



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Análisis de los posibles factores de riesgos sociodemográficos y laborales y prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) en odontólogos mexicanos

Enrique Castañeda Aguilera* y Javier E. García de Alba García

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

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de enero de 2012

Aceptado el 14 de enero de 2013

Palabras clave:

Odontólogos

Agotamiento profesional

Agotamiento emocional

Despersonalización

Falta de realización personal

R E S U M E N

Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) en odontólogos y analizar los posibles factores de riesgos sociodemográficos y laborales.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal, mediante el censo del personal odontológico de la Zona Metropolitana de Guadalajara, México, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Universidad de Guadalajara y de los que ejercen la práctica privada, en el que participaron 203. Se les aplicó una ficha de identificación y el *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* en formulario autoaplicable. Las estadísticas descriptivas y el análisis inferencial se realizaron mediante SPSS 15.0 y EpiInfo V6.1.

Resultados: Se logró el 88,3% de respuesta. La frecuencia del síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) detectada es del 52,2%. Se obtuvieron diferencias significativas en función de la contratación definitiva. Se observó correlación negativa entre las subescalas agotamiento emocional y despersonalización y correlación positiva con la falta de realización personal en el trabajo.

Conclusiones: El síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) es frecuente (52,2%) entre los odontólogos. Sus posibles factores de riesgo: laborar en una institución pública, ser varón mayor de 40 años sin pareja estable o con más de 15 años en pareja, no tener hijos, ser especialista con 10 años o más de antigüedad laboral y en el puesto actual de trabajo, turno matutino, contratación definitiva y tener otro trabajo. La afectación del agotamiento emocional 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. Lo anterior nos lleva a considerar la necesidad de establecer medidas preventivas en el ámbito laboral y personal o realizar programas de intervención individuales, sociales u organizacionales para reducir la prevalencia encontrada.

© 2012 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.
Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ecastaneda03@hotmail.com; ecastaneda030@hotmail.com; ecastaneda030@gmail.com (E. Castañeda Aguilera).

Analysis of Possible Sociodemographic and Occupational Risk Factors and the Prevalence of Professional Exhaustion Syndrome (Burnout) in Mexican Dentists

ABSTRACT

Keywords:

Dentists
Professional exhaustion
Emotional exhaustion
Depersonalization
Lack of personal accomplishment

Objectives: To determine the prevalence of professional exhaustion syndrome (burnout) in dentists and to analyze possible sociodemographic and occupational risk factors.

Methods: An observational, descriptive and cross-sectional survey of 203 dental staff of the Metropolitan Zone of Guadalajara, Mexico, from the Mexican Social Security Institute, University of Guadalajara, and those in private practice. A self-reported identification form and the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey were used to gather data. Descriptive statistics and inferential analyzes were performed using SPSS 15.0 support and EpiInfo V6.1.

Results: There was an 88.3% response. Professional exhaustion syndrome (burnout) was detected in 52.2% of them. Significant differences were obtained depending on the employment contract. A negative correlation was observed between the subscales emotional exhaustion and depersonalization, and a positive one between the lack of personal accomplishment at work.

Conclusions: Professional exhaustion syndrome (burnout) is common (52.2%) for dentists, their possible risk factors: working in a public institution, being male, over 40 years, without a regular partner, and with more than 15 years with a partner, not having children, being a specialist with 10 years or more in an institution and the current job, morning shift, permanent recruitment, and having another job. The involvement of emotional exhaustion behaves like the syndrome. Average levels of the subscales are generally near normal. A negative correlation was found between the subscales emotional exhaustion and depersonalization, and positive between the lack of personal fulfillment at work with the presence of the syndrome. This leads us to consider the need for preventive measures in the workplace and personnel, as well as intervention programs at an individual, social or organizational level to reduce the prevalence found.

© 2012 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.
All rights reserved.

Introducción

En el mercado laboral del odontólogo existen instituciones educativas y de salud pertenecientes al Estado, por lo que hay pocas vacantes para los servicios dentales, y con el incremento acelerado de las demandas de los egresados de las universidades, el escaso número de plazas es uno de los factores que origina que estos opten por la práctica privada. La labor institucional está condicionada a un horario de trabajo, un número de pacientes en consulta, una duración para la atención de cada uno de ellos, etc., que difieren del trabajo privado, ya que en este el facultativo adapta su tiempos de consulta y sus horarios según sus necesidades y las del paciente y el proceso de trabajo se adapta a la situación socioeconómica de este, por lo que se encuentra determinada por la relación entre la oferta y la demanda de sus servicios.

La práctica dental ha sido considerada como la que, cada vez más en la clínica, presenta características y sufre más problemas de salud física y mental que otras profesiones sanitarias. Esto se debe a que se la ha reconocido como una actividad demandante. Para desempeñar sus funciones, se necesita gran variedad de equipos y materiales, por lo que los dentistas

están expuestos a sufrir diversos riesgos de trabajo, como accidentes y estar en contacto con diversos agentes infecciosos, todo esto por las nuevas tecnologías utilizadas, con aparatos y materiales cada vez más sofisticados.

