

Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo*

Enrique Castañeda Aguilera¹
Javier E. García de Alba García²

Resumen

Introducción: El síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) se refiere a un problema de tipo psicosocial que se presenta más frecuentemente entre los médicos. *Objetivo:* Determinar la prevalencia y los factores de riesgo en los médicos familiares mexicanos. *Método:* Estudio observacional, descriptivo-transversal, mediante muestra aleatoria con asignación proporcional de 240 profesionales aplicándoseles el *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* en forma autoadministrada. Las estadísticas descriptivas y el análisis inferencial se realizó con apoyo del SPSS 12.0 y Epi-info V 6.1. *Resultados:* Se logró el 97,5% de respuesta. Se detectó una frecuencia del síndrome de agotamiento profesional en el 41,6% de los profesionales. Se obtuvieron diferencias significativas en función del sexo, grupo de edad, tener hijos, antigüedad en la institución y tipo de contratación. *Conclusiones:* El síndrome de agotamiento profesional es frecuente (41,6%) en los médicos familiares, y sus principales factores de riesgo: el ser mujer, mayor de 40 años, con hijos, con 10 años o más de antigüedad institucional y contratación de base. La afectación del agotamiento emocional se comporta como el síndrome. 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. Es necesario establecer medidas preventivas o de intervención en los planos individual, social u organizacional para reducir la prevalencia encontrada.

Palabras clave: médicos de familia, agotamiento profesional, despersonalización, satisfacción en el trabajo.

Title: Prevalence of *Burn-out* Syndrome in Mexican Family Physicians: Analysis of Risk Factors

* El artículo es parte de la tesis *Síndrome de desgaste profesional o burnout y depresión: factores de riesgo en el personal médico en el primer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2005, Universidad de Guadalajara, México.

¹ Maestro en Ciencias de la Salud Pública con énfasis en Salud en el Trabajo. Adscrito a la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud (UISESS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México.

² Doctor en Antropología. Adscrito a la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud (UISESS), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México.

Abstract

Introduction: Burn-out syndrome refers to a psycho-social problem that is common among physicians. **Objective:** To determine its prevalence and risk factors in Mexican family physicians. **Method:** Observational, descriptive-cross-sectional study, by means of self-administration of the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS) in a random sample with proportional allocation of 240 physicians. The descriptive statistics and the inferential analysis were made with support of the SPSS 12.0 and Epi-info V 6.1. **Results:** 97.5% of the answers were obtained. We detected Burn-out syndrome in 41.6% of the physicians. We found significant differences based on gender, age group, number of children, seniority, and type of job contract. **Conclusions:** Burn-out syndrome is frequent (41.6%) in family physicians, and its main risk factors are: Being a woman, 40 years-old or more, with children, with a minimum of 10 years at the workplace, and a long-term contract. Emotional exhaustion and depersonalization had a negative correlation, and lack of personal accomplishments at work had a positive correlation with the syndrome. It is necessary to establish preventive measures and interventions at the individual, social, and organizational levels to reduce its prevalence.

Key words: Family physicians, professional burnout, depersonalization, job satisfaction.

Introducción

El *síndrome de agotamiento profesional (burnout) (SAP)*, en su forma clínica, fue descrito por primera vez en 1974, por el psiquiatra americano Herbert Freudenberger (1). 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”, fenómeno que empezó a aparecer en los años setenta en Estados Unidos, para hacer referencia al desgaste o sobrecarga profesional de los profesionales del servicio.

En esa misma época, la psicóloga Cristina Maslach (2) estudiaba las respuestas emocionales que se producen entre las personas que trabajaban con los profesionales de ayuda. Y en 1977, dentro del congreso anual de la Asociación Americana de Psicólogos, lo utilizó 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 clínico entre compañeros de trabajo.

Maslach y Jackson (3) lo estudiaron 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. Y en 1982 establecieron una de las definiciones más acep-

tadas y utilizadas por los distintos autores para la realización de sus investigaciones: 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” (4). Y 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.

La sistematización y el incremento del número de estudios sobre el SAP evidenció su trascendencia como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, manifestadas como alteraciones: emocionales, conductuales, psicosomáticas y sociales (5), lo cual ha permitido establecer un incipiente consenso sobre la importancia de ciertas variables.

Sobre los aspectos epidemiológicos descritos, no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores, aunque sí una determinada coincidencia para algunas variables. Así, entre las repercusiones que afectan al personal médico destacan: el absentismo laboral, la disminución de la satisfacción personal, las relaciones médico-paciente conflictivas, el riesgo de conductas adictivas, la alta movilidad laboral, así como afectaciones en otras esferas como la de pareja y la familiar (6,7).

Aun cuando se han identificado numerosos factores estresantes cró-

nicos del entorno laboral implicados, como la sobrecarga de trabajo (8,9), pacientes difíciles (10), poco tiempo para la atención del paciente, salario insatisfactorio, calidad de las relaciones en el grupo de trabajo, antigüedad de más de 10 años en el puesto de trabajo (11,12) y el rol de género (13-18). Estos factores, por sí solos, no explican en su totalidad el síndrome (5).

En Hispanoamérica, los médicos familiares evidencian una prevalencia variable del síndrome, pues las cifras reportadas oscilan desde el 7,7% (19) hasta el 91,8% (20). Por ejemplo, en España el síndrome se detecta con una frecuencia que va del 11,1% al 91,8%; en Centro, Sudamérica y Cuba, del 7,7% al 79,7%, y en México, desde el 12,8% al 50,5%.

