

ARTICULO ORIGINAL

Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos del Paraguay durante el año 2010

Prevalence of Burnout syndrome in anesthesiologists of Paraguay during 2010

***Delgado Maidana W¹, Vega Carduz E¹, Sanabria L¹, Figueredo Thiel SJ¹⁻²**

¹Postgrado de Anestesiología. Universidad Nacional de Asunción

²Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Asunción

RESUMEN

El síndrome de Burnout constituye un tipo de estrés laboral que se observa en profesionales de la salud que mantienen contacto directo y constante con otras personas. Para determinar su prevalencia en los médicos anestesiólogos del Paraguay, durante el 2010, se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en 146 médicos anestesiólogos del Paraguay mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory que evalúa las dimensiones del síndrome. Se identificó una prevalencia global de síndrome de Burnout de 72,6%. En el grupo de médicos residentes la prevalencia fue 88,6% ($\chi^2 = 8,14$ $P < 0,005$). El cansancio emocional fue la dimensión más frecuente 60,9%. Los menores de 35 años padecieron el síndrome en mayor número 83,1% ($\chi^2 = 8,14$ $P < 0,005$). Tener una pareja estable se identificó como un factor de protección ($\chi^2 = 3,77$ $P < 0,05$). No se identificó relación significativa con el sexo y lugares de trabajo (medicina pública y privada). La prevalencia hallada fue alta en comparación a otros estudios. Ser médico residente, menor de 35 años, no tener una pareja estable y con sobrecarga de trabajo son los factores más frecuentes encontrados en el Síndrome de Burnout en los anestesiólogos del Paraguay.

Palabras claves: Burnout, anestesia, prevalencia.

ABSTRACT

Burnout Syndrome is a type of occupational stress observed health professionals who keep direct and constant contact with other persons. To determine its prevalence in anesthesiologist in 2010, this cross-sectional descriptive study was carried out in 146 Paraguayan anesthesiologist using the Maslach Burnout Inventory. This instrument evaluates the dimensions of the syndrome. A global prevalence of BS 72.6% was found. In the group of resident physician we found a prevalence of 88.6% ($\chi^2 = 8.14$ $P < 0.005$). The most frequent dimension was the emotional exhaustion (60.9%). The syndrome was more frequent in the anesthesiologists under 35 years of age (83.1%; $\chi^2 = 8.14$ $P < 0.005$). Having a stable partner was identified as a protective factor ($\chi^2 = 3.77$ $P < 0.05$). No significant relation was found with sex and working places (public and private medicine). The prevalence of BS found was high in comparison to other studies. Being a resident physician, under 35 year old, not having a stable partner and overload of work are the factors most frequently found in the Burnout Syndrome in Paraguayan anesthesiologists.

Keywords: Burnout, anesthesia, prevalence.

Autor Correspondiente: Dr. Walter Delgado Maidana.

Email: waldeg@hotmail.com

Fecha de recepción: Abril de 2011, Fecha de aceptación: Mayo de 2011

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout (SB) agrupa un conjunto de signos, síntomas y comportamientos que reflejan un desgaste en el ámbito profesional (1). Generalmente afecta a personas que tienen mucho relacionamiento social en la parte laboral (2, 3).

Burnout significa estar o sentirse quemado, agotado, sobrecargado, exhausto y constituye una respuesta al estrés laboral integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como el encontrarse emocionalmente agotado. Aunque no existe una definición unánimemente aceptada sobre el síndrome de Burnout, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico (4-7).

Este síndrome fue primeramente descrito por Freudenberger en 1974 (8), aunque posteriormente tomó verdadera importancia con el estudio de Maslach y Jackson (9), quienes consideran a este síndrome como un proceso de estrés crónico por el constante relacionamiento social. El SB presenta tres componentes esenciales: el cansancio emocional, la despersonalización o deshumanización y la falta de realización profesional (10).

El cansancio emocional está caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento; la despersonalización se evidencia por un desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, acompañado de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el trabajo y, la falta de realización profesional, donde se dan respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo, con manifestaciones pseudodepresivas, una moral baja y un descenso en la productividad en el trabajo, lo que lleva a una escasa o nula realización profesional (8-16). Todas estas manifestaciones constituyen una verdadera preocupación, por las repercusiones personales que se ven en el plano emocional, psicológico y de la conducta, por las repercusiones familiares y sociales, así como por la repercusión en el ámbito laboral, como ausentismo laboral, disminución del grado de satisfacción de los profesionales y sus pacientes, y pérdida de productividad (17).

