



Universidad de Costa Rica

Sistema de Estudios de Posgrado

Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Unidad de posgrado de Anestesiología y Recuperación

“Valoración del estado de burnout en los médicos residentes y especialistas de Anestesiología y Recuperación pertenecientes a la Asociación de Médicos Anestesiólogos de Costa Rica en el período 2021-2022”

Trabajo Final de Graduación sometido a la consideración del comité de la Especialidad en Anestesiología y Recuperación para optar por el grado y título de Especialista en Anestesiología y Recuperación

Sustentante: Dr. Mario Ernesto Sánchez Celedón

Tutora: Dra. Patricia Cordero Ulloa

Lectora: Dra. Flory Ivette Parra Sánchez

2022



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Mario Sánchez Celedón, con cédula de identidad 1-1254-0557, en mi condición de autor del TFG titulado Valoración del estado de burnout en los médicos residentes y especialistas de Anestesiología y Recuperación pertenecientes a la Asociación de Médicos Anestesiólogos de Costa Rica en el período 2021-2022

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Anestesiología y Recuperación de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en Anestesiología y Recuperación.



Dra. Patricia Eugenia Cordero Ulloa

Médico especialista en anestesiología y recuperación.

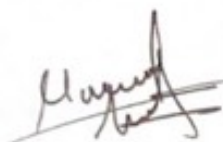
Profesora Tutor



Dra Flory Ivette Parra Sánchez

Médico especialista en anestesiología y recuperación.

Lector

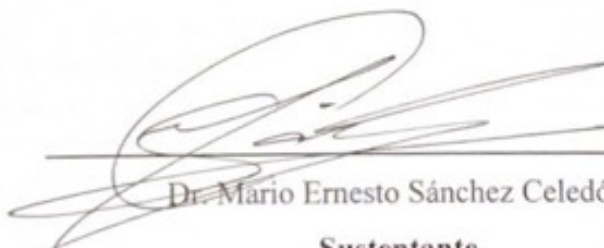


Dra. Marielos Morera González

Médico especialista en anestesiología y recuperación.

Director (a) Coordinador (a) /Representante

Programa de Posgrado en Anestesiología y Recuperación



Dr. Mario Ernesto Sánchez Celedón

Sustentante

Carta Revisión Filológica

Alajuela, domingo 07 de agosto del 2022

Señora

Lydiana Ávila de Benedictis, Dra.

Directora del Sistema de Estudios del Posgrado de Especialidades Médicas

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio

Universidad de Costa Rica

Estimada señora directora:

En calidad de filólogo, hago constar que el estudiante Mario Ernesto Sánchez Celedón, cédula de identidad 1-1254-0557, quien cursa la carrera de Especialista en Anestesiología y Recuperación, me presentó el trabajo final de graduación titulado *“Valoración del estado de burnout en los médicos residentes y especialistas de Anestesiología y Recuperación pertenecientes a la Asociación de Médicos Anestesiólogos de Costa Rica en el período 2021-2022”*, para la corrección de estilo y de vicios del lenguaje pasados al texto escrito.

Después de realizados los cambios y comunicado sugerencias, extendiendo el visto bueno a solicitud del interesado.

Atentamente,



Alexander Hernández Aguilar

Filólogo, UCR

Título número inscripción 94-826

Teléfono 8836-9504

Tabla de contenidos

Índice de tablas	vii
Índice de Cuadros.....	viii
Abreviaturas	ix
Resumen	x
1. Justificación.....	1
2. Planteamiento del problema.....	2
2.1 Antecedentes de la investigación.....	2
2.2 Descripción del problema de investigación.....	2
2.3 Pregunta de investigación	2
2.4 Hipótesis.....	3
2.5 Objetivos.....	3
2.5.1 Objetivo general.....	3
2.5.2 Objetivos específicos	3
3. Marco Teórico.....	4
3.1 Definición	4
3.2 Fisiopatología	5
3.3 Desarrollo de Burnout.....	7
3.4 Presentación clínica del burnout	8
3.5 Burnout en medicina.....	9
3.6 Burnout en anestesiología	12
3.7 Intervenciones para promover el bienestar	13
4. METODOLOGÍA.....	15
4.1 Tipo de investigación.....	15
4.2 Población, muestra o corpus.....	15
4.3 Etapas de análisis	15
4.4 Participantes	16
4.5 Diseño de experimento.....	16

4.6 Análisis estadístico	17
5. Resultados	18
6. Discusión.....	23
6.1 Implicaciones.....	25
6.2 Limitaciones potenciales	26
7. Conclusiones.....	27
8. Referencias Bibliográficas	28
Anexos	35

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Etapas de análisis</i>	15
Tabla 2. <i>Características de la población residente</i>	18
Tabla 3. <i>Características de la población anesthesiólogos especialistas y servicio social</i>	19
Tabla 4. <i>Prevalencia de Burnout</i>	20
Tabla 5. <i>Distribución general de los puntajes de las subescalas del MBI</i>	21
Tabla 6. <i>Distribución detallada de los puntajes de las subescalas del MBI</i>	22

ÍNDICE DE CUADROS

<u>Cuadro 1. Cuestionario Maslach Burnout Inventory.</u>	<u>33</u>
<u>Cuadro 2. Escala Likert para MBI</u>	<u>34</u>
<u>Cuadro 3. . Puntaje de cada subescala. Valoración de puntuaciones</u>	<u>34</u>

ABREVIATURAS

AMACR - Asociación de Médicos Anestesiólogos de Costa Rica

CAA - Corteza Anterior del Cíngulo

CE - Cansancio Emocional

CCSS - Caja Costarricense del Seguro Social

DP - Despersonalización

HCG - Hospital Calderón Guardia

HM - Hospital México

HSJD - Hospital San Juan de Dios

INS - Instituto Nacional de Seguros

MBI - Maslach Burnout Inventory

RP - Realización Personal

RESUMEN

Antecedentes. El riesgo del personal de salud para presentar síndrome de burnout es elevado en comparación con la población en general. El anestesiólogo se encuentra en riesgo por factores propios de su especialidad, tales como aislamiento, ausencia de una relación médico-paciente duradera, cantidades significativas de estrés, períodos de trabajo extremos, pacientes de alto riesgo, entre otros. Los residentes presentan un riesgo igual o mayor durante su formación, debido al incremento de responsabilidad, la carga laboral y labores educativas.

Propósito. Evaluar la prevalencia de síndrome de burnout y de riesgo de burnout en el personal de anestesiología y recuperación.

Método. Aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory de forma virtual, anónima y voluntaria, el cual consta de 22 ítems que clasifica las preguntas en tres categorías: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Se establece definición de burnout si hay un puntaje > 27 en la escala de cansancio emocional, > 10 en la subescala de despersonalización y < 33 en realización personal. Se hace una definición adicional de riesgo elevado de síndrome de burnout ante la presencia cansancio emocional > 27 más despersonalización > 10 o < 33 en realización personal.

Resultados. La prevalencia de burnout en la población estudiada fue de 16,27%, mientras que en la población residente de 20,9%. El riesgo de padecer burnout es mayor en la población general (30,69%) con alto riesgo en residentes (55%).

