



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ORIGINAL

Residentes, guardias y síndrome de burnout

M. Fonseca^{*,♦}, G. Sanclemente, C. Hernández, C. Visiedo, E. Bragulat y Ò. Miró

Àrea de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España

Recibido el 25 de abril de 2009; aceptado el 19 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 8 de abril de 2010

PALABRAS CLAVE

Residentes;
Guardias;
Burnout

Resumen

Objetivos: Investigar el grado de *burnout* entre los residentes de un hospital universitario y los factores asociados al mismo.

Material y método: Se envió a todos los residentes el *Maslach Burnout Inventory* que valora cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Existe *burnout* ante un grado de cansancio emocional o de despersonalización altos. Se consignaron variables epidemiológicas (edad, sexo, nacionalidad, año de residencia, especialidad, número de guardias totales y en urgencias, días postguardia, libranza postguardia, posición de guardia). Se investigó la relación de estas con la puntuación en las dimensiones del *Maslach Burnout Inventory* con el *burnout* (chi cuadrado) y la asociación con el número de guardias (regresión lineal).

Resultados: Contestaron 132 de 290 residentes (45,5%): el 40,2% presentaba un alto cansancio emocional y el 64,4% una alta despersonalización. En total, el 69,7% de los residentes presentaba *burnout*. No existieron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables epidemiológicas y las dimensiones del *Maslach Burnout Inventory*. El número total de guardias se relacionó significativamente con el cansancio emocional ($p < 0,05$), sin relación con las guardias en Urgencias. La realización de 5 o más guardias al mes condicionó *burnout* con mayor frecuencia (76,6 vs. 60,0%, $p < 0,05$). Se observó una tendencia a un mayor *burnout* entre los residentes de medicina interna y especialidades médicas con respecto al resto (75,6 vs. 60,0%, $p = 0,05$).

Conclusiones: La prevalencia de *burnout* entre los residentes es elevada y se relaciona fundamentalmente con el número de guardias realizadas.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mfonseca_sassot@hotmail.com (M. Fonseca).

♦Los autores pertenecen al Grupo de Investigación «Urgencias: procesos y patologías», IDIBAPS, Barcelona.

KEYWORDS

Residents;
Call;
Burnout

Residents, duties and burnout syndrome**Abstract**

Objectives: To investigate the degree of *burnout* among resident physicians of a university hospital and the factors associated with it.

Materials and Methods: Maslach *burnout* Inventory (MBI) was sent to all residents, which assesses emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment. *Burnout* exists when high degree of emotional exhaustion or depersonalization are obtained. Several variables were analyzed (age, sex, nationality, year of residency, speciality, total monthly calls and in emergency departments, days since last call, duty-free day after calls, position at calls). It's relationship with the score on the different dimensions of MBI and *burnout* was analyzed through the test of the chi-square, whereas the association between scores of MBI and the number of calls were analyzed using linear regression.

Results: 132 of 290 residents answered (45.5%); 40.2% had a high emotional exhaustion and a 64.4% presented depersonalization. In total, 69.7% of the residents had *burnout*. There was no statistically association between the epidemiological variables and the different dimensions of the MBI. The total number of calls per month were significantly associated with emotional exhaustion ($p < 0.05$). There wasn't any relation to the number of calls in emergency departments. Resident physicians who had 5 or more calls per month showed *burnout* more often than the rest (76.6% versus 60.0%, $p < 0.05$). A trend towards a higher *burnout* was present among residents of Internal medicine and medical specialities than the rest (75.6% versus 60.0%, $p = 0.05$).

