

Prevalencia del síndrome de desgaste profesional (*burnout*) en médicos especialistas y factores de riesgo

Prevalence of professional burnout syndrome in medical specialists and risk factors

Enrique Castañeda-Aguilera* y Javier Eduardo García de Alba-García

Resumen

Introducción: Uno de los factores psicosociales más importantes a los que los médicos están expuestos es el síndrome de desgaste profesional (*burnout*), cuyo origen es posiblemente el estrés crónico experimentado durante el desarrollo de su práctica profesional.

Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos especialistas y los factores de riesgo.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, censo de médicos especialistas de un hospital regional, con participación de 196 de ellos, ficha identificación y Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey auto-administrado. Estadísticas descriptivas y análisis inferencial con SPSS 15.0 y Epidat 3.1.

Resultados: 86,7% de respuesta. *Burnout* en 45,9%. Diferencias significativas en menores de 40 años y menos de 15 años con pareja estable. Con el síndrome se observó una correlación negativa entre agotamiento emocional y despersonalización y positiva con falta de realización personal en el trabajo.

Conclusiones: El *burnout* es frecuente (45,9%) en los médicos especialistas, por lo que se considera necesario establecer medidas preventivas o de intervención para reducir la prevalencia encontrada.

Palabras clave: Agotamiento Psicológico; Agotamiento Profesional; Cuerpo Médico; Despersonalización; Factores de Riesgo

Abstract

Background: One of the most important psychosocial factors to which doctors are exposed is the burnout syndrome, whose origin is possibly the chronic stress experienced during the development of their professional practice.

Objective: To determine the prevalence of burnout syndrome in medical specialists and risk factors.

Material and methods: Observational, descriptive and cross-sectional study, census of medical specialists physicians in a regional hospital, with the participation of 196 of them, identification card and self-administered Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey participated. Descriptive statistics and inferential analysis with SPSS 15.0 Epidat 3.1.

Results: 86.7% response. Burnout at 45.9%. Significant differences in those under 40 and under 15 with a stable partner. With the syndrome, a negative correlation was observed between emotional exhaustion and depersonalization and positive with a lack of personal accomplishment at work.

Conclusions: Burnout is frequent (45.9%) in medical specialists, therefore, it is considered necessary to establish preventive or intervention measures to reduce the prevalence found.

Keywords: Burnout, Psychological; Burnout, Professional; Medical Staff; Depersonalization; Risk Factors

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud, Departamento de Investigación, Guadalajara, Jalisco, México

Correspondencia:

*Enrique Castañeda-Aguilera
E-mail: ecastaneda03@hotmail.com

Fecha de recepción: 21/08/2019

Fecha de aceptación: 10/12/2019
DOI: 10.24875/RMIMSS.M20000014

Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2020;58(2):161-173
<http://revistamedica.imss.gob.mx/>

2448-5667 / © 2020 Instituto Mexicano del Seguro Social. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los factores de riesgo a los que está expuesto el personal médico hospitalario durante el desarrollo de su práctica profesional son muy variados. Por ejemplo, es frecuente estar en contacto con enfermedades y microorganismos patógenos, como el virus de inmunodeficiencia humana, la tuberculosis y la hepatitis, entre otras (riesgos biológicos); a sustancias neurotóxicas, mutagénicas, carcinogénicas y anestésicas (riesgos químicos); al ruido, las radiaciones ionizantes y no ionizantes, y la iluminación (riesgos físicos); a tiempos de trabajo extensos, espacios laborales reducidos, posturas y bipedestación prolongada, y pantallas de visualización de datos (riesgos ergonómicos); a la organización en el trabajo, las relaciones personales internas (con colegas, superiores o subordinados) y externas (pacientes, proveedores) (riesgos psicosociales); estos últimos son generadores de ansiedad, depresión, estrés, etc.

Actualmente se tiene mucho interés por todo aquello que forma parte del trabajo del personal médico hospitalario, con las obligaciones y los riesgos a los que habitualmente se expone, siendo los más frecuentes los de tipo psicosocial, por la diversificación de la actividad laboral que realizan, al atender a los pacientes en consulta externa, a los que se encuentran hospitalizados y las interconsultas en los servicios de urgencias, además de tener a su cargo al personal médico becario, capacitándolo de forma teórica y práctica, los pertenecientes al área quirúrgica, donde realizan todo tipo de cirugías, así como los trámites administrativos inherentes a los procedimientos médicos que se llevan a cabo en los hospitales. Todo ello 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.

Los riesgos psicosociales se han convertido en un fenómeno relevante y han alcanzado rápidamente una considerable notoriedad, ya que están muy relacionados con la actividad laboral que realizan. Una posible consecuencia de ello es el estrés crónico experimentado en el contexto laboral del personal médico especialista, el denominado síndrome de desgaste profesional (SDP) o *burnout*, que en su forma clínica fue descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger.¹ Este autor 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 empezó a aparecer en los años 1970 en los Estados Unidos de Norteamérica para hacer referencia al desgaste o la sobrecarga profesional. En esa misma

época, la psicóloga Cristina Maslach² estudiaba las respuestas emocionales que se producían entre las personas que trabajaban con los profesionales de ayuda, y en 1977, en el congreso anual de la American Psychological Association, utilizó el término *burnout* para describirlo en personas que trabajan en los sectores de servicios humanos, profesionales de la salud y de la educación, bajo condiciones difíciles en contacto directo con los usuarios. Este término era empleado entonces por los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre compañeros de trabajo.

