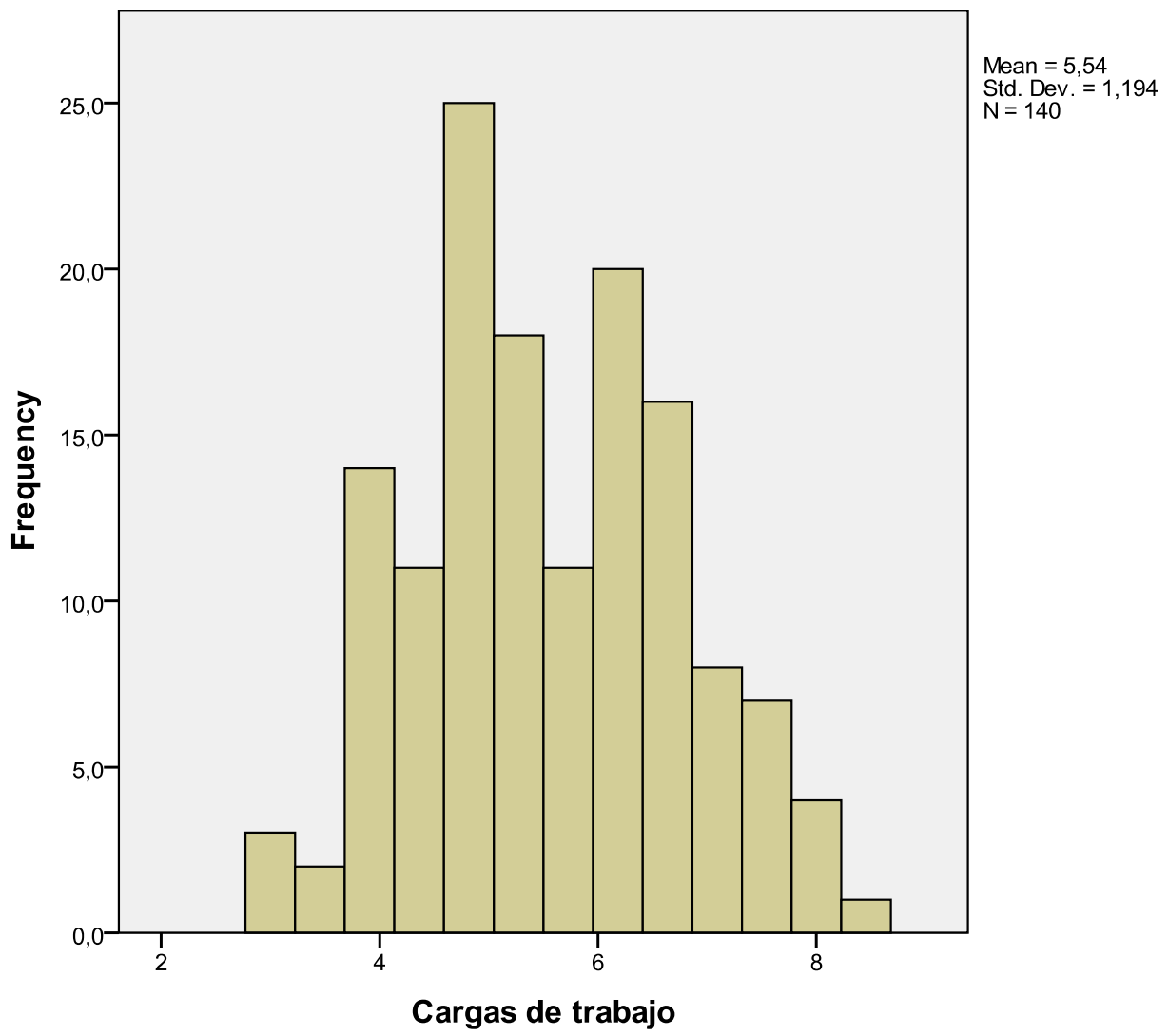
Los datos analizados del cuestionario de CVP los encontramos en la tabla 4.1, donde podemos observar los resultados obtenidos en el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional según los diferentes ámbitos que abarca. Teniendo en cuenta nuestras variables demográficas (table 4-2) observamos que el año de residencia vuelve a ser un factor a tener en cuenta, ya que el Apoyo Directivo obtiene puntuaciones más bajas a medida que aumenta el año de residencia ( $p=0,001$ ) y con las Cargas de Trabajo, que aunque ésta última no llega a ser significativa ( $p=0,059$ ), sí parece marcar una tendencia. Lo contrario ocurre con la Motivación Intrínseca ( $p=0,014$ ), al pasar los años de residencia, ésta disminuye. Estas diferencias son más notables entre los residentes de primer año y los de tercer año. En cuanto al resto de variables, el AD es más alto en aquellos trabajadores que no tienen pareja ( $p=0,019$ ). En cuanto a los hijos parece haber una tendencia en cuanto que los hijos disminuyen el AD ( $p=0,061$ ) aun teniendo en cuenta que nuestra muestra cuenta con tan solo un 6,5% de encuestados con un hijo y 4,5% con dos o más hijos. Con ello sí que obtenemos una disminución significativa entre no tener hijos y tener dos o más en cuanto a la Calidad de Vida Profesional Global percibida ( $p= 0,044$ ).