Los factores que inciden en el aumento de la tensión en los odontólogos son: realizar su actividad laboral en un área limitada, con exigencias de tiempo entre un paciente y otro, las cuestiones ergonómicas como bipedestación prolongada, posturas forzadas y restringidas exclusivamente a la cavidad bucal, en condiciones no óptimas^{1,2}, con procedimientos quirúrgicos y dentales prolongados³, además de un ambiente de trabajo ruidoso, con insuficiente iluminación y ventilación, así como los factores ambientales que influyen negativamente en su productividad⁴, una estructura organizacional y un ambiente laboral donde no existe la comunicación entre los mismos trabajadores⁵. Trabajar con pacientes en los sistemas público y privado genera un aumento del nivel de tensión⁶. Todo esto condiciona un nivel de tensión entre estos grupos de profesionales.

Una posible consecuencia del estrés crónico que se sufre en el contexto laboral del personal sanitario, lo que incluye a los odontólogos, es el síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) (SAP), que en su forma clínica describió por primera vez

en 1974 el psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger⁷. 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 setenta en Estados Unidos para hacer referencia al desgaste o sobrecarga profesional de los profesionales del servicio. En esa misma época, la psicóloga Cristina Maslach⁸ estudiaba las respuestas emocionales que se producen entre las personas que trabajan con los profesionales de ayuda. Y en 1977, dentro del Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos, se utilizó para describirlo en personas que trabajan en los sectores de servicios humanos, profesionales de la salud y de la educación en condiciones difíciles y en contacto directo con los usuarios; este término lo empleaban entonces los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre compañeros de trabajo.

Maslach et al⁹ lo estudiaron desde una perspectiva tridimensional caracterizada 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 aceptadas y utilizadas por los distintos autores para la realización de sus investigaciones: como una «respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: agotamiento emocional, despersonalización y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar»¹⁰. Y en base a los estudios realizados por estas autoras, elaboraron el *Maslach*

Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud. Validado por Te Brake et al¹¹ en los odontólogos, posteriormente se mostró la versión holandesa, el *Maslach Burnout Inventory-Nederlandse versie* (MBI-NL) desarrollado por Schaufeli et al¹² y validado por Gorter et al¹³.

El SAP en odontólogos se considera como un importante riesgo profesional para ellos¹⁴, que son propensos al síndrome debido a la naturaleza de su trabajo¹⁵. En países europeos y americanos, se evidencia una prevalencia variable del síndrome, pues las cifras reportadas oscilan desde un 2-3% (Alemany et al¹⁶) hasta el 50% (Mondol¹⁷). Por ejemplo: en Hispanoamérica el síndrome se detecta con una frecuencia del 4,5%; en América, del 6,0 al 50,0%; en Europa, de un 2-3 al 35,7%, y en México, del 10,9 al 36,0% (tabla 1).

El conocimiento obtenido hasta ahora 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 nivel en que se intervendrá, ya sea individual, grupal o institucional. La mayoría de los programas de intervención 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), en una muestra censal dentro de una de las instituciones de Seguridad Social más grandes de América Latina, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), así como uno de los centros educativos más importantes de esta zona geográfica, la Universidad de Guadalajara (UG), y los que ejercen la práctica privada que atienden a la población con afecciones dentales en la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG), México.

Tabla 1 – Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) (SAP) entre los odontólogos, según diversos autores

Estudio	Resultados
Alemany et al (2008)	2-3% en Barcelona, España
Gorter et al (1999)	2,5% en Ámsterdam, Países Bajos
Shelley et al (1991)	2,5% en Ámsterdam, Países Bajos
Grau et al (2009)	4,5% en Hispanoamérica
Slate et al (1990)	6,0% en Arkansas, Estados Unidos
Gorter (2008)	8,0% en Reino Unido
Denton et al (2008)	8,0% en Reino Unido
Cartagena et al (2003)	10,0% en Talca, Chile
Osborne et al (1994)	10,3% en Reino Unido
Hernández et al (2007)	10,9% en México Distrito Federal
Ríos et al (2010)	13,8% en Sevilla, España
Te Brake et al (2008)	15,8% en Ámsterdam, Países Bajos
Gorter et al (2011)	16,0% en Irlanda del Norte, Reino Unido
Peterson et al (2008)	35,7% en Suecia
Díaz et al (2006)	36,0% en México Distrito Federal
Marruco (2008)	38,8% en Buenos Aires, Argentina
Robles et al (2010)	44,6% en Lima, Perú
Campos et al (2010)	48,3% en São Paulo, Brasil
Mondol (2008) ¹⁶	50,0% en San José, Costa Rica
Castañeda et al (2013)*	52,2% en Guadalajara, México

*Resultados del presente estudio.

Fuente: a partir de las fuentes originales.

Material y métodos

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal con el objeto de determinar la frecuencia y los factores de riesgo de SAP, así como la posible relación con las variables sociodemográficas y laborales asociadas. La población seleccionada fueron los odontólogos que laboran en las unidades de medicina familiar (UMF) del IMSS, así como en la UG y los que ejercen la práctica privada en una muestra censal de la ZMG, México, que debían cumplir los siguientes requisitos: más de 1 año de antigüedad, estar en activo y en disposición para contestar los instrumentos de evaluación. Se excluyó a los odontólogos pasantes (egresados aún no titulados), directivos y demás personal sanitario, así como a quienes no se encontraban ocupando su plaza en el momento de aplicarse las encuestas, en cuyo caso contestaba el cuestionario el personal sustituto. Se eliminaron las encuestas no completadas correctamente.