Conclusión. La prevalencia de burnout en la población estudiada es inferior a la observada en la literatura, sin embargo, los residentes si presentan índices similares a los observados por otros autores.

SUMMARY

Background. The risk of health personnel to present burnout syndrome is high compared to the general population. The anesthesiologist is at risk due to factors specific to his specialty, such as isolation, lack of a lasting doctor-patient relationship, significant amounts of stress, extreme work periods, high-risk patients, among others. Residents present an equal or greater risk of presentation during their training, due to the increased responsibility, workload and educational tasks.

Purpose. To evaluate the prevalence of burnout syndrome and risk of burnout in anesthesiology and recovery personnel.

Methods. Application of the Maslach Burnout Inventory questionnaire in a virtual, anonymous and voluntary way, which consists of 22 items that classify the questions into three categories, emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment. A definition of burnout is established if there is a score > 27 on the emotional exhaustion scale, > 10 on the depersonalization subscale and < 33 on personal accomplishment. An additional definition of high risk of burnout syndrome is made in the presence of emotional exhaustion >27 plus depersonalization >10 or <33 in personal fulfillment.

Results. The prevalence of burnout in the study population was 16.27%, while in the resident population it was 20.9%. The risk of suffering from burnout is higher in the general population (30.69%) with a high risk in residents (55%).

Conclusion. The prevalence of burnout in the population studied is lower than that observed in the literature, however, residents do present rates similar to those observed by other authors.

1. JUSTIFICACIÓN

El síndrome de burnout es una condición inicialmente descrita de afectación al personal de salud, la cual se vincula intrínsecamente con la calidad de vida, salud, comportamiento y desempeño profesional de quien lo padece. Además, influye en la satisfacción del paciente atendido, la calidad de cuidado del profesional y probabilidad de realización de *mal praxis*. Los trabajadores de la salud se encuentran con un riesgo elevado de generar fatiga asociada al trabajo, con un mayor riesgo de desarrollo durante la etapa de médico residente.

Este estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de burnout en la población médico-residente y especialistas en anestesiología y recuperación. Se tomará como muestra la población de AMACR, la cual es una población heterogénea al tener integrantes que realizan sus labores tanto en la CCSS, INS y el ámbito privado.

Los beneficios de este estudio son: aquellos beneficiados directos que corresponden a la identificación del porcentaje de la población de médicos anestesiólogos detectados en riesgo de padecer o que ya padecen Síndrome de Burnout y aquellos de beneficio indirecto, como son el desarrollo de estrategias de prevención de aparición de burnout en la población mencionada.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Antecedentes de la investigación

El personal de salud se encuentra en riesgo de padecer de desgaste y desapego emocional con su trabajo diario. La situación de pandemia reciente ha incrementado la carga laboral en el dicho personal. A la fecha, no se ha encontrado un estudio reciente que evalúe la prevalencia nacional de síndrome de Burnout en el personal de anestesiología.

2.2 Descripción del problema de investigación

El estudio está orientado a determinar la prevalencia de burnout en la población médica en anestesiología y recuperación de nuestro país. Anestesiología y recuperación es una profesión con riesgo aumentado de burnout y abuso de sustancias respecto a otras especialidades médicas.

Determinar la presencia de burnout podría ayudar a generar estrategias que reduzcan su incidencia en la población de médicos anesthesiólogos.

2.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de burnout en la población de médicos anesthesiólogos pertenecientes a la Asociación de Médicos Anesthesiólogos de Costa Rica en el periodo 2021-2022?

2.4 Hipótesis

H₀: La prevalencia de síndrome de Burnout en los médicos anestesiólogos de Costa Rica es inferior a la prevalencia existente en otros países.

H₁: La prevalencia de síndrome de Burnout en los médicos anestesiólogos de Costa Rica es igual o mayor a la prevalencia existente en otros países.

2.5 Objetivos

2.5.1 Objetivo general

Evaluar la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos anestesiólogos de Costa Rica, en contribución con la Asociación de Médicos Anestesiólogos de Costa Rica.

2.5.2 Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de síndrome de Burnout en los anestesiólogos de Costa Rica.
- Comparar la prevalencia de burnout entre médicos según su categoría de anestesiólogos y médicos residentes.
- Detallar el grado de cansancio emocional, despersonalización y realización personal en la población entrevistada.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Definición

El término burnout aparece por primera vez en la literatura durante la década de 1970, cuando el psicólogo Herbert Freudenberger describe una enfermedad mental vinculada a un cansancio incapacitante, observado en trabajadores de salud (Romito *et al.*, 2021, p. 118; Vargas *et al.*, 2020, p. 1). En la misma década, Maslach lo define como un «síndrome psicológico que emerge como una respuesta prolongada a la exposición crónica de factores estresantes interpersonales a nivel laboral» (2016a, p. 103). Posteriormente, es Brian Goldenhagen quien describe formalmente el síndrome de burnout como un «síndrome de cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo reducida» (Caruselli y Michel, 2017, p. 136; Mumbwe *et al.*, 2020, p. 2). Dichos componentes se mantienen a la fecha como criterios fundamentales en la definición y diagnóstico de burnout.

El cansancio emocional se caracteriza por la sensación de agotamiento emocional y físico, pérdida de energía, debilidad y fatiga. Las labores cotidianas en el trabajo pasan a ser penosas y dolorosas, al no disponerse más que un mínimo de energía para llevar adelante las actividades laborales. (Magalhães *et al.*, 2015, p. 105; Maslach y Leiter, 2016b, p. 103)

La despersonalización se describe como actitudes negativas o inapropiadas hacia los pacientes y compañeros, pérdida de los ideales y distanciamiento emocional (Maslach y Leiter, 2016b, p. 103), adicionado a comportamientos híspidos, cínicos o

irónicos. Esta dimensión está considerada como el elemento defensivo del síndrome. (Caruselli y Michel, 2017, p. 105)

La realización personal en los quehaceres ocupacionales disminuye y hay pérdida de entusiasmo y eficiencia a nivel laboral. (Magalhães et al., 2015, p. 105) Como síntomas adicionales, se han reportado la presencia de problemas en concentración y de memoria, insomnio, dolor difuso, fatiga e irritabilidad, vinculados a la presencia de estrés laboral prolongado o jornadas laborales extenuantes. (Chow et al., 2018, p. 193)

El burnout resulta de un estrés prolongado y no resuelto a nivel laboral, es decir, un desbalance entre la demanda propia del trabajo y los recursos con los que dispone el trabajador para la resolución de estas. Por tanto, es resultado de una falla en el mecanismo resolutivo que debe distinguirse del estrés laboral agudo. (Bianchi *et al.*, 2015, p. 4)

3.2 Fisiopatología

Existen autores que describen la relación entre el estrés, la depresión y el burnout, asociando la importancia de la exposición a estrés crónico como un rol fundamental en el desarrollo del burnout y la depresión. (Bianchi *et al.*, 2015, 2017a; Bianchi *et al.*, 2017b; Orosz *et al.*, 2017)

