



Artículo original

Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) y variables asociadas en médicos especialistas



Enrique Castañeda Aguilera* y Javier Eduardo García de Alba García

Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud (U.I.S.E.S.S.), Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de agosto de 2019

Aceptado el 17 de junio de 2020

On-line el 17 de agosto de 2020

Palabras clave:

Médicos especialistas

Burnout profesional

Variables asociadas

R E S U M E N

Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) y las variables asociadas en médicos especialistas.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, mediante censo de médicos especialistas de 3 hospitales regionales (n=540), ficha de identificación y Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey autoaplicado. Se realizaron estadísticas descriptivas y el análisis inferencial con SPSS 15.0 y Epi-infoV6.1.

Resultados: Un 90,0% de los especialistas estudiados respondieron. Se detectó *burnout* en el 45,9%. Hubo diferencias significativas en las variables: ser mujer; la edad <40 años; no tener pareja estable o llevar menos de 15 años con ella; que la pareja trabaje; no tener hijos; especialidad clínica; menos de 10 años de antigüedad profesional y en el puesto actual de trabajo, y laborar jornada acumulada. Correlación negativa: *burnout* con agotamiento emocional y con despersonalización. Positiva con la falta de realización personal en el trabajo.

Conclusiones: El *burnout* es frecuente (45,9%) entre los médicos especialistas. Los niveles medios de las subescalas se encuentran cerca de la normalidad. La afección por el agotamiento emocional y la despersonalización se comportan inversamente proporcionales con la puntuación total del síndrome, y directamente proporcionales con la falta de realización personal en el trabajo con *burnout*.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Prevalence of Burnout Syndrome and Associated Variables in Mexican Medical Specialists

A B S T R A C T

Objective: To determine the prevalence of burnout syndrome and the associated variables in medical specialists in Mexico.

Keywords:

Specialist medical

Professional burnout

Associated variables

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: ecastaneda03@hotmail.com, ecastaneda030@hotmail.com (E. Castañeda Aguilera).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.06.002>

0034-7450/© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Methods: Observational, descriptive and cross-sectional study, by means of a census of 540 medical specialists from three Regional Hospitals. Using their identification card and self-administered Maslach Burnout Inventory-Human Services questionnaire, descriptive statistics and inferential analysis were performed using SPSS 15.0 and Epi-infoV6.1.

Results: There was a 90.0% response in the specialists studied. Burnout was detected in 45.9%. There were significant differences in variables: being female; under 40 years of age; without a stable partner, and less than 15 years together; a working couple; childless; clinical specialty; less than 10 years of professional and current employment, and accumulated work day. A negative correlation was found in burnout with emotional exhaustion, and with depersonalisation. It was positive with a lack of personal fulfilment at work.

Conclusions: Burnout is common (45.9%) in specialist physicians. The average levels of the subscales are close to normal. Emotional exhaustion and depersonalisation behave inversely proportional to the total score of the syndrome, and directly proportional to the lack of personal fulfilment in the work with burnout.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El personal médico hospitalario está expuesto a factores de riesgo durante el desarrollo de su práctica profesional¹. Los biológicos, al estar en contacto con enfermedades como la del virus de la inmunodeficiencia humana, la tuberculosis y la hepatitis, entre otras; los químicos como las sustancias neurotóxicas, mutagénicas, carcinogénicas y anestésicas, además de los físicos como es el ruido, las radiaciones ionizantes y no ionizantes y la iluminación; también los ergonómicos como los tiempos de trabajo extensos, los espacios laborales reducidos, las posturas y la bipedestación prolongada y las pantallas de visualización de datos, así como los psicosociales referentes a la organización en el trabajo, las relaciones interpersonales internas (colegas, superiores o subordinados) y externas (pacientes, proveedores), etc.; que generan ansiedad, depresión, estrés, etc.¹. Este grupo de salud es numeroso y diverso, con una gran importancia e influencia social, y tradicionalmente existe un alto compromiso interindividual. Actualmente se ha tenido mucho interés por aquello que forma parte de la actividad laboral de estos profesionales, con obligaciones y riesgo a los que ellos se exponen; los más frecuentes son los de tipo psicosocial, por la diversificación del puesto de trabajo que realizan al atender a los pacientes en consulta externa, a los hospitalizados o en el servicio de urgencias, además de tener a su cargo al personal médico becario, que capacita de manera teórica y práctica; los pertenecientes al área quirúrgica que realizan todo tipo de cirugías, así como los trámites administrativos inherentes a los procedimientos médicos y quirúrgicos que se realizan en los hospitales. Sin olvidar la responsabilidad ética profesional y los posibles conflictos de tipo médico-legal a los que están expuestos con el ejercicio de su trabajo¹.

Los riesgos psicosociales se han convertido en un fenómeno relevante, han alcanzado rápidamente una considerable notoriedad y están muy relacionados íntimamente con la actividad laboral. Una posible consecuencia del estrés crónico experimentado en el contexto laboral del personal médico especialista es el síndrome de agotamiento profesional

(*burnout*) (SAP), que en su forma clínica fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger². Lo definió como «un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo». Este fenómeno, que empezó a aparecer en los años setenta en Estados Unidos, para hacer referencia al desgaste o la sobrecarga profesional de los profesionales del servicio. En esa misma época, la psicóloga Cristina Maslach³ estudiaba las respuestas emocionales que se producen entre las personas que trabajaban con los profesionales de ayuda. En 1977, dentro del Congreso anual de la Asociación Americana de psicólogos, lo utilizó para describirlo en personas que trabajan en los servicios humanos, profesionales de la salud y de la educación en condiciones difíciles de contacto directo con los usuarios; este término era empleado entonces por los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y apatía entre compañeros de trabajo.