Conclusions: The prevalence of *burnout* among the group of residents is high and relates mainly to the monthly number of calls

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El síndrome de *burnout* es una respuesta inapropiada a un estrés laboral crónico que afecta marcadamente a aquellos colectivos cuyo ámbito de trabajo implica la atención al público de forma mantenida. Fue definido por Maslach y Jackson¹ en 1981 y se caracteriza por un alto nivel de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

Entre los colectivos afectados destaca el personal sanitario, y entre ellos especialmente los residentes, dado que la sobrecarga asistencial que soportan es elevada². Esta sobrecarga asistencial puede verse agravada por la existencia en muchos de nuestros hospitales de jornadas de trabajo de 24 h (y en ocasiones más) consecutivas englobadas dentro del concepto clásico de guardia. Si a ello le añadimos que algunas (o todas) estas guardias se realizan en el Servicio de Urgencias, el cual se encuentra en muchos de los hospitales españoles en situación de plétora asistencial permanente^{3,4}, el resultado puede ser un elevado grado de *burnout* entre el colectivo de residentes. Aunque algún estudio realizado en residentes ha encontrado que hasta el 93% de ellos puede presentar cierto grado de *burnout*⁵, no se han investigado en profundidad los factores relacionados con dicho *burnout*. El objetivo del presente estudio es profundizar en esta cuestión.

Método

Se realizó el estudio entre todos los residentes del Hospital Clínic de Barcelona durante el periodo enero-marzo de 2007. Para valorar el grado de *burnout* se utilizó el Maslach

Burnout Inventory (MBI) considerado como el patrón oro de los cuestionarios para objetivar el *burnout*, el cual ha sido previamente validado en España⁶. Se trata de un cuestionario creado y validado por la Dra. Maslach² que valora las 3 esferas relacionadas con el *burnout* (cansancio emocional, despersonalización y desrealización personal). Consta de 22 ítems, cada uno de los cuales se valora con una escala del tipo Likert (en la que se pide que se especifique el grado de acuerdo o desacuerdo con una afirmación, de 0–6 puntos). De estos 22 ítems, 9 de ellos hacen referencia al cansancio emocional, 5 a la despersonalización, y 8 a la realización personal. Siguiendo los mismos criterios empleados en trabajos previos⁷, se define la existencia de *burnout* cuando se obtiene una puntuación alta en las escalas de cansancio emocional y/o despersonalización, y se excluye la escala de realización personal por tratarse de una esfera muy influenciada por eventos ajenos al ámbito laboral. Esta fue considerada la variable dependiente del presente estudio.

Como variables independientes, se recogieron variables epidemiológicas (edad, sexo y lugar de nacimiento) y laborales (especialidad, año de residencia, número de guardias al mes, si existe libranza postguardia, días desde la última guardia y lugar de realización de las guardias). Respecto al lugar de realización, se dividieron los residentes entre aquellos que en los últimos 3 meses solo habían realizado guardias en la planta de hospitalización, los que solo las habían hecho en Urgencias y los que habían combinado guardias de hospitalización con guardias de Urgencias (patrón mixto). No se aceptó la contestación del cuestionario el día posterior a una guardia, para excluir el

sesgo causado por el cansancio físico y psíquico de la guardia. Se entregaron los cuestionarios de forma personalizada al colectivo de residentes, y se solicitó que los cumplimentaran de forma anónima.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el software SPSS (15.0). Las variables cualitativas se expresaron en porcentaje y las cuantitativas según la mediana (percentil 25–75). Se utilizó el test de la ji al cuadrado (o test exacto de Fisher para las tablas de 2×2 si los efectivos calculados eran inferiores a 5) para la comparación de las variables cualitativas, y la chi cuadrado de tendencia lineal cuando existía gradación de categorías. Cuando fue necesario, las variables se dicotomizaron. La relación entre variables cuantitativas se investigó mediante el un test de regresión lineal. En todos los casos, se aceptó que existían diferencias significativas cuando el valor de p era inferior a 0,05.

Resultados

Del total de 290 residentes que en aquel momento se encontraban trabajando en el Hospital Clínic de Barcelona, un total de 132 (45,5%) respondieron a la encuesta. Las características de los encuestados se recogen en la [tabla 1](#). En términos de especialidad de los residentes no se detectaron diferencias significativas entre respondedores y no respondedores (datos no mostrados) en tanto que el resto de variables no se analizaron. Las puntuaciones del cuestionario se recogen en la [tabla 2](#). El 40,2% de los encuestados presentaron cansancio emocional, el 64,4% despersonalización y el 39,4% falta de realización personal. De acuerdo a la definición previamente comentada, se consideró que el 69,7% de los residentes se encontraban en situación de *burnout*.