Maslach y Jackson, en 1981,³ estudiaron el *burnout* desde una perspectiva tridimensional, caracterizado por: 1) agotamiento emocional (AE), manifestado por la pérdida progresiva de energía, cansancio y fatiga; 2) despersonalización (DP), identificada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad; y 3) falta de realización personal (RP) en el trabajo, 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: «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».⁴

Basándose en los estudios realizados, estas autoras elaboraron el *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS), el cual está dirigido a los profesionales de la salud³ y fue validado en profesionales mexicanos por Grajales en el 2001.⁵ Christina Maslach⁶ publicó en 2001 una reflexión sobre los últimos 20 años de investigación acerca del SDP, y concluye que se debe entender como un fenómeno multidimensional.

El SDP en los médicos especialistas se considera como un riesgo profesional importante para ellos, ya que son propensos a presentarlo debido a la naturaleza específica de su trabajo. En países europeos, americanos y asiáticos se evidencia una prevalencia variable del síndrome, pues las cifras reportadas oscilan desde el 2.7%⁷ hasta el 86.5%.⁸ Por ejemplo, en Hispanoamérica, el síndrome se detecta con una frecuencia del 12.2%; en América del Sur del 2.7% al 86.5%; en Norteamérica del 22% al 45.4%; en Europa del 4% al 55%; en Asia es del 47.9%; en Centroamérica y el Caribe del 17% al 25%; y en México del 21.5% al 51.3% (Cuadro I).^{7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37}

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

Estudio	Resultados
Cotrina y Panez ⁷ (2019)	2,7% en Huánuco, Perú
Arteaga, et al. ⁹ (2014)	3,7% en Ica, Perú
Goehring, et al. ¹⁰ (2005)	4,0% en Suiza
Zumárraga, et al. ¹¹ (2008)	7,4% en Quito, Ecuador
Gomero, et al. ¹² (2005)	7,69% en Lima, Perú
Bruce, et al. ¹³ (2005)	10,0% en Suecia
Selmanovic, et al. ¹⁴ (2011)	11,0% en Bosnia y Herzegovina
Grau, et al. ¹⁵ (2009)	12,1% en Hispanoamérica
Ordenes ¹⁶ (2004)	16,0% en Santiago, Chile
Sarmiento ¹⁷ (2019)	16,3% en Cusco, Perú
Girón, et al. ¹⁸ (2013)	17,0% en San Salvador, El Salvador
Meza ¹⁹ (2018)	17,4% en Chimbote, Perú
Salazar ²⁰ (2017)	18,0% en Cochabamba, Bolivia
Linzer, et al. ²¹ (2002)	21,0% en Holanda
Sabag ²² (2006)	21,5% en Sonora, México
Association of Professors of Medicine ²³ (APS) (2001)	22,0% en Wisconsin, E.E.U.U.
Lugo ²⁴ (2019)	24,4% en La Guaira, Venezuela
Hernández ²⁵ (2003)	25,0% en La Habana, Cuba
Esquivel, et al. ²⁶ (2007)	26,2% en Distrito Federal, México
Linzer, et al. ²¹ (2002)	28,0% en E.E.U.U.
Miraval ²⁷ (2017)	29,4% en Lima, Perú
Sinchire ²⁸ (2017)	33,3% en Machala, Ecuador
Borbolla y Domínguez ²⁹ (2007)	45,4% en Tabasco, México
Gutiérrez, et al. ³⁰ (2008)	45,4% en Pereira, Colombia
Tait, et al. ³¹ (2012)	45,4% en Minnesota, E.E.U.U.
Castañeda, et al. (2019) *	45,9% en Guadalajara, México
Glesberg, et al. ³² (2007)	47,9% en Suecia
Siu, et al. ³³ (2012)	47,9% en Hong Kong, China
Aranda, et al. ³⁴ (2011)	51,3% en Guadalajara, México
Visser, et al. ³⁵ (2003)	55,0% en Ámsterdam, Holanda
Ferrel, et al. ³⁶ (2010)	55,4% en Santa Marta, Colombia
Cáceres ³⁷ (2006)	59,0% en Madrid, España
Castillo y Rosas ⁸ (2019)	86,5% en Guayaquil, Ecuador

* Presente estudio

El conocimiento obtenido ha puesto las bases para realizar las intervenciones, con apoyo de técnicas y actividades para afrontar y manejar el estrés laboral

crónico, todo ello de acuerdo con el nivel en el cual se intervendrá: individual, grupal o institucional. La mayoría de los programas centran el entrenamiento en aspectos

específicos y otros en concienciar a los trabajadores sobre la importancia de prevenir los factores de riesgo.

Nuestra investigación tiene el objetivo de aportar elementos específicos al estudio del SDP (prevalencia, valores de subescalas y determinación de factores de riesgo), en una muestra censal de un hospital regional de una de las instituciones de salud más importantes de América Latina, en la zona metropolitana de Guadalajara, México.

Método

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, con el objetivo de determinar la frecuencia y los factores de riesgo del SDP, así como la posible relación con las variables sociodemográficas y laborales asociadas. La población seleccionada fueron todos los médicos especialistas adscritos al hospital regional en una muestra censal de la zona metropolitana de Guadalajara, México, quienes debían cumplir los siguientes requisitos: más de 1 año de antigüedad, estar en activo y en disposición para contestar los instrumentos de evaluación. Se excluyeron los médicos becarios residentes, directivos y personal sanitario, así como aquellos que no se encontraban ocupando su plaza en el periodo de la aplicación de las encuestas, en cuyo caso el cuestionario fue complementado por el personal sustituto. Se eliminaron las encuestas que no se respondieron correctamente.