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, de elaboración propia, para el registro de las variables sociodemográficas (sexo, edad, con o sin pareja estable, tiempo con pareja estable, trabaja la pareja, número

de hijos y escolaridad) y laborales (práctica laboral, antigüedad laboral y en el puesto actual de trabajo, turno de trabajo, tipo de contratación, otro trabajo y horas que le dedica). El segundo, el MBI-HSS⁹, que se usó en una versión validada de la original¹¹ y en profesionales mexicanos¹⁸, con una fiabilidad de 0,57 a 0,80. Se trata de un cuestionario de 22 ítems con siete opciones de respuesta (escala Likert) que van de 0 (nunca) hasta 6 (todos los días) y contiene las siguientes subescalas: AE (9 ítems); DP (5 ítems) y RP (8 ítems). Las puntuaciones de cada subescala se obtienen al sumar los valores de los ítems, lo cual permite evaluar los niveles del síndrome que tiene cada trabajador. Como puntos de corte, se pensó en seguir los criterios seguidos por otros autores^{9,19}. Para ello se categorizaron las tres subescalas en niveles bajo, moderado y alto; AE (≤ 18 ; 19-26; ≥ 27), DP (≤ 5 ; 6-9; ≥ 10) y RP, que en contrapartida funciona en sentido opuesto a las anteriores (≤ 33 ; 34-39; ≥ 40); así, la puntuación baja indicaría baja realización, la intermedia mostraría moderada realización y la alta, sensación de logro. Se determina la presencia de SAP con la afectación de una de las subescalas del inventario en su nivel medio o alto.

El estudio de los datos y su relación con las variables sociodemográficas y laborales se realizaron mediante el análisis estadístico descriptivo, con el que se obtienen cifras absolutas, porcentajes y promedio \pm desviación estándar según la escala de medición. Para el análisis inferencial, mediante los paquetes estadísticos SPSS 15.0 y EpiInfo V6.1, se calcularon las *odds ratio* (OR) con su intervalo de confianza del 95% (IC95%), χ^2 (con o sin corrección de Yates), considerando significativo un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados

De las 230 encuestas distribuidas, cumplían los criterios de estudio y estaban correctamente cumplimentadas 203; las 27 restantes de eliminaron por no reunir las pautas establecidas. Se obtuvo una tasa de respuesta del 88,3%.

En el perfil sociodemográfico destaca el sexo masculino con el 56,0% ($p < 0,05$), una media de edad de $41,5 \pm 10,1$ años; el grupo de edad > 40 años predominó con el 53,0% ($p < 0,05$). El 61,0% ($p < 0,05$) no tenía pareja estable; el tiempo promedio con esta fue $16,9 \pm 7,5$ años; el 55,0% ($p < 0,05$) tenía más de 15 años con ella; trabajaba la pareja del 54,0%, y el 53,0% ($p < 0,05$) manifestó no tener hijos. El 56,0% tenía un nivel educativo de especialista ($p < 0,05$).

En el perfil laboral, la antigüedad en la empresa tuvo un promedio de $15,3 \pm 9,4$ años, y en el puesto actual de trabajo, $11,4 \pm 8,4$ años. El grupo de más de 10 años de antigüedad laboral era el 54,0% ($p < 0,05$) y de igual forma sobresalió con el 57,0% el grupo de más de 10 años de antigüedad en el puesto. El 57,0% manifestó laborar en el turno matutino, y el 56,0% tenía contratación definitiva ($p < 0,05$). El 55,0% tenía otro trabajo y el 56,0% laboraba más de 4 h en él ($p < 0,05$).

Se detectó SAP en 106 (52,2%), de los que 32 (30,0%) tenían una subescala afectada, 40 (38,0%) tenían dos y 34 (32,0%), tres.

En lo referente a la práctica laboral, la frecuencia del SAP en la práctica pública (IMSS) predominó en 39 (19,2%) de ellos, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2 – Relación de los odontólogos con la presencia o la ausencia de síndrome de agotamiento profesional (burnout) (SAP) en odontólogos de una institución educativa, pública y los que ejercen la práctica privada de la ciudad de Guadalajara, México, en 2013, según la práctica laboral —educativa, pública o privada— (n = 203)

Práctica laboral	SAP (burnout), n (%)		
	Sí	No	Total
Educativa (UG)	33 (16,3)	35 (17,2)	68
Pública (IMSS)	39 (19,2)	31 (15,3)	70
Privada	34 (16,7)	31 (15,3)	65
Total	106 (52,2)	97 (47,8)	203

Fuente: directa.

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 la tabla 3 que tener contratación definitiva se asoció como variable de riesgo con la presencia de SAP y se comporta como factor de riesgo (OR = 2,80; IC95%, 1,13-7,08).

Se muestran los datos obtenidos para las características de riesgo epidemiológico asociadas a las subescalas de AE (tabla 4), DP (tabla 5) y RP (tabla 6) con la presencia o ausencia de SAP.

Se asociaron como variables de riesgo con la presencia del SAP para la subescala AE tener más de 15 años con pareja estable, menos de 10 años de antigüedad en el puesto de trabajo y tener contratación definitiva. Se comportan como factor de riesgo de AE la contratación definitiva (OR = 2,84; IC95%, 1,03-8,02), y de DP, ser varón con especialidad y contratación definitiva (OR = 2,02; IC95%, 1,08-3,81).

Se comportan como factores protectores contra AE tener 10 o más años de antigüedad en el puesto actual de trabajo (OR = 0,52; IC95%, 0,28-0,97), y contra DP, ser especialista (OR = 0,52; IC95%, 0,28-0,97).

Se efectuó una correlación con SAP en las tres subescalas (tabla 7), que mostró una asociación inversamente proporcional de AE ($-0,741$; $p = 0,0001$) y DP ($-0,669$; $p = 0,0001$), y directamente proporcional de RP (0,622; $p = 0,0001$).