La medicina familiar, además de ser uno de los grupos mayoritarios en las instituciones de salud en el primer nivel de atención, representa el contacto inicial con los usuarios de los servicios médicos en esta área, donde son más notorios los problemas que plantean las crecientes necesidades ante los limitados recursos de las instituciones, situación que vulnera al médico familiar en su entorno individual y laboral, en los aspectos biopsico-social, que provocan el síndrome.

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 de acuerdo con

el ámbito 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 prevenir los factores de riesgo.

Nuestra investigación tiene el objetivo de aportar elementos específicos al estudio del SAP (prevalencia, valores de subescalas y determinación de factores de riesgo), dentro de una de las instituciones de seguridad social más grandes de América Latina, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en una muestra representativa de los médicos familiares que atienden a los trabajadores incluidos en el régimen ordinario, en la segunda ciudad más importante de México.

Material y método

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, con el objeto de determinar la frecuencia y los factores de riesgo del SAP, así como la posible relación con las variables sociodemográficas asociadas. La población seleccionada fueron los médicos familiares que laboran en las 24 unidades de medicina familiar (UMF) del IMSS, ubicadas en la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG), México, de las cuales se seleccionaron al azar 240 médicos —tamaño calculado mediante la fórmula de Feinstein para distribuciones libres y por-

centajes de frecuencias máximas y mínimas reportadas en la literatura revisada con el objeto de abarcar la variabilidad del fenómeno— (21), que debían cumplir los siguientes requisitos: más de un año de antigüedad, estar en servicio activo y que tuvieran disposición para contestar los instrumentos de evaluación. Se excluyeron los médicos de urgencias, odontólogos, directivos y demás personal sanitario, así como aquellos facultativos que no se encontraban ocupando su plaza en el período de la aplicación de las encuestas, en cuyo caso el cuestionario era complementado por el médico sustituto. Se eliminaron las encuestas que no se llenaron correctamente.

Para obtener la información se emplearon dos instrumentos: el primero, de elaboración propia para el registro de las variables sociodemográficas —edad, sexo, con pareja estable o sin ésta, escolaridad, número de hijos, tiempo con pareja estable, trabaja la pareja, adscripción laboral, antigüedad en la institución y en el puesto actual, turno, tipo de contratación, número de pacientes atendidos por jornada laboral, otro trabajo aparte del institucional y horas que le dedica—. El segundo, el MBI-HSS (3), con una versión traducida y validada de la original, que ya ha sido utilizada en numerosos estudios realizados en España (22-26) y en México (27), con un rango de fiabilidad del 0,57 al 0,80.

Se trata de un cuestionario de 22 ítems con siete opciones de

respuesta (escala de Likert de 0 a 6), que va de 0 (nunca) hasta 6 (todos los días), y que 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 (10,28). Para ello se categorizaron las tres 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 indicarían baja realización, la intermedia mostraría moderada realización, y la alta evidenciaría sensación de logro. De este modo, 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 se realizó mediante un análisis estadístico descriptivo, del cual se obtuvieron cifras absolutas, porcentajes, promedio y desviación estándar de acuerdo con la escala de medición. Para el análisis inferencial e intervalo de confianza al 95% se calculó el chi-cuadrado (χ^2) —con corrección de Yates o sin éste—, considerando significativa una $p \leq 0,05$. Nos apoyamos en los paquetes estadísticos SPSS 12.0 y Epi-info V 6.1.

Resultados

De 240 encuestas distribuidas a los médicos familiares se remitió y completaron correctamente 233, y se obtuvo así un porcentaje de respuesta del 97,5%. De los informantes, 139 eran varones (59,7%), y 94, mujeres (40,3%), con un promedio de edad de 44,4 \pm 7,18 años (rango de 28 a 64 años). Se estimó la frecuencia del síndrome en el 41,6% de los médicos familiares.

En la Tabla 1 se exponen los resultados obtenidos para el SAP con relación al total de la muestra y su asociación con cada una de las variables sociodemográficas. Se obtuvieron diferencias significativas en las siguientes variables. Con relación al sexo ($\chi^2 = 8,01$; $p = 0,004$), las mujeres presentaron una puntuación más elevada. En cuanto al grupo de edad ($\chi^2 = 4,12$; $p = 0,04$), predominó con una valoración más alta el de los mayores de 40 años. Respecto al tener o no hijos ($\chi^2 = 4,08$; $p = 0,04$), destacó el tenerlos. Referente al grupo de antigüedad institucional ($\chi^2 = 5,88$; $p = 0,01$), resaltaron con una calificación más alta los mayores de 10 años. Relativo al tipo de contratación ($\chi^2 = 4,08$; $p = 0,04$), sobresalen los de plaza permanente. El resto de las variables no fueron significativas.

En la Tabla 2 se muestran los datos obtenidos para las subescalas de AE, DP y RP, con la presencia o no del SAP y su asociación con cada una de las variables sociodemográficas.