Se explicó al personal médico especialista los motivos y los objetivos del estudio, y se obtuvo su autorización para participar mediante una guía estructurada y su consentimiento informado, haciendo énfasis en que la aplicación sería de carácter anónimo y voluntario, sin riesgo alguno, posterior a lo cual se aplicó el instrumento.

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

Para obtener la información se emplearon dos instrumentos: el primero fue de elaboración propia, para el registro de las variables sociodemográficas (sexo, edad, con o sin pareja estable, tiempo con pareja estable, situación laboral de la pareja y número de hijos) y laborales (área laboral, antigüedad profesional y en el puesto actual de trabajo, turno laboral, tipo de contratación, si contaba con otro trabajo y horas que le dedica); el segundo fue el MBI-HSS, en una versión traducida al español y validada de la original, que ya ha sido utilizada en varios estudios realizados en México, con un rango de fiabilidad del 0.57 al 0.80. Se trata de un cuestionario de 22 ítems con 7 opciones de

respuesta (escala Likert que va de 0 [nunca] a 6 [todos los días]), el cual contiene las subescalas AE (9 ítems), DP (5 ítems) y RP (8 ítems). Las puntuaciones de cada subescala se obtuvieron al sumar los valores de los ítems, lo cual permitió evaluar los niveles de SDP de cada trabajador. Como puntos de corte se pensó en seguir los criterios utilizados por otros autores, y para ello se categorizaron las tres subescalas en niveles bajo, moderado y alto: AE ≤ 18 , 19-26 y ≥ 27 , DP ≤ 5 , 6-9 y ≥ 10 , y en sentido opuesto a las anteriores RP ≤ 33 , 34-39 y ≥ 40 ; así, la puntuación baja indicaría baja realización, la intermedia mostraría moderada realización y la alta sería sensación de logro.

Se determinó la presencia de SDP con la afectación de una de las subescalas del inventario, ya fuera en su nivel medio o alto.

El estudio de los datos y su relación con las variables sociodemográficas y laborales se realizó mediante análisis estadístico descriptivo, obteniendo cifras absolutas, porcentajes y promedio \pm desviación estándar, según la escala de medición. Como medida de asociación se utilizó la correlación de Pearson. El análisis inferencial se llevó a cabo con los paquetes estadísticos SPSS 15.0 y Epi-info V 6.1. Se calcularon las *odds ratios* (OR) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC 95%) y la prueba de ji al cuadrado (con o sin corrección de Yates), considerando significativo un valor de $p \leq 0.05$.

Aspectos éticos

En el estudio, catalogado como de riesgo mínimo por la Ley de Salud, se solicitó a los participantes, de acuerdo con una guía estructurada, su consentimiento informado, cuidando los principios de autonomía, justicia y beneficencia y normoeficiencia. Fue aprobado por el Comité de Investigación del hospital.

Resultados

De las 226 encuestas distribuidas, 196 cumplieron con los criterios del estudio y se completaron correctamente; las 30 restantes se eliminaron por no reunir las pautas establecidas, por lo que se obtuvo una tasa de respuesta del 86.7%.

En el perfil sociodemográfico destaca el sexo femenino, con el 56% ($p < 0.05$), con una edad media de 44 ± 7.2 años. Predominó el grupo de edad < 40 años, con el 59% ($p < 0.05$). El 57% ($p < 0.05$) no tenía pareja estable, el tiempo promedio con esta fue de 15.2 ± 5.6 años, el 58% ($p < 0.05$) tenía menos de 15 años con

ella, en el 47% la pareja no trabajaba y el 60% ($p < 0.05$) manifestó no tener hijos.

En el perfil laboral, la especialidad de actividad profesional que destacó fue la clínica, con el 51% ($p < 0.05$); la antigüedad profesional tuvo un promedio de 15.2 ± 6.4 años, y en el puesto actual de trabajo fue de 9 ± 7.4 años. El grupo de menos de 10 años de antigüedad laboral se ubicó en el 56% ($p < 0.05$), y de igual forma sobresalió con el 48% el grupo de menos de 10 años de antigüedad en el puesto. El 58% manifestó laborar en la jornada acumulada y el 47% tenía contratación definitiva ($p < 0.05$). El 49% no tenía otro trabajo y el 42% de los que sí lo tenían laboraban en este más de 4 horas ($p < 0.05$).

El SDP se detectó en 90 (45.9%) participantes, de los cuales 43 (47.7%) tuvieron una subescala afectada, 32 (35.5%) dos subescalas y 15 (16.8%) tres subescalas.

Posteriormente se caracterizaron dos grupos: uno afectado por el SDP y otro sin afectar. Inmediatamente se realizó una asociación con cada una de las variables sociodemográficas y laborales. Obsérvese en el [cuadro II](#) que ser mujer, que la pareja no trabaje, no tener hijos, con especialidad clínica, menos de 10 años de antigüedad profesional y en el puesto actual de trabajo, laborar en jornada acumulada, contratación definitiva, no tener otro trabajo y laborar más de 4 horas en el trabajo actual, se asociaron como variables de riesgo con la presencia de SDP. Por otra parte, se relacionaron como factores de riesgo ser menor de 40 años (OR: 2.09; IC 95%: 1.06-4.12) y tener menos de 15 años con pareja estable (OR: 3.59; IC 95%: 1.61-8.03).

Se comporta como factor protector contra el SDP el no tener pareja estable (OR: 0.51; IC95%: 0.27-0.98).

Se muestran los datos obtenidos para las características de riesgo epidemiológico asociadas a las subescalas AE ([Cuadro III](#)), DP ([Cuadro IV](#)) y RP ([Cuadro V](#)), con la presencia o ausencia de J12SDP.