Recientemente, se ha descrito una asociación entre la desregulación del eje hipotálamo hipófisis con respecto al desarrollo de trastornos neuropsiquiátricos (Romito *et al.*, 2021, p. 119). Se detalla una pérdida en el retrocontrol negativo del eje hipotálamo-hipófisis ante la exposición a estrés crónico, mecanismo vinculado con el desarrollo de

depresión y burnout. El mal funcionamiento del eje, adicionado a los efectos de la activación del sistema nervioso autónomo simpático, puede generar una carga alostérica, con disminución de la actividad vagal y marcadores de inflamación elevados (Romito *et al.*, 2021). Además, se describe como un desorden hipocortisolémico, factor contribuyente a la disminución de la tolerancia a la fatiga normal y patológica. (Bianchi *et al.*, 2015, p. 6)

Estudios de neuroimagen han evidenciado alteraciones estructurales con compromiso en la función límbica, alteración funcional de receptores serotoninérgicos entre amígdala y corteza anterior del cíngulo (CAA), reducción en el volumen de sustancia gris de CAA y de la corteza prefrontal dorsolateral, con disminución en la conectividad de las sinapsis a nivel de la amígdala. Estas alteraciones pueden proveer una explicación a la relación biológica de la facilidad de la respuesta al estrés en el paciente con burnout. (Chow *et al.*, 2018, p. 197)

Sin embargo, la causa del porqué hay personas que no generan burnout ante el estrés crónico permanece desconocida. Existen casos de regulación de la expresión genética que podría ser clave para dilucidar la causa concreta (Romito *et al.*, 2021). Cabe destacar, además, la importancia de los factores ambientales en el desarrollo y mitigación del impacto del estrés crónico en el individuo, razón por la cual no se puede determinar a los factores biológicos como causa única en la fisiopatología del burnout (Bianchi *et al.*, 2015; Orosz *et al.*, 2017)

3.3 Desarrollo de Burnout

Ocurre ante una pérdida de la reciprocidad laboral con deterioro asociado de las relaciones interpersonales. Es un reflejo del estado mental de ciertas categorías profesionales, definidas como «el sacrificio de las necesidades personales para el beneficio de los demás» (Balan *et al.*, 2019). Sus causas están relacionadas al ambiente profesional, tales como: sobrecarga laboral, múltiples responsabilidades, labores conflictivas, ambigüedad laboral, problemas entre colegas, horario prolongado, falta de reconocimiento o eventos de impacto negativos, entre otros. (Balan *et al.*, 2019; Gurman *et al.*, 2012; Romito *et al.*, 2021)

La exposición a estrés crónico ha sido descrita como papel protagónico en el desarrollo de depresión y de burnout. Sin embargo, se vuelve necesario detallar que son entidades distintas que pueden interrelacionarse una con otra en el mismo paciente. El estrés puede intensificar la presentación burnout, pero su papel como factor causal continúa en investigación. (Balan *et al.*, 2019, p. 35)

Se han elaborado numerosos modelos respecto al desarrollo de burnout basados en distintas teorías y énfasis de acuerdo con las características del padecimiento. Aquellos más actualizados corresponden a «demandas y recursos laborales» (*Job Demands-Resources*; JD-R) y «conservación de recursos» (*Conservation of Resources*; COR). Estos modelos afirman el origen del Burnout se genera al estar expuesto a demandas excesivas de trabajo y presencia de recursos inadecuados para solventar la demanda impuesta. (Maslach y Leiter, 2016b, pp. 104-105)

Una aproximación más integral sobre el desarrollo de burnout corresponde al modelo «áreas de vida laboral» (*Areas of Worklife; AW*), el cual identifica áreas laborales en donde, al ocurrir un fallo en el balance de estas, conlleva a la afectación laboral, social y personal. Las áreas identificadas corresponden a: carga laboral, control, recompensa, comunidad, equidad y valores. (Maslach y Leiter, 2016b, p. 105)

A partir de ello, se han desarrollado múltiples herramientas para el diagnóstico y riesgo de padecer Burnout. Inicialmente, se basaban en la evaluación de satisfacción o longevidad laborales. Posteriormente, se fueron desarrollando escalas dirigidas a la detección de Burnout, hasta la implementación y establecimiento de la escala Maslach (*Maslach Burnout Inventory - MBI*) como el estándar definitivo para todo trabajador en servicios de salud. (Hyman *et al.*, 2011, p. 195)

3.4 Presentación clínica del burnout

La estimulación repetida del sistema nervioso simpático y la sobreactivación del eje produce una sobreactivación de la amígdala, asociando niveles altos de ansiedad. Ocurre desensibilización del hipocampo, lo que genera problemas de memoria y concentración. La alteración en los niveles de cortisol genera una supresión en desarrollo de neuronas hipocampales, con atrofia adicional de estructuras límbicas. (Romito *et al.*, 2021)

Si bien estos síntomas son difíciles de reconocer, la aplicación de herramientas diagnósticas como la escala MBI permite el reconocimiento de la mencionada anteriormente tríada clásica del burnout: agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la satisfacción personal (Romito *et al.*, 2021).

La escala MBI consiste en un cuestionario de 22 ítems estructurado en 3 dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y satisfacción o realización personal (Balan *et al.*, 2019). Cada pregunta se responde en una escala de Likert de 7 puntos, donde burnout se define si presenta, primero, un puntaje individual > 27 puntos en la subescala de agotamiento emocional, y segundo, presentar > 10 en la escala de despersonalización o < 30 en la escala de satisfacción personal (Castanelli *et al.*, 2018; Mumbwe *et al.*, 2020). Es decir, el síndrome de Burnout estaría siendo diagnosticado ante la presencia de agotamiento emocional adicionado a falta en el desarrollo profesional o pérdida de empatía con el paciente.

3.5 Burnout en medicina

El trabajo en el sector salud involucra labores clínicas, administrativas, docentes, investigativas, entre otras, con presiones y demandas que difieren en cantidad y calidad de exigencia. Además, ha sido la industria primaria para la investigación del síndrome de Burnout a lo largo de varias décadas (Messias *et al.*, 2019, p. 2). El riesgo de padecer Burnout en la población médica (estudiantes, atención primaria, residentes y especialistas) es mayor a la población general, con factores asociados como incremento en errores médicos, disminución en la satisfacción de los pacientes y abandono laboral (Messias *et al.*, 2019, p. 105).

Importantes estudios que se han realizado durante muchos años muestran que el riesgo de agotamiento es mayor en las profesiones de la salud, incluyendo Medicina, Enfermería y Odontología, además de la labor docente y profesionales que trabajan directamente ofreciendo servicios a otras personas (Turgut *et al.*, 2016). Shanafelt *et al.*

estimó en su estudio que 45,8% de los médicos tiene un alto riesgo de padecer burnout (Afonso *et al.*, 2021; 2012) y que condiciones como aislamiento social en el trabajo, uso de alcohol, fumado o cualquier estrategia de mitigación de estrés considerada deletérea para el organismo presentan un mayor riesgo de padecer burnout.