En la tabla 8 se establecen los valores medios en las subescalas de AE (16,1), DP (5,2) y RP (39,2) en nuestro estudio comparándolo con los de diversos autores.

Discusión

El estudio del SAP ha ido creciendo en complejidad a medida que se ha profundizando en la identificación y la evaluación de sus posibles causas, determinantes y procesos adyacentes. El estudio del síndrome en una muestra representativa de odontólogos de la ZMG, en México, tiene como fortaleza aportar elementos de juicio no sólo para constatar la creciente importancia de la magnitud del síndrome en el área de la salud y la afección del personal sanitario, sino también describir y analizar factores de riesgo y de protección asociados

Tabla 3 – Relación de las variables sociodemográficas y laborales con la presencia o ausencia de síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) en odontólogos de una institución educativa, pública y los que ejercen la práctica privada de la ciudad de Guadalajara, México en 2013 (n = 203)

Variables analizadas	SAP, n (%)		p
	Sí	No	
Perfil sociodemográfico	106 (52,2)	97 (47,8)	
Sexo			
Varones	63 (56,0)	50 (44,0)	0,25
Mujeres	43 (48,0)	47 (52,0)	
Grupo de edad			
< 40 años	43 (51,0)	41 (49,0)	0,80
> 40 años	63 (53,0)	56 (47,0)	
Estado civil			
Con pareja estable	79 (49,0)	80 (51,0)	0,16
Sin pareja estable	27 (61,0)	17 (39,0)	
Tiempo con pareja estable			
< 15 años	23 (40,0)	35 (60,0)	0,06
> 15 años	56 (55,0)	45 (45,0)	
Trabaja la pareja			
No	43 (47,0)	49 (53,0)	0,38
Sí	36 (54,0)	31 (46,0)	
Hijos			
No	20 (53,0)	18 (47,0)	0,95
Sí	86 (52,0)	79 (48,0)	
Nivel educativo			
Profesional	45 (48,0)	49 (52,0)	0,24
Especialidad	61 (56,0)	48 (44,0)	
Perfil laboral			
Antigüedad laboral			
< 10 años	32 (48,0)	35 (52,0)	0,37
> 10 años	74 (54,0)	62 (46,0)	
Antigüedad en el puesto de trabajo actual			
< 10 años	43 (46,0)	50 (54,0)	0,11
> 10 años	63 (57,0)	47 (43,0)	
Turno de trabajo			
Matutino	69 (57,0)	52 (43,0)	0,09
Vespertino	37 (45,0)	45 (55,0)	
Tipo de contratación			
Definitiva	97 (56,0)	77 (44,0)	0,01*
Temporal	9 (31,0)	20 (69,0)	
Otro trabajo			
Sí	42 (55,0)	34 (45,0)	0,45
No	64 (51,0)	63 (49,0)	
Horas que labora en el otro trabajo			
< 4 h	8 (53,0)	7 (47,0)	0,86
> 4 h	34 (56,0)	27 (44,0)	

SAP: síndrome de agotamiento profesional.
 $\chi^2 = 6,081$.
 El umbral de significación estadística se fijó en $p \leq 0,05$.
 Fuente: directa, 2013.

en un medio institucional, educativo y privado, que es una de sus principales modalidades en la atención a la población con y sin acceso a la seguridad social.

Las principales restricciones del trabajo están relacionadas con su diseño transversal y con algunas propiedades del instrumento de recolección de datos utilizado, el cuestio-

Tabla 4 – Características de riesgo epidemiológico y estadísticamente asociada con las subescalas de agotamiento emocional con la presencia o ausencia de síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) entre los odontólogos de una institución educativa, pública y los que ejercen la práctica privada de la ciudad de Guadalajara, México, en 2013 (n = 203)

Variables	AE, n (%)		p
	Con SAP	Sin SAP	
Perfil sociodemográfico			
Sexo			
Varones	47 (42)	66 (58)	NS
Mujeres	33 (37)	57 (63)	
Grupo de edad			
< 40 años	33 (39)	51 (61)	NS
> 40 años	47 (39)	72 (61)	
Estado civil			
Con pareja estable (casados/unión libre)	59 (37)	100 (63)	NS
Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	21 (48)	23 (52)	
Tiempo con pareja estable			
< 15 años	13 (22)	45 (78)	0,003 ^a
> 15 años	46 (46)	55 (54)	
Trabaja la pareja			
Sí	33 (36)	59 (64)	NS
No	26 (39)	41 (61)	
Hijos			
Sí	64 (39)	101 (61)	NS
No	16 (42)	22 (58)	
Nivel educativo			
Profesional	38 (40)	56 (60)	NS
Especialidad	42 (39)	67 (61)	
Perfil laboral			
Práctica laboral			
Pública (IMSS)	24 (37)	41 (63)	
Educativa (UG)	18 (26)	50 (74)	
Privada	38 (54)	32 (46)	
Antigüedad laboral			
< 10 años	25 (35)	42 (65)	NS
> 10 años	55 (16)	81 (84)	
Antigüedad en el puesto de trabajo			
< 10 años	29 (34)	64 (66)	0,027 ^b
> 10 años	51 (18)	59 (82)	
Turno laboral			
Matutino	53 (35)	68 (65)	NS
Vespertino	27 (28)	55 (72)	
Tipo de contratación			
Definitiva	74 (35)	100 (65)	0,043 ^c
Temporal	6 (16)	23 (84)	
Otro trabajo			
Sí	28 (28)	48 (72)	NS
No	52 (44)	75 (66)	
Horas que dedica a otro trabajo			
< 4 h	6 (26)	9 (74)	NS
> 4 h	22 (35)	39 (65)	

AE: agotamiento emocional; SAP: síndrome de agotamiento profesional.