La prevalencia de este síndrome es variable dependiendo mucho del tipo de trabajo que realiza el profesional. Estudios realizados en trabajadores de la salud estiman que entre un 12 a 50% de los mismos presentan algunas de las dimensiones del SB (18-27). La práctica médica de la Anestesiología constituye una de las especialidades en donde la ansiedad y el estrés se presentan con mayor frecuencia, ya que siempre se corre un potencial riesgo mientras se realiza la anestesia a un paciente, ya que el anestesiólogo tiene la vida del paciente en sus manos durante las cirugías y muchas veces bajo diferentes situaciones críticas. Además es frecuente que el anestesiólogo trabaje en diferentes lugares realizando un número importante de turnos laborales a la semana, bien sea de día o de noche y no realiza un descanso adecuado. Sin tomar en cuenta la situación familiar y personal que se pueda tener, todo esto podría crear en el anestesiólogo una situación de angustia y estrés que repercutirá en su desempeño profesional.

Los objetivos de este trabajo se basan en determinar la prevalencia del SB en los médicos anestesiólogos del Paraguay y describir las influencias que tienen en su desarrollo el sexo, la edad, la situación conyugal, las horas semanales de trabajo y los lugares laborales.

Resulta muy importante medir el nivel de estrés que presentan los anestesiólogos en el Paraguay, para poder así crear estrategias que disminuyan esta situación al mínimo y repercuta en mejorar la calidad de vida profesional y por ende un mejoramiento en la atención integral al paciente.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transverso con componente analítico en un total de 146 médicos anestesiólogos especialistas y médicos residentes de anestesiología del Paraguay (capital e interior), en ejercicio de la profesión, durante el año 2010. Se utilizó la metodología de encuesta que se aplicó a 102 médicos especialistas y a 44 médicos residentes en anestesiología.

Fueron incluidos en este estudio los médicos anestesiólogos especialistas en ejercicio de la profesión de la capital e interior del país y todos los médicos residentes de anestesiología del Hospital de Clínicas, Instituto de Previsión Social y Hospital Nacional de Itauguá, que son los únicos centros de formación para esta especialidad en el Paraguay. Fueron excluidos los médicos anestesiólogos jubilados y los que consumían medicamentos tranquilizantes o antidepresivos.

Para la encuesta se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), versión HSS (Human Services Survey) en español (11,12).

El cuestionario incluyó 22 preguntas con respuestas cerradas en una escala de Lickert de siete opciones, respecto a la frecuencia en que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo. Con una puntuación posible de 0 a 6 para cada ítem, se evaluaron las siguientes variables: a) cansancio emocional (9 preguntas), b) despersonalización o deshumanización (5 preguntas) y c) falta de realización profesional (8 preguntas). Además se incluyó un cuestionario general que recogió información de variables socio-demográficas, situación profesional y aspectos personales. Las tres variables establecidas por el cuestionario de MBI fueron puntualizadas de la siguiente manera: a) cansancio emocional (preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20) con puntuación máxima de 54 (considerándose alto >27, moderado de 19 a 26 y bajo <18); b) despersonalización (preguntas 5, 10, 11, 15 y 22) con puntuación máxima de 30 (alta >10, moderada 6 a 9 y baja <5) y c) falta de realización personal (preguntas 4,7,9,12,17,18,19 y 21) con puntuación máxima 48 (alta >40, moderada 34 a 39 y baja <33). Se consideró como SB positivo la presencia de puntajes moderados y altos en cualquiera de las dimensiones evaluadas como cansancio emocional (puntaje igual o mayor a 19), despersonalización (puntaje igual o mayor a 6) y realización personal (puntaje igual o menor a 39).

Para el tamaño de muestra se tomó una proporción esperada de 15%, sobre datos bibliográficos de prevalencia de SB entre 12 y 50% (18-27); un intervalo de confianza de 0.10 y nivel de confianza de 95%, estimándose en 196 anestesiólogos el tamaño de la muestra. Tabla 6E del capítulo "Cálculo de la potencia y tamaño de la muestra" del libro Diseño de Investigaciones Clínicas de Cummings (28). Como la cantidad de anestesiólogos del Paraguay fue menor a la cantidad calculada, en el momento de la realización del trabajo la Sociedad Paraguaya de Anestesiología registraba como socios activos a 102 anestesiólogos, se decidió utilizar un nivel de confianza de 90%, estimándose entonces en 139 anestesiólogos el tamaño de la muestra.