Tabla 1. Características de riesgo epidemiológico y estadísticamente asociadas con el SAP

Variables		SAP		Significancia estadística
		Sí = n (%)	No = n (%)	
Sexo	Femenino	50 (53)	44 (47)	$\chi^2 = 8,01$; $p = 0,004^*$
	Masculino	48 (34)	91 (66)	
Grupo de edad	>40 años	84 (46)	101 (54)	$\chi^2 = 4,12$; $p = 0,04^*$
	<40 años	14 (29)	34 (71)	
Grupo con pareja estable o sin ésta	Con pareja estable (casados/unión libre)	77 (42)	107 (58)	$\chi^2 = 0,02$; $p = 0,89$
	Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	21 (43)	28 (57)	
Escolaridad	Profesional	41 (43)	58 (59)	$\chi^2 = 0,03$; $p = 0,86$
	Especialidad	57 (43)	77 (57)	
Hijos	Sí	88 (45)	108 (55)	$\chi^2 = 4,08$; $p = 0,04^*$
	No	10 (27)	27 (73)	
Tiempo con pareja estable	>15 años	53 (43)	70 (57)	$\chi^2 = 0,24$; $p = 0,62$
	<15 años	24 (40)	37 (60)	
Trabaja la pareja	Sí	49 (43)	64 (57)	$\chi^2 = 0,28$; $p = 0,59$
	No	28 (39)	43 (61)	
Antigüedad institucional	>10 años	87 (46)	103 (54)	$\chi^2 = 5,88$; $p = 0,01^*$
	<10 años	11 (25)	32 (75)	
Antigüedad en el puesto de trabajo	>10 años	61 (43)	80 (57)	$\chi^2 = 0,21$; $p = 0,64$
	<10 años	37 (40)	55 (60)	
Turno laboral	Matutino	57 (46)	67 (54)	$\chi^2 = 1,66$; $p = 0,19$
	Vespertino	41 (38)	68 (62)	
Contratación	Base	88 (45)	108 (55)	$\chi^2 = 4,08$; $p = 0,04^*$
	Eventual	10 (27)	27 (73)	
Número de pacientes que atienden por jornada laboral	> 25 pacientes	54 (45)	65 (55)	$\chi^2 = 1,10$; $p = 0,29$
	< 25 pacientes	44 (39)	70 (61)	
Otro trabajo	Sí	34 (39)	54 (61)	$\chi^2 = 0,68$; $p = 0,40$
	No	64 (44)	81 (56)	
Horas que dedica a otro trabajo	> 4 horas	24 (35)	44 (65)	$\chi^2 = 1,41$; $p = 0,23$
	< 4 horas	10 (50)	10 (50)	

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

Tabla 2. Características de riesgo epidemiológico y estadísticamente asociadas con las subescalas de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo con la presencia o no del SAP

Variables		AE		Significancia estadística
		Sí (SAP)	No (SAP)	
Sexo	Femenino	41 (44%)	53 (56%)	$\chi^2 = 10,22$; p = 0,001*
	Masculino	33 (24%)	106 (76%)	
Grupo de edad	>40 años	62 (44%)	123 (66%)	$\chi^2 = 1,27$; p = 0,25
	<40 años	12 (25%)	36 (75%)	
Grupo con o sin pareja estable	Con pareja estable (casados/unión libre)	60 (33%)	124 (67%)	$\chi^2 = 0,29$; p = 0,58
	Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	14 (43%)	35 (71%)	
Escolaridad	Profesional	30 (30%)	69 (70%)	$\chi^2 = 0,17$; p = 0,68
	Especialidad	44 (33%)	90 (67%)	
Hijos	Sí	69 (35%)	127 (65%)	$\chi^2 = 6,76$; p = 0,009*
	No	5 (14%)	32 (86%)	
Tiempo con pareja estable	>15 años	41 (33%)	82 (67%)	$\chi^2 = 0,09$; p = 0,76
	<15 años	19 (31%)	42 (69%)	
Trabaja la pareja	Sí	42 (37%)	71 (63%)	$\chi^2 = 2,77$; p = 0,96
	No	18 (25%)	53 (75%)	
Antigüedad institucional	>10 años	67 (35%)	123 (65%)	$\chi^2 = 5,83$; p = 0,01*
	<10 años	7 (16%)	36 (84%)	
Antigüedad en el puesto de trabajo	>10 años	48 (34%)	93 (66%)	$\chi^2 = 0,86$; p = 0,35
	<10 años	26 (18%)	66 (72%)	
Turno laboral	Matutino	44 (35%)	80 (65%)	$\chi^2 = 1,70$; p = 0,19
	Vespertino	30 (28%)	79 (72%)	
Contratación	Base	68 (35%)	128 (65%)	$\chi^2 = 4,90$; p = 0,02*
	Eventual	6 (16%)	31 (84%)	
Número de pacientes que atienden por jornada laboral	>25 pacientes	46 (39%)	73 (61%)	$\chi^2 = 5,34$; p = 0,02*
	<25 pacientes	28 (24%)	86 (76%)	
Otro trabajo	Sí	25 (28%)	63 (72%)	$\chi^2 = 0,73$; p = 0,39
	No	49 (44%)	96 (66%)	
Horas que dedica a otro trabajo	>4 horas	18 (26%)	50 (74%)	$\chi^2 = 0,55$; p = 0,45
	<4 horas	7 (35%)	13 (65%)	

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

AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; RP: falta de realización personal en el trabajo.

Tabla 2. Características de riesgo epidemiológico y estadísticamente asociadas con las subescalas de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo con la presencia o no del SAP