Entre los factores de riesgo estudiados, los siguientes son considerados factores de riesgo independientes para padecer Burnout: trabajar más de 40 horas a la semana, personal insuficiente para cubrir las necesidades básicas del servicio, percepción de un nivel de apoyo insuficiente a nivel laboral, ausencia de espacios para expresar sus opiniones laborales, edad menor a 50 años (Afonso *et al.*, 2021). Variables como sexo y orientación sexual no han tenido significancia estadística concluyente como factor de riesgo.

Condiciones como el área de trabajo y tiempo laborado tienen relevancia sobre la presencia de Burnout en el cuerpo médico. Áreas como Medicina de Emergencias, Medicina Interna y Medicina Familiar presentan mayor riesgo respecto a otras especialidades, al tener una alta carga laboral debido al volumen elevado de pacientes (Messias *et al.*, 2019, p. 105; Shanafelt *et al.*, 2012, p. 1381). Múltiples estudios han evaluado la prevalencia de Burnout en distintas especialidades, con resultados variables de acuerdo al país y tipo de servicio de salud evaluado.

En un estudio realizado con 27.276 médicos en Estados Unidos, con una participación de 7.288 (26,7%), se descubrió entre los principales hallazgos un mayor riesgo de padecimiento de Burnout en el profesional médico respecto a otras profesiones (37,9% vs. 27,8%), un riesgo de 45,8% de experimentar al menos un componente de

burnout entre todas las especialidades y una prevalencia general de 35,2% (Menon *et al.*, 2020, p. 1380). Grover realiza un estudio similar en India, con una población participante de 445 médicos en un hospital del tercer nivel de atención, con hallazgo de hasta 90% de al menos 1 componente de burnout (2018). En países catalogados como de mediano y bajo ingreso socioeconómico, la prevalencia se mantiene con una tendencia similar a países con mayor ingreso. En Singapur, presenta una prevalencia en el ámbito médico estimada en 67,4% en un hospital del tercer nivel de atención (Teo *et al.*, 2021), mientras que en Hungría se encuentran servicios con tasas de hasta 71,1% (Adam *et al.*, 2018).

Un factor adicional contemplado en varios estudios corresponde a la realización de estudios de especialidad. La tasa de burnout durante la residencia médica es mayor a la que presentan estudiantes de Medicina, médicos graduados y médicos especialistas (Dyrbye *et al.*, 2014; Romito *et al.*, 2021). La prevalencia de burnout en Estados Unidos, comparando estudiantes de Medicina, médicos especialistas y médicos residentes coloca a estos últimos con una tasa mayor en comparación a los demás. McCray estima una prevalencia entre 22% a 60% en médicos especialistas y de práctica general, 43% a 45% entre estudiantes de Medicina y cifras desde 47% a 70% en médicos residentes (Kijima *et al.*, 2020; McCray *et al.*, 2008); mientras que en México, se realiza un estudio en el Hospital General de Durango, con una participación de 116 médicos residentes, reportando una prevalencia de 89,66% (Terrones-Rodríguez *et al.*, 2016). Acompañado a la tríada clásica del Burnout, se añaden factores como arrepentimiento al haber escogido la especialidad en curso específica e incluso sensación de insatisfacción ante la escogencia de Medicina como carrera (Collier, 2018).

3.6 Burnout en anestesiología

La especialidad en anestesiología está considerada como una de las profesiones médicas menos demandantes desde el punto de vista de estilo de vida; tanto así que es incluida en el acrónimo «ROAD» (por sus siglas en inglés: Radiología, Oftalmología, Anestesiología y Dermatología), razón por la cual, el estrés al cual se someten los profesionales en anestesiología suele pasar inadvertido o poco cuantificado (Romito *et al.*, 2021, p. 120). Los anesthesiólogos ocupan el puesto número uno de suicidios entre los médicos (Answine *et al.*, 2019, p. 138); además, son conscientes de la tremenda amenaza que representa el abuso de sustancias para los miembros de la especialidad. (Romito *et al.*, 2021, p. 119)

Un estudio conducido por Downey *et al.* mostró grado moderado a alto de burnout en anesthesiólogos en Estados Unidos, con resultados elevados en las categorías de falta de satisfacción personal y agotamiento emocional (2012; Romito *et al.*, 2021). Se han propuesto aspectos propios de la especialidad, tales como aislamiento y ausencia de una relación médico-paciente duradera, cantidades significativas de estrés, lidiar con períodos de trabajo extremos, pacientes de alto riesgo y un entorno laboral cada vez más complejo pueden tener relación con mayor puntaje en MBI; sin embargo, ha sido difícil la realización de un estudio al respecto (Romito *et al.*, 2021; Vargas *et al.*, 2020). Burnout es considerado, a su vez, un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de somatización, problemas interpersonales, enfermedad cardiovascular, abuso de sustancias e ideación suicida (Castanelli *et al.*, 2018; Romito *et al.*, 2021, p. 120), así como estudios que lo vinculan con malos resultados relacionados con el trabajo, como

desempeño laboral deficiente, ausentismo y búsqueda de cambio de empleo (Bianchi *et al.*, 2017a).

La prevalencia de burnout en el personal de anestesiología es alto; múltiples estudios han mostrado tasas elevadas en especialistas y/o residentes en Estados Unidos, Europa, África y Asia con rangos desde 10% hasta 41% en Estados Unidos (Sanfilippo *et al.*, 2017; Wong y Olusanya, 2017); de 80% en Rumania (Balan *et al.*, 2019); entre 10,2% hasta 79,9% en Italia (Vargas *et al.*, 2020); 21% en Sudáfrica (Mumbwe *et al.*, 2020); mientras que hay estudios con tasas de hasta 55% en anesthesiólogos que adicionalmente laboran en cuidados intensivos (Romito *et al.*, 2021; Wong y Olusanya, 2017).

El médico residente en anestesiología está expuesto a condiciones laborales similares a los especialistas, con la carga adicional del programa de estudio para su formación. En un estudio realizado en Argentina, en la ciudad de Rosario, se muestra mayor prevalencia de burnout en médicos residentes respecto a los especialistas (Neculpán y Bruno, 2019), mientras que un estudio realizado en anesthesiólogos y residentes en Estados Unidos muestra una tasa de 52% en médicos residentes y especialistas en su primer año como asistentes (Afonso *et al.*, 2021; Sun *et al.*, 2019).

3.7 Intervenciones para promover el bienestar

Dado el impacto que tiene el agotamiento en los médicos y en este caso en anesthesiólogos específicamente, se vuelve necesaria la identificación de estrategias exitosas de prevención y tratamiento. El Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Graduados (ACGME, por sus siglas en inglés) ha liderado este cargo conjunto

con la Junta Estadounidense de Anestesiología (ABA, por sus siglas en inglés) han agregado el bienestar y la «responsabilidad de mantener la salud emocional, física y mental personal» en su «proyecto hitos de la anestesiología» (Anesthesiology Milestones Project), una guía utilizada para evaluar el desarrollo de los alumnos en los principios centrales de la especialidad. ("The anesthesiology milestone project", 2014; Romito *et al.*, 2021)

A pesar de la gran cantidad de estudios existentes respecto al síndrome de Burnout, sus estrategias de prevención y tratamiento continúan siendo escasas, debido a la falta de estudios aleatorizados o que tengan una intervención detallada que permita establecer una guía de manejo (Wiederhold *et al.*, 2018). Las estrategias de intervención se dividen en dos tipos: enfocadas al individuo y enfocadas al sistema, con la utilización de ejercicio, meditación, entrenamiento de resiliencia y mecanismos de afrontamiento específicos (Romito *et al.*, 2021). En un metáanálisis de cuatro estudios aleatorizados no se encontró suficiente evidencia que indique intervenciones que sean beneficiosas para disminuir su incidencia o tratar el Burnout; sin embargo, sí fue posible determinar que las intervenciones individuales son insuficientes para aliviar los síntomas de burnout (Ahola *et al.*, 2017).