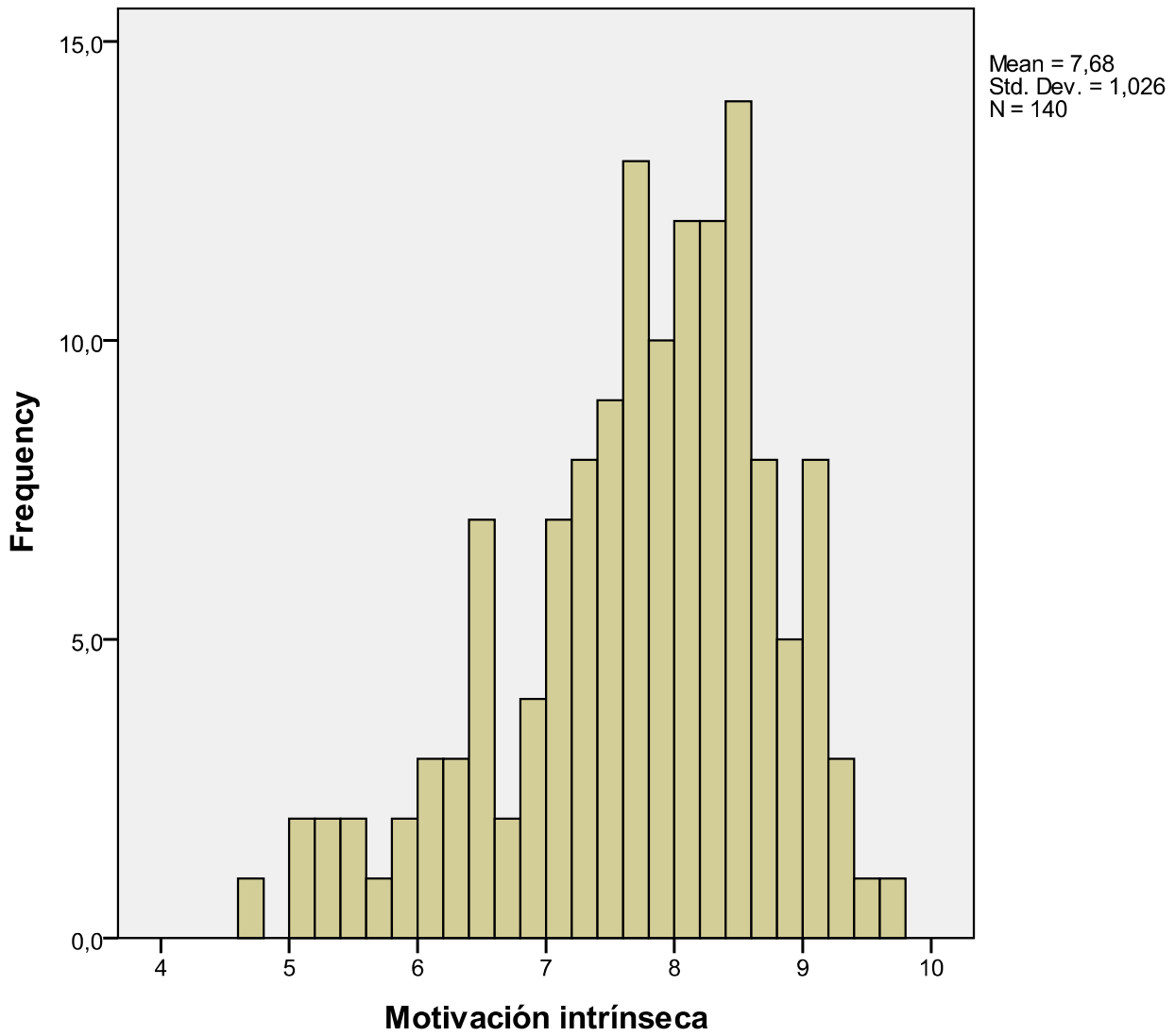
**Tabla 4.1** Resultados del test Calidad de Vida Profesional.