Variables		DP		Significancia estadística
		Sí (SAP)	No (SAP)	
Sexo	Femenino	18 (19%)	76 (81%)	$\chi^2 = 2,10$; p = 0,14
	Masculino	17 (12%)	122 (88%)	
Grupo de edad	>40 años	32 (46%)	153 (54%)	$\chi^2 = 3,64$; p = 0,056
	<40años	3 (29%)	45 (71%)	
Grupo con o sin pareja estable	Con pareja estable (casados/unión libre)	24 (13%)	160 (87%)	$\chi^2 = 2,68$; p = 0,10
	Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	11 (22%)	38 (78%)	
Escolaridad	Profesional	10 (10%)	89 (90%)	$\chi^2 = 3,26$; p = 0,07
	Especialidad	25 (19%)	109 (81%)	
Hijos	Sí	30 (15%)	166 (55%)	$\chi^2 = 0,08$; p = 0,77
	No	5 (14%)	32 (86%)	
Tiempo con pareja estable	>15 años	14 (11%)	109 (89%)	$\chi^2 = 0,90$; p = 0,34
	<15años	10 (16%)	51 (84%)	
Trabaja la pareja	Sí	12 (11%)	101 (89%)	$\chi^2 = 1,52$ p = 0,21
	No	12 (17%)	59 (83%)	
Antigüedad institucional	>10 años	32 (17%)	158 (83%)	$\chi^2 = 2,67$; p = 0,10
	<10 años	3 (7%)	38 (93%)	
Antigüedad en el puesto de trabajo	>10 años	24 (17%)	117 (83%)	$\chi^2 = 1,12$; p = 0,29
	<10 años	11 (12%)	81 (88%)	
Turno laboral	Matutino	22 (18%)	102 (82%)	$\chi^2 = 1,54$; p = 0,21
	Vespertino	13 (12%)	96 (88%)	
Contratación	Base	31 (16%)	165 (84%)	$\chi^2 = 0,61$; p = 0,43
	Eventual	4 (11%)	33 (89%)	
Número de pacientes que atienden por jornada laboral	>25 pacientes	21 (18%)	98 (82%)	$\chi^2 = 1,31$; p = 0,25
	<25 pacientes	14 (12%)	100 (88%)	
Otro trabajo	Sí	16 (18%)	72 (82%)	$\chi^2 = 1,11$; p = 0,29
	No	19 (13%)	126 (87%)	
Horas que dedica a otro trabajo	>4 horas	10 (15%)	58 (85%)	$\chi^2 = 2,43$; p = 0,11
	<4 horas	6 (30%)	14 (70%)	

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

AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; RP: falta de realización personal en el trabajo.

Tabla 2. Características de riesgo epidemiológico y estadísticamente asociadas con las subescalas de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo con la presencia o no del SAP

Variables		RP		Significancia estadística
		Sí (SAP)	No (SAP)	
Sexo	Femenino	22 (23%)	72 (77%)	$\chi^2 = 6,68$; p = 0,01*
	Masculino	15 (11%)	124 (89%)	
Grupo de edad	>40 años	31 (17%)	154 (83%)	$\chi^2 = 0,52$; p = 0,47
	<40 años	6 (19%)	42 (91%)	
Grupo con o sin pareja estable	Con pareja estable (casados/unión libre)	27 (15%)	157 (85%)	$\chi^2 = 0,95$; p = 0,32
	Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	10 (20%)	39 (80%)	
Escolaridad	Profesional	11 (11%)	88 (89%)	$\chi^2 = 2,93$; p = 0,08
	Especialidad	57 (43%)	77 (57%)	
Hijos	Sí	34 (17%)	162 (83%)	$\chi^2 = 1,99$; p = 0,15
	No	3 (8%)	34 (92%)	
Tiempo con pareja estable	>15 años	13 (10%)	110 (90%)	$\chi^2 = 4,99$; p = 0,02*
	<15 años	14 (23%)	47 (77%)	
Trabaja la pareja	Sí	16 (14%)	97 (86%)	$\chi^2 = 0,06$; p = 0,80
	No	5 (12%)	38 (88%)	
Antigüedad institucional	>10 años	32 (17%)	158 (83%)	$\chi^2 = 0,71$; p = 0,39
	<10 años	7 (16%)	36 (84%)	
Antigüedad en el puesto de trabajo	>10 años	20 (14%)	121 (86%)	$\chi^2 = 0,77$; p = 0,38
	<10 años	17 (18%)	75 (82%)	
Turno laboral	Matutino	21 (17%)	103 (83%)	$\chi^2 = 0,22$; p = 0,63
	Vespertino	16 (15%)	93 (85%)	
Contratación	Base	35 (18%)	161 (82%)	$\chi^2 = 3,61$; p = 0,057
	Eventual	2 (5%)	35 (95%)	
Número de pacientes que atienden por jornada laboral	>25 pacientes	20 (17%)	99 (83%)	$\chi^2 = 0,16$; p = 0,69
	<25 pacientes	17 (15%)	97 (85%)	
Otro trabajo	Sí	11 (12%)	77 (88%)	$\chi^2 = 1,21$; p = 0,27
	No	26 (18%)	119 (82%)	
Horas que dedica a otro trabajo	>4 horas	8 (12%)	60 (88%)	$\chi^2 = 0,15$; p = 0,70
	<4 horas	3 (15%)	17 (85%)	

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

AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; RP: falta de realización personal en el trabajo.

Se observaron diferencias significativas en las siguientes variables de la subescala AE. Referente al sexo ($\chi^2 = 10,22$; $p = 0,001$), las mujeres presentaron una puntuación más alta. Con relación al tener o no hijos ($\chi^2 = 6,70$; $p = 0,009$), sobresalió el tenerlos. En cuanto al grupo de antigüedad institucional ($\chi^2 = 5,83$; $p = 0,01$), resaltó con una calificación más alta los mayores de 10 años. Respecto al tipo de contratación ($\chi^2 = 4,90$; $p = 0,02$), destacó los de plaza permanente. Con relación a los pacientes que se atienden por jornada laboral ($\chi^2 = 5,34$; $p = 0,02$), predominó en los médicos que atendieron diariamente más de 25 pacientes. El resto de las variables no fueron significativas.