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

Estudio transversal observacional cualitativo

4.2 Población, muestra o corpus

El estudio se realizó gracias a la colaboración de la Asociación de Médicos Anestesiólogos de Costa Rica (AMACR), quienes brindaron apoyo en la promoción y divulgación de la información. Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal. Se invitó a participar a todos los médicos especialistas en anestesiología, anestesiólogos en servicio social y médicos residentes pertenecientes o no a la asociación.

4.3 Etapas de análisis

Tabla 1. *Etapas de análisis*

Delimitación del tema

Aprobación del tema

Desarrollo de marco teórico y anteproyecto

Aplicación de instrumento de medición

Recopilación de datos

Interpretación de resultados

Presentación de trabajo final de graduación

Fuente: Elaboración propia

4.4 Participantes

Por vía de correo electrónico y plataformas de comunicación digital, se hizo llegar una convocatoria a todo anesthesiólogo que deseara participar en la encuesta. La convocatoria contenía un enlace electrónico, el cual les dirigía a la página web donde se iniciaba la encuesta.

4.5 Diseño de experimento

Aplicación de la escala validada internacionalmente «Maslach Burnout Inventory», desarrollada por Christina Maslach y Susan Jackson en 1981: esta consiste en 22 preguntas que deben responderse mediante escala de Likert, estructurada en 3 dimensiones: desgaste emocional, despersonalización y reducción de satisfacción personal. La escala se aplicará en formato de encuesta, la cual se hará llegar mediante una plataforma digital TypeForm® al correo electrónico de cada participante.

Se hará interpretación de los datos de acuerdo con las tres dimensiones en que está estructurada la escala, con definición de Burnout si hay un puntaje > 27 en la escala de cansancio emocional, y > 10 en la subescala de despersonalización o < 33 en realización personal. Se hace una definición adicional de riesgo elevado de síndrome de Burnout ante la presencia cansancio emocional >27 , más despersonalización >10 o realización personal < 33 puntos.

Para recabar información se envió el cuestionario el mismo día por vía electrónica, y se les solicitó lo completaran en forma voluntaria, anónima y personal. Con el objeto

de complementar y contextualizar el estudio, se omiten datos personales y se enfatiza en datos profesionales (año de residencia, hospital laborado, tiempo laboral por semana).

4.6 Análisis estadístico

Los datos se analizarán mediante la utilización de SPSS (IBM versión 24). La estadística descriptiva se calculará como porcentajes y datos categóricos, o como media y desviación estándar para la distribución normal o mediana.

5. RESULTADOS

La encuesta fue contestada por 215 participantes: 43 residentes, 16 anestesiólogos en servicio social y 156 anestesiólogos asistentes especialistas.

Del total de residentes, 11 cursan el primer-segundo año y 32 el tercer-cuarto año. De ellos, 11 trabajan de 40 a 60 horas semanales, mientras que 32 trabajan más de 60; 13 tienen al Hospital San Juan de Dios como hospital base, 18 el Hospital México y 12 el Hospital Calderón Guardia. En la tabla 2, se señalan detalladamente características de la población estudiada.

Tabla 2. *Características de la población residente*

	N
Edad	
25 a 34 años	39
35 a 44 años	04
Hospital base	
HSJD	13
HM	18
HCG	12
Año de residencia	
Primer-Segundo	11
Tercer-Cuarto	32
Horas laboradas por semana	
40 a 60 horas	11
Más de 60 horas	32

Fuente: Elaboración propia con base en datos obtenidos

Del total de anesthesiólogos consultados (asistentes y en servicio social), 69 trabajan exclusivamente para la CCSS, 13 se dedican solamente a la práctica privada, 2 trabajan con el INS y 87 a jornadas mixtas (privado-CCSS). 1 persona no quiso contestar. En la tabla 3, se señalan detalladamente las características de esta población.

Tabla 3. *Características de la población anesthesiólogos especialistas y servicio social*

	N
Edad	
25 a 34 años	36
35 a 44 años	70
45 a 54 años	46
55 a 65 años	20
Lugar de trabajo	
Solo CCSS	70
Solo privado	13
INS	02
Mixto	87
Horas laboradas por semana	
Menos de 20 horas	02
20 a 39 horas	15
40 a 59 horas	55
Más de 60 horas	100

Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos

La tasa de respuesta fue de 100% para las preguntas del MBI. Del análisis de ese cuestionario, detallado en la tabla 4, se desprende que de los residentes: 12 se

encuentran sin datos de Burnout (27,9%), 22 se encuentran en riesgo de síndrome de Burnout (51,1%) y 9 de ellos con resultados congruentes de síndrome de Burnout (20%).

De los anestesiólogos en servicio social, 9 se encuentran sin datos de Burnout (56,25%), 6 se encuentran en riesgo de síndrome de Burnout (37,5%) y 1 de ellos con resultados congruentes de síndrome de Burnout (6,25%).

De los asistentes especialistas, 93 se encuentran sin datos de Burnout (59,61%), 38 se encuentran en riesgo de síndrome de Burnout (24,35%) y 25 de ellos con resultados congruentes de síndrome de Burnout (16%).

Tabla 4. *Prevalencia de Burnout*

	Sin riesgo	Con riesgo de Burnout	Síndrome de Burnout
Médico Residente	12 (27,90%)	22 (51,16%)	9 (20,90%)
Servicio Social	9 (56,25%)	6 (37,50%)	1 (6,25%)
Médico Asistente Especialista	93 (59,60%)	38 (24,30%)	25 (16,02%)
Total	114 (53,02%)	66 (30,69%)	35 (16,27%)

Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos

Tabla 5. Distribución general de los puntajes de las subescalas del MBI

Subescala MBI		Grado de Burnout		
		Bajo	Moderado	Alto
Población total (N = 215)	CE	58 (26,98%)	56 (26,05%)	101 (46,98%)
	DP	59 (27,44%)	73 (33,95%)	83 (38,60%)
	RP	50 (23,26%)	83 (38,60%)	82 (38,14%)

Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos

* CE: cansancio emocional (bajo <18; moderado 19-26; alto >27).

