



# REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicación Oficial de la Sociedade Brasileira de Anestesiologia  
[www.sba.com.br](http://www.sba.com.br)



## ARTÍCULO CIENTÍFICO

# Prevalencia del síndrome de *burnout* entre los anestesistas del Distrito Federal<sup>☆</sup>



Edno Magalhães<sup>a,\*</sup>, Áurea Carolina Machado de Sousa Oliveira<sup>b</sup>,  
Catia Sousa Govêia<sup>a</sup>, Luis Cláudio Araújo Ladeira<sup>a</sup>, Daniel Moser Queiroz<sup>b</sup>  
y Camila Viana Vieira<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centro de Anestesiología, Facultad de Medicina, Universidad de Brasilia, Brasilia, DF, Brasil

<sup>b</sup> Hospital Universitario de Brasilia (HUB), Brasilia, DF, Brasil

Recibido el 11 de febrero de 2013; aceptado el 16 de julio de 2013  
Disponible en Internet el 13 de enero de 2015

### PALABRAS CLAVE

Agotamiento profesional/epidemiología;  
Satisfacción en el empleo;  
Salud del trabajador/  
estadística y datos numéricos;  
Anestesiología

### Resumen

**Justificación:** El síndrome de *burnout* (quemarse hasta la saciedad), consecuencia del estrés crónico, se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y sentimiento de baja satisfacción profesional. Afecta a trabajadores bajo extrema responsabilidad o que ayudan a individuos que están en situación de riesgo, incluyendo a los anestesistas. Pueden presentar un distanciamiento con relación al trabajo, pacientes y colegas, al sentirse más seguros con el mantenimiento de la indiferencia.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia del síndrome del *burnout*, la intensidad de sus componentes e identificar las características de sus portadores entre los anestesistas del Distrito Federal.

**Método:** Estudio transversal, con 241 anestesistas registrados en la Sociedad de Anestesiología del Distrito Federal. Usamos un cuestionario autoadministrado que incluyó el Inventario de *Burnout* de Maslach, datos sociodemográficos, profesionales y de ocio.

**Resultados D:** e los 134 cuestionarios respondidos (55,8%) predominaron los que fueron rellenados por hombres (65,6%), con una franja etaria de 30-50 años (67,9%). Fueron encontrados niveles significativos de baja satisfacción profesional (47,7%), despersonalización (28,3%) y agotamiento emocional (23,1%). El síndrome de *burnout* presentó una prevalencia de un 10,4%, ocurrió principalmente en los hombres (64,2%), en la franja etaria de 30-50 años (64,2%), con más de 10 años de profesión (64,2%), que trabajaban haciendo guardias nocturnas (71,4%), sedentarios (57,1%) y que no hacen cursos no relacionados con la medicina (78,5%). De los participantes, un 50,7% tuvieron por lo menos uno de los 3 criterios existentes para desarrollar el síndrome y solamente un 8,2% presentó un bajo riesgo para su manifestación.

<sup>☆</sup> Estudio desarrollado en el Centro de Anestesiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Brasilia (UnB).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ednomag@gmail.com](mailto:ednomag@gmail.com) (E. Magalhães).

**Conclusión:** La prevalencia del síndrome de *burnout* es relevante entre los anestesiólogos del Distrito Federal. Se aconseja buscar estrategias de reorganización laboral para disminuir los factores de estrés y la pérdida de la motivación, aumentando así la satisfacción en el trabajo. © 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Burnout/  
epidemiology;  
Job satisfaction;  
Worker's  
health/statistics  
and numerical data;  
Anesthesiology

## Prevalence of burnout syndrome among anesthesiologists in the Federal District

### Abstract

**Background:** Burnout syndrome is a result of chronic stress, characterized by emotional exhaustion, depersonalization, and sense of low professional accomplishment. It affects workers under extreme responsibility or those who care for individuals at risk, including anesthesiologists who distanced themselves from the work, patients and colleagues because they feel safer in maintaining indifference

**Objective:** Evaluate the prevalence of burnout syndrome and the intensity of its components and identify the characteristics of those with the syndrome among anesthesiologists in the Federal District.