En la [tabla 3](#) se compara la relación entre las diferentes variables epidemiológicas y las 3 dimensiones que explora el MBI. Aunque no existió ninguna asociación estadísticamente significativa, se observó una tendencia a incrementarse dicho cansancio emocional entre los residentes que no libraban (o lo hacían ocasionalmente) tras la guardia ($p=0,08$). En relación a la despersonalización, observamos algo similar: aunque no hubo ninguna variable que se asociara de forma significativa, los residentes menores de 30 años y los de medicina interna y especialidades médicas mostraron cierta tendencia a un mayor grado de la misma ($p=0,08$ y $p=0,05$, respectivamente). Finalmente, en cuanto a la realización personal, solo observamos una tendencia a que esta fuese mayor entre los residentes que contestaron la encuesta 7 o más días después de la realización de su última guardia y entre los residentes que no eran de medicina interna o especialidades médicas ($p=0,05$ en ambos casos). La relación entre el número total de guardias mensuales y la puntuación en las diferentes dimensiones del MBI tan solo guardó una relación positiva y significativa con el cansancio emocional ($p<0,05$) ([fig. 1](#)), mientras que cuando se analizaron estas relaciones en función del número total de guardias realizadas en Urgencias, no se observó una asociación estadísticamente significativa en ningún caso (datos no mostrados).

La existencia de *burnout* entre los residentes se asoció únicamente al número total de guardias, de manera que

Tabla 1 Características de la población encuestada

Variable	Valor
Edad (años; mediana [percentil 25–75])	27 (26–29)
Sexo (n [%])	
Hombre	64 (48,5%)
Mujer	68 (51,5%)
Nacionalidad (n [%])	
Española	117 (88,6%)
Extranjera	15 (11,4%)
Año de residencia (n [%])	
Residente de primer año	32 (24,1%)
Residente de segundo año	33 (25%)
Residente de tercer año	33 (25%)
Residente de cuarto año	21 (15,9%)
Residente de quinto año	13 (9,9%)
Especialidad de la residencia (n [%])	
Medicina interna	17 (12,9%)
Especialidades médicas	65 (49,2%)
Cirugía general y digestiva y especialidades quirúrgicas	25 (18,9%)
Especialidades médico-quirúrgicas	13 (9,8%)
Servicios centrales	12 (9,1%)
Número total de guardias (mediana [percentil 25–75])	5 (4–6)
Número total de guardias en Urgencias (mediana [percentil 25–75])	2 (0–4)
Días desde la última guardia (mediana [percentil 25–75])	4 (3–7)
Libranza posguardia (n [%])	
Siempre	41 (35,7%)
A menudo	37 (32,2%)
Ocasionalmente	20 (17,4%)
Nunca	17 (14,8%)
No contesta	17
Lugar de realización de las guardias (n [%])	
En Urgencias	37 (28,0%)
En planta	72 (54,5%)
Mixto (algunas en Urgencias y algunas en planta)	23 (17,5%)

aquellos que realizaban 5 o más guardias presentaron *burnout* con mayor frecuencia que los que realizaban menos de 5 guardias (76,6 vs. 60,0%, $p<0,05$; [tabla 4](#)). Aunque de forma no significativa, es también destacable la tendencia ($p=0,06$) a un mayor *burnout* entre los residentes de medicina interna y especialidades médicas con respecto al resto.

Discusión

Los principales hallazgos del presente estudio son 3. En primer lugar, más de dos tercios de los residentes de un hospital universitario presentan criterios de *burnout* evaluado a través del MBI, el cual únicamente se asocia de