Maslach y Jackson⁴ estudiaron este síndrome desde una perspectiva tridimensional caracterizado por: agotamiento emocional (AE), manifestado por la pérdida progresiva de energía, cansancio y fatiga; despersonalización (DP), identificada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad, y falta de realización personal en el trabajo (RP), con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. En 1982 establecieron una de las definiciones más aceptadas y utilizadas por los distintos autores para la realización de sus investigaciones: como una «respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: agotamiento emocional, despersonalización y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar»⁵. Con base en los estudios realizados por estas autoras, elaboraron el *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud.

Christina Maslach publicó en 2001 una reflexión sobre los últimos 20 años de investigación acerca del síndrome, y concluye que se debe entender como un fenómeno multidimensional⁶. Fue validado en profesionales mexicanos por Grajales⁷.

Tabla 1 – Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) (SAP) entre los médicos especialistas según diversos autores

Estudio	Resultados
Cotrina, et al. (2019)	2,7% en Huánuco, Perú
Arteaga, et al. (2014)	3,7% en Ica, Perú
Goehring, et al. (2005)	4,0% en Suiza
Zumárraga, et al. (2008)	7,4% en Quito, Ecuador
Gomero, et al. (2005)	7,69% en Lima, Perú
Bruce, et al. (2005)	10,0% en Suecia
Visser (2001)	11,0% en Ámsterdam, Países Bajos
Grau, et al. (2009)	12,1% en Hispanoamérica
Ordenes (2004)	16,0% en Santiago, Chile
Sarmiento (2019)	16,3% en Cusco, Perú
Girón, et al. (2013)	17,0% en San Salvador, El Salvador
Meza (2018)	17,4% en Chimbote, Perú
Salazar (2017)	18,0% en Cochabamba, Bolivia
Linzer, et al. (2002)	21,0% en Países Bajos
Sabag (2006)	21,5% en Sonora, México
Association of Professors of Medicina (APS) (2001)	22,0% en Wisconsin, Estados Unidos
Lugo (2019)	24,4% en La Guaira, Venezuela
Hernández (2003)	25,0% en La Habana, Cuba
Esquivel, et al. (2007)	26,2% en Distrito Federal, México
Linzer, et al. (2002)	28,0% en Estados Unidos
Miraval (2017)	29,4% en Lima, Perú
Sinchire (2017)	33,3% en Machala, Ecuador
Borbolla, et al. (2007)	45,4% en Tabasco, México
Gutiérrez, et al. (2008)	45,4% en Pereira, Colombia
Tait, et al. (2012)	45,4% en Minnesota, Estados Unidos
Glesberg, et al. (2007)	47,9% en Suecia
Siu, et al. (2012)	47,9% en Hong Kong, China
Aranda, et al. (2011)	51,3% en Guadalajara, México
Visser, et al. (2003)	55,0% en Ámsterdam, Países Bajos
Ferrel, et al. (2010)	55,4% en Santa Marta, Colombia
Cáceres (2006)	59,0% en Madrid, España
Castillo, et al. (2019)	86,5% en Guayaquil, Ecuador

El SAP en médicos especialistas se considera un riesgo profesional importante para ellos, pues son propensos a él debido a la naturaleza específica de su trabajo, como la gran responsabilidad laboral, los conflictos legales, la baja remuneración, la falta de reconocimiento institucional, la farmacodependencia, el mayor riesgo de suicidio, etc.¹. En países europeos, americanos y asiáticos se evidencia una prevalencia variable del síndrome, pues las cifras reportadas oscilan desde el 2,7⁸ hasta el 86,5%⁹. Por ejemplo: en hispanoamérica el síndrome se detecta con una frecuencia del 12,2%; en América del Sur, del 2,7-86,5%; en Norteamérica, del 22,0-45,4%; en Europa, del 4,0-55,0%; en Asia, el 47,9%; en Centroamérica y El Caribe, del 17,0-25,0%, y en México, del 21,5-51,3% (tabla 1).

El conocimiento obtenido hasta la actualidad ha puesto las bases para realizar intervenciones, con apoyo de técnicas y actividades para afrontar y manejar el estrés laboral crónico, todo ello acorde con el nivel en el que se intervendrá: individual, grupal o institucional. La mayoría de los programas se centran en el entrenamiento en aspectos específicos y otros, en concientizar a los trabajadores de la importancia de prevenirlo. Sin embargo, el conocimiento actual puede favorecer la estructuración de políticas hacia el personal de salud aquí y ahora.

Material y métodos

Nuestra investigación tiene el objetivo de aportar elementos específicos al estudio del SAP (prevalencia, valores de subescalas y determinación de variables asociadas), en una muestra censal de 3 hospitales regionales de una de las instituciones de salud más importantes de América Latina, en la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG), México.

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal con el objeto de determinar la frecuencia y las variables asociadas del SAP, así como la posible relación con las variables sociodemográficas y laborales asociadas.

La población seleccionada fueron todos los médicos especialistas adscritos a los 3 hospitales regionales, que representan el universo de la ZMG, México, cuya inclusión en el estudio implicó cumplir los siguientes requisitos: más de 1 año de antigüedad, estar en activo y en disposición de responder a los instrumentos de evaluación. Se excluyó a los médicos becarios residentes, directivos y demás personal sanitario, así como a quienes no se encontraban ocupando su plaza en el período de la aplicación de las encuestas, en cuyo caso el cuestionario era complementado por el personal sustituto. Se eliminaron las encuestas que no se llenaron correctamente. Se explicó al personal médico especialista los motivos y los objetivos del estudio, y se obtuvo su autorización para participar mediante el consentimiento informado verbal, haciendo énfasis en que la aplicación sería de carácter anónimo y voluntario y que no conllevaba riesgo alguno, hecho lo cual, se aplicó.