Los resultados de las encuestas fueron cargados en la base de datos Excel, analizados con estadística descriptiva y para el componente analítico se utilizó la prueba de Chi cuadrado con un valor estadístico de $p=0,005$. La participación en la encuesta fue anónima y voluntaria, los resultados fueron registrados con códigos, se mantuvo la confidencialidad de los mismos y no se produjo daño a ninguna persona, respetando los principios éticos en la investigación.

RESULTADOS

Participaron del estudio, un total de 146 médicos especialistas y residentes en Anestesiología; cinco médicos especialistas no retornaron la encuesta y uno se negó a completarla. El 74% (108 anestesiólogos) fueron del sexo masculino y 26% (38 anestesiólogos) del sexo femenino.

La prevalencia global del síndrome de Burnout encontrada fue del 72,6% (n=146). Al agrupar los médicos anestesiólogos se encontró en los médicos anestesiólogos residentes una mayor frecuencia de SB (n=44), 88,6% ($\chi^2= 8,14$ $p=0,004$) con respecto a los médicos anestesiólogos especialistas (n=102) en los cuales encontramos una prevalencia del 65,7% (ver tabla 1).

Tabla 1. Síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos residentes y especialistas del Paraguay. Año 2010. (n=106)

	SI n (%)	NO n (%)	TOTAL n (%)
RESIDENTES	39 (88,6)	5 (11,4)	44 (100)
ESPECIALISTAS	67 (65,7)	35 (34,3)	102 (100)
TOTAL	106 (72,6%)	40 (27,4%)	146 (100%)

$\chi^2= 8,14$ (p=0,004)

El promedio de horas de trabajo semanales encontrado entre los especialistas fue de 66,4 horas, mientras que entre los residentes fue de 80,2 horas. Dentro de las dimensiones estudiadas y encontradas en el SB en esta población, el cansancio emocional fue la más frecuente con 60,9%, seguido por la despersonalización con 50,7% y la falta de realización personal con 25,3%. En el 17,1% de los encuestados se halló cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal en forma simultánea.

En la distribución por género, se observó que el SB se presentó más frecuentemente en el sexo masculino (80 varones = 74,1%) y menos frecuentemente en el sexo femenino (26 mujeres = 68,4%) con una relación estadística no significativa ($\chi^2= 0,45$ $p=0,45$). Según las edades de los encuestados, la mayor parte de los afectados se encontraron en el grupo de menos de 35 años (n=65) 83,1%; en el grupo de 35 a 44 años (n=47) 72,3% y en los mayores de 45 años (n=34) 52,9% con una relación no significativa ($\chi^2= 6,46$ $p=0,011$).

Cuando se consideró sólo a los especialistas y se relacionó la presencia de SB con la edad en éstos, no se encontraron diferencias significativas ($\chi^2= 3,68$ $p=0,05$). Con un número de 102 especialistas, en el grupo menor a 35 años se encontró un 72,7% con SB, en el grupo de 35 a 44 años 71,7% y en los mayores de 45 años se encontró el menor porcentaje de 52,9%. Teniendo en cuenta el ámbito del ejercicio laboral, se encontró que los que trabajan sólo en la medicina pública, el 72,4% presentan SB, los que se dedicaban a la medicina pública y privada 65% y los que trabajan exclusivamente en el ámbito de la medicina privada 50% con resultados no significativos ($\chi^2= 0,81$ $p=0,36$). En el ambiente familiar, los médicos con una pareja estable (n=91) mostraron una prevalencia de 67% de SB, mientras en los que se encontraban solteros o sin pareja estable (n=55) presentaron SB en el 81,8% no estableciéndose asociaciones significativas ($\chi^2= 3,77$ $p=0,052$). Ver tabla 2.