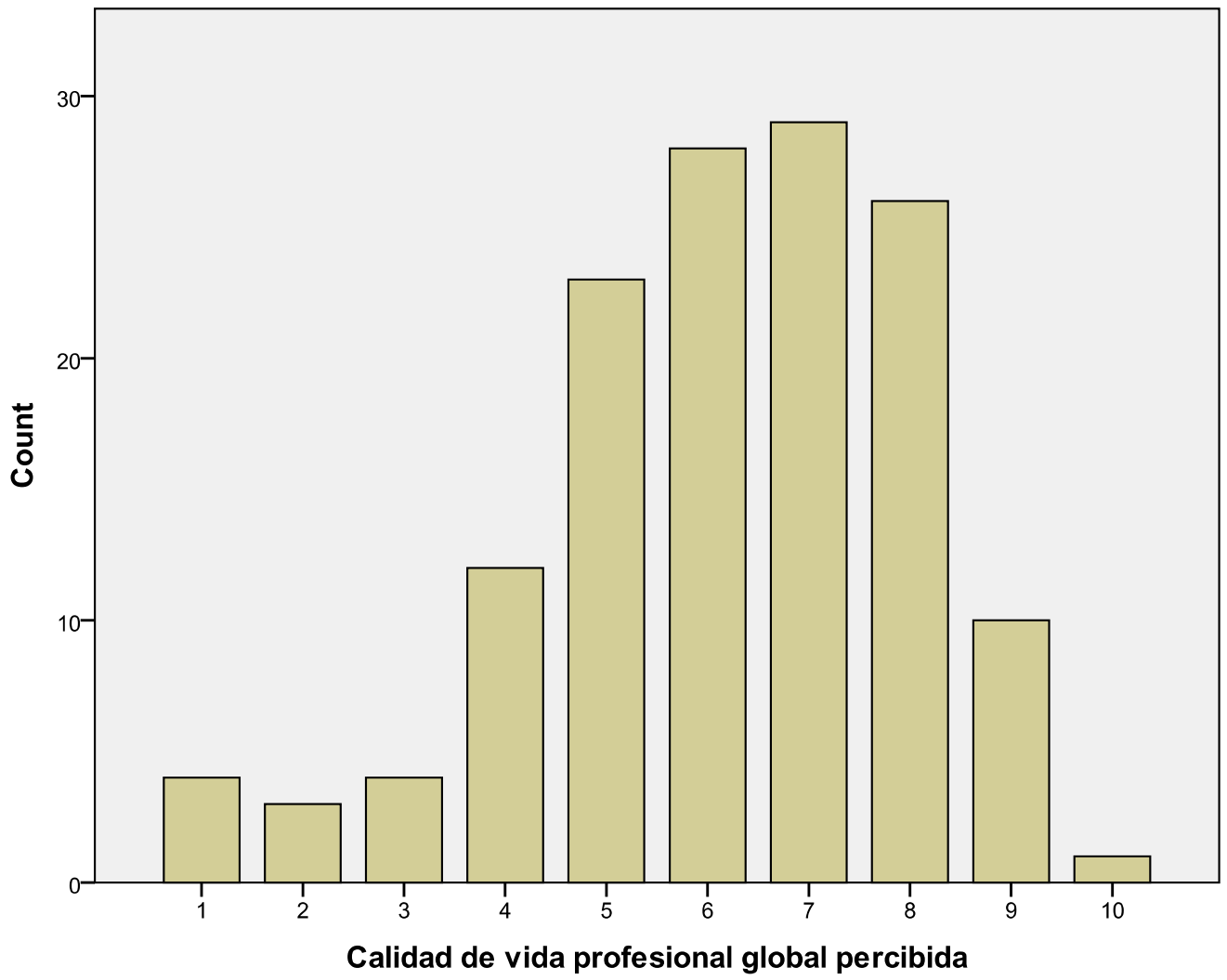
<b>CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL</b>	
<b>Dimensiones</b>	<b>Valor</b>
<b>Apoyo directivo</b> Media $\pm$ SD	5,85 $\pm$ 1,18
<b>Cargas de Trabajo</b> Media $\pm$ SD	5,54 $\pm$ 1,19
<b>Motivación Intrínseca</b> Media $\pm$ SD	7,68 $\pm$ 1,03
<b>Calidad de Vida Profesional Gobal Percibida</b> Media $\pm$ SD	6,17 $\pm$ 1,88