Se asociaron como variables de riesgo con la presencia de SDP para las subescalas AE, DP y RP no tener pareja estable, menos de 15 años con pareja, que la pareja no trabaje, no tener hijos, con especialidad clínica, antigüedad profesional menor de 10 años y contratación definitiva. Para SDP, AE y DP, ser mujer y menor de 40 años.

Se comportan como factores de riesgo con presencia de SDP para la subescala AE ser menor de 40 años (OR: 2.90; IC 95%: 1.44-5.87), tener menos de 15 años con pareja estable (OR: 4.91; IC 95%: 2.02-12.12), menos de 10 años de antigüedad profesional (OR: 2.42;

IC 95%: 1.18-4.98) y en el puesto actual de trabajo (OR: 2.06; IC 95%: 1.01-4.22).

Para la subescala DP, los factores de riesgo son ser menor de 40 años (OR: 2.62; IC 95%: 1.17-5.85), tener menos de 15 años con pareja estable (OR: 5.24; IC 95%: 1.60-18.16), menos de 10 años de antigüedad profesional (OR: 2.42; IC 95%: 1.06-5.49) y dedicar menos de 4 horas a otro trabajo (OR: 10.80; IC 95%: 2.76-44.62). No se encontraron factores de riesgo con la aparición de SDP para la subescala RP, solo variables de riesgo: ser varón, mayor de 40 años, no tener pareja estable, que esta no trabaje y no tener hijos, especialidad clínica, antigüedad profesional y permanencia en el puesto actual de trabajo mayor de 10 años, turno laboral nocturno, contratación definitiva, no tener otro trabajo y laborar más de 4 horas en este.

Se comportan como factores protectores contra SDP y la presencia de AE ser mujer (OR: 0.46; IC 95%: 0.23-0.90) y no tener hijos (OR: 0.49; IC 95%: 0.25-0.97), y para DP no tener pareja estable (OR: 0.44; IC 95%: 0.20-0.98) y no tener hijos (OR: 0.36; IC 95%: 0.16-0.80). Para la RP no se encontraron factores protectores.

Se efectuó una correlación con el SDP en las tres subescalas, que mostró una asociación inversamente proporcional de AE (-0.675 ; $p = 0.0001$) y DP (-0.492 ; $p = 0.0001$), y directamente proporcional de RP (0.630 ; $p = 0.0001$).

En el [cuadro VI](#) se establecen los valores medios en las subescalas AE (15.6), DP (5.0) y RP (39.9) en nuestro estudio, y se comparan con los de otros autores.

Discusión

El estudio del SDP 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 del SDP en una muestra representativa de médicos especialistas de un hospital regional 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 afectación del personal sanitario, sino también para describir y analizar factores de riesgo y de protección asociados.

Las principales restricciones del presente 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

Cuadro II. Relación de las variables sociodemográficas y laborales con la presencia o ausencia de síndrome de desgaste profesional (*burnout*) en los médicos especialistas de un hospital regional de la ciudad de Guadalajara, México, en 2019 (*n* = 196)

Variable (<i>n</i>)	SDP, <i>n</i> (%)		Ji al cuadrado	OR	IC 95%
	Sí	No			
	90 (45.9)	106 (54.1)			
Perfil sociodemográfico					
<i>Sexo</i>					
Masculino	55 (41.0)	78 (59.0)	3.47	0.56	0.29-1.02
Femenino	35 (56.0)	28 (44.0)			
<i>Grupo de edad</i>					
Menor de 40 años	33 (59.0)	23 (41.0)	5.34	2.09	1.06-4.12*
Mayor de 40 años	57 (41.0)	83 (59.0)			
<i>Estado civil</i>					
Con pareja estable	53 (40.0)	78 (60.0)	4.74	0.51	0.27-0.98*
Sin pareja estable	37 (57.0)	28 (43.0)			
<i>Tiempo con pareja estable</i>					
Menos de 15 años	31 (58.0)	22 (42.0)	12.02	3.59	1.61-8.03*
Más de 15 años	22 (28.0)	56 (72.0)			
<i>Trabaja la pareja</i>					
Sí	30 (37.0)	52 (63.0)	1.36	0.65	0.30-1.42
No	23 (47.0)	26 (53.0)			
<i>Hijos</i>					
Sí	53 (40.0)	81 (60.0)	6.91	0.44	0.23-0.85*
No	37 (60.0)	25 (40.0)			
Perfil laboral					
<i>Área laboral</i>					
Especialidad clínica	44 (51.0)	43 (49.0)	1.37	1.40	0.76-2.57
Especialidad quirúrgica	46 (42.0)	63 (58.0)			
<i>Antigüedad profesional</i>					
Menos de 10 años	28 (56.0)	22 (44.0)	2.75	1.72	0.86-3.47
Más de 10 años	62 (44.0)	84 (56.0)			
<i>Antigüedad en el puesto actual de trabajo</i>					
Menos de 10 años	59 (48.0)	64 (52.0)	0.56	1.25	0.67-2.34
Más de 10 años	31 (43.0)	42 (57.0)			
<i>Turno laboral</i>					
Matutino	52 (49.0)	54 (51.0)	4.00	-	-
Vespertino	21 (36.0)	38 (64.0)			
Nocturno	9 (51.0)	8 (49.0)			
Jornada acumulada	8 (58.0)	6 (42.0)			
<i>Tipo de contratación</i>					
Definitiva	88 (47.0)	100 (53.0)	1.47	2.64	0.47-19.45
Temporal	2 (25.0)	6 (75.0)			
<i>Otro trabajo</i>					
Sí	32 (41.0)	47 (59.0)	1.56	0.69	0.37-1.28
No	58 (49.0)	59 (51.0)			
<i>Horas que labora en el otro trabajo</i>					
Menos de 4 horas	4 (33.0)	8 (67.0)	0.30	0.70	0.16-2.92
Más de 4 horas	28 (42.0)	39 (58.0)			

**p* ≤ 0.05.

IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; OR: *Odds ratio*; SDP: Síndrome de desgaste profesional.
Fuente: Encuesta directa, 2019.