No se evidenciaron diferencias significativas en ninguna de las va-

riables de la subescala DP. Se detectaron diferencias significativas en las siguientes variables de la subescala RP. Relativo al sexo ($\chi^2 = 6,68$; $p = 0,01$), las mujeres presentaron una calificación más elevada. En cuanto al tiempo con pareja estable ($\chi^2 = 4,99$; $p = 0,02$), resaltaron con una puntuación más alta los menores de 15 años. El resto de las variables no fueron significativas.

En la Tabla 3 se muestran las características sociodemográficas (promedios y porcentajes) en el personal médico estudiado, con diferencias estadísticamente significativas en el sexo masculino, los parámetros de porcentaje en la contratación de base ($F = 2,03$; $p = 0,04$), tener hijos ($F = 3,86$; $p = 0,001$) y en el promedio de número de horas que labora en otro trabajo ($F = 2,60$; $p = 0,01$).

Tabla 3. Características sociodemográficas del personal médico estudiado

Características sociodemográficas	Masculino (n= 139)	Femenino (n= 94)	Valor de F	Valor de p
Edad**	46,25 ± 6,53	41,77 ± 7,27	1,22	0,27
Antigüedad en la institución**	16,91 ± 6,54	14,80 ± 7,20	1,22	0,27
Antigüedad en el puesto actual de trabajo**	13,13 ± 8,25	11,16 ± 8,02	1,05	0,77
Contratación de base†	88,5%	77,7%	2,03	0,04*
El tener hijos†	92,1%	72,3%	3,86	0,001*
Número de hijos**	2,66 ± 1,26	1,67 ± 1,30	1,17	0,39
Pacientes por jornada**	24,68 ± 3,03	25,22 ± 2,92	1,07	0,73
Tiempo de casado**	18,34 ± 6,99 (n=129)	13,98 ± 7,16 (n = 66)	1,05	0,80
Horas que labora en otro trabajo**	5,02 ± 2,13 (n = 66)	3,86 ± 1,39 (n = 22)	2,60	0,01*

* Asociación significativa. Nivel de significación estadística $p \leq 0,05$; ** Promedio; † Porcentaje.

En la Tabla 4 se presentan las puntuaciones de las tres subescalas entre los médicos familiares que presentan o no el síndrome, donde el AE tuvo una $p = 0,000$, la DP mostró una $p = 0,000$ y, finalmente, la RP presentó una $p = 0,000$, con

diferencias estadísticamente significativas en todas ellas.

Se efectuó una correlación con SAP en las tres subescalas (no referidas en los cuadros), y ésta presentó una asociación inversamente proporcional del AE (-0,717) y DP

Tabla 4. Promedio de las subescalas afectadas, agotamiento emocional, despersonalización y la falta de realización personal, porcentaje de los casos con SAP y puntuaciones en casos y no casos según subescalas

Nivel	AE		Puntuación		
	Promedio	% (n) con diagnóstico	Con SAP (n = 98)	Sin SDP (n=135)	F P
Bajo	0,15 ± 0,38	18 (24)	8,0 ± 5,90		
Medio	1,34 ± 0,66	100 (47)	21,1 ± 1,80		
Alto	2,14 ± 0,71	100 (27)	36,6 ± 6,60		
Total	0,68 ± 0,87	42 (98)	22,2 ± 11,40	5,20 ± 4,60	245,48 < 0,000*
Total subescalas afectadas % (n)			32 (74)		
Nivel	DP		Puntuación		
	Promedio	% (n) con diagnóstico	Con SAP (n = 98)	Sin SDP (n=135)	F P
Bajo	0,37 ± 0,59	31 (63)	1,30 ± 1,70		
Medio	1,90 ± 0,92	100 (24)	7,20 ± 1,10		
Alto	2,80 ± 0,87	100 (11)	16,60 ± 5,80		
Total	0,50 ± 0,65	42 (98)	4,50 ± 5,50	0,61 ± 1,20	63,47 < 0,000*
Total subescalas afectadas % (n)			15 (35)		
Nivel	RP		Puntuación		
	Promedio	% (n) con diagnóstico	Con SAP (n = 98)	Sin SDP (n=135)	F P
Bajo	0,34 ± 0,53	31 (65)	24,00 ± 9,40		
Medio	2,04 ± 0,73	100 (25)	36,20 ± 1,90		
Alto	2,33 ± 0,88	100 (12)	44,30 ± 2,50		
Total	0,62 ± 0,87	42 (98)	39,40 ± 7,90	46,00 ± 2,40	83,71 < 0,000*
Total subescalas afectadas % (n)			16 (37)		

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

AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; RP: falta de realización personal en el trabajo.

(-0,461), y directamente proporcional de la RP (0,510).

En la Tabla 5 se establecieron los valores medios en las subescalas de AE (22,2), DP (4,5) y RP (29,4) en

nuestro estudio y se compararon en el ámbito hispanoamericano con los médicos familiares, de acuerdo con diversos autores.

Tabla 5. Valores medios en las subescalas de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo del SAP en médicos familiares, según diversos autores