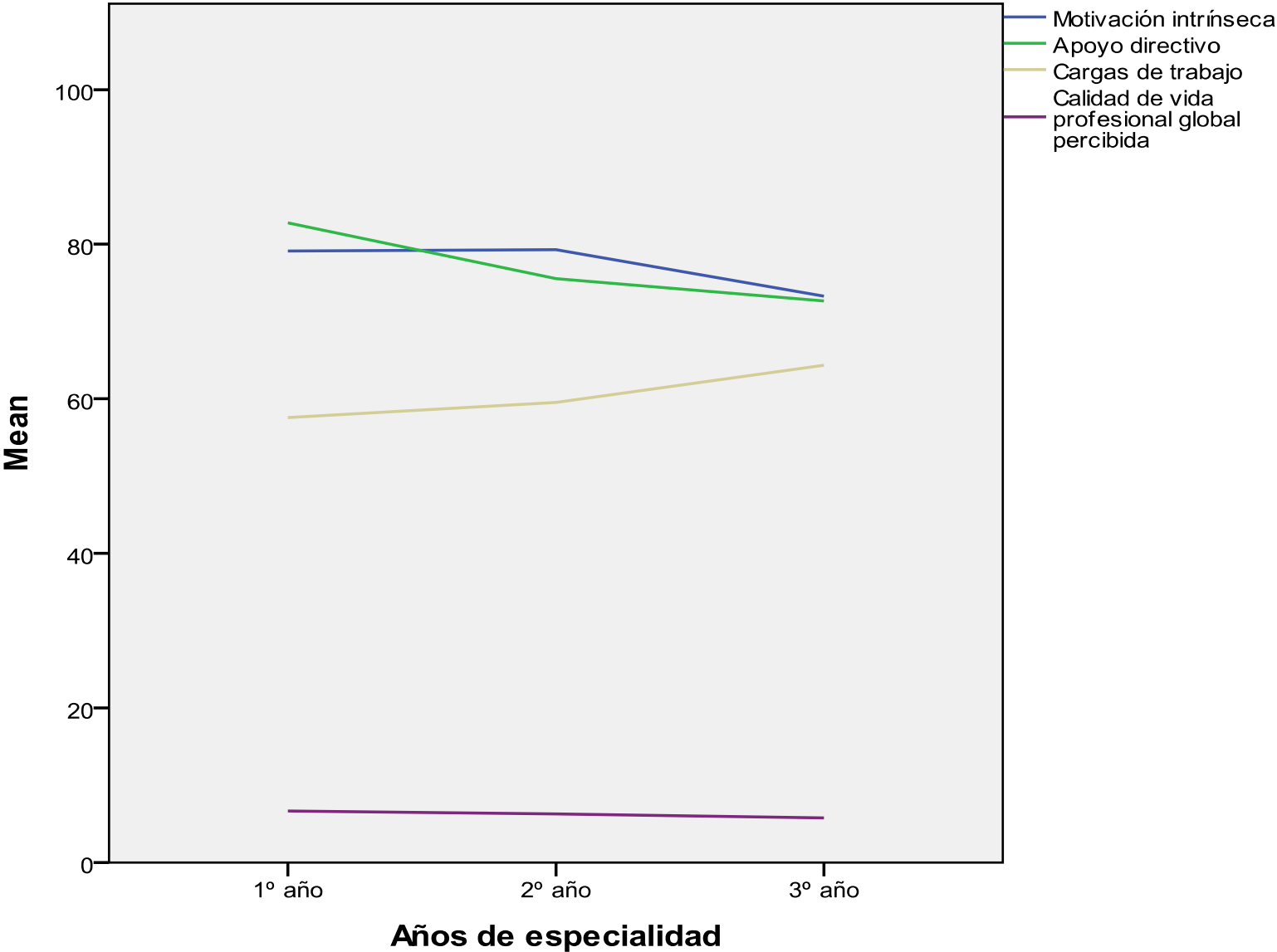




**Tabla 4.2** Relación entre las diferentes dimensiones del test Calidad de Vida Profesional y las variables epidemiológicas.

Variables	CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL							
	Apoyo Directivo	p	Cargas de Trabajo	p	Motivación Intrínseca	p	Calidad de Vida Profesional Gobar percibida	p
Sexo (Media±DS)		0,652		0,343		0,642		0,860
Hombre	5,79±1,13		5,42±1,10		7,63±1,09		6,21±1,66	
Mujer	5,89±1,22		5,62±1,25		7,71±0,99		6,15±2,01	
Situación conyugal (Media±DS)		0,019*		0,285		0,958		0,176
Sin pareja	6,16±1,15		5,40±1,17		7,68±1,11		6,46±1,76	
Con pareja	5,68±1,17		5,62±1,21		7,69±0,98		6,01±1,93	
Domicilio (Media±DS)		0,172		0,587		0,797		0,890
Paterno	6,23±0,99		5,86±1,12		7,66±0,79		6,44±1,55	
Solo	5,82±1,22		5,52±1,22		7,58±1,15		6,27±1,82	
Piso compartido	6,06±1,16		5,37±1,21		7,82±0,97		6,14±1,86	
En pareja	5,61±1,21		5,58±1,20		7,65±1,07		6,06±2,04	