Tabla 2. Resumen de las condiciones que favorecen la presencia del síndrome de Burnout en los médicos anestesiólogos del Paraguay. Año 2010. (n=146)

VARIABLE	SB	CHI-cuadrado	Valor p
Médicos residentes	88,6%	8,14	0,004
Sexo masculino	74,1%	0,45	0,501
Edad < 35 años	83,1%	6,46	0,011
Trabaja sólo en medicina pública	72,4%	0,81	0,36
Sin pareja estable	81,8%	3,77	0,052

DISCUSIÓN

La prevalencia del SB en los médicos que practican la anestesiología en el Paraguay es bastante elevada en comparación con otros países y con otras especialidades (15-19,23-24). Esto podría deberse a un exceso de carga laboral para los médicos anesthesiólogos, considerando que, para la cobertura de todo el país el número total de anesthesiólogos no supera los 200, por lo que existe mucha demanda laboral. La Academia Europea de Anesthesiología recomienda como cantidad adecuada 18 anesthesiólogos por 100.000 habitantes (29). En países con buenos índices como Inglaterra existen 20 anesthesiólogos por 100.000 habitantes, mientras que en África, donde hay una carencia extrema de anesthesiólogos, el índice es de 1 anesthesiólogo por 100.000 habitantes. En el Paraguay hay un índice aproximado de 3 anesthesiólogos por cada 100.000 habitantes, por lo que se evidencia una amplia deficiencia en el número de médicos anesthesiólogos en todo el país. Es preocupante comprobar la escasez de personal calificado para realizar las anestias en el país, exponiéndolos a una sobrecarga laboral con altos índices de estrés, constituyendo también un problema de salud pública considerando la suspensión de cirugías programadas o el retraso de cirugías de urgencia por falta de anesthesiólogos en varios lugares del país. Por la naturaleza misma de la especialidad, las condiciones críticas frecuentes y las situaciones de emergencia se expone al anesthesiólogo a condiciones de estrés (15).

Los médicos residentes de anestesiología tienen una mayor carga horaria semanal con respecto a los médicos especialistas, sumado al desgaste propio que significa encontrarse en etapa de formación realizando una curva de aprendizaje de habilidades y conocimientos para desenvolverse en forma adecuada en la especialidad. Esto puede estar asociado a la mayor frecuencia de SB que se observa en los médicos residentes con respecto a los especialistas. La prevalencia encontrada en los médicos residentes en el estudio supera a otros trabajos similares (24, 27, 30, 31). La carga horaria laboral de los residentes en el Paraguay durante la semana es aproximadamente 80 horas y alcanza a veces jornadas continuas de 36 horas hospitalarias seguidas. En España el máximo de horas de trabajo semanales estipulado para los residentes es de 58 horas e incluso con días libres de descansos post guardia (32). Esta notable diferencia en las horas de trabajo semanales justificaría el mayor estrés hallado en los residentes de anestesia del Paraguay comparado con otros residentes estudiados en trabajos de otros países (24, 27, 30, 31).

El cansancio emocional y la despersonalización duplican en frecuencia a la falta de realización personal. El cansancio emocional, acompañado de un agotamiento físico y mental es la característica observada con mayor frecuencia, lo que denota claramente que existe un déficit en el manejo de las condiciones y horarios adecuados para el trabajo, así también en las horas de descanso suficientes para recuperarse totalmente luego de una jornada laboral. El cansancio emocional constituye el hallazgo más frecuente de la mayoría de los estudios en coincidencia con nuestro estudio (14, 20, 21, 27).

Un hecho preocupante constituye el alto porcentaje de despersonalización en los anesthesiólogos, lo que podría significar que se están tratando a los pacientes como objetos impersonales, que no tienen sentimientos, llegando a considerar que una experiencia quirúrgica sea un hecho común para los pacientes. Para los anesthesiólogos una intervención quirúrgica puede convertirse en un hecho cotidiano porque constituye el medio laboral diario donde en muchas ocasiones existe poco relacionamiento médico-paciente y entonces la anestesia se puede volver un procedimiento mecánico sin tener en cuenta los sentimientos y afectividad del paciente. La frecuencia del SB fue similar en el hombre y la mujer en coincidencia con la mayor parte de la literatura (14, 21, 27, 30, 33). En cuanto al rango de edad, los que presentaron menor prevalencia del SB fueron los de mayor edad, específicamente los mayores de 45 años. Esta situación se repite en algunos estudios (14,18) pero en otros no se han encontrado diferencias (21,34-36).