^a $\chi^2 = 8,45$.

^b $\chi^2 = 4,86$.

^c χ^2 con corrección de Yates = 4,09.

El umbral de significación estadística se fijó en $p \leq 0,05$.

Tabla 5 – Características de riesgo epidemiológico estadísticamente asociadas con las subescalas de despersonalización con la presencia o ausencia de síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) entre los odontólogos de una institución educativa, pública y los que ejercen la práctica privada de la ciudad de Guadalajara, México, en 2013 (n = 203)

Variables	DP, n (%)		p
	Con SAP	Sin SAP	
Perfil sociodemográfico			
Sexo			
Varones	51 (45)	62 (55)	0,007 ^a
Mujeres	26 (29)	64 (71)	
Grupo de edad			
< 40 años	37 (44)	47 (56)	NS
> 40 años	40 (34)	79 (66)	
Estado civil			
Con pareja estable (casados/unión libre)	58 (34)	101 (64)	NS
Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	19 (43)	25 (57)	
Tiempo con pareja estable			
< 15 años	16 (28)	42 (72)	NS
> 15 años	42 (42)	59 (58)	
Trabaja la pareja			
Sí	33 (36)	59 (64)	NS
No	25 (37)	42 (63)	
Hijos			
Sí	63 (38)	102 (62)	NS
No	14 (37)	24 (63)	
Nivel educativo			
Profesional	28 (30)	66 (70)	0,016 ^b
Especialidad	49 (45)	60 (55)	
Perfil laboral			
Práctica laboral			
Pública (IMSS)	29 (45)	36 (55)	NS
Educativa (UG)	28 (41)	40 (59)	
Privada	20 (29)	50 (71)	
Antigüedad laboral			
< 10 años	24 (36)	43 (64)	NS
> 10 años	53 (39)	83 (61)	
Antigüedad en el puesto de trabajo			
< 10 años	30 (32)	63 (68)	NS
> 10 años	47 (43)	63 (57)	
Turno laboral			
Matutino	49 (40)	72 (60)	NS
Vespertino	28 (34)	54 (66)	
Tipo de contratación			
Definitiva	71 (41)	103 (59)	0,003 ^c
Temporal	6 (21)	23 (79)	
Otro trabajo			
Sí	32 (42)	44 (58)	NS
No	45 (35)	82 (65)	
Horas que dedica a otro trabajo			
< 4 h	5 (33)	10 (67)	NS
> 4 h	27 (42)	34 (58)	

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

^a $\chi^2 = 7,08$.

^b $\chi^2 = 5,78$.

^c $\chi^2 = 8,49$.

El umbral de significación estadística se fijó en $p \leq 0,05$.

Tabla 6 – Características de riesgo epidemiológico estadísticamente asociadas con las subescalas de falta de realización personal en el trabajo con la presencia o ausencia de síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) entre los odontólogos de una institución educativa, pública y los que ejercen la práctica privada de la ciudad de Guadalajara, México, en 2013 (n = 203)

Variables	Falta de RP, n (%)		p
	Con SAP	Sin SAP	
Perfil sociodemográfico			
Sexo			
Varones	33 (29)	80 (71)	NS
Mujeres	25 (28)	65 (72)	
Grupo de edad			
< 40 años	19 (23)	65 (77)	NS
> 40 años	39 (33)	80 (67)	
Estado civil			
Con pareja estable (casados/unión libre)	41 (26)	118 (74)	NS
Sin pareja estable (solteros/viudos/divorciados)	17 (39)	27 (61)	
Tiempo con pareja estable			
< 15 años	13 (22)	45 (78)	NS
> 15 años	28 (27)	73 (73)	
Trabaja la pareja			
Sí	29 (31)	63 (69)	NS
No	12 (18)	55 (82)	
Hijos			
Sí	11 (29)	27 (71)	NS
No	47 (28)	118 (72)	
Nivel educativo			
Profesional	27 (29)	67 (71)	NS
Especialidad	31 (28)	78 (72)	
Perfil laboral			
Práctica laboral			
Pública (IMSS)	14 (22)	51 (78)	NS
Educativa (UG)	9 (13)	59 (87)	
Privada	35 (50)	35 (50)	
Antigüedad laboral			
< 10 años	15 (22)	52 (78)	NS
> 10 años	43 (32)	93 (68)	
Antigüedad en el puesto de trabajo			
< 10 años	26 (28)	67 (72)	NS
> 10 años	32 (29)	78 (71)	
Turno laboral			
Matutino	36 (30)	85 (70)	NS
Vespertino	22 (27)	60 (73)	
Tipo de contratación			
Definitiva	53 (21)	121 (79)	NS
Temporal	5 (17)	24 (83)	
Otro trabajo			
Sí	24 (32)	52 (68)	NS
No	34 (27)	93 (73)	
Horas que dedica a otro trabajo			
< 4 h	6 (40)	9 (60)	NS
> 4 h	18 (30)	43 (70)	

NS: sin significación estadística; RP: realización personal en el trabajo; SAP: síndrome de agotamiento profesional. El umbral de significación estadística se fijó en $p \leq 0,05$.

