

Factores de riesgo y prevalencia del síndrome de desgaste profesional (*burnout*) en médicos especialistas, Guadalajara, México. 2019.

Risk factors and prevalence of burnout syndrome in medical specialists. Guadalajara, México. 2019.

Enrique Castañeda Aguilera¹, Javier E. García de Alba García²
& Ruth Gabriela Campos Carlos³

Resumen

Objetivo: Determinar prevalencia y factores asociados al riesgo del síndrome de desgaste profesional (*burnout*) en médicos especialistas. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal, participaron 182 médicos especialistas. Se realizaron estadísticas descriptivas e inferenciales con SPSS 15.0 y Epi-infoV6.1. **Resultados:** Respuesta del 81,3%. Se detectó *burnout* en 49,5%. Diferencias significativas: edad menor de 40 años; Menos de 15 años con pareja estable; Que trabajara la pareja; Antigüedad profesional menor a 10 años. Se mostró una correlación negativa entre agotamiento emocional y despersonalización; positiva con la falta de realización personal en el trabajo en presencia del síndrome. **Conclusión:** el *burnout* es frecuente (49,5%), perfil de riesgo: ser mujer; <40 años de edad; sin pareja estable y <15 años con ella; que trabaja la pareja; sin hijos; especialidad quirúrgica; <10 años de antigüedad profesional y en el puesto actual de trabajo; laborar en jornada acumulada; con tipo de contratación definitiva, no tener otro trabajo; jornada mayor a 4 horas. Las subescalas en promedio están cerca de la normalidad. Agotamiento emocional y despersonalización, se comportan como el síndrome. Correlación negativa entre agotamiento emocional y despersonalización y positiva con la falta de realización personal con *burnout*.

Palabras clave: Médicos especialistas, desgaste profesional, agotamiento emocional, despersonalización, falta de realización personal.

Abstract

Objective: To determine the prevalence and risk factors associated with burnout syndrome in medical specialists. **Material and methods:** An observational, descriptive and cross-sectional study was conducted among 182 participating medical specialists. Descriptive and inferential statistics were performed using SPSS 15.0 and Epi-infoV6.1. **Results:** We obtained a 81.3% response. Burnout was detected in 49.5% of respondents. Significant findings: respondents under 40 years of age; less than 15 years with a stable partner; had a working spouse; length of professional employment less than 10 years. We found a negative correlation between emotional exhaustion and depersonalization was evident, on the other hand, a positive correlation was evident between the lack of personal fulfillment at work and the presence of burnout. **Conclusion:** Burnout is frequent (49.5%). Risk factors include being a woman; being less than 40 years old; having no stable partner and being together for less than 15 years; that the couple works; childless; surgical specialty; less than 10 years of professional seniority and in the current job position; has a cumulative work day; having permanent recruitment, not having another job; and a work day greater than 4 hours. The subscales on average were close to normal. Emotional exhaustion and depersonalization mimic burnout. A negative correlation was evident between emotional exhaustion and depersonalization. A positive correlation was evident between the lack of personal fulfillment and burnout.

Keywords: Specialist physicians; burnout; emotional exhaustion; depersonalization; lack of personal accomplishment.

¹Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud (U.I.S.E.S.S), Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.). Guadalajara, México. e-mail: ecastaneda030@hotmail.com

²U.I.S.E.S.S-I.M.S.S. Guadalajara, México. e-mail: javier.garciaal@imss.gob.mx

³U.I.S.E.S.S-I.M.S.S. Guadalajara, México. e-mail: ruthg.camposc@imss.gob.mx

Introducción

Los médicos hospitalarios están expuestos a factores de riesgo durante el desarrollo de su práctica profesional. Estos son: 1. Los Biológicos: estar en contacto con enfermedades como el del virus de inmunodeficiencia adquirida, tuberculosis, hepatitis, etc. 2. Los Químicos: como las sustancias neurotóxicas, mutagénicas, carcinogénicas, anestésicos, etc. 3. Los Físicos: como el ruido, radiaciones ionizantes y no ionizantes, iluminación, etc. 4. Los Ergonómicos: que son los tiempos de trabajo extensos, espacios laborales reducidos, las posturas y la bipedestación prolongada, las pantallas de visualización de datos, etc. 5. Los Psicosociales: como la organización en el trabajo, las relaciones interpersonales internas (colegas, superiores o subordinados) y externas (pacientes, proveedores), etc., que son generadoras de ansiedad, depresión, estrés, etc.

Siendo los riesgos de tipo psicosocial los más frecuentes por la diversificación de las actividades del puesto de trabajo y las que desempeñan atendiendo a los pacientes en la consulta externa, hospitalizados e interconsultas en el servicio de urgencias, además de tener a su cargo al personal médico becario de pregrado y postgrado e incluyendo los trámites administrativos inherentes a los procedimientos médicos que se realizan en el hospital y asesorías en su respectiva especialidad.

Sin olvidar la responsabilidad ética profesional y los posibles conflictos de tipo médico/legal a los que están expuestos con el ejercicio de su labor profesional. Estos se han convertido en un fenómeno relevante y están relacionados con la actividad laboral, una posible consecuencia, es el síndrome de desgaste profesional (*burnout*) (SDP), descrito por Freudenberger (1974, p.161) 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”, en los profesionales de servicios.

En 1976 Maslach lo estudiaba como: respuestas emocionales que se producen entre las personas que trabajaban como profesionales de ayuda.

En 1977 la Asociación Americana de Psicólogos, lo describió en personal que trabaja en servicios humanos, profesionales de salud y educación bajo condiciones difíciles en contacto con usuarios. Maslach & Jackson, (1981) lo estudiaron desde una perspectiva tridimensional: agotamiento emocional (AE), manifestado por pérdida progresiva de energía, cansancio y fatiga; despersonalización (DP), identificada por 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.