Generalmente, de acuerdo a nuestro estudio, en el Paraguay, los anesthesiólogos de mayor edad tienen una mayor estabilidad laboral, con menos horas de trabajo semanales,

lo cual disminuye el cansancio laboral. La experiencia adquirida con los años influye por lo tanto, de manera positiva a la hora de afrontar las circunstancias diarias de estrés con tranquilidad, resolviendo las diversas situaciones con sosiego y calma. A pesar de todo esto, algunos autores aconsejan considerar el sesgo de supervivencia, pues los trabajadores más estresados son los que mayoritariamente abandonan el trabajo, (14, 32,33) por lo que a mayor edad encontraríamos entonces menos personas con SB. Los médicos anestesiólogos que tienen una vida familiar con una pareja estable presentaron menos desgaste profesional, de lo que podría deducirse que dentro de los componentes del SB, la influencia de una vida familiar estable y armónica contribuiría a sobrellevar de mejor manera el estrés profesional. Coincidimos entonces con otros estudios que concluyen que una vida en pareja estable sería un factor protector para el SB (18,21).

En los médicos que trabajan sólo en la medicina pública se notó una mayor frecuencia del SB, aunque no significativa, con respecto a los médicos que sólo trabajan en la medicina privada. Tal vez la mejor organización y la disponibilidad de la mayoría de los recursos adecuados hacen que la práctica de la anestesiología en el sector privado sea más llevadera y menos estresante. Además, en la medicina privada, constituye una motivación para el profesional, el hecho de que cada cirugía reditúa económicamente, lo que hace de esto una fuente de incentivación que lógicamente hace más satisfactoria la práctica de la anestesia en este ámbito privado.

En este estudio se encontró una prevalencia alta del SB, siendo el cansancio emocional la dimensión más frecuente en los anestesiólogos. Los médicos jóvenes, con elevada carga horaria laboral y sin pareja estable fueron en mayor porcentaje los que presentaron este padecimiento. Además, se constató que el déficit en cantidad de médicos anestesiólogos para cubrir adecuadamente las demandas laborales en el Paraguay determina una sobrecarga de trabajo para los mismos, que predispone al desarrollo del SB. Es un deber crear estrategias para disminuir la frecuencia de síndrome de Burnout en los médicos anestesiólogos, ya que necesitamos garantizar que la persona que tendrá la vida del paciente en sus manos durante una cirugía se encuentre en las mejores condiciones posibles, ya sean físicas o mentales. Se debe hacer lo posible para que los profesionales que tienen tan importante y delicado rol como lo son los anestesiólogos, disminuyan su cansancio, eviten tratar a los pacientes como objetos impersonales y tengan múltiples satisfacciones que los lleven a una plena realización personal.

Lo primordial para evitar el desarrollo del SB constituye la optimización de las condiciones de desempeño laboral con una disminución de las horas seguidas de trabajo, creando un ambiente laboral agradable y con motivaciones plenas, que evidentemente repercute en forma integral en cada profesional con un mejoramiento en los ámbitos psicosomáticos, de conducta, emocionales, laborales y familiares.

AGRADECIMIENTOS

A los todos los colegas anestesiólogos que aceptaron participar en el trabajo y en forma especial a quienes ayudaron con la realización de las encuestas.

*** Monografía presentada en el Curso de Postgrado en Anestesiología, Escuela de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas - UNA, para título de Médico Especialista en Anestesiología.*

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Olivar C, González S, Martínez M. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999; 24: 352- 59.
2. Caballero M, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Aten Primaria* 2001; 27: 313-17.
3. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, Goldberg J. Job burnout: new directions in research and intervention. *Curr Dir Psychol Sci* 2003; 12: 189-92.