** DP: despersonalización (bajo <5; moderado 6-9; alto >10).

*** RP: realización personal (bajo <33; moderado 34-39; alto >40).

En las tabla 5 y 6 se exponen los resultados obtenidos en el cuestionario MBI. Del análisis de ese cuestionario se desprende que de los residentes: 30/43 (69,8%) presentan alto CE; 24/43 (55,8%) alta DP y 14/43 (32,6%) una baja RP. En tanto que entre los anesthesiólogos en servicio social: 7/16 (43,8%) presentan alto CE; 7/16 (43,8%) alta DP y 6/16 (37,5%) una baja RP. Mientras que entre los médicos asistentes especialistas: 64/156 (41%) presentan alto CE; 52/156 (33,3%) alta DP y 30/156 (19,2%) una baja RP.

Tabla 6. Distribución detallada de los puntajes de las subescalas del MBI

Perfil	Subescala MBI	Grado de Burnout		
		Bajo	Moderado	Alto
Médico Residente (N = 43)	CE	5 (11,6 %)	8 (18,6 %)	30 (69,8 %)
	DP	5 (11,6 %)	14 (32,6 %)	24 (55,8 %)
	RP	14 (32,6 %)	18 (41,9 %)	11 (25,6 %)
Anestesiólogo en Servicio Social (N = 16)	CE	2 (12,5 %)	7 (43,8 %)	7 (43,8 %)
	DP	1 (6,3 %)	8 (50 %)	7 (43,8 %)
	RP	6 (37,5 %)	8 (50 %)	2 (12,5 %)
Médico Asistente Especialista (N = 156)	CE	51 (32,7 %)	41 (26,3 %)	64 (41 %)
	DP	53 (34 %)	51 (32,7 %)	52 (33,3 %)
	RP	30 (19,2 %)	57 (36,5 %)	69 (44,2 %)

Fuente: Elaboración propia con base a datos obtenidos

* CE: cansancio emocional (bajo <18; moderado 19-26; alto >27).

** DP: despersonalización (bajo <5; moderado 6-9; alto >10).

*** RP: realización personal (bajo <33; moderado 34-39; alto >40).

6. DISCUSIÓN

La investigación se hizo gracias a una participación de 78% de los médicos residentes, 69,5% de los anesthesiólogos en servicio social y 35% de los anesthesiólogos inscritos al colegio de médicos. Del total de asociados a AMACR, hubo una participación de 78,4%. Se desprende información valiosa del análisis de resultados de este estudio.

La prevalencia de síndrome de Burnout y el riesgo de presentarlo a nivel de residente es mayor en comparación con los otros grupos. El análisis de las subescalas del MBI muestra un elevado nivel de cansancio emocional y despersonalización en la población médico residente, con una percepción variada de cansancio emocional. Los resultados son congruentes con la observación realizada por Sun *et al.*, quienes afirman que los médicos bajo un sistema de estudios de residencia tienen mayor riesgo de desarrollar burnout respecto de los ya graduados. (Sun *et al.*, 2019, p. 674)

Kijima *et al.* describen posibles explicaciones asociadas al elevado riesgo de Burnout en la población residente, así como en sus subescalas de cansancio emocional y despersonalización que pueden ser extrapoladas a los datos acá concluidos. Factores como la presión de interacción con pacientes y cuerpo médico, el aprendizaje dirigido y constante y las responsabilidades que día tras día van en aumento en su práctica diaria pueden ser factores que ejerzan influencia sobre dicho resultado (Kijima *et al.*, 2020).

La prevalencia de síndrome de Burnout en la población de médicos especialistas es menor a la observada en múltiples estudios. Vargas (2020, p. 3) evalúa la incidencia de Burnout en especialistas en anestesiología y cuidados intensivos, de los cuales 10,2% mostraba presencia de síndrome de Burnout y 79,9% se mostraba en riesgo de síndrome

de Burnout. En la evaluación de nivel de burnout por especialidad médica realizada por Shanafelt *et al.*, la prevalencia de síndrome de Burnout en anestesiología era superior al promedio encontrado, con un porcentaje estimado superior a 48% (2012), un dato muy superior a lo encontrado en este estudio. En Sudáfrica, Van der Walt *et al.* encontraron una prevalencia de Burnout de 21% y elevado cansancio emocional (45,2%) comparable con los datos obtenidos.

La dimensión más afectada en los datos obtenidos de la población estudiada fue el cansancio emocional en todos los perfiles, con 46,98% de los encuestados, contrario a la observada en el estudio de Magalhães, con 23,1% en su estudio con anestesiólogos mexicanos del Distrito Federal (2015). Caruselli afirma que «el cansancio emocional alto aproxima un 40% y aumenta en médicos residentes», el cual es un hallazgo similar al encontrado en este estudio. (Caruselli y Michel, 2017, p. 2)

Respecto de la despersonalización, la cifra fue mayor en médicos residentes y anestesiólogos recién graduados en servicio social. Esto podría reflejar un trato no deseado a los pacientes, descrito como objetos impersonales. Hay que recordar que una intervención quirúrgica es un hecho poco común para la mayoría de los individuos y aunque para el anestesiólogo es algo cotidiano por ser su medio de trabajo, no se justifica el no tomar en cuenta la parte afectiva del paciente, favoreciendo la tendencia a deshumanizar el acto médico. (Arayago *et al.*, 2016)

Al poner en evidencia elevados puntajes en cansancio emocional y falta de realización personal, podría repercutir negativamente tanto en el bienestar del anestesiólogo graduado o en su etapa de formación como médico residente, así como

en su desempeño profesional, comprometiendo su capacidad de resonancia afectiva y motivación al logro. Esto en vista de que la falta de realización personal se define como la pérdida de la confianza y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado de las situaciones que se presentan a diario en la institución hospitalaria (Answine *et al.*, 2019; Caruselli y Michel, 2017; Maslach y Leiter, 2016b).

6.1 Implicaciones

En el personal de salud, la despersonalización con respecto a los pacientes y la práctica médica se vuelve un mecanismo de defensa no bien documentada pero sí comentada, ya que al personal de salud no se le permite mostrar sus sentimientos frente a los pacientes. Esta práctica, si bien demuestra seguridad y puede llegar a brindar confianza al paciente, en exceso puede generar estrés adicional y cambios en la psique del médico.

Al evaluar el Burnout como una enfermedad, en su manifestación clínica se encuentra que cada síntoma es un paso al desarrollo del síndrome y es de vital importancia interrogar cada síntoma buscando su propósito en el individuo, ya que es el enfermo *per se* quien convierte el síntoma en causa. Estos síntomas obligan a cambios de conducta: por un lado, están aquellos que impiden desarrollar lo que le guste hacer y, por el otro lado, aquellos que obligan al sujeto a hacer lo que ya no quiere hacer o carece de la voluntad para hacerlo.

Se convierte en una necesidad, de vital importancia, realizar un proceso de conciencia de la entidad e ir promoviendo la educación al personal respecto a la existencia e identificación de estos síndromes. Es importante destacar, además, que el

sacar al individuo con Burnout de la práctica para que tome un descanso, si bien puede ayudar agudamente a la reducción de este, no es un modo apropiado para el manejo de la entidad, ya que al volver al mismo sitio laboral con limitaciones y sobrecarga de trabajo puede reagudizar el desarrollo de este.