El SDP se definió como: “respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos son: agotamiento emocional, despersonalización y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar” y elaboraron el *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS), dirigido a profesionales de la salud (Maslach & Jackson, 1986, p.191), validado en profesionales mexicanos por Grajales (2001).

El SDP en médicos especialistas se considera un riesgo profesional, por la naturaleza de su trabajo. En países europeos y latinoamericanos la prevalencia reporta cifras, que oscilan desde 2,7% (Cotrina & Panez, 2019) hasta el 86,5% (Castillo & Rosas, 2019).

En Hispanoamérica su frecuencia es del 12,2%; en América del Sur del 2,7% al 86,5%; en Norteamérica del 22,0% al 45,4%; en Europa del 4,0% al 59,0%; en Asia el 47,9%; en Centroamérica y Caribe del 17,0 al 25,0% y en México del 21,5% al 51,3% (cuadro 1).

Cuadro 1. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional (*burnout*) (SDP) entre médicos especialistas, según diversos autores.

Estudio	Resultados
Cotrina & Panez (2019)	2,7% en Huánuco, Perú
Arteaga, Junes & Navarrete (2014)	3,7% en Ica, Perú
Goehring, Bouvier, Künzi & Bovier (2005)	4,0% en Suiza
Zumárraga, García & Yépez (2008)	7,4% en Quito, Ecuador
Gomero, Palomino, Ruíz & Llap (2005)	7,69% en Lima, Perú
Bruce, Conaglen & Conaglen (2005)	10,0% en Suecia
Visser, Smets, Oort & De Haes (2003)	11,0% en Ámsterdam, Holanda
Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats & Braga (2009)	12,1% en Hispanoamérica
Ordenes (2004)	16,0% en Santiago, Chile
Sarmiento (2019)	16,3% en Cusco, Perú
Girón & Lozano (2013)	17,0% en San Salvador, El Salvador
Meza (2018)	17,4% en Chimbote, Perú
Salazar (2017)	18,0% en Cochabamba, Bolivia
Linzer, Mc Murray, Visser, Oort, Smets & De Haes (2002)	21,0% en Holanda
Sabag (2006)	21,5% en Sonora, México
Association of Professors of Medicine (APS) (2001)	22,0% en Wisconsin, E.E.U.U.
Lugo (2019)	24,4% en La Guaira, Venezuela
Hernández (2003)	25,0% en La Habana, Cuba
Esquivel, Buendía, Martínez, Martínez & Velasco (2007)	26,2% en Distrito Federal, México
Linzer, Mc Murray, Visser, Oort, Smets & De Haes (2002)	28,0% en E.E.U.U.
Miraval (2017)	29,4% en Lima, Perú
Sinchire (2017)	33,3% en Machala, Ecuador
Borbolla & Domínguez (2007)	45,4% en Tabasco, México
Gutiérrez, Peña, Montenegro, Osorio, Caicedo & Gallego (2008)	45,4% en Pereira, Colombia
Tait, Sonja, Litjen, Lotte, Wayne, Satele, <i>et al.</i> (2012)	45,4% en Minnesota, E.E.U.U.
Glesberg, Eriksson & Norberg (2007)	47,9% en Suecia
Siu, Yuen & Cheung (2012)	47,9% en Hong Kong, China
Castañeda, García de Alba y Campos (2019)*	49,5% en Guadalajara, México
Aranda, Zarate, Pando & Sahún (2011)	51,3% en Guadalajara, México
Visser, Smets, Oort & De Haes (2003)	55,0% en Ámsterdam, Holanda
Ferrel, Sierra & Rodríguez (2010)	55,4% en Santa Marta, Colombia
Cáceres (2006)	59,0% en Madrid, España
Castillo & Rosas (2019)	86,5% en Guayaquil, Ecuador

* Resultados del presente estudio, 2019

Fuente: A partir de las fuentes originales

El conocimiento obtenido ha puesto las bases para realizar intervenciones, para afrontar el estrés laboral crónico, a nivel: individual, grupal o institucional. El objetivo es aportar elementos específicos al estudio del SDP (prevalencia, valores de subescalas y determinación de factores de riesgo asociados), en especialistas de un hospital regional de la Seguridad Social, en Guadalajara, México.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal para determinar factores de riesgo-protección al SDP en relación a variables sociodemográficas y laborales. La población: todos los médicos especialistas adscritos a un hospital regional, que cumplieran los siguientes requisitos: más de un año de antigüedad, estar activo y con disposición para contestar los instrumentos de evaluación. Se excluyó a los médicos becarios, residentes, directivos y demás personal sanitario. Se eliminaron las encuestas incorrectamente llenadas. Se explicó al personal incluido, los motivos y los objetivos del estudio, obteniéndose su consentimiento informado.

El estudio, por su transversalidad no distingue apropiadamente causas de efectos.

Instrumentos

1. Cuestionario para el registro de las variables sociodemográficas determinado por consenso de los investigadores (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).

2. El MBI-HSS, versión traducida y validada, para México, con una fiabilidad del 0,57 al 0,80, que contiene las siguientes subescalas: AE (9 ítems); DP (5 ítems) y RP (8 ítems). Donde se

suman los valores de los ítems, para evaluar los niveles del síndrome que tiene cada trabajador. Como puntos de corte, se categorizaron 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), la puntuación baja, indicarían baja realización, la intermedia, mostraría moderada realización y la alta, como sensación de logro. Se determinó la presencia del SDP con la afectación de una de las subescalas, ya sea en su nivel medio o alto.

Se realizó análisis estadístico descriptivo obteniendo cifras absolutas, porcentajes, promedio \pm desviación estándar, para asociación se utilizó la correlación de Pearson. El análisis inferencial, JI^2 (con o sin corrección de Yates), Se calcularon *Odds Ratio* (OR), con intervalo de confianza al 95% , mediante paquete estadísticos SPSS 15.0 y Epi-info V 6.1, considerando significativo un valor de $p \leq 0.05$.

