



Artículo original

Factores asociados con el agotamiento psicológico en odontólogos especialistas colombianos



Sandra M. Hernández, Cristina Patiño, Melissa Carreño, Gloria C. Aranzazu-Moya y Martha J. Rodríguez*

Facultad de Odontología, Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de octubre de 2019

Aceptado el 28 de diciembre de 2020

On-line el 19 de marzo de 2021

Palabras clave:

Agotamiento psicológico

Odontólogos

Especialización

Ansiedad

R E S U M E N

Objetivo: Determinar los factores asociados con el agotamiento psicológico (AP) en odontólogos especialistas que laboraban en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana.

Métodos: Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal en el que se aplicó la versión validada del cuestionario *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) a 117 especialistas del área de odontología. Se analizaron los puntajes obtenidos en las 3 dimensiones del instrumento, las características sociodemográficas, los aspectos del entorno laboral y profesional y los hábitos. En el análisis bivariado, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, la prueba de la U de Mann Whitney o Kruskal-Wallis y en el análisis multivariado, se realizó una regresión logística. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. Cada participante aceptó su inclusión en el estudio tras el proceso de consentimiento informado.

Resultados: El promedio de edad fue $44,0 \pm 7,8$ años y el 57,3% eran mujeres. El 3,4, el 4,3 y el 4,3% de los participantes tenían altos grados de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal respectivamente. El consumo de cigarrillo presentó una asociación directa con las dimensiones despersonalización ($p = 0,031$) y falta de realización personal ($p = 0,025$). De otra parte, tener 10 años o más de egresado del posgrado evidenció una asociación inversa en estas 2 dimensiones ($p = 0,049$ y $p = 0,045$ respectivamente).

Conclusiones: Los resultados indican que el AP no es un problema frecuente en los odontólogos especialistas que laboran en Bucaramanga y su área metropolitana; sin embargo, es importante tener en cuenta que se observó relación del AP con el hábito de fumar y los años de egresado de la especialidad.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: marthajuro@gmail.com, marthajuro@ustabuca.edu.co (M.J. Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.011>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Factors Associated With Burnout Syndrome in Colombian Dental Specialists

A B S T R A C T

Keywords:

Professional burnout
Occupational dentistry
Dentists
Occupational stress

Objective: To establish the factors associated with burnout syndrome in dental specialists working in the city of Bucaramanga and its metropolitan area.

Methods: A cross-sectional study was conducted in which the validated version of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) questionnaire was applied to 117 dental specialists. The variables analysed were the scores obtained in the three dimensions of the instrument - sociodemographic and job-related characteristics, professional environment, and habits. Spearman's correlation coefficient and the Mann Whitney or Kruskal-Wallis U test were used in the bivariate analysis, and a logistic regression was performed in the multivariate analysis. A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant. Each participant accepted their inclusion in the study after the Informed Consent process was done.

Results: The average age was 44.0 ± 7.8 years, and 57.3% were women. It was observed that 3.4%, 4.3% and 4.3% of respondents scored highly in emotional exhaustion, depersonalisation and lack of personal achievement, respectively. Cigarette smoking presented a direct association with the dimensions of depersonalisation ($p = 0.031$) and lack of personal achievement ($p = 0.025$). On the other hand, having completed the postgraduate degree 10 years or more ago showed a negative association in these two dimensions ($p = 0.049$ and $p = 0.045$, respectively).

Conclusions: The results suggest that burnout syndrome is not a frequent problem in dental specialists who work in Bucaramanga and its metropolitan area. However, it is important to keep in mind that a relationship was observed between the syndrome and smoking, and the years after graduating in the speciality.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El término *burnout*, o agotamiento psicológico (AP), se introdujo en 1970 por Freudenberg, refiriéndose a lo que ocurría cuando los trabajadores tenían altas expectativas de sí mismos y no las podían alcanzar¹. Observó que sus compañeros presentaban síntomas de fatiga, insomnio, jaqueca, irritación, pérdida de confianza en sí mismos, abuso de drogas, actitud negativa, aburrimiento, falta de motivación en el trabajo y una constante pérdida de energía hasta llegar a agotarse, por lo que lo definió como el conjunto de síntomas físicos, psicológicos y sociales resultado de una demanda de energía que excede los recursos del trabajador¹⁻³.