Al final, con esta investigación, se concluye que el síndrome de Burnout no es una enfermedad del individuo de quien la padece, sino del sistema y el entorno en el cual se desenvuelve.

6.2 Limitaciones potenciales

La realización de la encuesta era totalmente anónima y de forma virtual, por lo que puede existir sesgo respecto a la certeza del perfil del entrevistado. La entrevista no presentaba ítems dirigidos a la identificación de factores desencadenantes ni a estrategias que presentan para mitigación de la carga laboral diaria.

Durante la difusión de la encuesta, se recurrió a la circulación de la misma por otros medios fuera de la base de datos otorgada por AMACR, esto con el fin de ampliar la población encuestada, por lo que la totalidad de anestesiólogos podría contener encuestados no pertenecientes a AMACR.

No existía un inciso en el cuestionario que especificara la pertenencia a la asociación, ni tampoco se tomó en cuenta aquellos miembros que se encontraban inactivos. Sería prudente para futuros investigadores colocar incisos adicionales en la encuesta para aumentar la delimitación de la población.

7. CONCLUSIONES

La práctica de la anestesiología no se encuentra exenta del desarrollo de síndrome de Burnout. La prevalencia obtenida en la población en estudio (16,27%) es menor a la encontrada en la bibliografía consultada; sin embargo, los datos obtenidos de la población médico residente (20,9%) se mantiene similar a la consultada.

El riesgo elevado de presentar síndrome de Burnout, definido en el estudio como la presencia de cansancio emocional más una de las otras dimensiones presente, se mantiene elevada en toda la población estudiada, con cifras elevadas en la población de médicos residentes (51,16%).

El síndrome de Burnout tiene repercusiones marcadas y bien definidas en el desempeño laboral del personal de salud, por lo que su identificación temprana y oportuna, así como la implementación de un programa para la prevención y tratamiento debe ser prioritario en las instituciones dedicadas a la atención médica. (Carrillo-Esper *et al.*, 2012)

8. Referencias Bibliográficas

1. Adam, S., Mohos, A., Kalabay, L., & Torzsa, P. (2018). Potential correlates of burnout among general practitioners and residents in Hungary: the significant role of gender, age, dependant care and experience. *BMC Fam Pract*, 19(1), 193. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0886-3>
2. Afonso, A. M., Cadwell, J. B., Staffa, S. J., Zurakowski, D., & Vinson, A. E. (2021). Burnout Rate and Risk Factors among Anesthesiologists in the United States. *Anesthesiology*, 134(5), 683-696. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003722>
3. Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*, 4, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.02.001>
4. The anesthesiology milestone project. (2014). *J Grad Med Educ*, 6(1), 15-28.
5. Answine, J. F., Lu, A. C., & Levy, T. S. M. (2019). Burnout, Wellness, and Resilience in Anesthesiology. *Int Anesthesiol Clin*, 57(3), 138-145. <https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000235>
6. Arayago, R., González, Á., Limongi, M., & Guevara, H. (2016). Síndrome de Burnout en residentes y especialistas de anestesiología. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud SALUS*, 20(1), 8.

7. Balan, S. A., Bubenek-Turconi, S. I., Droc, G., Marinescu, E., Nita, E., Popa, M. C., Popescu-Spineni, D., & Tomescu, D. (2019). Burnout syndrome in the Anaesthesia and Intensive Care Unit. *Rom J Anaesth Intensive Care*, 26(1), 31-36. <https://doi.org/10.2478/rjaic-2019-0005>
8. Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: a review. *Clin Psychol Rev*, 36, 28-41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004>
9. Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2017a). Biological research on burnout-depression overlap: Long-standing limitations and on-going reflections. *Neurosci Biobehav Rev*, 83, 238-239. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.10.019>
10. Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2017b). Physician burnout is better conceptualised as depression. *The Lancet*, 389(10077), 1397-1398. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30897-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30897-8)
11. Carrillo-Esper, R., Gómez Hernández, K., & Espinoza de los Monteros Estrada, I. (2012). Síndrome de Burnout en la práctica médica. *Med Int Mex*(28), 5.
12. Caruselli, M., & Michel, F. (2017). Anesthetists and burnout syndrome: what strategies can prevent this dangerous combination? *Minerva Anesthesiol*, 83(2), 136-137. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.16.11771-7>
13. Castanelli, D. J., Wickramaarachchi, S. A., & Wallis, S. (2018). Burnout and the learning environment of anaesthetic trainees. *Anaesthesia and Intensive Care*, 45(6), 8.

14. Chow, Y., Masiak, J., Mikolajewska, E., Mikolajewski, D., Wojcik, G. M., Wallace, B., Eugene, A., & Olajossy, M. (2018). Limbic brain structures and burnout-A systematic review. *Adv Med Sci*, 63(1), 192-198. <https://doi.org/10.1016/j.advms.2017.11.004>
15. Collier, R. (2018). Burnout symptoms common among medical residents but rates vary across specialties. *CMAJ*, 190(41), E1239. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5664>
16. Downey, R., Farhat, T., & Schumman, R. (2012). Burnout and coping amongst anesthesiologists in a US metropolitan area: a pilot study. *Middle East J Anaesthesiol.*, 21, 529-534.
17. Dyrbye, L. N., West, C. P., & Satele, D. (2014). Burnout among U.S. medical students, residents and early career physicians relative to the general US population. *Acad Med*, 89, 443-451.
18. Grover, S., Sahoo, S., Bhalla, A., & Avasthi, A. (2018). Psychological problems and burnout among medical professionals of a tertiary care hospital of North India: A cross-sectional study. *Indian J Psychiatry*, 60(2), 175-188. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_254_17
19. Gurman, G. M., Klein, M., & Weksler, N. (2012). Professional stress in anesthesiology: a review. *J Clin Monit Comput*, 26(4), 329-335. <https://doi.org/10.1007/s10877-011-9328-7>

20. Hyman, S. A., Michaels, D. R., Berry, J. M., Schildcrout, J. S., Mercaldo, N. D., & Weinger, M. B. (2011). Risk of Burnout in Perioperative Clinicians. *Anesthesiology*, *114*, 11.
21. Kijima, S., Tomihara, K., & Tagawa, M. (2020). Effect of stress coping ability and working hours on burnout among residents. *BMC Med Educ*, *20*(1), 219. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02134-0>
22. Magalhães, E., Oliveira, Á. C. M. d. S., Govêia, C. S., Ladeira, L. C. A., Queiroz, D. M., & Vieira, C. V. (2015). Prevalencia del síndrome de burnout entre los anestesistas del Distrito Federal. *Brazilian Journal of Anesthesiology (Edicion en Espanol)*, *65*(2), 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.bjanes.2013.07.017>
23. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016a). Understanding the burnout experience—recent research and its implications for psychiatry. *2016*, *15*(2), 9.
24. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016b). Understanding the burnout experience—recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, *15*(2), 7.
25. McCray, L. W., Cronholm, P. F., Bogner, H. R., Gallo, J. J., & Neill, R. A. (2008). Resident Physician Burnout Is There Hope. *Family Medicine*, *40*(9), 7.
26. Menon, N. K., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Linzer, M., Carlasare, L., Brady, K. J. S., Stillman, M. J., & Trockel, M. T. (2020). Association of Physician Burnout With Suicidal Ideation and Medical Errors. *JAMA Netw Open*, *3*(12), e2028780. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.28780>