Aspectos éticos

El estudio, catalogado de riesgo mínimo por la Ley de Salud, solicitó a los participantes su consentimiento informado, cuidando los principios de autonomía, justicia y beneficencia-no-maleficencia. Fue aprobado por el Comité de Investigación de los hospitales.

Resultados

De las 210 encuestas distribuidas, cumplieron con los criterios de estudio y se completaron correctamente 182, las 28 restantes de eliminaron por no reunir las pautas establecidas, se obtuvo un porcentaje de respuesta del 87,0%.

El perfil sociodemográfico: El sexo femenino fue el que destacó con el 63,1% ($p < 0.05$), con una edad media de $44,1 \pm 7,1$ años, el grupo de edad menor a 40 años predominó con el 67,3% ($p < 0.05$). El 61,5% ($p < 0.05$) no tenía pareja estable, el tiempo promedio con esta fue del

15,2 ± 5,7 años, el 60,4 % ($p < 0.05$) tenía menos de 15 años con pareja, en el 55,6% trabajaba esta y el 58,0% ($p < 0.05$) manifestaron no tener hijos.

El perfil laboral: la especialidad quirúrgica fue la que predominó en él 60,0% ($p < 0.05$), la antigüedad en la empresa tuvo un promedio de 15,0 ± 6,3 años, y en el puesto actual de trabajo 9,2 ± 7,3 años.

El grupo de menos de 10 años de antigüedad profesional se mostró en el 63,0% ($p < 0.05$) y el de menos de 10 años de antigüedad en el puesto actual de trabajo sobresalió con el 54,5%. El 66,7% manifestó laborar en jornada acumulada y el 49,7% tenía contratación definitiva ($p < 0.05$). El 54,4% no tenía otro trabajo y el 44,0% laboraba más de 4 horas en él ($p < 0.05$). El SDP se detectó en 90 (49,5%) de ellos, de los cuales, 45 (50,0%) tuvieron una subescala afectada, en 30 (33,3%) dos y en 15 (16,7%) tres.

Posteriormente se caracterizaron dos grupos: Uno afectado y otro sin afectar. Inmediatamente se realizó una asociación con cada una de las variables sociodemográficas y laborales.

Obsérvese en el cuadro 2 las variables de riesgo con la presencia del SDP, el ser mujer, sin pareja estable, sin hijos, especialidad quirúrgica, antigüedad en el puesto de trabajo menor a 10 años, jornada acumulada, contratación definitiva, no tener otro trabajo y laborar más de 4 horas en este.

Se obtuvieron diferencias significativas en las siguientes variables; comportándose como factores de riesgo, con la presencia del síndrome.

Por otra parte se relacionaron como factores de riesgo el ser menor de 40 años de edad [OR = 2,87; (1,41 – 5,90)], menos de 15 años con pareja estable [OR = 2,93; (1,33 – 6,48)], el que trabajara la pareja [OR = 2,10; (0,97 – 4,56)] y con una antigüedad profesional menor de 10 años [OR = 2,10; (1,00 – 4,42)].

Se muestran los datos obtenidos para las características de riesgo epidemiológico asociadas a las subescalas de AE (cuadro 3), DP (cuadro 4) y RP (cuadro 5), con la presencia o ausencia del SDP.

Se asociaron como variables de riesgo, con la presencia del SDP, para la subescala AE, DP y RP el ser mujer, sin pareja estable, sin hijos, no tener otro trabajo; para la DP y la RP antigüedad en el puesto de trabajo menor a 10 años; para AE y DP especialidad clínica; DP y RP turno nocturno y contratación definitiva.

Se comportan como factores de riesgo con presencia de SDP para la subescala AE tener menos de 40 años de edad (OR = 3,26; IC95%, 1,58 – 6,75); menos de 15 años con pareja estable (OR = 3,67; IC95%, 1,55 – 8,77); menos de 10 años de antigüedad profesional (OR = 2,42; IC95%, 1,14 – 5,15) y en el puesto actual de trabajo (OR = 2,26; IC95%, 1,01 – 4,77); para la subescala DP menos de 40 años de edad (OR = 2,95; IC95%, 1,30 – 6,68); menos de 15 años con pareja estable (OR = 4,61; IC95%, 1,51 – 14,64); menos de 10 años de antigüedad profesional (OR = 3,09; IC95%, 1,34 – 7,16); y dedicar menos de 4 horas a otro trabajo (OR = 6,17; IC95%, 1,57 – 25,06) ; para la subescala RP la especialidad clínica (OR = 2,14; IC95%, 1,08 – 4,27).

Se comportan como factores protectores contra SDP y la presencia de DP que no trabaje la pareja (OR = 0,38; IC95%, 0,13 – 1,08) y también para RP (OR = 0,46; IC95%, 0,20 – 1,08).

Se efectuó una correlación con SDP en las 3 subescalas (no referidas en los cuadros), presentando una asociación inversamente proporcional del AE (-0.609) ($p = 0,0001$) y DP (-0.398) ($p = 0,0001$), y directamente proporcional de la RP (0.552) ($p = 0,0001$)

En el cuadro 6, se establecieron los valores medios en las subescalas de AE (15,4), DP (4,7) y RP (39,4) comparándolo con diversos autores.

Cuadro 2. Relación de las variables socio-demográficas y laborales con la presencia o ausencia de Síndrome de desgaste Profesional (*burnout*) en médicos especialistas de un Hospital Regional de la ciudad de Guadalajara, México. (n = 182).