Tabla 2 Puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones del test MBI

<i>Dimensiones del Marlsach Burnout Inventory</i>	<i>Valor</i>
<i>Cansancio emocional</i> (puntos, mediana [percentil 25–75])	24 (17–31)
<i>Cansancio emocional</i> (n [%])	
Bajo (≤ 18 puntos)	39 (29,5%)
Moderado (19–26 puntos)	40 (30,3%)
Alto (≥ 27 puntos)	53 (40,2%)
<i>Despersonalización</i> (puntos, mediana [percentil 25–75])	11 (7–16)
<i>Despersonalización</i> (n [%])	
Baja (≤ 5 puntos)	21 (15,9%)
Moderada (6–9 puntos)	26 (19,7%)
Alta	85 (64,4%)
<i>Realización personal</i> (puntos, mediana [percentil 25–75])	36 (28–41)
<i>Realización personal</i> (n [%])	
Baja	52 (39,4%)
Moderada	41 (31,1%)
Alta	39 (29,5%)
<i>Presencia de burnout</i>	
Sí	92 (69,7%)
No	40 (30,3%)

forma significativa al hecho de realizar más de 4 guardias mensuales. Segundo, el número total de guardias se asocia de forma directa con el cansancio emocional pero no con la despersonalización ni con el grado de realización personal. Finalmente, el hecho que las guardias del residente se realicen en Urgencias no se relaciona con ninguna de estas 3 dimensiones.

Respecto al porcentaje observado de residentes con *burnout* Thomas realizó en el año 2004 una revisión sistemática de los artículos publicados hasta esa fecha acerca del *burnout* en el colectivo de residentes incluyendo 15 estudios que abarcaban desde el año 1984 hasta el año 2004⁷. Los resultados globales demostraron una presencia de *burnout* elevada en todos los estudios, con un máximo del 76% en un colectivo de residentes de Medicina Interna⁸. Asimismo, cabe destacar un estudio realizado por Castelo-Branco et al. En residentes de Ginecología de 8 hospitales universitarios españoles en los cuales se incluyó nuestro centro. El 58% de los encuestados cumplió criterios de *burnout*⁹. Finalmente, hay que mencionar el estudio realizado en Granada por Fernández Martínez et al en el año 2006 según el cual hasta un 43% de los residentes cumplirían criterios de *burnout* alto y un 50% cumpliría criterios de *burnout* moderado. Sin embargo, estos resultados no serían directamente comparables con el presente estudio puesto que los criterios utilizados definitorios de *burnout* a partir de la puntuación obtenida en el cuestionario MBI no son exactamente los mismos que los utilizados aquí y en el resto de estudios de la literatura recientes. Por tanto, los niveles observados en nuestro centro son comparables con los de la literatura previa, si bien se hallan entre los más altos

publicados hasta ahora. Asimismo tampoco resultan anómalos cuando se comparan con otros estudios basados en el personal médico de plantilla de los centros^{10,11}.

Los motivos de este elevado grado de *burnout* en el colectivo de residentes no han sido incluidos en los objetivos del presente estudio. Cabe hipotetizar, sin embargo, una posible relación con el número de horas totales que el residente permanece en el hospital dado que el único factor claramente relacionado es el número de guardias mensuales y la posible interferencia en la vida privada del residente que esto conlleva. Asimismo, la importante sobrecarga laboral que el colectivo médico sufre por un importante aumento de las tareas administrativas junto a unos recursos inadecuados para la atención del alto número de pacientes atendidos probablemente puedan contribuir a una sensación de verse desbordado en las tareas diarias. Esto puede constituir, a la larga, una causa predictora de *burnout*¹².

El único factor relacionado con la presencia de *burnout* en los residentes fue el número total de guardias, el cual también se asoció de forma lineal con la presencia de cansancio emocional. La libranza de guardia en nuestro estudio no se relacionó con el *burnout*, a diferencia de lo hallado en el estudio de Fernández Martínez et al⁵. Otros estudios han hallado diferentes asociaciones que no han sido reproducidas uniformemente en estudios posteriores. Cabe destacar, por la proximidad a nuestro hospital, la relación encontrada entre *burnout* y el número de pacientes atendidos en Urgencias^{9,12} y la ausencia de supervisión en la atención de los mismos en el estudio de Castelo-Branco et al⁹. Estos hallazgos podrían contribuir a la sensación de verse desbordado, comentada anteriormente, e influir a la larga al desarrollo de *burnout*. Asimismo, el otro factor que se asoció en el citado estudio fue el estado conyugal, ya que la soltería fue un factor predisponente para el desarrollo de *burnout*⁹. Otros estudios^{13,14} han encontrado una asociación con alteraciones de la personalidad, y en la revisión de Thomas⁸ se sugiere que las especialidades quirúrgicas podrían sufrir un mayor grado de *burnout*. Sin embargo, en nuestro centro hubo tendencia a un mayor grado de *burnout* en las especialidades médicas, aunque nuestro estudio contó con un número bajo de residentes de cirugía (18,9%) que limita las posibilidades de comparación entre especialidades médicas y quirúrgicas.