**Method:** Cross-sectional study with 241 anesthesiologists enrolled in the Society of Anesthesiology of the Federal District. A self-administered questionnaire was used, which included the Maslach Burnout Inventory, demographic, professional, and leisure data.

**Results:** Of the 134 completed questionnaires (55.8%), there was a predominance of male (65.6%), aged 30-50 years (67.9%). Significant lower levels of job satisfaction (47.7%), depersonalization (28.3%), and emotional exhaustion (23.1%) were found. Burnout syndrome showed a prevalence of 10.4%, occurring mainly in men (64.2%), aged 30-50 years (64.2%), with over ten years of experience (64.2%), working in night shifts (71.4%), sedentary (57.1%), and not taking courses unrelated to medicine (78.5%). Of the participants, 50.7% had at least one of 3 criteria to develop the syndrome and only 8.2% have a low risk to manifest it.

**Conclusion:** The prevalence of burnout is relevant among anesthesiologists in the Federal District. It is advisable to seek strategies for labor restructuring to reduce stress factors and loss of motivation and increase job satisfaction.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

## Introducción

El síndrome de *burnout* fue descrito por primera vez como *staff burnout* por Freudenberg, en 1974<sup>1</sup>. Su aparición es la forma que el individuo encuentra para afrontar, aunque sea de manera inadecuada, la cronicidad del estrés ocupacional. Se rompe el equilibrio psicofisiológico del profesional y le obliga a usar recursos extras de energía, inhibiendo las acciones necesarias para el enfrentamiento con ese contexto<sup>2,3</sup>. El síndrome sobreviene cuando fallan otras estrategias para luchar con el estrés<sup>4,5</sup>. Dependiendo de la intensidad y del tiempo de duración de ese estado, el individuo puede sufrir consecuencias graves, en el nivel físico y psicológico, en el caso de que no pueda restaurar el contexto anterior o desarrollar mecanismos adaptativos que le permitan restablecer el equilibrio perdido.

Actualmente, la definición más usada es la propuesta en 1986 por Maslach y Jackson, en la que el agotamiento emocional es referido como un síndrome constituido por 3 dimensiones: agotamiento emocional, deshumanización y baja satisfacción personal en el trabajo. La dimensión del agotamiento emocional se caracteriza por la sensación de

cansancio emocional y físico. Se trata de la constatación de que no se dispone más que de un resquicio de energía para llevar adelante las actividades laborales. Lo cotidiano en el trabajo pasa a ser penoso y doloroso<sup>2,3</sup>.

La despersonalización se revela a través de actitudes de distanciamiento emocional con relación a las personas a las cuales el profesional debe prestar servicios y a los colegas de trabajo. Los contactos son más impersonales, desprovistos de afectividad, deshumanizados. A veces el individuo presenta comportamientos rípidos, cínicos o irónicos. Esa dimensión es considerada como el elemento defensivo del síndrome<sup>2,3</sup>.

La satisfacción personal en los quehaceres ocupacionales disminuye y el individuo pierde el entusiasmo y la eficiencia en el trabajo. Existe un sentimiento de tristeza personal, el trabajo pierde el sentido y pasa a ser una carga<sup>2,3</sup>.

A lo largo de su proceso de desarrollo, el síndrome puede ser abordado a partir de 4 perspectivas: clínica, socio-psicológica, organizacional y sociohistórica. La perspectiva clínica comprende el conjunto de síntomas, incluyendo el cansancio físico y mental, falta de entusiasmo por el trabajo y por la vida, sentimiento de impotencia e inutilidad. La

concepción sociopsicológica evidencia la existencia de factores multidimensionales, como la interacción negativa, cínica, fría e impersonal con los usuarios de los servicios, incluyendo la disminución del idealismo y la indiferencia frente a lo que puede sucederles a los demás. Las perspectivas organizacional y sociohistórica reflejan la influencia de la organización laboral en el desarrollo del síndrome<sup>6-9</sup>.