Variables analizadas	Síndrome de Desgaste Profesional (<i>burnout</i>) (SDP)		Valor de p	Significación estadística
	Sí	No		
	90 (49,5%)	92 (50,5%)		
Perfil sociodemográfico				
Sexo				
Masculino	66 (45,8%)	78 (54,2%)	0,06	Chi ² = 3,61
Femenino	24 (63,1%)	14 (36,9%)		
Grupo de edad				
< De 40 años	37 (67,3%)	18 (32,7%)	0,001	Chi² = 10,02
> De 40 años	53 (41,7%)	74 (58,3%)		
Estado civil				
Con pareja estable	58 (45,0%)	71 (55,0%)	0,06	Chi ² = 3,57
Sin pareja estable	32 (61,5%)	21 (38,5%)		
Tiempo con pareja estable				
< de 15 años	32 (60,4%)	21 (39,6%)	0,003	Chi² = 8,64
> de 15 años	26 (34,2%)	50 (65,8%)		
Trabaja la pareja				
Sí	30 (55,6%)	24 (44,4%)	0,04	Chi² = 4,21
No	28 (37,3%)	47 (62,7%)		
Hijos				
Sí	61 (46,2%)	71 (53,8%)	0,15	Chi ² = 2,02
No	29 (58,0%)	21 (42,0%)		
Perfil laboral				
Área laboral				
Especialidad Clínica	39 (40,2%)	58 (59,8%)	0,007	Chi² = 7,10
Especialidad quirúrgica	51 (60,0%)	34 (40,0%)		
Antigüedad profesional				
< de 10 años	29 (63,0%)	17 (37,0%)	0,03	Chi² = 4,55
> de 10 años	61 (44,9%)	75 (55,1%)		
Antigüedad en el puesto actual de trabajo				
< de 10 años	60 (54,5%)	50 (45,5%)	0,08	Chi ² = 2,89
> de 10 años	30 (41,7%)	42 (58,3%)		
Turno laboral				
Matutino	50 (49,5%)	51 (50,5%)	0,19	Chi ² = 4,72
Vespertino	21 (40,4%)	31 (59,6%)		
Nocturno	11 (64,7%)	6 (35,3%)		
Jornada Acumulada	8 (66,7%)	4 (33,3%)		
Tipo de contratación				
Definitiva	87 (49,7%)	88 (50,3%)	0,72	Chi ² = 0,13
Temporal	3 (42,9%)	4 (57,1%)		
Otro trabajo				
Sí	34 (43,0%)	45 (57,0%)	0,12	Chi ² = 2,30
No	56 (54,4%)	47 (45,6%)		
Horas que labora en el otro trabajo				
< de 4 horas	5 (38,5%)	8 (61,5%)	0,71	Chi ² = 0,13
> de 4 horas	29 (44,0%)	37 (56,0%)		

Nivel de significación estadística $p \leq 0,05$

Fuente: Encuesta directa, 2019

Cuadro 3. Características de riesgo epidemiológico y estadísticamente asociada con las subescalas de agotamiento emocional (AE) con la presencia o no del Síndrome de Desgaste Profesional (*burnout*) (SDP) en médicos especialistas de un Hospital Regional de la ciudad de Guadalajara, México (n = 182).

Variables		Agotamiento Emocional (AE) (SDP)		Significación Estadística
		SI	NO	
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO				
Sexo	Masculino	40 (28%)	104 (72%)	Chi ² = 2,90 p = 0,08
	Femenino	16 (42%)	22 (58%)	
Grupo de edad	<40 años	27 (49%)	28 (51%)	Chi ² = 6,51 p = 0,01 ¹
	>40 años	29 (23%)	98 (77%)	
Estado civil	Con pareja estable (casados/unión libre)	38 (29%)	91 (71%)	Chi ² = 0,36 p = 0,5
	Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	18 (34%)	35 (66%)	
Tiempo con pareja estable	<15 años	24 (45%)	29 (55%)	Chi ² = 10,84 p = 0,000 ¹
	>15 años	14 (18%)	62 (72%)	
Trabaja la pareja	Sí	19 (25%)	56 (75%)	Chi ² = 1,47 p = 0,22
	No	19 (35%)	35 (65%)	
Hijos	Sí	38 (29%)	94 (71%)	Chi ² = 0,89 p = 0,34 ¹
	No	18 (36%)	32 (64%)	
PERFIL LABORAL				
Área laboral	Especialidad Clínica	28 (33%)	57 (67%)	Chi ² = 0,35 p = 0,55
	Especialidad Quirúrgica	28 (29%)	69 (71%)	
Antigüedad profesional	<10 años	21 (46%)	25 (54%)	Chi ² = 6,40 p = 0,01 ¹
	>10 años	35 (26%)	101 (74%)	
Antigüedad en el puesto de trabajo	<10 años	41 (37%)	69 (63%)	Chi ² = 5,52 p = 0,01 ¹
	>10 años	15 (21%)	57 (79%)	
Turno laboral	Matutino	32 (32%)	69 (68%)	Chi ² = 3,73 p = 0,29
	Vespertino	12 (23%)	40 (77%)	
	Nocturno	6 (35%)	11 (65%)	
	Jornada Acumulada	6 (50%)	6 (50%)	
Tipo de contratación	Definitiva	53 (30%)	122 (70%)	Chi ² = 0,50 p = 0,47
	Temporal	3 (43%)	4 (57%)	
Otro trabajo	Sí	20 (25%)	59 (75%)	Chi ² = 1,95 p = 0,16
	No	36 (35%)	67 (65%)	
Horas que dedica a otro trabajo	< 4 horas	3 (23%)	10 (77%)	Chi ² = 0,04 p = 0,83
	> 4 horas	17 (26%)	49 (74%)	

¹Asociación significativa. Nivel de significación estadística $p \leq 0,05$

Fuente: Encuesta directa, 2019

Cuadro 4. Características de riesgo epidemiológico y estadísticamente asociada con las subescalas de despersonalización (DP) con la presencia o no del Síndrome de Desgaste Profesional (burnout) (SDP) en médicos especialistas de un Hospital Regional de la ciudad de Guadalajara, México (n = 182).