Para obtener la información se emplearon 2 instrumentos: el primero, de elaboración propia para el registro de las variables sociodemográficas (sexo, edad, con o sin pareja estable, tiempo con pareja estable, trabaja la pareja y número de hijos) y laborales (área laboral, antigüedad profesional y en el puesto actual de trabajo, turno laboral, tipo de contratación, otro trabajo y horas que le dedica). El segundo, el MBI-HSS⁴, con una versión traducida y validada de la original, que ya se ha utilizado en varios estudios realizados en México⁷, con un intervalo de fiabilidad de 0,57-0,80.

Se trata de un cuestionario de 22 ítems con 7 opciones de respuesta (escala Likert de 0 a 6), que va de 0 (nunca) hasta 6 (todos los días) y contiene las siguientes subescalas: AE (9 ítems), DP (5 ítems) y RP (8 ítems). Las puntuaciones de cada subescala se obtienen al sumar los valores de los ítems, lo cual permite evaluar los niveles del síndrome que tiene cada trabajador. Como puntos de corte, se pensó en seguir los criterios seguidos por otros autores^{5,10}. Para ello se categorizaron las 3 subescalas en niveles bajo, moderado y alto; AE (≤ 18 ; 19-26; ≥ 27), DP (≤ 5 ; 6-9; ≥ 10) y, en contrapartida, la RP funciona en sentido opuesto a las anteriores (≤ 33 ; 34-39; ≥ 40), así la puntuación baja indicaría baja realización; la intermedia, moderada realización, y la alta, sensación de logro. Se determina la presencia del SAP con la afectación de una de las subescalas del inventario, ya sea en su nivel medio o alto.

El estudio de los datos y su relación con las variables sociodemográficas y laborales, se realizó mediante el software SPSS 15.0. Se hizo un análisis estadístico descriptivo para obtener cifras absolutas, porcentajes y media \pm desviación estándar según escala de medición. El análisis inferencial se completó

con el programa Epi-info V 6.1, que ayudo a calcular las *odds ratio* (OR) con su respectivo intervalo de confianza de 95% (IC95%) y la prueba de la χ^2 (con o sin corrección de Yates), considerando significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Aspectos éticos

Para el estudio, catalogado como de riesgo mínimo por la Ley de Salud, se solicitó a los participantes su consentimiento informado verbal, cuidando la confidencialidad y los principios de autonomía, justicia y beneficencia-no maleficencia. Fue aprobado por el Comité de Investigación de los hospitales. Se procuró informar de los resultados positivos a los interesados para su atención.

Resultados

De las 600 encuestas distribuidas, cumplieron con los criterios de estudio y se completaron correctamente 540, por lo que se obtuvo una tasa de respuesta del 90,0%. Las 60 restantes que se eliminaron por no reunir los criterios de inclusión, no presentaron diferencias significativas en su distribución respecto a las variables analizadas en el grupo de estudio.

En el perfil sociodemográfico destaca el sexo femenino con el 56,0% ($p < 0,05$), con una media de edad de $44,0 \pm 7,1$ años; el grupo de edad < 40 años predominó, con el 62,0% ($p < 0,05$). El 57,0% ($p < 0,05$) no tenía pareja estable, el tiempo promedio con esta fue de $15,1 \pm 5,6$ años, el 58,0% ($p < 0,05$) tenía menos de 15 años con ella, en el 49,0% trabajaba la pareja y el 57,0% ($p < 0,05$) manifestó no tener hijos.

En el perfil laboral, la especialidad de actividad profesional que destacó fue la clínica con el 52,0% ($p < 0,05$), la antigüedad profesional tuvo un promedio de $15,1 \pm 6,3$ años, y en el puesto actual de trabajo, $9,0 \pm 7,2$ años. El grupo de menos de 10 años de antigüedad laboral se mostró en el 55,0% ($p < 0,05$) y sobresalió con el 49,0% el grupo de menos de 10 años de antigüedad en el puesto. El 59,0% manifestó laborar en la jornada acumulada, el 48,0% tenía contratación definitiva ($p < 0,05$). El 51,0% no tenía otro trabajo y el 41,0% laboraba más de 4 h en él ($p < 0,05$).

El SAP se detectó en 248 (45,9%); de ellos, 113 (45,5%) tuvieron 1 subescala afectada; 91 (36,7%), 2 y 44 (17,8%), 3.

En lo referente al hospital donde realizan su práctica profesional, la frecuencia del SAP predominó en 90 (16,7%) de ellos en el hospital regional C y le siguieron el B con 89 (16,4%) y el A con 69 (12,8%).

Después se caracterizaron 2 grupos según las puntuaciones alcanzadas para considerar SAP^{5,10}: uno afectado y otro sin afectar. Inmediatamente se realizó una asociación con cada una de las variables sociodemográficas y laborales. Obsérvese en la [tabla 2](#) que ser mujer, sin pareja estable, que no trabaje ella, no tener hijos, laborar en jornada acumulada y no tener otro trabajo se asociaron con la presencia de SAP; por otra parte, tener menos de 40 años de edad (OR = 2,26; IC95%, 1,52-3,36), menos de 15 años con pareja estable (OR = 3,32; IC95%, 2,11-5,24), la especialidad clínica (OR = 1,58; IC95%, 1,11-2,26), llevar menos de 10 años de antigüedad profesional (OR = 1,74; IC95%, 1,16-2,62) y en el puesto actual de trabajo (OR = 1,46;

IC95%, 1,01-2,11) se asociaron con la presencia del SAP y se comportan como factores de riesgo.

Se muestran los datos obtenidos para las características asociadas con las subescalas de AE ([tabla 3](#)), DP ([tabla 4](#)) y RP ([tabla 5](#)), con la presencia o ausencia de SAP.