Diversos autores reconocen la importancia del papel desempeñado por el trabajo, como también las implicaciones de la dimensión social y de la relacional, en el desarrollo del síndrome. De forma general, toda y cualquier actividad puede llegar a desencadenar un proceso de agotamiento emocional. Sin embargo, algunas profesiones han sido indicadas como más predisponentes por características que les son peculiares. Las ocupaciones cuyas actividades han tenido una involucración emocional son consideradas de mayor riesgo para el síndrome de *burnout*, especialmente las de los profesionales que trabajan directamente con otras personas, ayudándolas o como responsables de su desarrollo y bienestar. Así, son consideradas más predispuestas las personas que se dedican a la docencia, enfermería, medicina y psicología, y a los policías<sup>4,5,10,11</sup>.

Maslach y Leiter dicen que «por la naturaleza y la funcionalidad del cargo, hay profesiones de riesgo y de alto riesgo, siendo pocas aquellas que poseen un bajo riesgo para el síndrome de *burnout*». La anestesiología es considerada una especialidad que genera niveles elevados de estrés y que puede traer como resultado consecuencias negativas en quien la practica. Por lo tanto, está clasificada como de alto riesgo<sup>3,6,10</sup>.

El Distrito Federal, cuya población actual es de cerca de 2,5 millones de habitantes, cuenta con 391 anestesistas inscritos en la sociedad de anestesiología local (Sociedad de Anestesiología del Distrito Federal [Sadif]). No hay informes de la prevalencia del síndrome de agotamiento emocional entre médicos anestesistas en esa región.

El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia del síndrome de *burnout* en anestesistas del Distrito Federal y caracterizar la intensidad de sus componentes. Como objetivo secundario, describiremos las características específicas, tales como la carga horaria semanal de trabajo, franja etaria, sexo y tiempo de formación profesional de la muestra estudiada.

## Método

Fue hecho un estudio transversal descriptivo cuantitativo, aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Brasilia. La muestra incluyó a 241 anestesistas de los 391 que están registrados en la Sadif, evaluados desde marzo hasta junio de 2011.

Para la recolección de los datos usamos un cuestionario estándar y autoadministrado, compuesto de 2 partes: la primera consistió en los datos sociodemográficos, como la edad, sexo, estado civil, hijos en la familia y formación académica. También fueron evaluados datos profesionales como la cantidad y los tipos de vínculos laborales, la carga horaria semanal, las guardias nocturnas, el cargo de dirección y las vacaciones. A continuación, datos de ocio y hábitos personales, como la práctica de actividad física, cursos, tabaquismo, etilismo y el uso de drogas ilícitas. La segunda mitad de la

**Tabla 1** Valores de la escala del Inventario de *Burnout* de Maslach) desarrollados por el Núcleo de Estudios Avanzados sobre el Síndrome de *Burnout*<sup>11</sup>

Dimensiones (nivel)	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	0-15	16-25	26-54
Satisfacción profesional	0-33	34-42	43-48
Despersonalización	0-2	3-8	9-30

encuesta incluyó el Inventario de *Burnout* de Maslach (MBI), la herramienta estándar para la investigación del síndrome. Es el cuestionario más ampliamente usado, ya traducido, validado y adaptado en Brasil, y contiene 22 preguntas. Las preguntas 1 a 9 identifican el nivel de agotamiento emocional, las 10 a 17 están relacionadas con la satisfacción profesional, y las 18 a 22, con la despersonalización.