Variables		Despersonalización (DP)		Significación Estadística
		SI (SDP)	NO (SDP)	
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO				
Sexo	Masculino	28 (19%)	116 (81%)	Chi ² = 0,05; p = 0,82
	Femenino	8 (21%)	30 (79%)	
Grupo de edad	<40 años	18 (33%)	37 (67%)	Chi ² = 8,33; p = 0,003 ¹
	>40 años	18 (14%)	109 (86%)	
Estado civil	Con pareja estable (casados/unión libre)	21 (16%)	108 (84%)	Chi ² = 3,42; p = 0,06
	Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	15 (28%)	38 (72%)	
Tiempo con pareja estable	<15 años	15 (28%)	38 (72%)	Chi ² = 9,54; p = 0,002 ¹
	>15 años	6 (8%)	70 (92%)	
Trabaja la pareja	Si	8 (11%)	67 (89%)	Chi ² = 4,14; p = 0,04 ¹
	No	13 (24%)	41 (76%)	
Hijos	Si	12 (24%)	38 (76%)	Chi ² = 0,77; p = 0,37
	No	24 (18%)	108 (82%)	
PERFIL LABORAL				
Área laboral	Especialidad Clínica	17 (20%)	68 (80%)	Chi ² = 0,00; p = 0,94
	Especialidad Quirúrgica	19 (20%)	78 (80%)	
Antigüedad profesional	<10 años	16 (35%)	30 (65%)	Chi ² = 8,73; p = 0,003 ¹
	>10 años	20 (15%)	116 (85%)	
Antigüedad en el puesto de trabajo	<10 años	22 (22%)	88 (88%)	Chi ² = 0,01; p = 0,92
	>10 años	14 (19%)	58 (81%)	
Turno laboral	Matutino	19 (19%)	82 (81%)	Chi ² = 3,64; p = 0,30
	Vespertino	10 (19%)	42 (81%)	
	Nocturno	6 (35%)	11 (65%)	
	Jornada Acumulada	1 (8%)	11 (92%)	
Tipo de contratación	Definitiva	35 (20%)	140 (80%)	Chi ² = 0,14; p = 0,70
	Temporal	1 (14%)	6 (86%)	
Otro trabajo	Sí	15 (19%)	64 (81%)	Chi ² = 0,06; p = 0,81
	No	21 (20%)	82 (80%)	
Horas que dedica a otro trabajo	< 4 horas	8 (44%)	10 (56%)	Chi ² = 9,82; p = 0,001 ¹
	> 4 horas	7 (11%)	54 (89%)	

¹Asociación significativa. Nivel de significación estadística $p \leq 0,05$

Fuente: Encuesta directa, 2019

Cuadro 5. Características de riesgo epidemiológico y estadísticamente asociada con las subescalas de falta de realización personal en el trabajo (RP) con la presencia o no del Síndrome de Desgaste Profesional (*burnout*) (SDP) en médicos especialistas de un Hospital Regional de la ciudad de Guadalajara, México (n = 182).

VARIABLES		Falta de Realización Personal en el Trabajo (RP)		Significación Estadística
		SI (SDP)	NO (SDP)	
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO				
Sexo	Masculino	45 (31%)	99 (69%)	Chi ² = 0,00; p = 0,96
	Femenino	12 (32%)	26 (68%)	
Grupo de edad	<40 años	20 (36%)	35 (64%)	Chi ² = 0,93; p = 0,33
	>40 años	37 (29%)	90 (71%)	
Estado civil	Con pareja estable (casados/unión libre)	36 (28%)	93 (72%)	Chi ² = 2,40; p = 0,12
	Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	21 (40%)	32 (60%)	
Tiempo con pareja estable	<15 años	19 (36%)	34 (64%)	Chi ² = 2,82; p = 0,09
	>15 años	17 (22%)	59 (78%)	
Trabaja la pareja	Si	16 (21%)	59 (79%)	Chi ² = 3,85; p = 0,04 ¹
	No	20 (37%)	34 (63%)	
Hijos	Si	40 (30%)	92 (70%)	Chi ² = 0,23; p = 0,63
	No	17 (34%)	33 (66%)	
PERFIL LABORAL				
Área laboral	Especialidad Clínica	34 (40%)	51 (60%)	Chi ² = 5,59; p = 0,01 ¹
	Especialidad Quirúrgica	23 (24%)	74 (76%)	
Antigüedad profesional	<10 años	17 (37%)	29 (63%)	Chi ² = 0,91; p = 0,34
	>10 años	40 (29%)	96 (71%)	
Antigüedad en el puesto de trabajo	<10 años	35 (32%)	75 (68%)	Chi ² = 0,03; p = 0,85
	>10 años	22 (31%)	50 (69%)	
Turno laboral	Matutino	32 (32%)	69 (68%)	Chi ² = 2,95; p = 0,39
	Vespertino	13 (25%)	39 (75%)	
	Nocturno	8 (47%)	9 (53%)	
	Jornada Acumulada	4 (33%)	8 (67%)	
Tipo de contratación	Definitiva	56 (32%)	119 (68%)	Chi ² = 0,98; p = 0,32
	Temporal	1 (14%)	6 (86%)	
Otro trabajo	Sí	22 (28%)	57 (72%)	Chi ² = 0,78; p = 0,37
	No	35 (34%)	68 (66%)	
Horas que dedica a otro trabajo	< 4 horas	4 (31%)	9 (69%)	Chi ² = 0,07; p = 0,79
	> 4 horas	18 (27%)	48 (73%)	

¹Asociación significativa. Nivel de significación estadística $p \leq 0,05$ Fuente: Encuesta directa, 2019

Cuadro 6. Valores medios en las subescalas de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y la falta de realización personal en el trabajo (RP) del síndrome de desgaste profesional (*burnout*) (SDP) en médicos especialistas, según diversos autores.