Hijos (Media±DS)		0,061		0,184		0,500		0,044*
No	5,93±1,19		5,47±1,16		7,71±1,00		6,31±1,79	
Un hijo	5,29±1,09		6,22±1,59		7,32±1,21		5,44±2,70	
Más de un hijo	5,08±0,90		5,68±1,10		7,51±1,35		4,71±1,80	
Año de residencia (Media±DS)		0,001*		0,059		0,014*		0,086
Primer año	6,37±1,13		5,23±1,18		7,91±0,97		6,67±1,72	
Segundo año	5,81±1,10		5,41±1,00		7,93±0,86		6,29±1,82	
Tercer año	5,59±1,10		5,85±1,23		7,33±1,13		5,76±1,92	
Cuarto año	5,02±1,26		5,85±1,42		7,55±0,88		5,64±2,16	
Centro de formación (Media±DS)		0,571		0,746		0,219		0,778
Nivel A	5,80±0,95		5,78±0,89		7,79±0,90		6,46±2,02	
Nivel B	6,04±1,24		5,50±1,36		7,93±1,03		6,03±1,99	
Nivel C	5,79±1,20		5,52±1,17		7,58±1,05		6,18±1,83	
Promedio de guardias mensuales (R Pearson)	-0,119	0,165	-0,065	0,449	-0,062	0,471	-0,115	0,179
Promedio de horas laborales semanales (R Pearson)	-0,102	0,232	0,112	0,192	-0,044	0,610	-0,078	0,364