Tabla 7 – Matriz de intercorrelaciones (correlación de Pearson) entre las subescalas del síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) de los odontólogos de una institución educativa, pública y los que ejercen la práctica privada de la ciudad de Guadalajara, México, en 2013 con la presencia del SAP (n = 203)

Variables	Media ± DE	AE	DP	Falta RP
Presencia del SAP		-0,741*	-0,669*	0,622*
AE	16,13 ± 11,54	1	0,670*	-0,428*
DP	5,22 ± 5,93	0,670*	1	-0,562*
Falta de RP	39,25 ± 11,24	-0,428*	-0,562*	1

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

*La correlación es significativa si $p < 0,01$ (bilateral).

Fuente: Directa, 2013.

Tabla 8 – Valores medios en las subescalas de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo del síndrome de agotamiento profesional (*burnout*) entre los odontólogos según diversos autores

	AE	DP	Falta de RP
Valores normales (Maslach et al, 1986)	22,1	7,2	36,5
Alpöz (2008)	11,9	4,2	24,1
Gorter et al (1999)	13,7	5,9	30,8
Castañeda et al (2013)*	16,1	5,2	39,2
Oliveira et al (2001)	16,6	2,8	43,6
Albanesi et al (2005)	17,0	6,0	41,7
Maslach et al (1985)	20,9	8,7	34,5
Martínez (2009)	21,6	5,6	38,6
Grau et al (2009)	21,7	5,7	39,2
Gorter et al (2011)	24,3	8,6	33,0
Osborne et al (1994)	25,5	8,8	34,4
Varela et al (2005)	26,1	10,7	33,1

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

*Resultados del presente estudio.

Fuente: a partir de las fuentes originales.

nario 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 son el sesgo de memoria y la reserva individual por temor a que la información otorgada se use de manera perjudicial. El primer aspecto se solventó utilizando cuestionarios validados; se trató de evitar el segundo usando preguntas concretas y objetivas y el tercero asegurando el anonimato de los informantes.

Lo anterior se logró en nuestro estudio con el 88,3% de respuesta. Aunado al tamaño de la muestra, ofrece representatividad de los odontólogos que laboran en el contexto institucional, educativo y privado de la ZMG, México, y refleja una mayor frecuencia que los otros estudios publicados (del 50,0 al 76,1%)^{11,13,14,20-32}.

En lo referente al perfil sociodemográfico, el sexo masculino es el que destaca en nuestro estudio, lo que concuerda con la literatura médica revisada^{11,20,22,23,26,28,32,33}. No coincide con otros trabajos en que predomina el femenino^{16,21,27,29,30,34-40}. Hernández et al⁴¹, en 2007, encontraron la misma proporción en ambos. Aunque Te Brake et al³², en 2003, concluían en su investigación que la diferencia de sexo en el SAP entre los dentistas no existe. La edad también se analizó, y el mayor número de casos se presentó en el grupo de más de 40 años, lo que se ajusta a las investigaciones revisadas^{15,20,21,23,26,30,32,35,36,38}, pero no coincide con las de otros autores^{16,27,29,40,41} en que predominaron las personas de menos de 40 años. No tener pareja estable se mostró con mayor frecuencia en nuestro estudio, lo que coincide con las investigaciones de Alemany et al¹⁶ y Hernández et al⁴¹, aunque en otros estudios prevaleció tener pareja estable^{21,27,28,32,37,40}. En nuestra investigación resalta tener más de 15 años con ella y que la pareja trabajaba, cosas ambas que no se comunicaron en los estudios revisados. No tener hijos sobresalió en nuestro estudio, lo que no coincide con los de otros^{16,21,27}, en que se destacó tener hijos. El nivel educativo más prevalente fue tener una especialidad, lo que concuerda con los estudios examinados^{16,21,27,28,33,40}; no obstante, para otros investigadores^{29,41} ser profesionista mostró la mayor frecuencia.

En lo concerniente al perfil laboral, la antigüedad laboral y en el puesto de trabajo se manifestaron en ≥ 10 años, lo que coincide con varios autores^{20,21,35,36}; no obstante, Al-Mobberiek et al²⁹ y Hernández et al⁴¹ encontraron una antigüedad ≤ 10 años; en otras investigaciones se hallaron niveles alarmantes en las etapas iniciales de su vida profesional^{23,24}, y Odrich et al⁴² encontraron que mayor antigüedad laboral predice niveles elevados del SAP. En lo referente al turno laboral, destaca el matutino, que no se declaró en los estudios examinados. El tipo de contratación definitiva fue el que predominó en nuestro estudio y de manera estadísticamente significativa, lo que no coincide con lo hallado por Varela et al²⁰, que es la contratación temporal. Tener otro empleo resaltó en coincidencia con la investigación de Aparicio²¹.

Para contextualizar nuestro estudio, se hizo una amplia revisión sobre la prevalencia del SAP entre los odontólogos (tabla 1), con cifras superiores a los de todas las investigaciones revisadas^{11,16,26,28,30,34-37,41,43-51}, lo cual evidencia la amplia variabilidad en la frecuencia del síndrome, situación que a su vez pone de manifiesto el carácter complejo de sus componentes.

La práctica laboral predominante ha sido trabajar en institución pública (IMSS), lo que no concuerda con los estudios de Ríos et al²⁸ y Oliveira et al⁴⁰, en los que se manifestó en la práctica privada, y Gorter et al³⁰, que lo hallaron en ambas prácticas (pública y privada).