La forma de puntuación de los ítems investigados por el MBI sigue la escala del tipo Likert, que varía de 0 a 6, o sea, desde «nunca» hasta «todos los días». Para el análisis de los datos relativos al MBI, se sumó cada dimensión (agotamiento emocional, satisfacción profesional y despersonalización). Los valores obtenidos fueron comparados con los valores de referencia del Núcleo de Estudios Avanzados sobre el Síndrome de *Burnout* (Nepasb)<sup>11</sup>, que aparecen en la [tabla 1](#).

El riesgo para el desarrollo del síndrome fue determinado tras el análisis de todas las dimensiones. De acuerdo con el MBI, el principio para el diagnóstico de *burnout* es la clasificación en un nivel alto de las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, y en un nivel bajo la de satisfacción profesional. Por tanto, el encuadramiento del profesional en esos 3 criterios dimensionales indica la manifestación del síndrome de *burnout*, y la presencia de 2 criterios determina alto riesgo para su desarrollo. Los otros ítems evaluados en la primera parte del cuestionario fueron analizados por un porcentaje simple.

## Resultados

El cuestionario se entregó a 241 profesionales registrado en la Sadif. La muestra final consistió en 134 anestesistas, lo que corresponde a un nivel de adhesión de un 55,6%, ya que 107 no respondieron al cuestionario. Cuando se hizo el análisis de los datos sociodemográficos, se observó entre los anestesistas del Distrito Federal un predominio de individuos del sexo masculino (65,6%), en la franja etaria de 30-50 años (67,9%), casados (55,2%), con hijos (52,3%), la mayoría con título superior en anestesiología (55,9%). Los médicos en especialización representaron el 16,1% ([tabla 2](#)). En cuanto a los datos profesionales de la muestra, verificamos que una gran parte tuvo menos de 5 años de experiencia en la especialidad (41%), hasta 2 lugares de actividad profesional (52,2%), carga horaria de 61 a 84 h semanales (44,1%) y un ejercicio de guardia nocturna (83,5%). Cerca de un 12% ocupan algún cargo de dirección y un 88% habían tenido vacaciones en el último año ([tabla 3](#)). En los datos de ocio, encontramos una práctica regular de actividad física en un 61,1% y la frecuencia en cursos no relacionados con la medicina en solamente un 17,1%. Fueron registrados bajos índices

**Tabla 2** Distribución de la muestra de anestesiólogos del DF con relación a los datos sociodemográficos

	N (134)	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	46	34,3
Masculino	88	65,6
<b>Edad (años)</b>		
< 30	29	21,6
30-50	91	67,9
> 50	14	10,4
<b>Estado civil</b>		
Soltero	44	32,8
Casado	74	55,2
Divorciado	5	3,7
Viudo	0	0
Otro	11	8,2
<b>Hijos</b>		
Sí	70	52,2
No	64	47,7
<b>Formación académica</b>		
Médico en especialización	22	16,4
Especialización en anestesiología	95	70,7
Título superior en anestesiología	8	5,9
Maestría incompleta	5	3,7
Maestría completa	2	1,4
Doctorado incompleto	2	1,4
Doctorado completo	0	0

de tabaquismo y etilismo (5,9 y 18,6% respectivamente). No hubo relato de uso de drogas ilícitas (tabla 4).

El análisis psicológico por el MBI destacó que, entre los niveles con mayor prevalencia, un 45,5% de los profesionales presentaron bajo nivel de agotamiento emocional, un 47,7% baja satisfacción profesional y un 48,5% un nivel medio de despersonalización. Con relación a los límites establecidos por el Nepasb<sup>11</sup>, verificamos que el 23,1% de los anestesiólogos mostraron un nivel alto de agotamiento emocional, hubo una baja clasificación de satisfacción profesional en el 47,7% y un alto nivel de despersonalización en el 28,3%, características que establecen un diagnóstico para la manifestación del síndrome de *burnout* o un alto riesgo para su desarrollo (tabla 5).