**Gráfico 4.2** Relación entre las diferentes dimensiones del test Calidad de Vida Profesional y el año de residencia.



-----  
***DISCUSIÓN***-----  
-----

## ***DISCUSIÓN***

El principal hallazgo de este estudio es que el 66,4% de los residentes de anestesia de la SCARTD encuestados padecen el síndrome de Burnout. Este resultado concuerda con el resultado obtenido en un estudio realizado por Fontseca en el 2009<sup>11</sup> en residentes, de muy diversas especialidades médicas, de un hospital universitario de tercer nivel. Pero si nos centramos en estudios realizados en nuestra especialidad, Nyssen<sup>15</sup> en el 2003 observó que el 40,4% de los anestesiólogos (staff y residentes) encuestados presentaban un alto nivel de AE, e incluso, Morais<sup>14</sup> detectó el 57,9% de AE con un 90,9% de D, datos realmente impactantes. Si analizamos nuestro territorio tenemos un 19,5% de AE con un 31,7% de D en un hospital de tercer nivel según nos presenta Fernández<sup>13</sup> en su estudio.

Ahora bien, no disponemos de datos sobre la situación de Burnout de residentes de Anestesiología en nuestro territorio, ya que los estudios realizados hasta el momento se concentran habitualmente en hospitales y en adjuntos. Por ello creemos que el principal interés de este estudio es que analiza la situación de los residentes de un territorio determinado y delimitado, y por ende también analiza la formación de dicha especialidad en ese territorio.

<b>Autor (año)</b>	<b>Estamento</b>	<b>Localización</b>	<b>n</b>	<b>AE alto</b>	<b>D alto</b>	<b>RP baja</b>
Palmer <sup>22</sup> (2005)	Staff	México	89	17%	10%	12,3%
Nyssen <sup>15</sup> (2003)	Staff y Residentes	Bélgica	151	40%	NC	NC
Kluger <sup>23</sup> (2003)	Staff	Australia	422	20%	20%	36%
Fernández <sup>13</sup> (2006)	Staff	España	41	19,5%	31,7%	41,4%
Morais <sup>14</sup> (2006)	Staff	Portugal	263	57,9%	90,9%	44,8%
Kluger <sup>24</sup> (2008)	Técnicos	Nueva Zelanda	154	48%	39%	58%

En nuestro estudio en primer lugar destaca la relación de puntuaciones altas de AE y D con el año de residencia. Parece existir una tendencia positiva a obtener puntuaciones más altas en dichas dimensiones a medida que transcurre la residencia. Desafortunadamente, la participación de residentes de cuarto año fue mínima, con lo cual sólo podemos decir que existen diferencias significativas cuando comparamos los residentes de primer y tercer año. En cuanto a la



dimensión de RP no se objetivaron diferencias remarcables, y destaca que la mayor parte de nuestros residentes se sienten realizados en la práctica diaria de su trabajo. Este dato podría hacernos pensar que se minimizan con ello los posibles efectos secundarios de padecer Burnout.

Existe cierta tendencia que sugiere que un promedio elevado de guardias mensuales podría afectar a la dimensión de AE, como ya demostró Fontseca<sup>11</sup> en 2009 al encontrar una diferencia estadísticamente significativa a sufrir Burnout en aquellos residentes que realizaban 5 guardias o más. También observamos una tendencia del género femenino a padecer niveles altos de Despersonalización, así como a sentirse menos realizados aquellos residentes que aún residen en el domicilio paterno. Igualmente estos resultados no son de extrañar teniendo en cuenta la enorme variabilidad que existe en la literatura.