En todo caso, parece que existen elementos para pensar que esta situación de *burnout* debiera descender en los próximos años, ya que tanto la limitación del número de horas semanales trabajadas a 48 como, especialmente, la limitación del número y el formato de guardias de 24h¹⁵, dictados durante los últimos años por la legislación europea, debiera seguirse de un descenso en el porcentaje de residentes que se encuentran afectados por este síndrome. Respecto a esta suposición existe controversia en la literatura dado que hay publicados al menos 4 estudios intervencionistas en los que se analizó el grado de *burnout* entre colectivos de residentes antes y después de modificar su carga laboral. Algunos autores^{16,17} han encontrado una reducción significativa en el cansancio emocional gracias a la aplicación de un programa de limitación del horario laboral. Otros^{18,19} encontraron reducciones no significativas en la puntuación obtenida en el MBI y en el grado de cansancio emocional. Sin embargo, un estudio reciente no halló reducción del grado de *burnout* pese a una reducción

Tabla 3 Relación entre las diferentes dimensiones del test Maslach Burnout Inventory y las variables epidemiológicas

Variable	Cansancio emocional			p	Despersonalización			p	Realización personal			p
	Bajo (n=39)	Moderado (n=40)	Alto (n=53)		Baja (n=21)	Moderada (n=26)	Alta (n=85)		Baja (n=52)	Moderada (n=41)	Alta (n=39)	
Edad (n [%])				0,61				0,08				0,43
Inferior a 30 años	34 (31,5%)	33 (30,6%)	41 (38,0%)		15 (13,9%)	21 (19,4%)	72 (66,7%)		40 (37,0%)	35 (32,4%)	33 (30,6%)	
Igual o superior a 30 años	4 (23,5%)	6 (35,3%)	7 (41,2%)		5 (29,4%)	4 (23,5%)	8 (47,1%)		9 (52,9%)	3 (17,6%)	5 (29,4%)	
Sexo (n [%])				0,87				0,49				0,95
Hombre	21 (32,8%)	16 (25,0%)	27 (42,2%)		10 (15,6%)	10 (15,6%)	44 (68,8%)		26 (40,6%)	18 (28,1%)	20 (31,3%)	
Mujer	18 (26,5%)	24 (35,3%)	26 (38,2%)		11 (16,2%)	16 (23,5%)	41 (60,3%)		26 (38,2%)	23 (33,8%)	19 (27,9%)	
Nacionalidad (n [%])				0,37				0,52				0,83
Española	36 (30,8%)	36 (30,8%)	45 (38,5%)		17 (14,5%)	25 (21,4%)	75 (64,1%)		45 (38,5%)	38 (32,5%)	34 (29,1%)	
Extranjera	3 (21,4%)	4 (28,6%)	7 (50,5%)		4 (28,6%)	1 (7,1%)	9 (64,3%)		7 (50,0%)	2 (14,3%)	5 (35,7%)	
Año de residencia (n [%])				0,54				0,45				0,84