27. Messias, E., Gathright, M. M., Freeman, E. S., Flynn, V., Atkinson, T., Thrush, C. R., Clardy, J. A., & Thapa, P. (2019). Differences in burnout prevalence between clinical professionals and biomedical scientists in an academic medical centre: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 9(2), e023506. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023506>
28. Mumbwe, M. C., Mclsaac, D., Jarman, A., & Bould, M. D. (2020). A Cross-Sectional Survey to Determine the Prevalence of Burnout Syndrome Among Anesthesia Providers in Zambian Hospitals. *Anesth Analg*, 130(2), 310-317. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004464>
29. Neculpán, L. A., & Bruno, M. A. (2019). Burnout (síndrome de desgaste profesional) en médicos residentes de anestesiología y su relación con la percepción del clima educacional. *Revista Argentina de Anestesiología*, 76(2). <https://doi.org/10.24875/raa.18000021>
30. Orosz, A., Federspiel, A., Haisch, S., Seeher, C., Dierks, T., & Cattapan, K. (2017). A biological perspective on differences and similarities between burnout and depression. *Neurosci Biobehav Rev*, 73, 112-122. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.005>
31. Romito, B. T., Okoro, E. N., Ringqvist, J. R. B., & Goff, K. L. (2021). Burnout and Wellness: The Anesthesiologist's Perspective. *Am J Lifestyle Med*, 15(2), 118-125. <https://doi.org/10.1177/1559827620911645>
32. Sanfilippo, F., Noto, A., Foresta, G., Santonocito, C., Palumbo, G. J., Arcadipane, A., Maybauer, D. M., & Maybauer, M. O. (2017). Incidence and Factors Associated

- with Burnout in Anesthesiology: A Systematic Review. *Biomed Res Int*, 2017, 8648925. <https://doi.org/10.1155/2017/8648925>
33. Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*, 172(18), 1377-1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
34. Sun, H., Warner, D. O., Macario, A., Zhou, Y., Culley, D. J., & Keegan, M. T. (2019). Repeated Cross-sectional Surveys of Burnout, Distress, and Depression among Anesthesiology Residents and First-year Graduates. *Anesthesiology*, 131(3), 668-677. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002777>
35. Teo, Y. H., Xu, J. T. K., Ho, C., Leong, J. M., Tan, B. K. J., Tan, E. K. H., Goh, W. A., Neo, E., Chua, J. Y. J., Ng, S. J. Y., Cheong, J. J. Y., Hwang, J. Y., Lim, S. M., Soo, T., Sng, J. G. K., & Yi, S. (2021). Factors associated with self-reported burnout level in allied healthcare professionals in a tertiary hospital in Singapore. *PLoS One*, 16(1), e0244338. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244338>
36. Terrones-Rodríguez, J. F., Cisneros-Pérez, V., & Arreola-Rocha, J. J. (2016). Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(2), 7.
37. Turgut, N., Karacalar, S., Polat, C., Kiran, O., Gultop, F., Kalyon, S. T., Sinoglu, B., Zincirci, M., & Kaya, E. (2016). Burnout Syndrome During Residency. *Turk J Anaesthesiol Reanim*, 44(5), 258-264. <https://doi.org/10.5152/TJAR.2016.28000>

38. Vargas, M., Spinelli, G., Buonanno, P., Iacovazzo, C., Servillo, G., & De Simone, S. (2020). Burnout Among Anesthesiologists and Intensive Care Physicians- Results From an Italian National Survey. *Inquiry*, 57, 5.
39. Wiederhold, B., Cipresso, P., Pizzioli, D., Wiederhold, M., & Riva, G. (2018). Intervention for physician burnout: a systematic review. *Open Med (Wars)*, 13, 253-263.
40. Wong, A., & Olusanya, O. (2017). Burnout and resilience in anaesthesia and intensive care medicine. *BJA Educ*, 17, 334-340.

Anexos

Anexo 1

“Maslach Burnout Inventory” – Inventario Maslach para Burnout

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo/mi jornada asistencial	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
4	Tengo facilidad para comprender cómo se sienten los pacientes.	
5	Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	
6	Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa.	
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo el internado de pregrado	
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo.	
14	Creo que trabajo demasiado.	
15	No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes	
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés.	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con personas.	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	
22	Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	

Cuadro 1. Cuestionario Maslach Burnout Inventory.

Fuente: Carrillo-Esper, R., Gómez Hernández, K., & Espinoza de los Monteros Estrada, I. (2012). Síndrome de Burnout en la práctica médica. *Med Int Mex*(28), 5.

El test consta de 22 ítems para explorar las 3 esferas del síndrome: Cansancio o agotamiento emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización personal (RP). Cada ítem consiste en un enunciado y el encuestado debió marcar la respuesta a la que mejor se adecuaba a su realidad. Cada opción de respuesta debe recibir una puntuación de 0-6 y la puntuación total se obtiene sumando los valores de cada ítem (Cuadro 2.a).

0 = NUNCA
1 = POCAS VECES AL AÑO O MENOS
2 = UNA VEZ AL MES O MENOS
3 = UNAS POCAS VECES AL MES
4 = UNA VEZ A LA SEMANA
5 = UNAS POCAS VECES A LA SEMANA
6 = TODOS LOS DÍAS

Cuadro 2. Escala Likert para MBI

Fuente: Carrillo-Esper, R., Gómez Hernández, K., & Espinoza de los Monteros Estrada, I. (2012). Síndrome de Burnout en la práctica médica. *Med Int Mex*(28), 5.

<u>VALORES DE REFERENCIA</u>	BAJO	MEDIO	ALTO
Cansancio emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización personal	0-33	34-39	40-56

Cuadro 3. Puntaje de cada subescala. Valoración de puntuaciones

Fuente: Carrillo-Esper, R., Gómez Hernández, K., & Espinoza de los Monteros Estrada, I. (2012). Síndrome de Burnout en la práctica médica. *Med Int Mex*(28), 5.

Anexo 2. Cartas Tutor y Lector

San José, Costa Rica
8 de agosto del 2022

Comité Trabajos Finales de Graduación
Universidad de Costa Rica

Asunto: Carta de aprobación de lector al borrador final de trabajo final de graduación

Por este medio yo, Flory Ivette Parra Sánchez, cédula 1-0640-0980, en calidad de lectora, doy fe de haber leído y revisado el borrador final del sustentante Mario Sánchez Celedón de su trabajo final de graduación titulado «Valoración del estado de burnout en los médicos residentes y especialistas de Anestesiología y Recuperación pertenecientes a la Asociación de Médicos Anestesiólogos de Costa Rica en el período 2021-2022» y certifico que se encuentra en condición de ser presentado de forma oral. Aprobado.

Sin más que agregar, se despide,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Parra Sánchez', with a stylized flourish.

Dra Flory Ivette Parra Sánchez
Médico Asistente Especialista
Anestesiología y Recuperación