Se asociaron con la presencia de SAP para la presencia de AE el ser mujer, que no trabaje la pareja, no tener hijos, laborar en jornada acumulada y no tener otro trabajo; además, tener menos de 40 años de edad (OR = 2,86; IC95%, 1,90-4,31), menos de 15 años con pareja estable (OR = 4,10; IC95%, 2,48-6,77), menos de 10 años de antigüedad profesional (OR = 2,24; IC95%, 1,47-3,43) y en el puesto actual de trabajo (OR = 2,00; IC95%, 1,35-3,15) se asociaron con la presencia del SAP, y por su valor indican que se comportan como factores de riesgo.

Se asociaron con la presencia de SAP para la presencia de DP no tener pareja estable, que no trabaje esta y no tener hijos; por otra parte, tener menos de 40 años (OR = 2,79; IC95%, 1,75-4,46), menos de 15 años con pareja estable (OR = 4,61; IC95%, 2,38-9,01), menos de 10 años de antigüedad profesional (OR = 2,67; IC95%, 1,65-4,31) y dedicar menos de 4 h a otro trabajo (OR = 7,94; IC95%, 3,64-17,51) se asociaron con la presencia del SAP.

Se asociaron como variables de riesgo con la presencia de SAP para la presencia de RP no tener pareja estable y que no trabaje esta; además, tener menos de 15 años con pareja estable (OR = 1,97; IC95%, 1,21-3,24) y la especialidad clínica (OR = 1,67; IC95%, 1,13-2,48) se asociaron con la presencia del SAP.

Se comportan como factores protectores contra el SAP ser mujer (OR = 0,56; IC95%, 0,38-0,83), sin pareja estable (OR = 0,54; IC95%, 0,36-0,79), que la pareja no labore (OR = 0,57; IC95%, 0,36-0,89) no tener hijos (OR = 0,52; IC95%, 0,35-0,77) y no tener otro trabajo (OR = 0,63; IC95%, 0,44-0,91).

Se efectuó una correlación de Pearson entre SAP y cada una de las 3 subescalas, y mostró una asociación inversamente proporcional de AE ($-0,663$; $p = 0,0001$) y DP ($-0,490$; $p = 0,0001$), y directamente proporcional de RP (0,644; $p = 0,0001$).

Se establecieron los valores medios en las subescalas de AE (15,3), DP (4,8) y RP (39,8) en nuestro estudio. En la [tabla 6](#) se comparan con los de diversos autores.

Discusión

El estudio del SAP ha ido creciendo en complejidad a medida que se ha profundizado en la identificación y la evaluación de sus posibles causas, determinantes y procesos adyacentes. El estudio de este en una muestra representativa de médicos especialistas de 3 hospitales de Guadalajara, México, tiene como fortaleza aportar elementos de juicio no solo para constatar la creciente importancia de la magnitud del síndrome en el área de la salud y la afección del personal sanitario, sino también describir y analizar factores asociados.

Nuestro estudio, como todos los de tipo transversal, presenta la limitación de no distinguir apropiadamente causas de efectos.

Las principales restricciones del trabajo están relacionadas con su diseño transversal y con algunas propiedades del instrumento de recolección de datos utilizado, el cuestionario estructurado, que disminuye las respuestas obtenidas de

Tabla 2 – Relación de las variables asociadas con la presencia o ausencia de síndrome de agotamiento profesional (burnout) entre los médicos especialistas de 3 hospitales regionales de la ciudad de Guadalajara, México en 2019 (n = 540)

Variables analizadas	SAP, n (%)		P
	Sí	No	
Perfil sociodemográfico	248 (45,9)	292 (54,1)	
Sexo			
Varones	163 (42,0)	226 (58,0)	0,002 ^a
Mujeres	85 (56,0)	66 (44,0)	
Grupo de edad			
< 40 años	95 (62,0)	63 (48,0)	0,00002 ^b
≥ 40 años	153 (40,0)	229 (60,0)	
Estado civil			
Con pareja estable	155 (41,0)	221 (59,0)	0,0008 ^c
Sin pareja estable	93 (57,0)	71 (43,0)	
Tiempo con pareja estable			
< 15 años	90 (58,0)	65 (42,0)	0,0000 ^d
≥ 15 años	65 (29,0)	156 (71,0)	
Trabaja la pareja			
Sí	83 (36,0)	148 (64,0)	0,008 ^e
No	72 (49,0)	73 (51,0)	
Hijos			
Sí	158 (41,0)	225 (59,0)	0,0006 ^f
No	90 (57,0)	67 (43,0)	
Perfil laboral			
Área laboral			
Especialidad clínica	131 (52,0)	121 (48,0)	0,008 ^g
Especialidad quirúrgica	117 (41,0)	171 (59,0)	
Antigüedad profesional			
< 10 años	77 (55,0)	60 (45,0)	0,005 ^h
≥ 10 años	171 (42,0)	232 (58,0)	
Antigüedad en el puesto de trabajo actual			
< 10 años	167 (49,0)	171 (51,0)	0,03 ⁱ
≥ 10 años	81 (40,0)	121 (60,0)	
Turno laboral			
Matutino	142 (48,0)	156 (52,0)	0,01 ^j
Vespertino	56 (36,0)	99 (64,0)	
Nocturno	27 (56,0)	21 (44,0)	
Jornada acumulada	23 (59,0)	16 (41,0)	
Tipo de contratación			
Definitiva	242 (48,0)	277 (52,0)	0,10
Temporal	6 (29,0)	15 (71,0)	
Otro trabajo			
Sí	89 (39,0)	137 (61,0)	0,009 ^k
No	159 (51,0)	155 (49,0)	
Horas que labora en el otro trabajo			
< 4 h	12 (33,0)	24 (67,0)	0,41
≥ 4 h	77 (41,0)	113 (59,0)	

SAP: síndrome de agotamiento profesional.