Cuadro III. Características de riesgo epidemiológico y estadísticamente asociadas con la subescala de agotamiento emocional con la presencia o ausencia del síndrome de desgaste profesional (*burnout*) entre los médicos especialistas de un hospital regional de la ciudad de Guadalajara, México, en 2019 ($n = 196$)

Variables		AE, n (%)		Ji al cuadrado	OR	IC 95%
		Con SDP	Sin SDP			
Perfil sociodemográfico						
<i>Sexo</i>	Masculino	34 (26)	99 (74)	5.96	0.46	0.23-0.90*
	Femenino	27 (57)	36 (43)			
<i>Grupo de edad</i>	Menor de 40 años	27 (49)	29 (51)	10.68	2.90	1.44-5.87*
	Mayor de 40 años	34 (24)	106 (76)			
<i>Estado civil</i>	Con pareja estable (casados/unión libre)	37 (28)	94 (72)	1.53	0.67	0.34-1.33
	Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	24 (37)	41 (63)			
<i>Tiempo con pareja estable</i>	Menos de 15 años	25 (47)	28 (53)	15.73	4.91	2.02-12.12*
	Más de 15 años	12 (15)	66 (85)			
<i>Trabaja la pareja</i>	Sí	21 (26)	61 (74)	0.75	0.71	0.30-1.66
	No	16 (33)	33 (67)			
<i>Hijos</i>	Sí	35 (26)	99 (74)	4.95	0.49	0.25-0.97*
	No	26 (42)	36 (58)			
Perfil laboral						
<i>Área laboral</i>	Especialidad clínica	28 (32)	59 (68)	0.08	1.09	0.57-2.10
	Especialidad quirúrgica	33 (28)	76 (72)			
<i>Antigüedad profesional</i>	Menos de 10 años	23 (46)	27 (54)	6.93	2.42	1.18-4.98*
	Más de 10 años	38 (26)	108 (74)			
<i>Antigüedad en el puesto de trabajo</i>	Menos de 10 años	45 (37)	78 (63)	4.60	2.06	1.01-4.22*
	Más de 10 años	16 (22)	57 (78)			
<i>Turno laboral</i>	Matutino	38 (36)	68 (64)	7.74	-	-
	Vespertino	11 (19)	48 (81)			
	Nocturno	5 (29)	12 (71)			
	Jornada acumulada	7 (50)	7 (50)			
<i>Tipo de contratación</i>	Definitiva	59 (31)	129 (69)	3.09	0.53	0.28-1.12
	Temporal	2 (25)	6 (75)			
<i>Tiene otro trabajo</i>	Sí	19 (24)	60 (76)	3.09	0.57	0.28-1.12
	No	42 (36)	75 (64)			
<i>Horas que dedica a otro trabajo</i>	Menos de 4 horas	3 (18)	9 (82)	0.01	1.06	0.20-5.10
	Más de 4 horas	16 (24)	51 (76)			

* $p \leq 0.05$.AE: Agotamiento emocional; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; OR: *Odds ratio*; SDP: Síndrome de desgaste profesional.

Fuente: Encuesta directa, 2019.

Cuadro IV. Características de riesgo epidemiológico y estadísticamente asociado con la subescala de despersonalización con la presencia o ausencia de síndrome de desgaste profesional (*burnout*) entre los médicos especialistas de un hospital regional de la ciudad de Guadalajara, México, en 2019 ($n = 196$)

Variables		DP, n (%)		Ji al cuadrado	OR	IC 95%
		Con SDP	Sin SDP			
Perfil sociodemográfico						
<i>Sexo</i>	Masculino	23 (17)	110 (83)	0.68	0.73	0.33-1.65
	Femenino	14 (22)	49 (78)			
<i>Grupo de edad</i>	Menor de 40 años	17 (30)	39 (70)	6.75	2.62	1.17-5.85*
	Mayor de 40 años	20 (14)	120 (86)			
<i>Estado civil</i>	Con pareja estable (casados/unión libre)	19 (15)	112 (85)	4.93	0.44	0.20-0.98*
	Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	18 (28)	47 (72)			
<i>Tiempo con pareja estable</i>	Menos de 15 años	14 (26)	39 (74)	10.18	5.24	1.60-18.16*
	Más de 15 años	5 (6)	73 (94)			
<i>Trabaja la pareja</i>	Sí	9 (11)	73 (89)	2.20	0.48	0.16-1.42
	No	10 (20)	39 (80)			
<i>Hijos</i>	Sí	18 (14)	115 (86)	7.72	0.36	0.16-0.80*
	No	19 (30)	44 (70)			
Perfil laboral						
<i>Área laboral</i>	Especialidad clínica	17 (20)	70 (80)	0.04	1.08	0.50-2.35
	Especialidad quirúrgica	20 (18)	89 (82)			
<i>Antigüedad profesional</i>	Menos de 10 años	15 (30)	35 (70)	5.42	2.42	1.06-5.49*
	Más de 10 años	22 (15)	124 (85)			
<i>Antigüedad en el puesto de trabajo</i>	Menos de 10 años	20 (16)	103 (84)	1.48	0.64	0.29-1.40
	Más de 10 años	17 (23)	56 (77)			
<i>Turno laboral</i>	Matutino	19 (17)	87 (83)	2.25	-	-
	Vespertino	14 (24)	45 (76)			
	Nocturno	3 (18)	14 (82)			
	Jornada acumulada	1 (7)	13 (93)			
<i>Tipo de contratación</i>	Definitiva	36 (19)	152 (81)	0.22	1.66	0.19-36.98
	Temporal	1 (13)	7 (87)			
<i>Tiene otro trabajo</i>	Sí	17 (22)	62 (78)	0.60	1.33	0.61-2.90
	No	20 (17)	97 (83)			
<i>Horas que dedica a otro trabajo</i>	Menos de 4 horas	11 (55)	9 (45)	17.78	10.80	2.76-44.62*
	Más de 4 horas	6 (10)	53 (90)			

* $p \leq 0.05$.