Residente de primer-segundo año	20 (30,8%)	21 (32,3%)	24 (36,9%)		13 (20,0%)	11 (16,9%)	41 (63,1%)		27 (41,5%)	17 (26,2%)	21 (32,3%)	
Residente de tercer año o superior	19 (28,8%)	18 (27,3%)	29 (43,9%)		8 (12,1%)	15 (22,7%)	43 (65,2%)		25 (37,9%)	24 (36,4%)	17 (25,8%)	
Especialidad de la residencia (n [%])				0,25				0,05				0,05
Medicina interna y especialidades médicas	20 (24,4%)	28 (34,1%)	34 (41,5%)		10 (12,2%)	14 (17,1%)	58 (70,7%)		37 (45,1%)	25 (30,5%)	20 (24,4%)	
Resto de especialidades	19 (38,0%)	12 (24,0%)	19 (38,0%)		11 (22,0%)	12 (24,0%)	27 (54,0%)		15 (30,0%)	16 (32,0%)	19 (38,0%)	
Número total de guardias mensuales (n [%])				0,61				0,16				0,42
Inferior a 5	19 (34,5%)	19 (34,5%)	17 (30,9%)		9 (16,4%)	15 (27,3%)	31 (56,4%)		19 (34,5%)	15 (27,3%)	21 (38,2%)	
Igual o superior a 5	33 (42,9%)	22 (28,6%)	22 (28,6%)		12 (15,6%)	11 (19,3%)	54 (70,1%)		20 (26,0%)	25 (32,5%)	32 (41,6%)	
Días desde la última guardia (n [%])				0,56				0,22				0,05
Inferior a 7	23 (27,7%)	30 (36,1%)	30 (36,1%)		11 (13,3%)	15 (18,1%)	57 (68,7%)		36 (43,4%)	28 (33,7%)	19 (22,9%)	
Igual o superior a 7	9 (27,3%)	9 (27,3%)	15 (45,5%)		7 (21,1%)	7 (21,2%)	19 (57,6%)		10 (30,3%)	9 (27,3%)	14 (42,4%)	
Libranza posguardia (n [%])				0,08				0,53				0,05
Siempre o a menudo	27 (34,6%)	21 (26,9%)	30 (38,5%)		11 (14,1%)	13 (16,7%)	54 (69,2%)		31 (39,7%)	10 (27,0%)	14 (37,8%)	
Nunca u ocasionalmente	6 (16,2%)	13 (35,1%)	18 (48,6%)		6 (16,2%)	8 (21,6%)	23 (62,2%)		13 (35,1%)	28 (35,9%)	19 (24,4%)	
Realiza guardias en Urgencias (n [%])				0,27				0,64				0,36
Sí	22 (32,4%)	22 (32,4%)	24 (35,3%)		10 (14,7%)	13 (19,1%)	45 (66,2%)		28 (41,2%)	23 (33,8%)	17 (25,0%)	
No	17 (26,6%)	18 (28,1%)	29 (45,3%)		11 (17,2%)	13 (20,3%)	40 (62,5%)		24 (37,5%)	18 (28,1%)	22 (34,4%)	

significativa de las horas de trabajo semanales medias (de 100,7– 82,6 h)²⁰. Dada esta controversia, sería interesante medir el grado de *burnout* tras la aplicación de la nueva

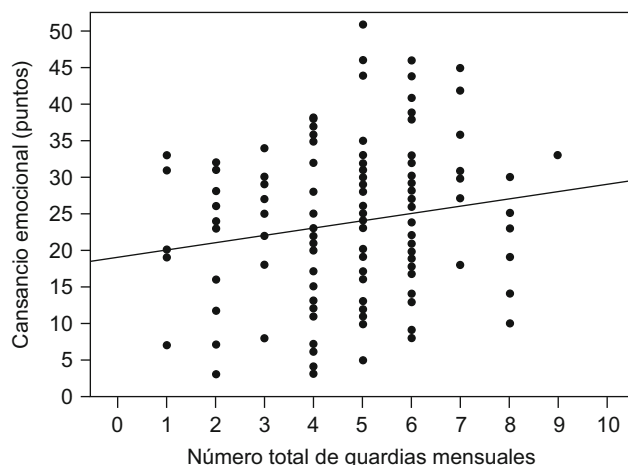


Figura 1 Relación entre el número mensual de guardias totales y en urgencias y la puntuación en el cansancio emocional.

normativa europea para contribuir a identificar si existen otros factores añadidos a la sobrecarga de horario laboral susceptibles de ser modificados para mejorar la calidad percibida de vida de los residentes.