Se nota un rasgo de riesgo consistente. Para SAP, AE y DP juntos son tener contratación definitiva; para SAP y AE es tener 15 o más años con pareja estable y contratación definitiva.

Los valores medios de la subescala de AE se encuentran dentro de los parámetros bajos, la DP es la puntuación dentro del nivel medio de la normalidad, pero no así la RP, que se encuentra dentro de las puntuaciones más altas (tabla 5).

La correlación negativa establecida con la presencia del SAP entre las subescalas AE y DP y positiva con la de RP está en concordancia con lo encontrado por Alpöz et al²⁷ y Salanova et al⁵². Este resultado también se ha confirmado mediante modelos de ecuaciones estructurales^{53,54}. Se confirma que AE es la subescala más fiable del síndrome. Schaufeli et al⁵⁵ mencionan que las dos dimensiones centrales del síndrome son AE y DP, y el corazón del síndrome⁵⁶.

Por todo ello se concluye que el SAP es frecuente (52,2%) entre los odontólogos, y sus posibles factores de riesgo son laborar en una institución pública; ser varón, mayor de 40 años, sin pareja estable y con más de 15 años en pareja; no tener hijos; ser especialista, con 10 o más años de antigüedad laboral y en el puesto de trabajo; trabajar en turno matutino, tener contratación definitiva, y tener otro trabajo. La afección del AE 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 en el ámbito laboral y personal y realizar programas de intervención individual, social u organizacional para reducir la prevalencia encontrada.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wycoff S. An examination of what dentists already know about stress and burnout within Dentistry. *CDAJ*. 1984;12:114-7.
2. Pollack R. Dental office ergonomics: How reduce stress factors and increase efficiency. *J Can Dent Assoc*. 1996;62:508-10.
3. Freeman R, Main J, Burke F. Occupational stress and Dentistry: theory and practice Part I Recognition. *Br Dent J*. 1995;178:214-7.
4. Romero R, Becerra T, Velasco M. Síndrome de burnout. Desgaste emocional en cirujanos dentistas. *ADM*. 2001;58:63-7.
5. Turley Kinirons M, Freeman R. Occupational stress factors in hospital dentists. *Br Dent J*. 1993;175:285-8.
6. Newton J, Gibbons D. Stress in dental practice: a qualitative comparison of dentists working within the NHS and those working within an independent capitation scheme. *Br Dent J*. 1996;180:329-34.
7. Freudenberger M. Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974;30:159-66.
8. Maslach C. Burned out. *Hum Behavior*. 1976;59:16-22.
9. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1981.
10. Maslach C. Understanding burnout definitional issues in analyzing a complex phenomenon. En: Paine WS, editor. *Job, stress and burnout*. Beverly Hills: Sage; 1982.
11. Te Brake J, Bouman A, Gorter R, Hoogstraten J, Eijkman M. Using the Maslach Burnout Inventory among dentists: burnout measurement and trends. *Comm Dent Oral Epidemiol*. 2008;36: 69-75.
12. Schaufeli W, Van Dierendonck D. Maslach Burnout Inventory, Nederlandse versie (MBI-NL). Provisional manual. Utrecht: Utrecht University; 1995.
13. Gorter R, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman M. Factorial validity of the Maslach burnout inventory-Dutch version (MBI-NL) among dentists. *J Organ Behav*. 1999;20:209-17.
14. Gorter R, Hoogstraten J, Eijkman M, Te Brake H. Type of dentist, career expectancies, and burnout among Dutch dentists. Amsterdam: University of Amsterdam; 2002.
15. Purine A, Janulyte V, Musteikyte M, Bendinskaite R. General health of Dentists. Literature review. *Stomatologija*. 2007;9: 10-20.
16. Alemany A, Berini L, Gay C. The burnout syndrome and associated personality disturbances. The study in three graduate programs in Dentistry at the University of Barcelona. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13:E444-50.
17. Mondol M. Análisis de la prevalencia del síndrome de burnout en los odontólogos y sus repercusiones en la salud del profesional y en la atención bucodental del Servicio de Odontología en la Clínica Carlos Durán durante el periodo agosto-noviembre de 2007. Programa de Maestría Nacional en Gerencia de la Salud. Instituto Centroamericano de Administración Pública ICAP; 2008.
18. Grajales G. Estudio de la validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión Española en una población de profesionales mexicanos. Línea de Investigación: Instrumentos de medición. SELA. 2001:1-10.
19. De las Cuevas C. El desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de burnout. *MAFRE Medicina*. 1994;6:7-18.
20. Varela P, Fontao L, Martínez A, Pita A, Valín M. Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud. *Aten Primaria*. 2005;35:301-5.
21. Aparicio S. Prevalencia del síndrome de burnout en docentes de Odontología del Colegio Odontológico de la Institución Universitaria Colegio de Colombia en la ciudad de Bogotá. *J Odontol Colegial*. 2008;2:71-7.
22. Te Brake J, Bouman A, Gorter R, Hoogstraten J, Eijkman M. Professional burnout and work engagement among dentists. *Eur J Oral Sci*. 2007;115:180-5.
23. Gorter R, Storm M, Eijkman M. Burnout measurements in early dental career. Amsterdam; 2004.
24. Gorter R, Storm M, Te Brake J, Kersten H, Eijkman M. Outcomes of career experiences and professional burnout among newly qualified dentists. *Int Dent J*. 2007;57:279-85.
25. Gorter R, Eijkman M, Hoogstraten J. Burnout and health among Dutch dentists. *Eur J Oral Sci*. 2000;108:261-7.
26. Gorter R, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman M. Professional burnout among Dutch dentists. *Comm Dent Oral Epidemiol*. 1999;27:109-16.
27. Alpöz E, Güneri P, Sürgevil O, Cankaya H. Burnout syndrome in a dentistry faculty: effect of sociodemographic and academic. *ARASTIRMA (Research)*. 2008;32:18-28.
28. Ríos J, Reyes M, López A, Morillo J, Bullón P. [Burnout and depression among Spanish periodontology practitioners]. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15:e813-9.
29. Al-Mobberiek H, Al-Mobberiek A. Burnout among dental academics and no-academics in Riyadh and Eastern Province, Saudi Arabia. *J Pak Dent Assoc*. 2011;20:199-205.
30. Gorter R, Freeman R. Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Comm Dent Oral Epidemiol*. 2011;39:87-95.
31. Gorter R, Albrecht G, Hoogstraten J, Eijkman M. Work place characteristics work stress and burnout among Dutch dentists. *Eur J Oral Sci*. 1998;106:999-1005.