DP: Despersonalización; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; OR: *Odds ratio*; SDP: Síndrome de desgaste profesional. Fuente: Encuesta directa, 2019.

Cuadro V. Características de riesgo epidemiológico y estadísticamente asociado con la subescala de falta de realización personal en el trabajo con la presencia o ausencia del síndrome de desgaste profesional (*burnout*) entre los médicos especialistas de un hospital regional de la ciudad de Guadalajara, México, en 2019 ($n = 196$)

Variables		Falta de RP, n (%)		Ji al cuadrado	OR	IC 95%
		Con SDP	Sin SDP			
Perfil sociodemográfico						
<i>Sexo</i>	Masculino	40 (30)	93 (70)	0.83	1.38	0.66-2.90
	Femenino	15 (24)	48 (76)			
<i>Grupo de edad</i>	Menor de 40 años	15 (27)	41 (73)	0.06	0.91	0.43-1.93
	Mayor de 40 años	40 (29)	100 (71)			
<i>Estado civil</i>	Con pareja estable (casados/unión libre)	32 (24)	99 (76)	2.58	0.59	0.20-1.18
	Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	23 (35)	42 (65)			
<i>Tiempo con pareja estable</i>	Menos de 15 años	16 (30)	37 (70)	1.60	1.68	0.70-4.04
	Más de 15 años	16 (21)	62 (79)			
<i>Trabaja la pareja</i>	Sí	16 (20)	66 (80)	2.87	0.50	0.21-1.21
	No	16 (33)	33 (67)			
<i>Hijos</i>	Sí	36 (27)	98 (73)	0.30	0.83	0.41-1.70
	No	19 (31)	43 (69)			
Perfil laboral						
<i>Área laboral</i>	Especialidad clínica	30 (35)	57 (65)	3.20	1.77	0.90-3.48
	Especialidad quirúrgica	25 (23)	84 (77)			
<i>Antigüedad profesional</i>	Menos de 10 años	13 (26)	37 (74)	0.14	0.87	0.39-1.90
	Más de 10 años	42 (29)	104 (71)			
<i>Antigüedad en el puesto de trabajo</i>	Menos de 10 años	30 (24)	93 (76)	2.20	0.62	0.31-1.23
	Más de 10 años	25 (34)	48 (66)			
<i>Turno laboral</i>	Matutino	31 (29)	75 (71)	1.02	-	-
	Vespertino	15 (25)	44 (75)			
	Nocturno	6 (35)	11 (65)			
	Jornada acumulada	3 (21)	11 (79)			
<i>Tipo de contratación</i>	Definitiva	54 (29)	134 (71)	1.00	2.82	0.34-62.45
	Temporal	1 (12)	7 (88)			
<i>Tiene otro trabajo</i>	Sí	21 (27)	58 (73)	0.14	0.88	0.44-1.76
	No	34 (29)	83 (71)			
<i>Horas que dedica a otro trabajo</i>	Menos de 4 horas	2 (17)	10 (83)	0.71	0.51	0.07-2.84
	Más de 4 horas	19 (28)	48 (72)			

* $p \leq 0.05$.IC 95%: Intervalo de confianza del 95%; OR: *Odds ratio*; RP: Realización personal en el trabajo; SDP: Síndrome de desgaste profesional. Fuente: Encuesta directa, 2019.

Cuadro VI. Valores medios en las subescalas de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo del síndrome de desgaste profesional (*burnout*) entre los médicos especialistas, según diversos autores

Autores	AE	DP	Falta de RP
Valores normales (Maslach y Jackson, 1986)	22.1	7.2	36.5
Visser, <i>et al.</i> ³⁵ (2003)	15.5	7.4	27.3
Castañeda, <i>et al.</i> (2019)*	15.6	5.0	39.9
Escriba, <i>et al.</i> ³⁸ (2008)	17.8	10.6	34.0
Goehring, <i>et al.</i> ⁶ (2005)	17.9	6.5	39.6
Arteaga, <i>et al.</i> ⁹ (2014)	18.6	8.3	30.4
Esquivel, <i>et al.</i> ²⁶ (2007)	20.1	7.5	31.2
Tait, <i>et al.</i> ³¹ (2012)	21.0	5.0	42.0
Martín, <i>et al.</i> ³⁹ (2009)	21.3	9.1	38.6
Bruce, <i>et al.</i> ¹³ (2005)	21.8	7.1	36.0
Glesberg, <i>et al.</i> ³² (2007)	23.3	8.0	37.8
Grau, <i>et al.</i> ¹⁵ (2009)	24.7	7.8	37.7
Siu <i>et al.</i> ³³ (2012)	27.2	10.9	31.6

*Presente estudio.