El síndrome de *burnout* presentó una prevalencia del 10,4% y se dio principalmente en hombres (64,2%), en una franja etaria de 30-50 años (64,2%), con hijos (57,1%) y las siguientes otras características: título superior en anestesiología (42,8%), más de 10 años de profesión (64,2%), actuación en guardias nocturnas (71,4%), sedentarios (57,1%) y que no hacen cursos o actividades no relacionadas con la medicina (78,5%). Fueron caracterizados por la razón de prevalencia (tabla 6). No hubo diferencia entre los casados y los solteros (ambos con un 42,8%). Ningún médico en especialización presentó el síndrome de *burnout*. De los 134 participantes, un 50,7% presentaron por lo menos uno de los 3 criterios para desarrollar el síndrome y solamente un 8,2% tenían bajo riesgo para su manifestación.

**Tabla 3** Distribución de la muestra de anestesiólogos del DF con relación a los datos profesionales

	N (134)	%
<b>Tiempo de actuación profesional (años)</b>		
< 5	55	41
5-10	23	17,2
11-15	18	13,4
16-20	14	10,4
> 20	24	17,9
<b>Número de empleos</b>		
Hasta 2	70	52,2
Más de 2	64	47,7
<b>Tipo de empleo</b>		
Servicio privado	9	6,7
Público estatutario	24	17,9
Público temporal	23	17,1
Más de un tipo	78	58,2
<b>Número de horas semanal</b>		
Hasta 60	47	35,1
60-80	59	44
Más que 80	28	20,9
<b>Guardia nocturna</b>		
Sí	112	83,5
No	22	16,4
<b>Cargo de dirección</b>		
Sí	16	11,9
No	118	88
<b>Vacaciones el último año</b>		
Sí	118	88
No	16	11,9

**Tabla 4** Distribución de la muestra de anestesiólogos del DF con relación a los datos de ocio y hábitos personales

	N (134)	%
<b>Cursos (fuera del área médica)</b>		
Sí	23	17,1
No	111	82,8
<b>Actividad física</b>		
Sí	82	61,1
No	52	38,8
<b>Tabaquismo</b>		
Sí	8	5,9
No	126	94
<b>Etilismo</b>		
Sí	25	18,6
No	109	81,3
<b>Drogas ilícitas</b>		
Sí	0	0
No	134	100

**Tabla 5** Prevalencia de las dimensiones del Inventario de *Burnout* de Maslach

Dimensiones (nivel)	Bajo (%)	Medio (%)	Alto (%)
Agotamiento emocional	45,5	31,3	23,1
Satisfacción profesional	47,7	38,8	13,4
Despersonalización	23,1	48,5	28,3

**Tabla 6** Asociación medida por la razón de prevalencia de las principales variables en los anestelistas con diagnóstico de síndrome de *burnout*

		Razón de prevalencia
Sexo	Masculino/ Femenino	1,7
Franja etaria (años)	30-50/> 50	1,7
Estado civil	Casado/ Soltero	1,6
Hijos	Sí/No	1,6
Tiempo de actuación (años)	> 10/hasta 10	1,7
Actividad física	Sedentario/ Practicante	1,3
Cargo de dirección	No/Sí	3,6
Guardia nocturna	Sí/No	2,4
Satisfacción de cursos	No/Sí	3,6

## Discusión

El síndrome de *burnout* es la respuesta al estrés laboral crónico, que conlleva alteraciones comportamentales importantes y como agravantes posee variables sociodemográficas, profesionales, de ocio y de hábitos de vida. Cuando está afectado por el síndrome, el anestelista pasa a tener actitudes que impactan a los pacientes, a los colegas y al propio trabajo, porque los métodos de enfrentamiento son frágiles e insuficientes<sup>4,6</sup>. Por esa razón, es necesario aclarar el agotamiento emocional en el anestelista y sus correlaciones.

La investigación se hizo con la participación del 55,6% de los anestelistas consultados en la Sadif, porcentaje significativo de entrevistados, superior al 35% considerado aceptable<sup>12</sup>. El perfil de los anestelistas de la Sadif es de una población joven, predominantemente masculina, con menos de 10 años de práctica y en su mayoría con título superior en anestesiología.