^a $\chi^2 = 9,07$.^b $\chi^2 = 18,14$.^c $\chi^2 = 11,02$.^d $\chi^2 = 30,87$.^e $\chi^2 = 6,93$.^f $\chi^2 = 11,58$.^g $\chi^2 = 6,98$.^h $\chi^2 = 7,81$.ⁱ $\chi^2 = 4,41$.^j $\chi^2 = 11,08$.^k $\chi^2 = 6,70$.El umbral de significación estadística se fijó en $p \leq 0,05$.

Tabla 3 – Características de las variables asociadas con la subescala de agotamiento emocional con la presencia o ausencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) entre los médicos especialistas de 3 hospitales regionales de la ciudad de Guadalajara, México, en 2019 (n = 540)

Variables	AE, n (%)		p	
	Con SAP	Sin SAP		
Perfil sociodemográfico				
Sexo	Varones	101 (28)	223 (72)	0,0003 ^a
	Mujeres	63 (42)	88 (58)	
Grupo de edad	< 40 años	74 (47)	84 (53)	0,0000 ^b
	> 40 años	90 (24)	292 (76)	
Estado civil	Con pareja estable (casados/unión libre)	107 (29)	269 (71)	NS
	Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	57 (35)	107 (65)	
Tiempo con pareja estable	< 15 años	70 (45)	85 (55)	0,0000 ^c
	> 15 años	37 (17)	184 (83)	
Trabaja la pareja	Sí	57 (25)	174 (75)	0,04 ^d
	No	50 (44)	95 (66)	
Hijos	Sí	104 (27)	279 (73)	0,01 ^e
	No	60 (38)	97 (62)	
Perfil laboral				
Área laboral	Especialidad clínica	81 (29)	171 (71)	NS
	Especialidad quirúrgica	83 (40)	205 (60)	
Antigüedad profesional	< 10 años	60 (44)	77 (56)	0,00007 ^f
	> 10 años	104 (26)	299 (74)	
Antigüedad en el puesto de trabajo	< 10 años	121 (36)	217 (64)	0,0003 ^g
	> 10 años	43 (21)	159 (79)	
Turno laboral	Matutino	100 (36)	198 (64)	0,0008 ^h
	Vespertino	30 (19)	125 (81)	
	Nocturno	15 (31)	33 (69)	
	Jornada acumulada	19 (49)	20 (51)	
Tipo de contratación	Definitiva	158 (30)	361 (70)	NS
	Temporal	6 (29)	15 (71)	
Otro trabajo	Sí	54 (24)	172 (76)	0,005 ⁱ
	No	110 (35)	204 (65)	
Horas que dedica a otro trabajo	< 4 horas	8 (22)	28 (78)	NS
	> 4 horas	46 (24)	144 (76)	

AE: agotamiento emocional; NS: sin significación estadística; SAP: síndrome de agotamiento profesional.

^a $\chi^2 = 12,77$.

^b $\chi^2 = 28,63$.

^c $\chi^2 = 36,14$.

^d $\chi^2 = 4,21$.

^e $\chi^2 = 6,44$.

^f $\chi^2 = 15,65$.

^g $\chi^2 = 12,59$.

^h $\chi^2 = 16,55$.

ⁱ $\chi^2 = 7,71$.

El umbral de significación estadística se fijó en $p \leq 0,5$.

los sujetos de estudio a las opciones empleadas, que limitan la explicación o profundización del tema investigado. Otras posibilidades fueron: el sesgo de memoria y la reserva individual por temor a que la información otorgada se usara de manera perjudicial. El primer aspecto se solventó al utilizar cuestionarios validados; se trató de evitar el segundo mediante preguntas concretas y objetivas y el tercero, al asegurar el anonimato de los informantes.

Lo anterior se logró en nuestro estudio con el 90,0% de respuesta, lo que aunado al tamaño de la muestra ofrece representatividad de los médicos especialistas que laboran en estos hospitales de Guadalajara, México, y refleja una frecuencia alta respecto a otros estudios publicados¹¹⁻²⁰ y por debajo de otros autores²¹⁻²⁴.

En lo referente al perfil sociodemográfico, el sexo femenino fue el que destacó en nuestro estudio, lo que concuerda con la literatura médica revisada^{9,16,23,25,26} y se mostró de manera significativa. No se coincide con otros autores que observaron predominio masculino^{8,11-15,17,19,20,22,27,28,30-36}. Hernández³⁷ en 2003 encontró la misma proporción en ambos. Ordenes²¹ en 2004 y Linzer et al.³⁸ en 2002 no encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo. La edad también se analizó, y el mayor número de casos se presentó en el grupo menor de 40 años, lo que se ajusta a las investigaciones revisadas^{9,22-25,27-29,31,32,37} y se asoció significativamente. No se coincide con otras publicaciones^{12-20,30,33-36} en las que predominaron los médicos de más de 40 años de edad. Ordenes²¹ en 2004 no encontró diferencias significativas en

Tabla 4 – Características de las variables asociadas con la subescala de despersonalización con la presencia o ausencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) entre los médicos especialistas de 3 hospitales regionales de la ciudad de Guadalajara, México, en 2019 (n = 540)