A pesar de que clásicamente se ha atribuido al trabajo en Urgencias un plus añadido en cuanto a estrés por las especiales condiciones de trabajo de la mayoría de Servicios de Urgencias, tanto en los hospitales españoles^{21–24} como en otros países^{25,26}, en nuestro centro no parece que esta carga adicional exista, ya que no observamos ninguna relación entre las guardias en Urgencias y la mayor presencia de *burnout*, o el número de guardias que allí se realizan y el cansancio emocional, la despersonalización o la falta de realización personal.

El presente estudio tiene una serie de limitaciones que merecen ser comentadas. En primer lugar, es unicéntrico y quizás no sea directamente extrapolable a otros centros con otra estructura de guardias y otra organización distinta del trabajo. Sin embargo, creemos que nuestro hospital comparte las mismas características con muchos de los grandes hospitales universitarios españoles, por lo que, al menos para este grupo, los resultados serían exportables. Segundo, la tasa de respuesta fue del 45%. Aunque esto

Tabla 4 Relación entre la presencia de *burnout* y diferentes variables epidemiológicas

Variable	Burnout		Valor de p
	No (n=40)	Sí (n=92)	
Edad			0,64
Inferior a 30 años	32 (29,6%)	76 (73,4%)	
Igual o superior a 30 años	6 (35,6%)	11 (64,7%)	
Sexo (n [%])			0,88
Hombre	19 (29,7%)	45 (70,3%)	
Mujer	21 (30,9%)	47 (69,1%)	
Nacionalidad (n [%])			0,87
Española	36 (30,8%)	81 (69,2%)	
Extranjera	4 (28,6%)	10 (71,4%)	
Año de residencia (n [%])			0,41
Residente de primer-segundo año	22 (33,8%)	43 (66,2%)	
Residente de tercer año o superior	18 (27,3%)	48 (72,7%)	
Especialidad de la residencia (n [%])			0,06
Medicina interna y especialidades médicas	20 (24,4%)	62 (75,6%)	
Resto de especialidades	20 (40,0%)	30 (60,0%)	
Número total de guardias mensuales			<0,05
Inferior a 5	22 (40,0%)	33 (60,0%)	
Igual o superior a 5	18 (23,4%)	59 (76,6%)	
Días desde la última guardia			0,64
Inferior a 7	24 (28,9%)	59 (71,1%)	
Igual o superior a 7	11 (33,3%)	22 (66,7%)	
Libranza posguardia (n [%])			0,99
Siempre o a menudo	21 (26,9%)	57 (73,1%)	
Nunca o ocasionalmente	10 (27,0%)	27 (73,0%)	
Realiza guardias en Urgencias			0,88
Sí	21 (30,9%)	45 (70,3%)	
No	19 (29,7%)	47 (69,1%)	

pueda parecer en principio bajo, hay que tener en cuenta que la tasa de respuesta para los trabajos basados en encuestas rara vez superan el 50%, y en trabajos previos similares al nuestro realizados esta se situó entre el 18–100. %⁷. Sin embargo, no se puede descartar que haya existido un cierto sesgo de antiselección a favor de los residentes más afectados. Por último, el MBI es uno de los test que existen y ha recibido alguna crítica puesto que de las 3 escalas que mide, solo 2 de ellas se utilizan para definir *burnout*, ya que la escala de realización personal aparentemente podría medir parámetros al margen de los estrictamente laborales¹. Además, también se ha criticado la subdivisión en 5 categorías para cada uno de los ítems preguntados. En nuestro centro una alta proporción de los sujetos interrogados expresaron la dificultad de decantarse por una categoría u otra, por carecer de un punto medio entre ellas para contestar. Pese a todo, el cuestionario del MBI ha sido perfeccionado durante más de 20 años por la Dra. Maslach. La inmensa mayoría de estudios realizados acerca del *burnout* se basan en la respuesta al mismo y actualmente se considera el patrón oro para detectar la presencia o no de *burnout*.