Las primeras investigaciones sobre el síndrome empezaron concentrándose en temas relacionados, como la emoción que ocurre en el ambiente de trabajo, y no como agotamiento emocional. El conjunto de investigaciones posteriores fue más sistemático en la evaluación del agotamiento psicológico, parte de un programa de investigación psicométrica para desarrollar una herramienta de medida estandarizada. Así llegamos a desarrollar el MBI, que calcula las 3 dimensiones del síndrome y al que se le considera la herramienta estándar de la investigación<sup>6,11</sup>.

La dimensión más afectada en la muestra estudiada fue la de la satisfacción profesional, baja en un 47,7%, similar al estudio australiano de Kluger et al., en el que la prevalencia de baja satisfacción profesional fue de un 36%<sup>13</sup>. Ese hecho puede deberse al sentimiento que tiene el individuo de sobrecarga por el ejercicio de actividades que superan su capacidad. A veces, el personal es reducido con relación a la demanda de actividades y a la alta carga horaria. Esa relación puede recibir el influjo del modelo asistencial adoptado en los centros quirúrgicos, que genera la sobrecarga de movimiento y tensión ocupacional. Hay que considerar que la necesidad de toma de decisiones inmediatas y eficaces es algo constante y que eso puede provocar en los anestelistas una sensación de que el trabajo no les compensa<sup>7,14</sup>.

En el presente estudio, un 10,4% de los anestelistas entrevistados en el Distrito Federal tuvieron un síndrome de *burnout*, prevalencia similar a la de otras clases profesionales también consideradas de alto riesgo pero con algunas diferencias entre las variables evaluadas. En las especialidades de intensiva y oncología, según algunos autores, la menor propensión al síndrome de *burnout* se atribuyó al matrimonio o a la unión estable y al hecho de tener hijos<sup>12,15</sup>. En esta muestra, el síndrome fue más prevalente en hombres (64,2%) con hijos (55,6%) y no hubo diferencia entre el estado civil. Observamos una mayor prevalencia (78,5%) en profesionales que no hacen cursos fuera del área médica, lo que muestra que la práctica de esa actividad pueda promover un alivio para el estrés.

Otra característica observada en este estudio es la franja predominante para el síndrome de *burnout*, entre 30 y 50 años (64,2%). Eso puede evidenciar que los profesionales con menor riesgo para la manifestación del síndrome de *burnout* son los que tienen madurez profesional y un mayor dominio de sus emociones en situaciones de estrés<sup>14,16</sup>. También nos llama la atención la mayor prevalencia del síndrome en profesionales que no ejercen cargos de dirección (78,5%). Tales elementos sugieren que la autoridad, el apoyo a los colegas y la satisfacción en el trabajo pueden ser factores protectores, lo que corrobora un estudio llevado a cabo en Austria<sup>17</sup>. Además de eso, la mayor prevalencia del síndrome en profesionales con empleo exclusivamente público estatutario (50%) puede indicar la falta de condiciones de trabajo del servicio público como potencial factor de riesgo.

Una peculiaridad del Distrito Federal, no siempre encontrada en otras regiones brasileñas, debe ser destacada. Más del 95% de los anestelistas de esa región trabajan exclusivamente en anestesiología, a causa del gran número disponible de puestos para esa especialidad en los hospitales públicos regionales. Muchos profesionales trabajan en más de un hospital, pero siempre en la especialidad. Así, podemos deducir que, en esta muestra, elementos relacionados con otras actividades ocupacionales no interfirieron en la aparición de los síntomas relacionados con el síndrome de *burnout*.