De todos modos, cabe destacar que el 66,4% de los residentes encuestados padece el Síndrome de Burnout, por encima del obtenido en el estudio realizado en el 2000 por Belloch<sup>12</sup> en residentes de especialidades médicas de un hospital universitario en Valencia, si bien la situación socioeconómica y laboral ha cambiado, lo cual podría explicar este aumento.

Cuando evaluamos la situación de estrés que viven nuestros residentes, observamos que aproximadamente la mitad de ellos padecen un PTE, el 47,9%. Este estrés se relaciona de forma significativa con el año de residencia, observando cómo a medida que los residentes avanzan en su año de formación y aumenta su responsabilidad laboral, aumentan de forma significativa los niveles de estrés.

Esta misma relación se observa también entre el aumento del número de guardias mensuales y la puntuación obtenida en el Índice de Reactividad al Estrés.

Estos datos no se pueden corroborar con la literatura existente, ya que no existen estudios previos al actual en el colectivo médico, pero concuerdan con los resultados obtenidos en el test de MBI.

Respecto al resto de variables sociodemográficas estudiadas, se observa una correlación positiva entre el número de guardias mensuales y la puntuación del test IRE ( $p= 0,029$ ), al aumentar las guardias mensuales, aumenta la puntuación IRE. Esta relación se mantiene con la presencia de PTE, ya que existe una diferencia significativa entre el número de guardias mensuales entre los residentes con PTE y los que no ( $p= 0,008$ ). Aunque en el MBI no observábamos esta diferencia, sí que es cierto que se podría asumir una tendencia, ya que la media de guardias mensuales era más alta en aquellos residentes con alto cansancio emocional ( $p=0,069$ ). Si bien, sería necesario ampliar la muestra para poder certificar dicha diferencia.

En tercer y último lugar tenemos el test de Calidad de Vida Profesional. A parte del estudio realizado por Fernández Martínez<sup>20</sup> en el 2007, no existen otros estudios en nuestra población a estudio que midan mediante una herramienta validada (CVP-35) la calidad de vida profesional de los residentes. La calidad de vida profesional percibida por nuestros residentes es mayor que la encontrada en la literatura, un 6,17 frente al 4,15, de Fernández Martínez<sup>20</sup>. Cuando hablamos de apoyo directivo, la media se sitúa en 5,85, más alta que la del estudio comentado,

5,85. En cuanto la motivación intrínseca también encontramos una puntuación más alta en nuestro estudio (7,68 vs 6,22). Estas diferencias podrían justificarse porque a su vez el ítem que valora la carga de trabajo es más bajo en nuestro residentes que en los de Fernández Martínez (5,54 vs 6,98), lo que podría facilitar que el resto de ítems tengan puntuaciones más altas. Igualmente, hay que añadir que no se han encontrado correlaciones entre los diferentes ítems analizados.

Cuando relacionamos estos ítems con nuestras variables demográficas vuelve a destacar el año de residencia. Los residentes sienten una disminución del apoyo directivo a medida que avanza su período de formación ( $p=0,001$ ). Esto mismo sucede con la motivación intrínseca ( $p=0,014$ ). Esto nos haría pensar que podría ser debido a un aumento de la carga de trabajo, pero aunque parece que sí existe esa tendencia, en nuestro estudio la diferencia no ha llegado a ser estadísticamente significativa ( $p=0,059$ ); serían necesarios más estudios para poder demostrarla.

La situación conyugal parece afectar al apoyo directivo percibido, ya que aquellos que tienen pareja se sienten menos apoyados que los que no tienen ( $p=0,019$ ), si bien esto podría interpretarse con el tópico de que es más fácil compaginar tu vida personal con el trabajo si no se tienen deberes familiares. Relacionado con este tema encontramos una tendencia a disminuir la percepción de apoyo directivo a medida que se tienen hijos ( $p=0,061$ ) que podría sugerirnos la misma teoría. Lo que sí demuestra nuestro estudio es que la calidad de vida profesional percibida disminuye a medida que aumenta el número de hijos ( $p=0,044$ ).