AE: Agotamiento emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal en el trabajo.

estudio a las opciones que limitan la explicación o profundización del tema investigado. Otras posibilidades fueron el sesgo en la 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 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 en nuestro estudio, con el 86.7% de respuesta, lo que aunado al tamaño de la muestra ofrece representatividad en relación con los médicos especialistas que laboran en este hospital de Guadalajara, México, y que reflejó una frecuencia alta en comparación con otros estudios reportados en la literatura^{10,11,13,26,29-31,35,37,40} y por debajo de los hallazgos de otros autores.^{16-17,32,33}

En lo referente al perfil sociodemográfico, se identificó que el sexo femenino fue el que destacó en nuestro estudio, lo que concuerda con la literatura médica revisada,^{8,32,38,39,40} no coincidiendo con otros estudios en los que predomina el masculino,^{7-10-11,13,15,18,19,21,24,26,27,28,30-31,33,37,41} mientras que Hernández,²⁵ en el año 2003, encontró la misma proporción en ambos sexos. Ordenes¹⁶ en

el año 2004 y Linzer, *et al.*²¹ en el año 2002 no encontraron diferencias significativas con relación al sexo.

La edad también fue analizada, siendo el grupo de menores de 40 años el que presentó el mayor número de casos, lo cual se ajusta a las investigaciones revisadas^{8,17,18,19,24,28,32,36,39} y se asoció significativamente. Sin embargo, nuestro hallazgo no coincidió con los de otros estudios,^{10,11,13,15,21,26,27,29,30,35,36,40,41} en los que predominaron los médicos mayores de 40 años. Ordenes¹⁶ no encontró diferencias significativas en relación con la edad.

El hecho de no tener pareja estable se mostró con mayor frecuencia en nuestro estudio, lo que coincide con el llevado a cabo por Esquivel, *et al.*²⁶ en 2007, y se comportó como factor protector, mientras que para la mayoría de los autores prevaleció el tener pareja estable.^{7,8,11,13,16,19,26,29,30,31,32,33,35,37,40,41} Ordenes¹⁶ no encontró diferencias significativas en comparación con tenerla o no. En nuestra investigación destacó que tener menos de 15 años con pareja asoció significativamente, y además predominó que trabajara la pareja; estas variables no fueron reportadas en los estudios revisados. No tener hijos sobresalió en nuestro estudio y se manifestó como factor protector, coincidiendo con

Siu, et al.³³ en su estudio de 2012. No obstante, para otros investigadores^{15,26,31,32,37} destacó que tenerlos fue un factor protector; para Grau, et al.,¹⁵ en 2009, tener hijos también resultó ser un efecto protector.

En lo concerniente al perfil laboral, se identificó que la especialidad clínica sobresalió en el área laboral, concordando con otros estudios,^{26,29,30,41} pero no coincidiendo con los de Cotrina y Panez⁷, y Lugo,²⁴ en 2019, y el de Miraval²⁷ en 2017, en el que destacó la especialidad quirúrgica. Tener una antigüedad profesional menor de 10 años destacó en nuestra investigación y coincide con los estudios realizados por otros autores,^{7,28,34,39} pero no con otras investigaciones.^{11,15,25,26,29,30,33,36-38,41} Ordenes¹⁶ no halló diferencias significativas en este rubro; la antigüedad en el puesto actual de trabajo fue menor de 10 años y concuerda con Martín et al.,³⁹ en 2009, pero la antigüedad mayor de 10 años no fue reportada en los estudios revisados.

En lo referente al turno laboral, destacó la jornada acumulada, pero esta variable no fue reportada en los estudios examinados. El tipo de contratación definitiva fue el que predominó en nuestro estudio, lo que concuerda con lo encontrado por Cotrina y Panez¹ en 2019, mientras que para Sarmiento,¹⁷ en 2019, prevaleció la contratación temporal. No tener otro trabajo destacó en nuestra investigación, lo cual no coincide con otros autores,^{11,31,32,41} siendo significativo en el estudio realizado por Sabag,²² en 2006, en el que se destacó el tenerlo, y laborar más de 4 horas prevaleció en esta investigación, mientras que esto no fue manifestado por otros autores.

Para contextualizar nuestro estudio se hizo una amplia revisión sobre la prevalencia del SDP en médicos especialistas (Cuadro I), que nos ubica por encima de la mayoría de las investigaciones revisadas^{7,11,13,15-19,24-31} y evidencia la amplia variabilidad en la frecuencia del síndrome, situación que a su vez pone de manifiesto el carácter complejo de sus componentes; asimismo, nos sitúa por debajo de otros autores.^{8,32,33,34,35,36,37}

Se nota un rasgo de riesgo consistente para la presencia de SDP, AE, DP y RP juntos: no tener pareja estable o tener menos de 15 años con ella, y que esta no trabaje, no tener hijos, con especialidad clínica, menos de 10 años de antigüedad profesional y con contratación definitiva; además, para SDP, AE y DP, ser mujer y tener menos de 40 años de edad.

Los valores medios encontrados en nuestro estudio en las subescalas fueron AE = 15.6, DP = 5.0 y RP = 39.9, tal como se observa en el cuadro VI.

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.⁴² en el año 2000. Este resultado también ha sido confirmado mediante modelos de ecuaciones estructurales elaborados por Schaufeli, et al.⁴³ en 2002 y Manzano.⁴⁴ Se confirma que el AE es la subescala más fiable del síndrome. Schaufeli y Enzmann,⁴⁵ en 1998, mencionan que las dos dimensiones centrales del síndrome son el AE y la DP; Lee y Ashforth⁴⁶ en 1996 aseguran que ambas dimensiones son el corazón de este.