Entre los anestelistas, ciertos factores pueden ser determinantes en el desarrollo del síndrome del agotamiento emocional. La limitación de tiempo es citada como una de las razones más comunes de estrés entre los anestelistas, a causa de la presión constante para cumplir los horarios, hacer los procedimientos rápidamente y desplazarlos entre los hospitales<sup>8,9</sup>. Al estrés específico de los anestelistas contribuyen la proximidad del sufrimiento y de la



muerte, las necesidades físicas y emocionales de los pacientes y la presión que sobre ellos existe para obtener siempre buenos resultados, incluso bajo condiciones y expectativas variadas, y también las relaciones dentro del ambiente de trabajo. Tal vez lo más importante entre esos factores sea la relación y la interacción con los cirujanos, obstetras y otros profesionales en los quirófanos y en las salas de recuperación postanestésica. Ese tipo de relación puede dar lugar a confusión en cuanto a las responsabilidades de cada uno y, en función de las posiciones jerárquicas con límites poco definidos, pueden surgir divergencias sobre cómo alcanzar los objetivos y seleccionar elementos que deben ser prioritarios. A veces se llega a conflictos y disputas<sup>9,16</sup>. También puede contribuir como determinante una cierta desvalorización del profesional por parte de los planes de salud<sup>18</sup>.

También tenemos el estrés físico proveniente de los factores extenuantes del ambiente quirúrgico, que incluyen contaminación sonora, exposición a gases anestésicos, radiación, látex, infecciones, frío o calor excesivos, uso de sillas incómodas e incluso limitación de espacio. La sobrecarga de ruidos conlleva la activación simpaticoadrenal en las personas normales y tal respuesta aumenta en individuos con ansiedad crónica y/o hipertensión arterial<sup>7</sup>. El ruido en los quirófanos puede ser suficiente para provocar la hiperactividad del sistema nervioso simpático y efectos cognitivos y psicológicos. Otro factor importante es la privación de sueño, porque la anestesiología es una especialidad que necesita ofrecer servicios continuos a los pacientes. Existe la necesidad de la disponibilidad 24 h/día, durante todo el año, y para la adecuada cobertura de las escalas de guardia es necesario trabajar de noche. Todos esos factores traen como consecuencia el cansancio y el agotamiento<sup>7,13,16,19</sup>.

Como en estudios anteriores, el síndrome se presentó de forma más prevalente en profesionales con ejercicio de guardias nocturnas, porque el sueño y el cansancio provenientes del trabajo nocturno generan una falta de agilidad y de atención, una lentitud de la función cognitiva y de los reflejos, además de hacer que el profesional sea más impaciente con las actividades cotidianas. Así, el descanso adecuado es un factor adicional de seguridad y de bienestar en anestesiología, especialidad cuya prioridad es la seguridad. Individualmente, las características personales citadas anteriormente no son desencadenantes del fenómeno, pero sí facilitan la acción de los agentes estresantes<sup>4,14</sup>.

Este estudio es pionero en el sentido de que suministra un perfil de los anestesiólogos del Distrito Federal y evalúa la prevalencia del síndrome de *burnout* en esa muestra. Sin embargo, presenta algunas limitaciones. Se trata de un estudio transversal, que examina la relación exposición-enfermedad en una población o muestra determinada, en un momento concreto. Suministra un retrato de cómo las variables están relacionadas en ese momento específico sin establecer un nexo causal. Tampoco fueron hechos análisis multivariados, importantes para llegar a conclusiones definitivas<sup>20</sup>. Observamos un fallo en la caracterización del etilismo, ya que no fue adecuadamente detallado en el cuestionario (frecuencia semanal y número de dosis/día). Además, el uso de un cuestionario autoadministrado puede generar divergencias en la interpretación de las preguntas.