Autores	AE	DP	RP
Valores normales	22,1	7,2	36,5
Fernández Cantí (1993)	11,0	5,5	27,8
Rodríguez (1997)	14,1	11,0	22,2
Dueñas <i>et al.</i> (2003)	14,4	4,6	44,3
Dolan (1987)	15,2	7,0	30,1
García, Llor y Sáez (1994)	17,4	6,7	33,0
Pedratissi y Santineiro (1984)	18,5	7,2	33,6
Pera y Serra-Prat (2002)	18,5	6,8	40,5
Firth y Britton (1989)	19,3	6,9	35,5
López <i>et al.</i> (2005)	19,3	4,5	42,9
Diversos estudios en España	19,9	8,2	34,0
Maslach y Jackson (1986)	22,1	7,12	36,5
Cebrià <i>et al.</i> (2001)	20,2	6,9	39,1
Gil Monte (1991)	20,3	6,1	31,7
Fernández <i>et al.</i> (2003)	20,7	8,9	35,7
Maslach y Jackson (1985)	20,9	8,7	34,5
Leiter y Maslach (1988)	21,6	7,5	41,3
Prieto <i>et al.</i> (2002)	22,0	8,3	35,2
Castañeda y García de Alba (2009)*	22,2	4,5	39,4
Atance (1997)	22,5	7,6	34,6
Hospital Clínico de Salamanca (1998)	22,9	9,4	30,6
Grau <i>et al.</i> (2005)	23,6	7,8	35,3
Castrillón <i>et al.</i> (1999)	23,6	7,9	35,4
De las Cuevas (1994)	24,7	7,3	36,3
Esteva <i>et al.</i> (2005)	27,4	10,0	35,9
De Pablo y Suberviola (1998)	29,0	8,3	36,8
Segura <i>et al.</i> (2006)	33,6	13,2	35,2

* Resultados del presente estudio.

AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; RP: falta de realización personal en el trabajo.

Fuente: Elaboración propia a partir de Castañeda (30).

Discusión

El estudio del SAP ha ido creciendo en complejidad a medida que se ha profundizando en la identificación y evaluación de sus posibles causas, determinantes y procesos adyacentes. Su estudio en una muestra representativa de médicos familiares de las UMF de la ZMG, en México, tiene como fortaleza aportar elementos de juicio no tan sólo para constatar la creciente importancia de la magnitud del síndrome en el área de la salud, sino también describir y analizar factores de riesgo asociados en un medio institucional, con más de 60 años de experiencia en otorgar seguridad social, donde una de sus principales modalidades es la atención médica familiar.

Las principales limitantes del trabajo están relacionadas con su diseño transversal y con algunos atributos del instrumento de recolección de datos utilizado (el cuestionario estructurado), que reduce 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 usar cuestionarios validados, el segundo se trató de evitar mediante el uso de preguntas concretas y objetivas y el tercero se

previno asegurando el anonimato de los informantes.

Lo anterior logró en nuestro estudio el 97,5% de respuesta que, aunado al tipo de muestreo y tamaño de la muestra, ofrece una representatividad en relación con los médicos familiares que laboran en las UMF participantes del IMSS de la ZMG, México. Cabe señalar que la validez interna del estudio y sus resultados sociodemográficos se reflejan en el promedio de edad y de antigüedad laboral institucional, la distribución porcentual por sexo y por tipo de contratación, que son similares al perfil institucional reportado para los médicos familiares del IMSS de la ZMG (30-33).

Para contextualizar nuestro estudio se hizo una amplia revisión sobre la prevalencia del SAP en médicos familiares de Hispanoamérica (Tabla 6), que evidenció la amplia variabilidad en la frecuencia del síndrome, situación que a su vez pone de manifiesto el carácter complejo de sus componentes.

En nuestro caso, el médico investigado manifiesta el perfil de un profesionista con experiencia, que se encuentra a la mitad de su vida institucional, donde se ven reflejadas hasta cierto punto las condiciones culturales de nuestro medio, incluso la creciente feminización de la profesión médica. Las mujeres, al incorporarse al mercado laboral, reducen el número de hijos y su horario de labores profesionales, porque requieren atenderse a sí

Tabla 6. Prevalencia del SAP según diversos autores en médicos familiares del primer nivel de atención

Estudio	Resultados
Fernández (2002)	7,7% en médicos familiares de Córdoba, Argentina
Hidalgo y Díaz (1994)	11,1% en médicos familiares de Barcelona, España
Dickinson <i>et al.</i> (2007)	12,8% en médicos familiares del Distrito Federal, México
Aragón <i>et al.</i> (2008)	14% en médicos familiares de León, Nicaragua
Rocha <i>et al.</i> (2006)	22% en médicos familiares de Veracruz, México
Barraza, Carrasco y Arreola (2007)	24% en médicos familiares de Durango, México
Manchado <i>et al.</i> (2004)	26,3% en médicos familiares de Córdoba, España
Pera y Serra-Prat (2002)	27% en médicos familiares de Barcelona, España
Buitrago (2001)	30% en médicos familiares de Cataluña, España
Henderson (1984)	30%-40% en médicos
Ordenes (2004)	31% en médicos familiares de Valparaíso, Chile
Hernández (2003)	35% en médicos familiares de La Habana, Cuba
Aranda <i>et al.</i> (2006)	36,6% en médicos familiares de Guadalajara, México
Caballero <i>et al.</i> (2001)	38,3% en médicos familiares de Madrid, España
López <i>et al.</i> (2007)	39,7% en médicos familiares del Distrito Federal, México
Cebrià <i>et al.</i> (2001)	40% en médicos familiares de Barcelona, España
Navarro (2002)	40% en médicos familiares de Buenos Aires, Argentina
Sos <i>et al.</i> (2002)	40% en médicos familiares de Barcelona, España
Castañeda y García de Alba (2009)*	41,6% en médicos familiares de Guadalajara, México
Aranda (2006)	41,8% en médicos familiares de Guadalajara, México
Aranda <i>et al.</i> (2004)	42,3% en médicos familiares de Guadalajara, México
Wainszelbaun <i>et al.</i> (2004)	44,8% en médicos familiares de Buenos Aires, Argentina
Álvarez <i>et al.</i> (2005)	46,2% en médicos familiares de Corrientes, Argentina
Atance (1997)	47,4% en médicos familiares de Guadalajara, España
Vega y Gómez (2006)	48,8% en médicos familiares de Naucalpán, México
Deckard, Meterko y Field (1994)	50% en médicos
Anaya <i>et al.</i> (2006)	50% en médicos familiares de Guanajuato, México
Cetina <i>et al.</i> (2006)	50,5% en médicos familiares de Quintana Roo, México
Encinas <i>et al.</i> (2007)	55% en médicos familiares de Corrientes, Argentina
De Pablo y Suberviola (1998)	59,7% en médicos familiares de Zaragoza, España
De las Cuevas <i>et al.</i> (1995)	60% en médicos familiares de Tenerife, España
Casadei <i>et al.</i> (2000)	63% en médicos familiares de Buenos Aires, Argentina
Prieto y Robles (2002)	65,8% en médicos familiares de Cáceres, España
Camacho y Borobio (2001)	66,1% en médicos familiares de Málaga, España
Matía <i>et al.</i> (2006)	67,9% en médicos familiares de Burgos, España
Molina <i>et al.</i> (2003)	69,2% en médicos familiares de Madrid, España
Mourelle <i>et al.</i> (2007)	69,4% en médicos familiares de Gramanet, España
Solar (2005)	70% en médicos familiares de Río de Janeiro, Brasil
Martínez de la Casa <i>et al.</i> (2003)	76,4% en médicos familiares de Talavera de la Reina, España
Quiroz y Saco (1999)	79,7% en médicos familiares de Cusco, Perú
Fusté <i>et al.</i> (2008)	91,8% en médicos familiares de Barcelona, España