En conclusión, el presente estudio permite afirmar que en nuestro centro la presencia de *burnout* entre los residentes es elevada y se relaciona fundamentalmente con el número de guardias realizadas. Sería aconsejable investigar si esta relación se da en la mayoría de centros españoles o por el contrario es una excepcionalidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

El Dr. Óscar Miró ha disfrutado de una beca de intensificación investigadora del Instituto Carlos III durante el año 2009. El trabajo ha sido posible en parte gracias a una ayuda del grupo de Investigación Consolidado «Urgencias: Procesos y Patologías» de la Generalitat de Catalunya (SGR 2009–1385) para el periodo 2009–2013.

Bibliografía

- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout Inventory Manual, 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Pr; 1996.
- Becker J, Milad M, Klock S. Burnout, depression, and career satisfaction: cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195:1444–9.
- Zaragoza Fernández M, Calvo Fernández C, Saad Saad T, Moran Portero FJ, San José Pizarro S, Hernández Arenilla P. Evolución de la frecuentación de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2009;21:339–45.
- Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2008;20:48–53.
- Fernández Martínez O, Hidalgo Cabrera C, Martín Tapia A, Moreno Suárez S, García del Río García B. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2007;19:116–21.
- Gil-Monte PR, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*. 1999;11:679–89.
- Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 2004;292:2880–9.
- 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.
- Castelo-Branco C, Figueras F, Eixarch E, Quereda F, Cancelo M, González S, et al. Stress symptoms and burnout in obstetric and gynaecology residents. *BJOG*. 2007;114:94–8.
- Graham J, Potts HW, Ramirez AJ. Stress and burnout in doctors. *Lancet*. 2002;360:1975–6.
- Spickard Jr A, Gabbe SG, Christensen JF. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA*. 2002;288:1447–50.
- Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RW. Young doctors' health, I: how do working conditions affect attitudes, health and performance? *Soc Sci Med*. 1997;45:35–40.
- Lemkau JP, Purdy RR, Rafferty JP, Rudisill JR. Correlates of burnout among family practice residents. *J Med Educ*. 1988;63:682–691.
- Daly MG, Wilcock SM. Examining stress and responses to stress in medical students and new medical graduates. *Med J Aust*. 2002;177(suppl):S14–5.
- Directiva 93/104/CE del consejo de 23 de noviembre de 1993 relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo. Diario oficial n° L307 de 13/12/1993; p. 18–24. Llei de Luxemburg.
- Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med*. 2005;165:2595–600.
- Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *Arch Intern Med*. 2005;165:2601–6.
- McCue JD, Sachs CL. A stress management workshop improves residents' coping skills. *Arch Intern Med*. 1991;151:2273–7.
- Ospina-Kammerer V, Figley CR. An evaluation of the Respiratory One Method (ROM) in reducing emotional exhaustion among family physician residents. *Int J Emerg Ment Health*. 2003;5:29–32.
- Gelfand DV, Podnos YD, Carmichael JC, Saltzman DJ, Wilson SE, Williams RA. Effect of the 80-hour workweek on resident burnout. *Arch Surg*. 2004;139:933–8.
- Mingote Adán JC, Gálvez Herrero M. El estrés del médico residente en Urgencias. *Emergencias*. 2007;19:111–2.
- Gutiérrez Díez MC, Santamaría Pablos A, Delgado Diego A, Moreno Marín JA, Monasterio Rentaría AM, Landaluze Fuentes M, et al. Desgaste profesional: calidad de las relaciones interpersonales en los equipos de trabajo. *Emergencias*. 2008;20:73–74.
- Moreno Millán E. Estrés ocupacional en los profesionales de la medicina aguda. *Emergencias*. 2007;19:151–3.
- Sánchez Rodríguez-Manzanique A, de Lucas García N, García-Ochoa Blanco MJ, Sánchez Ferrer C, Jiménez Fraile JA, Bustinza Arriortua A. Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. *Emergencias*. 2001;13:170–5.
- Whitley TW, Allison Jr EJ, Gallery ME, Heyworth J, Cockington RA, Gaudry P, et al. Work-related stress and depression among physicians pursuing postgraduate training in emergency medicine: an international study. *Ann Emerg Med*. 1991;20:992–6.
- Garza JA, Schneider KM, Promecene P, Monga M. Burnout in residency: a statewide study. *South Med J*. 2004;97:1171–3.