-----  
***CONCLUSIONES***-----  
-----

## **CONCLUSIÓN**

Como conclusión cabe señalar que más de la mitad de los residentes de Anestesiología de Cataluña presentan un Síndrome de Burnout claramente relacionado con el período formativo, puesto que al avanzar en su formación, aumenta la prevalencia de Burnout. Destaca también una alta realización personal, del 71,7%. Estos datos se remarcan con el IRE, ya que el 47,9% presenta un probable trastorno de estrés a su vez relacionado con el período formativo. Con ello su percepción de calidad de vida profesional se sitúa en el 6,17, levemente por encima de la media.

Dichos datos demuestran que nuestros residentes están quemados, estresados y tienen una percepción de su calidad de vida profesional relativamente baja. Es necesario continuar con el análisis reglado y periódico de la situación, y diseñar medidas de soporte y apoyo al residente con el fin de disminuir y evitar su afectación y progresión.

-----  
-----**BIBLIOGRAFÍA**-----  
-----

## ***BIBLIOGRAFÍA***

1. Freudenberger HJ. Staff Burn-out. *J Soc Issues*. 1974; 30: 159-165.
2. Malasch C, Jackson SE. *Malasch Burn-out Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.
3. Schaufeli WB. Burnout. In: Firth-Cozens J, Payne R, eds. *Stress in Health Professionals: Psychological and Organizational Causes and Interventions*. Chichester, NY: Wiley; 1999.
4. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R et al. Influencia de los factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español(2007). *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 215-230.
5. Garnés AF. Estudio de las fuentes de estrés laboral en médicos residentes.
6. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 2004 Dec 15;292(23):2880-9.
7. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*. 2002 Mar 5;136(5):358-67.
8. Steven H. Rose, Timothy B. Curry. Fatigue, Countermeasures, and Performance Enhancement in Resident Physicians. *Mayo Clin Proc*. 2009 November; 84(11): 955–957.
9. Hill JD, Smith RJ. Monitoring stress levels in postgraduate medical training. *Laryngoscope*. 2009 Jan;119(1):75-8.

10. McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo JJ, Neill RA. Resident physician burnout: is there hope?. *Fam Med*. 2008 Oct;40(9):626-32.
11. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C et al. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp*. 2010; 210(5): 209-215.
12. Belloch García SL, Renovell Farré V, Calabuig Alborch JR, Gómez Salinas L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna*. 2000 Mar;17(3):118-22.
13. Fernández Torres B, Roldán Pérez LM, Guerra Vélez A et al. Prevalencia del síndrome de Burnout en los anestesiólogos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim*. 2006; 53: 359-362.
14. Morais A, Maia P et al. Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologist. *EJA*. 2006; 23: 433-439.
15. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2003;90(3):333-337.
16. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F; le groupe de travail sur l'addiction en milieu anesthésique. Prevalence and risk factors for substance abuse and dependence among anaesthetists: A national survey. *Ann Fr Anesth Reanim* 2005;24(5):471-479.



17. Mingote J.C. El estrés del Médico.1ªed.Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1999. 109p.
18. Monterrey AL, González de la Rivera JL et al. El índice de reactividad al estrés (IRE): ¿rasgo o estado?. Rev Psiquiatría Fac Med Barna. 1991;18 (1): 23-27.
19. Fernández Araque AM, Santa Clotilde Jiménez E et al. Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (1).
20. Fernández Martínez O, García Del Río García B et al. Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. Medicina de Familia. 2007; 2: 11-18.
21. Martín J, Cortés JA et al. Características del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). Gac Sanit. 2004; 18 (2): 129-36.
22. Palmer LY, Gómez A et al. Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en médicos anestesiólogos de la Ciudad de Mexicali. Gac Med Mex. 2005; 141 (3):181-183.
23. Kluger MT, Townend K et al. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. Anaesthesia. 2003; 58 (4): 339-345.
24. Kluger MT, Bryant J. Job satisfaction, stress and burnout in anaesthetic technicians in New Zelanda. Anaesth Intensive Care. 2008 Mar; 36 (2): 214-21.