* Resultados del presente estudio.

Fuente: Elaboración propia a partir de Castañeda (30).

mismas o a su familia en el hogar, de lo cual resultan significativas las características de rol de género (doble jornada, añadir a las tareas laborales, las domésticas) que culturalmente se le han asignado (15-18).

Se nota que un rasgo de riesgo consistente para el SAP, AE y RP juntos son el sexo femenino; mientras para el SAP y AE es sexo femenino, tener hijos, poseer una antigüedad mayor de 10 años en la institución y contratación de base. En relación con el sexo, la mujer manifiesta de manera consistente un riesgo dos veces mayor para padecer el SAE que el hombre (34,35), en las subescalas AE (5, 15-17) y RP (16), respectivamente.

De manera específica, el perfil de riesgo encontrado para los que presentan el SAP se caracteriza por: ser mujer (5,15,16,18,34-37), mayor de 40 años (5,20,29,31,32,34,37,38), el tener hijos (5,36,39), una antigüedad laboral en la institución mayor de 10 años (20,22,29,32,33,35,36,38-41) y estar contratado de manera definitiva (16,20,29,31,36,39,41), aspectos que desempeñan un papel importante para que se produzca esta situación. Y para el AE el riesgo es similar a los descritos para el SAP.

Todos los individuos evaluados con nivel medio y alto en las subescalas analizadas (AE, DP y RP) manifestaron el diagnóstico del síndrome, y ello nos sugiere la necesidad de establecer medidas

preventivas y de atención para los individuos que presenten los niveles señalados (5). Nótese cómo el total de las personas con este síndrome en la subescala AE muestran el doble de porcentaje (32%) de afectación, en relación con los individuos afectados, en las subescalas de DP y RP. Los valores medios de las subescalas AE se encuentran dentro de los parámetros normales, la DP es la puntuación más baja reportada de la normalidad, no así la RP, que se encuentra dentro de las puntuaciones más altas (Tabla 5).

El establecimiento de una correlación negativa con la presencia del SAP entre las subescalas AE y DP, y positiva con la de RP, está en concordancia con lo encontrado por Salanova *et al.* (42). Este resultado también ha sido confirmado mediante modelos de ecuaciones estructurales (43,44). Se confirma que el AE es la subescala más fiable del síndrome, pues presenta una correlación que casi duplica a la de la DP. Schaufeli y Enzmann (45) mencionan que las dos dimensiones centrales del síndrome son el AE y la DP y son el eje central de éste (46).

Conclusión

El SAP en médicos familiares mexicanos es frecuente (41,6%), con una mayor prevalencia por ser mujer, mayor de 40 años, con hijos, 10 años y más de antigüedad en el servicio y contratación de base. Así

mismo, la subescala de AE presentó un riesgo similar al del SAP, lo cual puede ser orientador para profundizar esta similitud. Nuestros niveles medios de afectación según las subescalas de SAP, según las estadísticas revisadas, ubican a los médicos familiares mexicanos para el AE en nivel intermedio de prevalencia; la DP, en la zona de baja prevalencia, y el RP, en prevalencia alta. Las correlaciones entre las subescalas están de acuerdo con otros reportes. Lo anterior nos lleva a considerar la necesidad de establecer medidas preventivas o de intervención en los ámbitos individual, social u organizacional, a fin de reducir la prevalencia encontrada.