Variables		DP, n (%)		p
		Con SAP	Sin SAP	
Perfil sociodemográfico				
Sexo	Varones	69 (18)	320 (82)	NS
	Mujeres	33 (22)	118 (78)	
Grupo de edad	< 40 años	49 (31)	109 (69)	< 0,0001 ^a
	≥ 40 años	53 (14)	329 (86)	
Estado civil	Con pareja estable (casados/unión libre)	57 (15)	319 (85)	0,0008 ^b
	Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	45 (27)	119 (73)	
Tiempo con pareja estable	< 15 años	41 (26)	114 (74)	< 0,0001 ^c
	≥ 15 años	16 (7)	205 (93)	
Trabaja la pareja	Sí	24 (10)	207 (90)	0,001 ^d
	No	33 (33)	112 (77)	
Hijos	Sí	62 (16)	321 (84)	0,01 ^e
	No	40 (25)	117 (75)	
Perfil laboral				
Área laboral	Especialidad clínica	47 (19)	205 (81)	NS
	Especialidad quirúrgica	55 (20)	233 (80)	
Antigüedad profesional	< 10 años	43 (31)	94 (69)	0,0001 ^f
	≥ 10 años	59 (15)	344 (85)	
Antigüedad en el puesto de trabajo	< 10 años	59 (17)	279 (83)	NS
	≥ 10 años	43 (21)	159 (79)	
Turno laboral	Matutino	54 (18)	244 (82)	NS
	Vespertino	33 (21)	122 (79)	
	Nocturno	12 (25)	36 (75)	
	Jornada acumulada	3 (8)	36 (92)	
Tipo de contratación	Definitiva	99 (19)	420 (81)	NS
	Temporal	3 (14)	18 (86)	
Otro trabajo	Sí	44 (20)	182 (80)	NS
	No	26 (19)	28 (81)	
Horas que dedica a otro trabajo	< 4 horas	26 (48)	28 (52)	< 0,0001 ^g
	≥ 4 horas	18 (10)	154 (90)	

DP: despersonalización; NS: sin significación estadística; SAP: síndrome de agotamiento profesional.

^a $\chi^2 = 21,43$.

^b $\chi^2 = 11,24$.

^c $\chi^2 = 26,14$.

^d $\chi^2 = 10,60$.

^e $\chi^2 = 6,27$.

^f $\chi^2 = 18,72$.

^g $\chi^2 = 37,22$.

El umbral de significación estadística se fijó en $p \leq 0,5$.

cuanto a la edad. No tener pareja estable se mostró con mayor frecuencia en nuestro estudio y se asoció de manera significativa, lo que coincide con Esquivel et al.¹⁹ y Lugo²⁸; en la mayoría de las publicaciones prevaleció tener pareja estable^{8,9,11-13,15-23,27,30,34,39}. Ordenes²¹ no encontró diferencias significativas entre tenerla o no. En nuestra investigación resaltó tener menos de 15 años con ella y que trabajara esta, en ambas se asoció significativamente. No fueron reportadas estas variables en los estudios revisados. No tener hijos sobresalió con nosotros y se manifestó significativamente, como para Siu et al.²²; no obstante, para otros investigadores^{11,12,19,23,36} destacó tenerlos. Para Grau et al.³⁶ tener hijos tuvo un efecto protector.

En lo concerniente al perfil laboral, la especialidad clínica sobresalió en el área laboral y se asoció significativamente como en otros estudios^{17-19,34}, aunque no los de Cotrina et al.⁸ y Lugo²⁸, además de Miraval³⁰ resaltando la especialidad

quirúrgica. Tener una antigüedad profesional < 10 años se destacó en nuestra investigación, con diferencia significativa, y coincide con los estudios de otros autores^{8,25,31,32}; no coincide con otras investigaciones^{11,17-20,22,26,33,34,36-38} en que predominó la antigüedad mayor de 10 años. Ordenes²¹ no encontró diferencias significativas en esta; la antigüedad en el puesto actual de trabajo fue menor de 10 años, se manifestó significativamente y concuerda con Martín et al.²⁵. La antigüedad mayor de 10 años no fue reportada en los estudios revisados. En lo referente al turno laboral, resaltó la jornada acumulada con asociación significativa, variable que no fue reportada en los estudios examinados. El tipo de contratación definitiva fue el que predominó en nuestro estudio, que concuerda con lo encontrado por Cotrina et al.⁸. Para Sarmiento²⁴ prevaleció la contratación temporal. No tener otro trabajo resaltó en nuestro estudio, lo que no coincide con otros autores^{12,20,23,34}. Para Sabag⁴⁰ destacó tenerlo, y fue significativo. Laborar más de

Tabla 5 – Características de las variables asociadas con la subescala de falta de realización personal en el trabajo con la presencia o ausencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) entre los médicos especialistas de 3 hospitales regionales de la ciudad de Guadalajara, México, en 2019 (n = 540)

Variables		Falta de RP, n (%)		p
		Con SAP	Sin SAP	
Perfil sociodemográfico				
Sexo	Masculino	118 (30)	271 (70)	NS
	Femenino	38 (25)	113 (75)	
Grupo de edad	< 40 años	50 (32)	108 (68)	NS
	>40 años	106 (28)	276 (72)	
Estado civil	Con pareja estable (casados/unión libre)	97 (26)	279 (74)	0,016 ^a
	Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	59 (36)	105 (64)	
Tiempo con pareja estable	< 15 años	52 (34)	103 (66)	0,004 ^b
	>15 años	45 (20)	176 (80)	
Trabaja la pareja	Si	48 (21)	183 (79)	0,004 ^e
	No	49 (34)	96 (66)	
Hijos	Si	108 (28)	275 (72)	NS
	No	48 (31)	109 (69)	
Perfil laboral				
Área laboral	Especialidad clínica	87 (35)	165 (65)	0,006 ^d
	Especialidad quirúrgica	69 (24)	219 (76)	
Antigüedad profesional	< 10 años	43 (31)	94 (69)	NS
	≥ 10 años	113 (48)	290 (52)	
Antigüedad en el puesto de trabajo	< 10 años	94 (28)	244 (72)	NS
	≥ 10 años	62 (31)	140 (69)	
Turno laboral	Matutino	89 (30)	209 (70)	NS
	Vespertino	38 (25)	117 (75)	
	Nocturno	19 (40)	29 (60)	
	Jornada acumulada	10 (26)	29 (74)	
Tipo de contratación	Definitiva	153 (47)	366 (53)	NS
	Temporal	3 (14)	18 (86)	
Otro trabajo	Sí	57 (25)	169 (75)	NS
	No	99 (32)	215 (68)	
Horas que dedica a otro trabajo	< 4 horas	8 (22)	28 (78)	NS
	> 4 horas	49 (26)	141 (74)	

RP: realización personal en el trabajo; NS: sin significación estadística; SAP: síndrome de agotamiento profesional.