Conclusiones

Se concluye que el SDP es frecuente (45.9%) en los médicos especialistas y sus principales factores de riesgo son ser mujer, menor de 40 años, sin pareja estable o menos de 15 años con pareja, que la pareja no trabaje, sin hijos, con especialidad clínica, menos de 10 años de antigüedad profesional y que se mantenga en el puesto actual de trabajo, laborar jornada acumulada, con contratación definitiva, no tener otro trabajo o laborar más de 4 horas en él. La afectación de las subescalas de AE y DP 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 AE y DP, y positiva entre la falta de RP en el trabajo con la presencia del síndrome. Lo anterior nos lleva a considerar la necesidad de establecer medidas preventivas o de intervención en los niveles individual, social y organizativo para reducir la prevalencia encontrada.

Conflicto de intereses

Los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflicto potencial de intereses del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado ninguno que tuviera relación con este artículo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Referencias

1. Freudenberger M. Staff Burn-out. *J Soc Issues.* 1974;30(1):159-66.
2. Maslach C. Burned out. *Hum Behavior.* 1976;59:16-22.
3. Maslach C, Jackson S. *Maslach Burnout Inventory: manual.* Palo Alto, California, EUA, 1981.
4. Maslach C. Understanding Burnout definitional issues in analyzing a complex phenomenon; or: Paine WS. (Ed.) Sage Pub.1a. Edición Beverly Hills, California, EUA, 1982, pp. 269-88.
5. Grajales T. Estudio de la validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión Española en una población de profesionales mexicanos. SELA 2001: 1-10. Disponible en: https://www.academia.edu/4813114/Estudio_de_la_validez_factorial_del_Maslach_Burnout_Inventory_versi%C3%B3n_Espa%C3%B1ola_en_una_poblaci%C3%B3n_de_profesionales_mexicanos
6. Maslach C. What have we learned about burnout and health? *Psychol Health.* 2001;16(5):607-11.
7. Cotrina Y, Panes L. Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales de Huánuco. *Rev Peru Investig Salud.* 2019;3(3):127-32.
8. Castillo G, Rosas L. Identificación del Síndrome de Burnout en el personal médico de emergencias de un hospital de segundo nivel en Machala-Ecuador. *Ciencia y Salud Virtual.* 2019;11(2):79-89.
9. Arteaga A, Junes W, Navarrete A. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de salud. *Rev Med Pancea.* 2014;4(2):40-4.
10. Goehring C, Bouvier M, Künzi B, Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly.* 2005;135:101-08.
11. 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.
12. Gomero CR, Palomino BJ, Ruíz F, Llap YC. 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(4):233-8.
13. Bruce SM, Conaglen H, Conaglen JV. Burnout in physicians: a case for peer-support. *Intern Med J.* 2005;35:272-8.
14. Selmanovic S, Ramic E, Pranjić N, Brekalo S, Pasic Z, Alic A. Stress at Work and Burnout Syndrome in Hospital Doctors. *Med Arh.* 2011;65(4):221-4.
15. 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. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83:215-30.
16. Ordenes N. Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Rev Chil Pediatr.* 2004;75(5):449-54.
17. Sarmiento, G. Burnout en el servicio de emergencias de un hospital. *Horiz Med.* 2019;19(1):67-72.
18. Girón-Duarte A, Lozano-Vizcarra DE. Síndrome de desgaste laboral y sus efectos en el ambiente laboral del personal de salud del Hospital Nacional San Rafael. [Tesis Licenciatura]. San Salvador, El Salvador. Universidad Dr. José Matías Delgado; 2013.
19. Meza, P. Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Eleazar Guzmán Barrón del 2018. [Tesis Licenciatura]. Chimbote, Perú: Universidad de San Pedro; 2018.
20. Salazar, L. 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 Licenciatura]. Cochabamba, Bolivia. Universidad Mayor de San Simón; 2017.
21. Linzer M, McMurray JE, Visser MRM, Oort FJ, Smets E, de Haes HCJM. Sex differences in physician burnout in the United States and The Netherlands. *J Am Womens Assoc (1972).* 2002;57(4):191-3.
22. Sabag E. Síndrome de Desgaste Profesional en Médicos del I.M.S.S. 13ª. Reunión de Investigación. Sonora, México, 2006. Citado . Disponible en:
23. Linzer M, Visser MR, Oort FJ, Smets EM, McMurray JE, Haes HC; Society of General Internal Medicine (SGIM) Career Satisfaction Study Group (CSSG). Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med.* 2001;111(2):170-5.
24. Lugo, J. Síndrome de Burnout. Factores asociados en médicos de un hospital tipo III. *Rev Dig Postgrado.* 2019;8(1):e158.
25. Hernández R. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana Salud Pública.* 2003;29 (2):103-10.
26. 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(5):427-36.
27. Miraval-Cabrera E. Síndrome de Bburnout en personal médico del Hospital III Emergencias Grau en el período octubre a diciembre del 2016. [Tesis de Licenciatura] Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2017.
28. Sinchire G. Síndrome de burnout en médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala.[Tesis de Licenciatura]. Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017.
29. Borbolla-Sala ME, Domínguez-Sánchez M. Síndrome de burnout en personal médico familiar y no familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tabasco. *Salud en Tabasco.* 2007;13(1):577-83.
30. 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(1):15-22.
31. Tait S, Sonja B, Litjen T, Lotte D, Wayne S, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med.* 2012;172(18):1377-85.

32. Glesberg A, Eriksson S, Norberg A. Burnout and “stress of conscience” among healthcare personnel. *J Adv Nur*. 2007;57(4):392-403.
33. Siu C, Yuen S, Cheung A. Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong Med J*. 2012;18(3):186-92.

Cómo citar este artículo:

Castañeda-Aguilera E, García de Alba-García JE. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional (*burnout*) en médicos especialistas y factores de riesgo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2020;58(2):161-173.