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

¹ Resultados del presente estudio, 2019

Fuente: A partir de las fuentes originales

Discusión

El estudio del SDP ha ido creciendo en complejidad a medida que se ha profundizado en la identificación y evaluación de sus posibles causas, determinantes y procesos adyacentes. El estudio de éste en una muestra representativa en médicos especialistas de un Hospital Regional de Guadalajara, México, corrobora complejidad, variabilidad y especificidad del SDP, espacio-temporal, pues aporta elementos de juicio no tan solo para constatar la creciente importancia de la magnitud del síndrome en el área de la salud y la afectación del personal sanitario, sino también describir y analizar factores de riesgo y de protección asociados. 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 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 forma negativa. El primer aspecto se solventó al utilizar cuestionarios consensados y validados, el segundo se trató de evitar mediante el uso de preguntas concretas y objetivas y el tercero al asegurar el anonimato de los informantes.

Lo anterior se logró al obtener el 87,0 % de respuesta, que aunado al tamaño de la muestra, para que ofrezca representatividad en relación a los médicos especialistas que laboran en el Hospital

Regional de Guadalajara, México y que reflejó una frecuencia alta en relación a otros estudios reportados en la literatura (Tait, *et al* 2012; Bruce *et al* 2005; Goehring, *et al* 2005; Visser, *et al* 2003; Pejuskovie, *et al* 2011; Gutiérrez, *et al* 2006; Borbolla, *et al* 2007; Esquivel, *et al* 2007; Zumárraga, *et al* 2008; Ordenes, 2004) y por debajo de otros autores (Siu, *et al* 2012; Glesberg, *et al* 2007; Sarmiento, 2019; Martín, *et al* 2009; Escriba, *et al* 2008).

En lo referente al perfil sociodemográfico: El sexo femenino fue el que destacó en el estudio que concuerda con la literatura médica revisada (Cáceres, 2006; Gutiérrez, *et al* 2006; Girón, *et al* 2013; Miraval 2017). No coincidiendo con otros autores en el que predomina el masculino (Tait, *et al* 2012; Bruce *et al* 2005; Goehring, *et al* 2005; Visser, *et al* 2003; Pejuskovie, *et al* 2011; Borbolla, *et al* 2007; Zumárraga, *et al* 2008; Ordenes, 2004; Glesberg, *et al* 2007; Aranda, *et al* 2011; Sinchire, 2017; Joffre, 2009; Association of Professors of Medicine, 2001; Grau, *et al* 2009; Hernández, 2003; Linzer, *et al* 2002; Gomero, *et al* 2005; Sabag, 2006; Arteaga, *et al* 2014; Salazar, 2017).

Y Hernández, en el 2003 encontró la misma proporción en ambos. Ordenes en el 2004 y Linzer, *et al.*, en el 2002 no encontraron diferencias significativas en relación al sexo.

La edad fue analizada, en donde el mayor número de casos se presentó en el grupo menor de 40 años, que se ajusta a las investigaciones revisadas (Cotrina, *et al* 2019; Castillo, *et al* 2019; Glesberg, *et al* 2007; Sarmiento, 2019; Martín, *et al* 2009; Escriba, *et al* 2008; Meza, 2018; Lugo, 2019; Girón, *et al* 2013; Aranda, *et al* 2011; Sinchire, 2017; Ferrel, *et al* 2010; Association of Professors of Medicine, 2001; Grau, *et al* 2009; Salazar, *et al* 2017) y se asoció significativamente. No coincidiendo con otros autores (Bruce *et al* 2005; Goehring, *et al* 2005; Visser, *et al* 2003; Pejuskovie, *et al* 2011; Gutiérrez, *et al* 2006; Borbolla, *et al* 2007; Esquivel, *et al* 2007; Zumárraga, *et al* 2008; Ordenes, 2004; Joffre,

2009; Hernández, 2003; Linzer, *et al* 2002; Gomero, *et al* 2005; Sabag, 2006; Arteaga, *et al* 2014) en que predominaron los médicos de más de 40 años de edad. Ordenes en el 2004 no encontró diferencias significativas en relación a la edad.

El no tener pareja estable se mostró con mayor frecuencia en el estudio, que coincide con Esquivel, *et al.*, en el 2007 y Lugo en el 2019, en la mayoría de los autores prevaleció el tenerla (Castillo, *et al* 2019; Cáceres, 2006; Tait, *et al* 2012; Bruce *et al* 2005; Goehring, *et al* 2005; Pejuskovie, *et al* 2011; Gutiérrez, *et al* 2006; Borbolla, *et al* 2007; Esquivel, *et al* 2007; Zumárraga, *et al* 2008; Ordenes, 2004; Siu, *et al* 2012; Glesberg, *et al* 2007; Sarmiento, 2019; Martín, *et al* 2009; Aranda, *et al* 2011; Joffre, 2009; Linzer, *et al* 2002). Ordenes en el 2004 no encontró diferencias significativas en comparación al tenerla o no.

En la investigación resaltó el tener menos de 15 años con pareja estable y que esta trabajara, en ambas se asoció significativamente. No fueron reportadas estas variables en los estudios revisados. El no tener hijos sobresalió en el estudio, coincidiendo con Siu, *et al.*, en el 2012, no obstante para otros investigadores (Tait, *et al* 2012; Bruce *et al* 2005; Zumárraga, *et al* 2008; Martín, *et al* 2009; Sabag, 2006) se destacó el tenerlos. Para Grau, *et al.*, en el 2009 el tener hijos tuvo un efecto protector.