^a $\chi^2 = 5,76$.

^b $\chi^2 = 8,28$.

^d $\chi^2 = 7,30$.

^c $\chi^2 = 7,88$.

El umbral de significación estadística se fijó en $p \leq 0,5$.

Tabla 6 – Valores medios en las subescalas de agotamiento emocional, despersonalización y la falta de realización personal en el trabajo del síndrome de agotamiento profesional (burnout) entre los médicos especialistas según diversos autores

	AE	DP	Falta de RP
Valores normales (Maslach y Jackson, 1986)	22,1	7,2	36,5
Selmanovic et al. (2011)	10,1	5,1	38,1
Visser et al. (2003)	15,5	7,4	27,3
Escriba et al. (2008)	17,8	10,6	34,0
Goehring et al. (2005)	17,9	6,5	39,6
Arteaga et al. (2014)	18,6	8,3	30,4
Esquivel et al. (2007)	20,1	7,5	31,2
Tait et al. (2012)	21,0	5,0	42,0
Martín et al. (2009)	21,3	9,1	38,6
Bruce et al. (2005)	21,8	7,1	36,0
Glesberg et al. (2007)	23,3	8,0	37,8
Sarmiento (2019)	24,5	24,5	20,0
Grau et al. (2009)	24,7	7,8	37,7
Siu et al. (2012)	27,2	10,9	31,6

AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal en el trabajo; SAP: síndrome de agotamiento profesional.

4 h prevaleció en esta investigación y fue significativa; otros autores no lo registraron.

Para contextualizar nuestro estudio, se hizo una amplia revisión sobre la prevalencia del SAP en médicos especialistas (tabla 1), lo cual nos ubica por encima de la mayoría de las investigaciones revisadas^{8,12-15,17-21,24,27-30,32,35-42} y evidencia la amplia variabilidad en la frecuencia del síndrome, situación que a su vez pone de manifiesto el carácter complejo de sus componentes. Y por debajo de otros autores^{9,11,15,22,23,31,33}.

Se nota un rasgo de asociación consistente para él, SDP, AE, DP y RP juntos: tener más de 15 años con pareja estable y que no trabaje esta; para SDP, AE y RP, no tener pareja estable; para SDP, AE y DP, tener menos de 40 años, no tener hijos, menos de 10 años de antigüedad profesional; para SDP y AE, ser mujer, tener menos de 10 años de antigüedad en el puesto de trabajo, laborar jornada acumulada, no tener otro trabajo y con más de 4 h en él; para SDP y DP, la especialidad clínica.

Los valores medios de la subescalas AE y DP se encuentran dentro de los parámetros bajos de la normalidad. La RP tiene la puntuación dentro del nivel alto (tabla 6).

El establecimiento de una correlación negativa con la presencia del SAP entre las subescalas AE y DP y positiva con la de RP concuerda con lo encontrado por Salanova et al.⁴³. Este resultado también se ha confirmado mediante modelos de ecuaciones estructurales^{44,45}. Se confirma que el AE es la subescala más fiable del síndrome. Schaufeli y Enzmann⁴⁶ mencionan que las 2 dimensiones centrales del síndrome son el AE y la DP y son el corazón de este⁴⁷.