Frente a la gravedad de las consecuencias del síndrome de *burnout*, vemos la necesidad de atención a la situación de salud de los anestesiólogos. Desde el punto de vista

organizacional, el trabajo en un centro quirúrgico genera una sobrecarga de movimiento y tensión ocupacional. Se recomienda la monitorización periódica de la salud mental y física de esos profesionales, para reorganizar el proceso de trabajo y reducir las fuentes del estrés. Para eso existen varias estrategias, todas con el mismo objetivo. Debemos mejorar la respuesta del individuo al estrés, dirigido a la educación, y buscar el aprendizaje de métodos para lidiar con los factores desencadenantes. Se recomienda también el perfeccionamiento del contexto ocupacional, con vistas a estrategias de administración. Finalmente, también es importante la interacción entre el contexto ocupacional y el individuo, y la combinación de cambios educacionales y administrativos por medio de un seguimiento psicológico en los equipos multidisciplinarios<sup>5,17,19</sup>.

## Conclusión

Se reveló una elevada prevalencia del síndrome de *burnout*, como también un alto riesgo para su desarrollo, entre los anestesiólogos del Distrito Federal. Debemos reflexionar sobre la adopción de medidas para modificar las condiciones de trabajo y la motivación de esos profesionales.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a Cristina Sousa Govêia, por su ayuda en la traducción del manuscrito. Y también nuestro agradecimiento a los anestesiólogos participantes que compartieron con nosotros sus experiencias.

## Bibliografía

1. Freudenberger H. Staff burnout. *J Soc Issues*. 1974;30:159-65.
2. Maslach C, Jackson E. The measurement of experience burnout. *J Occup Behav*. 1981;2:99-113.
3. Maslach C, Schaufeli B, Leiter P. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
4. Nyssen A, Hansez I. Stress and burnout in anaesthesia. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2008;21:406-11.
5. Garrosa E, Benevides-Pereira AMT, Jiménez BM, et al. Prevenção e intervenção na síndrome de *burnout*. Como prevenir (ou remediar) o processo de burnout. En: Benevides-Pereira AMT, editor. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. 4.ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p. 227-72.
6. Shanafelt T, Sloan J, Habermann T. The well-being of physicians. *Am J Med*. 2003;114:513-59.
7. Svensen E, Arnetz BB, Ursin H, et al. Health complaints and satisfied with the job? A cross-sectional study on work environment, job satisfaction, and subjective health complaints. *J Occup Environ Med*. 2007;49:568-73.
8. Larsson J, Rosenqvist I, Holmstrom I. Enjoying work or burdened by it? How anaesthetists experience and handle difficult-tasks at work: a qualitative study. *Br J Anaesth*. 2007;99:493-9.
9. Pilau MM, Bagatini A, Bondan LG, et al. O anestesiologista no Rio Grande do Sul. *Rev Bras Anesthesiol*. 2000;50:309-16.
10. Shanafelt T. Burnout in anesthesiology: a call to action. *Anesthesiology*. 2011;114:1-2.

11. Tamayo M, Tróccoli B. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). *Estud Psicol.* 2009;14:213–21.
12. Sobrinho CLN, Barros DS, Tironi MOS, et al. Médicos de UTI—prevalência da síndrome de burnout, características socio-demográficas e condições de trabalho. *Rev Bras Educ Méd.* 2010;34:106–15.
13. Kluger MT, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress, and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia.* 2003;58:339–45.
14. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet.* 1996;347:724–8.
15. Souza WC, Silva AMM. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no burnout em profissionais de saúde. *Estud Psicol.* 2002;19:37–48.
16. Fernández TB, Roldán PLM, Guerra VA, et al. Prevalence of burnout among anesthesiologists at Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2006;53:359–62.
17. Lederer W, Kinzl JF, Trefalt E, et al. Significance of working conditions on burnout in anesthetists. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2006;50:58–63.
18. Carneiro AF. Síndrome de burnout em anestesia. *Anest Rev.* 2011;5:16–7.
19. Calumbi RA, Amorim JA, Maciel CMC, et al. Avaliação da qualidade de vida dos anesthesiologistas da cidade do Recife. *Rev Bras Anesthesiol.* 2010;60:42–51.
20. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.