En lo concerniente al perfil laboral: La especialidad quirúrgica sobresalió en el área laboral y se asoció significativamente concordando con los estudios de Cotrina, *et al.*, y Lugo en el 2019 y Miraval en el 2017, no coincidiendo con otros estudios (Borbolla, *et al* 2007; Esquivel, *et al* 2007; Zumárraga, *et al* 2008; Linzer, *et al* 2002), en el que resalto la clínica.

El tener una antigüedad profesional menor a 10 años se destacó en nuestra investigación, siendo esta significativa y coincide con los estudios realizados por otros autores (Cotrina, *et al.*, 2019; Girón, *et al.*, 2013, Association of Professors of

Medicie, 2001; Grau, *et al* 2009); no coincidiendo con otras investigaciones (Tait, *et al* 2012; Borbolla, *et al* 2007; Esquivel, *et al* 2007; Zumárraga, *et al* 2008; Ordenes, 2004; Glesberg, *et al* 2007; Miraval, 2017; Hernández, 2003; Linzer, *et al* 2002; Sabag, 2006; Arteaga, *et al* 2014, Salazar 2017) que predominó la antigüedad mayor de 10 años.

Ordenes en el 2004 no encontró diferencias significativas en esta; la antigüedad en el puesto actual de trabajo fue menor a 10 años y concuerda con Martín, *et al.*, en el 2009, la antigüedad mayor de 10 años no fue reportada en los estudios revisados.

En lo referente al turno laboral resaltó la jornada acumulada, que no fueron reportados en los estudios examinados. El tipo de contratación definitiva fue el que predominó en el estudio, que concuerda con lo encontrado por Cotrina, *et al.*, en el 2019.

Para Sarmiento en el 2019 prevaleció la contratación temporal. El no tener otro trabajo resaltó en la investigación que coincide con otros autores (Bruce *et al* 2005; Ordenes, 2004; Martín, *et al* 2009, Linzer, *et al* 2002), para Sabag en el 2006 que se destacó el tenerlo y fue significativo. El laborar más de 4 horas prevaleció en esta investigación y no fue manifestada por otros autores.

Para contextualizar el estudio, se hizo una amplia revisión sobre la prevalencia del SDP en médicos especialistas (cuadro 1), que se ubica por encima de la mayoría de las investigaciones revisadas (Cotrina, *et al* 2019; Bruce *et al* 2005; Goehring, *et al* 2005; Visser, *et al* 2003; Pejuskovic, *et al* 2011; Borbolla, *et al* 2007; Esquivel, *et al* 2007; Zumárraga, *et al* 2008; Ordenes, 2004; Siu, *et al* 2012; Escriba, *et al* 2008; Aranda, *et al* 2011; Sinchire 2017; Ferrel, *et al* 2010; Joffre, 2009; Grau, *et al* 2009; Gomero, *et al* 2005; Sabag, 2006; Arteaga, *et al* 2014; Salazar, *et al* 2017) evidenciando 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 los autores Castillo, *et al.*, en el 2019, Cáceres en el 2006, Visser, *et al.*, en el 2003, Ferrel, *et al.*, en el 2010 y Aranda, *et al.*, en el 2011.

Se nota un rasgo de riesgo consistente para él: SDP, AE y DP juntos son: tener menos de 40 años de edad, menos de 15 años con pareja estable y antigüedad profesional menor de 10 años.

Los valores medios de la subescalas AE y DP se encuentran dentro de los parámetros normales, la RP se encuentran las puntuaciones dentro del nivel alto de la normalidad (cuadro 6).

El establecimiento de una correlación negativa con la presencia del SDP entre las subescalas AE y DP y positiva con la de RP, está en concordancia con lo encontrado por Salanova, *et al.*, 2000. Este resultado también ha sido confirmado mediante modelos de ecuaciones estructurales. Se confirma que el AE es la subescala más fiable del síndrome. Schaufeli y Enzmann en 1998 mencionan que las dos dimensiones centrales del síndrome son el AE y la DP y son el corazón de éste.

El estudio realizado, muestra como la salud y la enfermedad no pueden estar separadas, lo cual plantea paradojas (Kerdel, 2004) expresadas en una espacio-temporalidad, donde los factores protectores y de riesgo son característicos e inherentes a este tiempo y espacio, como el que se perfila en este hospital regional de Guadalajara, México, donde se requieren políticas de salud, que estructuren estructuras de acogida (Duch, 2009), para que los trabajadores de la salud puedan desplegarse de manera humana y humanizadora, donde la tecnología (no la técnica), pase a ser un telón de fondo en las instituciones de salud.

Conclusiones

El SDP es frecuente (49,5%) en médicos especialistas, sus principales factores de riesgo son:

ser mujer, menor de 40 años de edad, sin pareja estable, pero con menos de 15 años de convivencia con ella, trabajar la pareja, sin hijos, especialidad quirúrgica, 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 horas.

La afectación del 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 con la presencia del síndrome.

Por lo anterior se considera la necesidad de establecer medidas preventivas o de intervención en los niveles individual, social u organizacional para reducir la prevalencia encontrada.