Por lo que se concluye que el SDP es frecuente (45,9%) en médicos especialistas. Sus principales variables asociadas son ser mujer, menor de 40 años, sin pareja estable y menos de 15 años con ella, que trabaje la pareja, sin hijos, especialidad clínica, menos de 10 años de antigüedad profesional y en el puesto actual de trabajo, laborar jornada acumulada, contratación definitiva, no tener otro trabajo y laborar más de 4 h en él. La afeción por el agotamiento emocional y la despersonalización se comporta como el síndrome. Los niveles medios de las subescalas se encuentran en general cerca de la normalidad. Se encontró una correlación negativa entre las subescalas agotamiento emocional y despersonalización y positiva entre la falta de realización personal en el trabajo y la presencia del síndrome. Lo anterior nos lleva a considerar la necesidad de establecer medidas preventivas o de intervención en los niveles individual, social u organizacional para reducir la prevalencia encontrada.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual Informativo de Prevención de Riesgos Laborales: Manual de riesgo en centros hospitalarios. Madrid: Secretaria de Salud Laboral y Medio Ambiente de UGT; 2008.
- Freudenberger M. Staff Burn-out. *J Soc Issues*. 1974;30:159-66.
- Maslach C. Burned out. *Hum Behavior*. 1976;59:16-22.
- Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1981.
- Maslach C. Understanding burnout definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En: Paine WS, editor. *Job, stress and burnout*. Beverly Hills: Sage Pub; 1982.
- Maslach C. What have we learned about burnout and health? *Psychol Health*. 2001;16:607.
- Grajales G. Estudio de la validez factorial del *Maslach Burnout Inventory* versión española en una población de profesionales mexicanos. Línea de Investigación: Instrumentos de medición SELA. 2001:1-10.
- Cotrina Y, Panez L. Síndrome de burnout en médicos de tres hospitales de Huánuco. *Rev Peru Investig Salud*. 2019;3:127-32.
- Castillo G, Rosas L. Identificación del síndrome de burnout en el personal médico de emergencias de un hospital de segundo nivel. Tesis de Postgrado. 2019.
- De las Cuevas C. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. *MAFRE Medicina*. 1994;6:7-18.
- Cáceres G. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal sanitario militar. Tesis doctoral. 2006.
- Tait D, Shanafelt M, Sonja B, Litjen T, Lotte N, Dyrbye M, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US Physicians relative to the General US Population. *Arch Intern Med*. 2012;172:1377-85.
- Bruce S, Conaglen H, Conaglen J. Burnout in Physicians: a case for peer-support. *Intern Med J*. 2005;35:272-8.
- Goehring C, Bouvier M, Künzi B, Bouvier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly*. 2005;135:101-8.
- Visser M, Smets E, Oort F, De Haes H. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialist. *CMAJ*. 2003;168:271-5.
- Pejuskovic B, Leeie D, Priebe S, Toskovic O. Burnout Syndrome among physicians – The role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatra Danubina*. 2011;23:389-95.
- Gutiérrez J, Peña J, Montenegro J, Osorio D, Caicedo C, Gallego Y. Prevalencia y factores asociados a "burnout" en médicos especialistas docentes de la Universidad Tecnológica de Pereira. 2006. *Rev Med Risaralda*. 2008;14:15-22.
- Borbolla M, Domínguez M. Síndrome de Burnout en personal médico familiar y no familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tabasco. *Salud en Tabasco*. 2007;13:577-83.
- Esquivel C, Buendía F, Martínez O, Martínez J, Martínez V, Velasco V. Síndrome de agotamiento profesional en personal médicos de un hospital de tercer nivel. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45:427-36.
- Zumárraga R, García M, Yépez L. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos de tres hospitales públicos de la ciudad de Quito. *Rev Fac Cien Med (Quito)*. 2008;33:96-100.
- Ordenes N. Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Rev Chil Pediatr*. 2004;75:449-54.
- Siu C, Yuen S, Cheung A. Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong Med J*. 2012;18:186-92.
- Glesberg A, Eriksson S, Norberg A. Burnout and "stress of conscience" among healthcare personnel. *J Adv Nurs*. 2007;57:392-403.
- Sarmiento G. Burnout en el servicio de emergencias de un hospital. *Horiz Med (Lima)*. 2019;19:67-72.
- Martín M, Hernández B, Arnillas M, García M. Burn-out en el hospital: ¿estamos quemados los médicos? *Medicina Balear*. 2009;24:29-33.
- Escriba V, Artazcoz L, Pérez S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit*. 2008;22:300-8.
- Meza P. Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón del 2018. Tesis Licenciatura. 2018.
- Lugo J. Síndrome de Burnout. Factores asociados en médicos de un hospital tipo III. *Rev Dig Postgrado*. 2019;8:e158.

29. Girón A, Lozano D. Síndrome de desgaste laboral y sus efectos en el ambiente laboral del personal de salud del Hospital Nacional San Rafael. San Salvador. El Salvador. Tesis Licenciatura. 2013.
30. Miraval E. Síndrome de Burnout en personal médico del Hospital III Emergencias Grau en el período octubre a diciembre del 2016. Tesis Licenciatura. 2017.
31. Aranda C, Zarate B, Pando M, Sahún J. Síndrome de Burnout, variables sociodemográficas y laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farías, México. Rev Colomb Salud Ocup. 2011;1:13-7.
32. Sinchire G. Síndrome de Burnout en Médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala. Tesis de Licenciatura. 2017.
33. Ferrel R, Sierra E, Rodríguez M. Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas de un hospital universitario de la ciudad de Santa Marta. Colombia. Duazary. 2010;7:29-40.
34. Joffre V. Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en el Hospital General "Dr. Carlos Canseco" Tampico, Tamaulipas. México. Tesis Doctoral. 2009.
35. Association of Professors of Medicina (APS). Predicting and Preventing Physician Burnout: Results from the United States and the Netherlands. *Am J Med*. 2001;111:170-175.
36. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:215-30.
37. Hernández R. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana Salud Pública*. 2003;29:103-10.
38. Linzer M, Mc Murray J, Visser M, Oort F, Smets E, De Haes H. Sex differences in physician burnout in the United States and The Netherlands. *J Am Women's Assoc*. 2002;57:191-3.
39. Gomero R, Palomino J, Ruíz F, Llap C. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: Estudio Piloto. *Rev Med Hered*. 2005;16:233-8.
40. Sabag E. Síndrome de desgaste profesional en médicos del I.M.S.S. 13.^a Reunión de Investigación. Sonora. México. 2006.
41. Arteaga A, Junes W, Navarrete A. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de salud. *Panacea*. 2014;4:40-4.
42. Salazar L. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud del Hospital del niño Manuel Ascencio Villarreal de la ciudad de Cochabamba entre meses septiembre del año 2016 y enero del año. *Residencia Médica - Pediatría; RM*. 2017:12-7.
43. Salanova M, Schaufeli W, Llorens S, Peiró J, Grau R. Desde el "burnout" al "Engagement" ¿Una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 2000;16:117-34.
44. Schaufeli W, Martínez I, Marqués A, Salanova M, Bakker A. Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2002;33:464-81.
45. Manzano G. Bienestar subjetivo de los cuidadores formales de Alzheimer: relaciones con el burnout, engagement y estrategias de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés*. 2002;8:225-44.
46. Schaufeli W, Enzmann D. The burnout companion to study and research: A critical analysis. London: Taylor and Francis; 1998.
47. Lee R, Ashforth B. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J. App Psychol*. 1996;81:123-33.