Referencias

1. Freudenberger M. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974; 30(1):159-66.
2. Maslach C. Burned out. *Hum Behavior*. 1976;5:16-22.
3. Maslach C, Jackson S. Maslach burnout inventory manual. Palo Alto: Consulting Psychologist; 1981.
4. Maslach C. Understanding burnout definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En: Paine WS (Editor). *Job, stress and burnout*. Beverly Hills: Sage Pub; 1982.
5. Atance J. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71(3):305-15.
6. De la Fuente L, De la Fuente E. Burnout y satisfacción laboral. Indicadores de salud laboral en el ámbito sanitario. *Rev Psicol Clin Salud*. 1997;8(3):481-94.
7. Olkinura M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Aärimea M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1990;25(2):81-6.
8. Mira J, Vitaller J, Buil J, Rodríguez J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria*. 1994;14(10):1135-40.
9. Orozco P, García E. Factores que influyen en el nivel de cansancio laboral de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 1993;12(3):135-8.
10. De las Cuevas C. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. *Mapfre Med*. 1994;6:7-18.
11. Luecken LJ, Suárez EC, Kuhn CM, Barefoot JC, Blumenthal JA, Siegler IC, et al. Stress in employed women: impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomat Med*. 1997;59(4):352-9.
12. Swanson V, Power K, Simpson R. Occupational stress and family life. A comparison of male and female doctors. *J Occup Organ Psychol*. 1998;71(3):237-60.
13. Thomson S. Stress and the female doctor. *Occup Health*. 1995; 47(10):344-5.
14. Byone G. Stress in women doctors. *Br J Hosp Med*. 1994;51(6):267-8.
15. Dickinson M, González C, Fernández M, Palomeque R, González E, Hernández I. Burnout syndrome among Mexican primary care physicians. *Arch Med Familiar*. 2007;9(2):75-9.
16. Hernández J. 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.
17. Anaya J, Ortiz A, Panduro D, Ramírez G. Síndrome de <<quemazón>> en médicos familiares y asistentes médicos. *Aten Primaria*. 2006;38(8):467-72.
18. Freudenberger H, North G. *Women's burnout*. New York: Penguin Books; 1986.
19. Fernández M. *El estrés del médico: síndrome de "burnout"*. Córdoba: Universidad libros; 2002.
20. Fusté M, García D, Casajuana J. ¿Los "pacientes impacientes" y "sin cita" generan burnout en la atención primaria? *Butlletí*. 2008;26:1-10.

21. Feinstein A. *Clinical Biostatistics*. Missouri: Mosby; 1977.
22. De Pablo R, Suberviola J. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;22:580-4.
23. Montalbán F, Bonilla J. Actitudes laborales y estrés asistencial: un modelo de relación secuencial. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 1996;12(1):81-8.
24. Hidalgo I, Díaz R. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. *Med Clin (Barc)*. 1994;103(11):408-12.
25. Cebrià J, Segura J, Corbella, Sos P, Comas O, García, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Aten Primaria*. 2001;27(7):459-68.
26. Olivar C, González S, Martínez M. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria*. 1999; 23(6):352-9.
27. Grajales T. 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.
28. Luecken L, Edward C. Stress in employed women: impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomat Med*. 1997;59(4):352-9.
29. Álvarez A, Arce M, Barrios A, Sánchez A. Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Rev Posg Vía Cátedra Medicina*. 2005;141:27-30.
30. Castañeda E. Síndrome de desgaste profesional o burnout y depresión: factores de riesgo en el personal médico en el primer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis Maestría. Jalisco: Universidad de Guadalajara; 2005.
31. Aranda C, Pando M, Torres T, Salazar J, Aldrete M. Síndrome burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado. *Psicología y Salud*. 2006;16(1):15-21.
32. Aranda C. Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Rev Costarric Salud Pública*. 2006;29(15):1-7.
33. Aranda C, Pando M, Salazar J, Torres T, Aldrete M, Pérez B. Factores psicosociales laborales y síndrome de burnout en los médicos del primer nivel de atención. *Inv Salud*. 2004;6(1):28-34.
34. Manchado F, Molina G, Romero M, Vaqueiro M. Evaluación del síndrome de burnout en profesionales de atención primaria de salud de Córdoba. *Med Secur Trab*. 2004;197(1):55-62.
35. Sos P, Sobrequés J, Segura J, Manzano E, Rodríguez C, García M, et al. Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medifam*. 2002;12(10):613-9.
36. Caballero M, Fernández F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria*. 2001;27(5):313-7.
37. Quiroz R, Saco S. Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. *Situa-XXIII*. 1999:11-22.
38. Martínez de la Casa A, Del Castillo C, Magaña E, Bru I, Franco A, Segura A. Estudio sobre la prevalencia de burnout en los médicos del área sanitaria de Talavera de la reina. *Aten Primaria*. 2003;32(6):343-8.
39. Vega J, Gómez M. Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos adscritos a la jurisdicción sanitaria Naucalpán Estado de México. México: Salud Estado de México; 2006.
40. López E, Rodríguez J, López L, Peralta M, Munguía C. Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45(1):13-19.
41. Prieto L, Robles E, Salazar L, Daniel E. Burnout en médicos de atención

- primaria de la provincia de Cáceres. Aten Primaria. 2002;29(5):294-302.
42. 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.
 43. Schaufeli W, Martínez I, Marqués A, Salanova M, Bakker A. Burnout and engagement in university students: a cross-national study. J Cross Cult Psychol. 2002;33(5):464-81.
 44. Manzano G. Bienestar subjetivo de los cuidadores formales de Alzheimer: relaciones con el burnout, engagement y estrategias de afrontamiento. Ansiedad y estrés. 2002;8(2-3):225-44.
 45. Schaufeli W, Enzmann D. The burnout companion to study and research: a critical analysis. London: Taylor and Francis; 1998.
 46. Lee R, Ashforth B. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. J Appl Psychol. 1996;81(2):123-33.

Conflicto de interés: los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.

*Recibido para evaluación: 18 de mayo del 2009
Aceptado para publicación: 6 de diciembre del 2009*

Correspondencia
Enrique Castañeda Aguilera
Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS
Belisario Domínguez N° 1000, Col. Independencia
C. P. 44340 (Bajos de la Farmacia Central)
Guadalajara, Jalisco, México
ecastaneda03@hotmail.com