32. Te Brake H, Bloemendal E, Hoogstraten J. Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Comm Dent Oral Epidemiol.* 2003;31:321-7.
33. Martínez A. Estudio sobre el síndrome de desgaste profesional en Odontología. *Gac Dental.* 2003;143:38-51.
34. Robles R, Cáceres L. Síndrome *burnout* en cirujanos dentistas de hospitales de Lima Metropolitana. *Odontología Sanmarquina.* 2010;13:7-10.
35. Campos J, Trotta O, Bonafé F, Maroco J. Burnout em dentistas do serviço público: ter ou não ter, eis a questão! *Rev Odontol UNESP, Araraquara.* 2010;39:109-14.
36. Peterson U, Barnstorm G, Demerouti E, Asberg M, Nygren A. Work characteristics and sickness absence in burnout and non-burnout groups: A study of Swedish health care workers. *Int J Stress Manag.* 2008;15:153-72.
37. Díaz R, Pérez E, Lartigue M. Desgaste profesional en un grupo de odontólogos. *ADM.* 2006;63:220-4.
38. Zaragoza S, Pozos B, Muñoz H, López S. Burnout en los odontólogos de la Secretaria de Salud de Jalisco, México. La Habana, Cuba. Abstract no. 25; 2007.
39. Murtomaa H, Haavio-Mannila E, Kandolin I. Burnout and its causes in Finnish dentists. *Comm Dent Oral Epidemiol.* 1990; 18:208-12.
40. Oliveira R, Slavutzky S. A síndrome de Burnout nos cirurgiões-dentistas de Porto Alegre, RS. *Rev Fac Odontol Porto Alegre.* 2001;43:45-50.
41. Hernández C, Monroy A, Rivera P, Rojas B, Sánchez N. Estudio comparativo de los síntomas del síndrome de *burnout* entre odontólogos de la práctica general y especialista del Distrito Federal y área metropolitana en el 2007. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2007.
42. Odrich J, Wayman D. Institutional setting and burnout levels in dental hygiene educators. *Dent Hygiene.* 1987;61:74-8.
43. Gorter R. Occupational burnout and work engagement: a national survey of dentists in the United Kingdom. *Br Dent J.* 2008;205:382-3.
44. Cartagena H, Núñez M. Síndrome de *burnout* en odontólogos del nivel primario de atención adscritos a la dirección comunal de salud de Talca. Talca: Universidad de Talca; 2003.
45. Mondol M. Análisis de la prevalencia del síndrome de *burnout* en los odontólogos y sus repercusiones en la salud del profesional y en la atención bucodental del Servicio de Odontología en la Clínica Carlos Durán durante el periodo agosto-noviembre de 2007. Programa de Maestría Nacional en Gerencia de la Salud. Instituto Centroamericano de Administración Pública ICAP; 2008.
46. Marruco M. Síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en odontólogos residentes en seis hospitales de la Provincia de Buenos Aires. *Rev Asoc Odontol Argent.* 2008;96:49-52.
47. Denton D, Newton J, Bower E. Occupational burnout and work engagement: a national survey of dentists in the United Kingdom. *Br Dent J.* 2008;205:382-3.
48. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de *burnout* en personal sanitario hispanoamericano y español, 2007. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83:215-30.
49. Osborne D, Croucher R. Levels of burnout in general dental practitioners in the south-east of England. *Br Dent J.* 1994;177:372-7.
50. Shelley J, Wong M. Prevalence of burnout among military dentists. *Military Med.* 1991;156:113-8.
51. Slate J, Steger H, Miller N. Burnout in dentistry update: A scientific study. *Dent Manag.* 1990;30:38-40.
52. Salanova M, Schaufeli W, Llorens S, Peiró J, Grau R. Desde el "burnout" al "Engagement". ¿Una nueva perspectiva? *Rev Psicol Trab Organ.* 2002;16:117-34.
53. 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;33:464-81.
54. Manzano G. Bienestar subjetivo de los cuidadores formales de Alzheimer: relaciones con el *burnout*, *engagement* y estrategias de afrontamiento. *Ansiedad y Estrés.* 2002;8:225-44.
55. Schaufeli W, Enzmann D. The burnout companion to study and research: A critical analysis. London: Taylor and Francis; 1998.
56. Lee R, Ashforth B. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol.* 1996;81: 123-33.