Referencias Bibliográficas

- Aranda, C. Zarate, B. Pando, M. & Sahún, J. (2011). Síndrome de Burnout, variables sociodemográficas y laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farías, México. *Rev Colomb de Salud Ocup* 1(1): 13-17.
- Arteaga, A. Junes, W. & Navarrete, A. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de salud. *Rev méd panacea* 4(2): 40-44.
- Association of Professors of Medicine (APS). (2001). Predicting and Preventing Physician Burnout: Results from the United States and the Netherlands. *The American Journal of Medicine*; 111 (2): 170-175.
- Borbolla, M. & Domínguez, M. (2007). Síndrome de Burnout en personal médico familiar y no familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tabasco. *Salud en Tabasco* 13(1): 577-583.
- Bruce S, Conaglen H & Conaglen J. (2005). Burnout in Physicians: a case for peer-support. *Internal Medicina Journal* 35 (5): 272-278.
- Cáceres G. (2006). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal sanitario militar* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid-España.
- Castillo, R. (2019). *Identificación del Síndrome de Burnout en el personal médico de emergencias de un hospital de segundo nivel* (Tesis de Postgrado). Universidad de Especialidades del Espíritu Santo. Guayaquil-Ecuador.
- Cotrina, Y. & Panes L. (2019). Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales de Huánuco. *Rev Peru Investig Salud* 3(3): 127-132.
- Duch, L. (2009). Epílogo. En: Boixareu R M. De la antropología filosófica a la antropología de la salud. Barcelona. Herder: 539-542.
- Escriba, V. Artazcoz, L. & Pérez S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit.* 22(4): 300-308.
- Esquivel, C. Buendía, F. Martínez, O. Martínez, J. Martínez, V. & Velasco V. (2007). Síndrome de agotamiento profesional en personal médicos de un hospital de tercer nivel. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 45(5): 427-436.
- Ferrel, R. Sierra, E. & Rodríguez, M. (2010). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas de un hospital universitario de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Duazary* 7(1): 29-40.

- Freudenberger, M. (1974). Staff Burn-out. *J Soc Issues* 30 (1): 159-166.
- Girón, A. & Lozano, D. (2013). *Síndrome de desgaste laboral y sus efectos en el ambiente laboral del personal de salud del Hospital Nacional San Rafael*. (Tesis) Universidad de El Salvador. Santa Tecla-El Salvador.
- Glesberg, A. Eriksson, S. & Norberg, A. (2007). Burnout and "stress of conscience" among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing* 57 (4): 392-403.
- Goehring, C. Bouvier, M. Künzi, B. & Bovier, P. (2005). Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 135 (7-8): 101-108.
- Gomero, R. Palomino, J. Ruíz, F. & Llap, C. (2005). El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: Estudio Piloto. *Rev Med Hered* 16(4): 233-238.
- Grajales, T. (2001). *Estudio de la validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión española en una población de profesionales mexicanos* (Tesis) Universidad de Montemorelos. México-Distrito Federal.
- Grau, A. Flichtentrei, D. Suñer, R. Prats, M. & Braga, F. (2009). Influencia de factores profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública* 83 (2): 215-230.
- Gutiérrez, J. Peña, J. Montenegro, J. Osorio, D. Caicedo, C. & Gallego Y. (2008). Prevalencia y factores asociados a "burnout" en médicos especialistas docentes de la Universidad Tecnológica de Pereira. *Rev Med Risaralda* 14 (1): 15-22.
- Hernández, R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana Salud Pública* 29 (2): 103-110.
- Joffre, V. (2009). *Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en el Hospital General "Dr. Carlos Canseco" Tampico, Tamaulipas, México* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Granada-España.
- Kerdel, F. (2004). Las grandes paradojas de la medicina actual (II) *Gac Méd Caracas* 112 (2): 96-108.
- Linzer, M. Mc Murray, J. Visser, M. Oort, F. Smets, E. & De Haes H. (2002). Sex differences in physician burnout in the United States and The Netherlands. *Journal of American Women's Association* 57(4): 191-193.
- Lugo, J. (2019). Síndrome de Burnout. Factores asociados en médicos de un hospital tipo III. *Rev Dig Postgrado* 8(1):e158.
- Martín, M. Hernández, B. Arnillas, M. & García M. (2009). Burn-out en el hospital: ¿estamos quemados los médicos? *Medicina Balear* 24(3): 29-33.
- Maslach, C. (1976). Burned out. *Hum Behavior* 5 (9): 16-22.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory. Manual*. Second Ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Meza, P. (2018). *Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón del 2018*. (Tesis Licenciatura). Universidad San Pedro. Chimbote-Perú.
- Miraval, E. (2017). *Síndrome de Burnout en personal médico del Hospital III Emergencias Grau en el período octubre a diciembre del 2016*. (Tesis Licenciatura). Universidad Ricardo Palma. Lima-Perú.
- Ordenes, N. (2004). Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Rev Chil Pediatr* 75(5): 449-454.

- Pejuskovie, B. Leeié, D. Priebe, S. & Toskovie, O. (2011). Burnout Syndrome among physicians – The role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatria Danubina*; 23(4): 389-395.
- Sabag, E. (2006). *Síndrome de Desgaste Profesional en Médicos del I.M.S.S.* 13ª. Reunión de Investigación. México. Sonora.
- Salazar, L. (2017). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en el Personal de Salud del Hospital del niño Manuel Ascencio Villarroel de la ciudad de Cochabamba entre meses Septiembre del año 2016 y Enero del año 2017.* (Tesis Postgrado). Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba-Bolivia.
- Sarmiento, G. (2019). Burnout en el servicio de emergencias de un hospital. *Horiz Med* (Lima) 19(1): 67-72.
- Sinchire, G. (2017). *Síndrome de Burnout en Médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala.* (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Loja. Loja-Ecuador.
- Siu, C. Yuen, S. & Cheung, A. (2012). Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong Med J* 18(3): 186-192.
- Tait, S. Sonja, B. Litjen, T. Lotte, D. Wayne, S. Satele, D. West, C. Sloan, J. & Oreskovich, M. (2012). Burnout and Satisfaction with Work-Life balance among US Physicians relative to the General US Population. *Arch Intern Med* 172(18): 1377-1385.
- Visser, M. Smets, E. Oort, F. & De Haes H. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialist. *CMAJ* 168(3): 271-275.
- Zumárraga, R. García, M. & Yépez, L. (2008). Prevalencia del Síndrome de burnout en médicos de tres hospitales públicos de la ciudad de Quito. *Rev Fac Cien Med.* 33(2): 96-100.

Fecha de recepción: 25 de septiembre de 2019
Fecha de aceptación: 08 de enero de 2020