4. Gil-Monte P, Peiró J. Desgaste Psíquico en el Trabajo. El Síndrome de quemarse. Madrid: Editorial Síntesis; 1997.
5. Bernardo M. La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. Rev. De Psicología del trabajo y las organizaciones 1997; 13(2):18-19.
6. Gil-Monte P. El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Psicol Organizacional 2001; 16:101-2.
7. Pando M, Bermúdez D, Aranda C, Pérez J. Síndrome del quemado en los trabajadores de la salud. Revista Salud y Trabajo 2000; 1:12-5.
8. Freudenberg HJ. Staff burnout. Journal of social issues 1974; 30:159-66.
9. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory, 3rd Edn. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
10. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory. In: Zalaquett CP, Wood RJ(eds). Evaluating Stress: A Book of Resources. New York: Rowman & Littlefield Publishers Inc; 1997.p.191-218.
11. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced Burnout. Journal of Occupational Behaviour 1981; 2:99-113.
12. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. En: Seisdedos N, editor. Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA; 1997.
13. Manso J. Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory - Version Human Services Survey - en Chile. R interam. Psicol 2006; 40(1):115-18.
14. Chopra V, Bovill JG, Spierdiyk J, Koornneef F. Reported significant observation during anaesthesia: a prospective analysis over an 18-month period. Br J Anaesth. 1992; 68: 13-7.
15. Grau S, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. Gac Sanit. 2005; 19(6):463-470. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000600007&lng=en. doi: 10.1590/S0213-91112005000600007.
16. Zaldúa G, Lodieu MT, Koloditzky D. El síndrome de Burnout en hospitales públicos. Revista Médica del Hospital J Ramos Mejía 2000; 7(1):13- 7.
17. Pérez Jaurequi MI. El síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL (en línea). 2002. Disponible en: www.salvador.edu.ar/publicaciones/pyp/12/ua1-9pub03-12-06.htm.
18. Nyssen A, Hansez I, Baele P, Lamy M, De Keyser V. Occupational stress and burnout in anaesthesia. Br J Anaesth 2003; 90(3): 333-7.
19. Roca MA, Torres O. Un estudio del síndrome de Burnout y su relación con el sentido de coherencia. Rev Cubana Psicol 2001; 18 (2):120-7.
20. Alvarez A, Arce M, Barrios A, Sanchez A. Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. Rev de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina 2005; 141:27-30.
21. Dickinson M, González C, Fernández M, Palomeque R, González E, Hernandez I. Burnout Syndrome among Mexican Primary Care Physicians. Archivos en Medicina Familiar 2007; 9(2):75-9.
22. Palmer L, Gómez A, Cabrera C, Prince R, Searcy R. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos de la Ciudad de Mexicali. Gac Méd Méx 2005; 141(3): 181-3.
23. Musa M, García E. Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Dr. Salvador B. Gautier. 2006. Disponible en: www.cdn.org.do/docs/revistadigital2006/GarciaMusa_SindromeDeBurnoutEnMedicosResidentesSalvadorBGautier.ppt.
24. Nyssen A, Hansez I. Stress and burnout in anaesthesia. Current opinion in anaesthesiology 2008; 21(3):406-11.
25. Cabana Salazar JA, García Ceballos E, García García G, Melis Suárez A, Dávila Ramírez R. El síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica. Rev méd electrón; 2009; 31(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/año%202009/vol3%202009/tema04.htm>.
26. Campbell DA Jr, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. Surgery 2001; 130: 696-702.
27. Thomas N. Resident Burnout. JAMA 2004; 292: 2880-89.
28. Hulley S, Browner W, Newman T. Cálculo de la potencia y del tamaño de la muestra. In: Hulley S (ed). Diseño de investigaciones clínicas. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. 2008. p. 102.

29. Almarcha J, González J, Porres R, Torres L. Diseño y equipamiento de un servicio de anestesia. In: Torres L (ed). Tratado de Anestesia y Reanimación. Madrid: Arán ediciones; 2001. p. 91.
30. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136: 358-67.
31. Daly MG, Willcock SM. Examining stress and responses to stress in medical students and new medical graduates. *Med J Aust* 2002; 177(suppl): 14-15.
32. Boletín Oficial del Estado del Ministerio de la Presidencia de España. Número 240. 2006. Disponible en: [http://www.curso-mir.com/imagen/archivos/real_Linzer M, Mc Murray J, decreto_relacion_laboral_de_los_residentes_2006. Pdf](http://www.curso-mir.com/imagen/archivos/real_Linzer_M,McMurray_J,decreto_relacion_laboral_de_los_residentes_2006.Pdf).
33. Visser M, Oort F, Smets E, De Haes H. Sex differences in physicians burnout in The United States and The Netherlands. *J Am Med Womens Assoc* 2002; 57:191-3.
34. Román Hernández J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cub Salud Pública* 2003; 29(2):103-10.
35. Prieto L, Robles E, Salazar LM, Vega E. Burnout en médicos de Atención Primaria de la Provincia de Cáceres. *Aten Prim* 2002; 29:294-302.
36. Prieto L. Burnout en Médicos de Atención Primaria. *Aten Prim* 2001; 28: 444-45.
37. Maslach C, Schaufeli B, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:397-422.
38. Chopra SS, Sotile WM, Sotile MO. Physician burnout. *JAMA* 2004; 291: 633.