Maslach et al. señalan que el AP se compone de 3 dimensiones: agotamiento emocional (AE), que indica la imposibilidad para participar motivado en el trabajo debido a la falta de energía; despersonalización (DP), que se refiere a sentimientos y comportamientos negativos hacia los demás, por lo que se culpa a otros por los propios problemas; y la falta de realización personal (RP), que genera sentimientos de descontento e insatisfacción en el trabajo^{4,5}.

El AP es un problema creciente, pues afecta a más personas cada día, entre las que encuentran los profesionales de la salud⁶⁻⁸; incluso se ha observado que los odontólogos son más vulnerables⁹. Esta situación puede tener su origen en el proceso educativo, que genera un alto grado de ansiedad,

fatiga, tensión, vértigo, insomnio, taquicardia, irritabilidad y síntomas gastrointestinales, entre otros¹⁰⁻¹³.

La naturaleza aislada del odontólogo, los problemas con pacientes conflictivos, los inconvenientes con el funcionamiento de sus equipos, las demandas económicas y las presiones por cumplir metas son factores que aumentan su susceptibilidad a sufrir alteraciones de salud mental, situación que puede afectar a la calidad de vida del profesional, generar separaciones familiares, llevar al alcoholismo y al suicidio o producir somatizaciones, que van desde trastornos funcionales a trastornos cardiocirculatorios y accidentes cerebrovasculares, insomnio, hipertensión arterial y trastornos articulares y musculares¹⁴⁻¹⁶.

Además, algunas características se han relacionado con la aparición de la condición, tales como ser varón, soltero, alrededor de los 30 años, que combina estudios con su práctica clínica y otros trabajos. Asimismo ser mujer con continuas presiones familiares y profesionales¹².

También se ha encontrado que el nivel educativo puede tener cierta influencia. Un estudio desarrollado en la India comparó a estudiantes que cursaban programas de Odontología, unos estaban vinculados con posgrado y otros, con pregrado. Se presentó mayor «agotamiento emocional» en los estudiantes de posgrado, lo que se podría explicar por el estrés ocupacional al que están sometidos los profesionales que cursan estos programas posgraduales¹⁷. No obstante, se ha reportado que los profesionales con maestría y doctorado o

con puesto docente tienen más altos puntajes de percepción de logro personal, que se interpreta como bajo AP¹⁸.

Diferentes estudios han mostrado una prevalencia de AP en odontólogos, que oscila entre el 11 y el 26% debido principalmente a la presión laboral, las preocupaciones financieras y la atención a los pacientes difíciles^{3,19,20}.

En Colombia, se ha observado una prevalencia del AP en docentes vinculados con un programa de Odontología del 16,4% en la dimensión AE, el 12,1% en DP y el 12,1% en falta de RP²¹. Sin embargo, no existen datos sobre la prevalencia y los factores asociados con el AP en odontólogos especialistas si se tiene en cuenta que, hoy en día, el ejercicio profesional en instituciones de salud públicas y privadas condiciona al profesional a un extenso horario de trabajo, un alto número de pacientes al día y un tiempo limitado para dedicar a cada paciente. Asimismo, el incremento en el número de egresados y el escaso número de plazas laborales hacen que los profesionales opten por ejercer su práctica privada o, de lo contrario, quedan desempleados²². Estas situaciones podrían aumentar el estrés profesional y generar el AP que podría conducir a depresión y ocasionar graves consecuencias para la salud física y emocional.

Por tal motivo, se considera importante identificar a los profesionales que están en riesgo y, de esta manera, aportar información relevante a las diferentes asociaciones y gremios que agrupan a cada una de las especialidades para implementar estrategias que informen sobre maneras saludables de gestionar el estrés. El objetivo de este trabajo es determinar los factores asociados con el AP en odontólogos especialistas que laboran en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana.

Métodos

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal con odontólogos especialistas que laboraban en Bucaramanga y su área metropolitana durante 2015. Bucaramanga es una ciudad ubicada en el noreste de Colombia y su área metropolitana la conforman 3 municipios más (Girón, Piedecuesta y Floridablanca).

El universo estuvo constituido por 213 odontólogos especialistas relacionados en el Registro Especial de Prestadores del Ministerio de Protección Social y en la Guía Telefónica de *Publicar* de 2015. Se encontraban distribuidos de la siguiente manera: a) cirugía maxilofacial, 11; b) endodoncia, 33; c) odontopediatría, 14; d) ortodoncia, 85; e) periodoncia, 22, y f) rehabilitación oral, 48. No se tuvo en cuenta a los especialistas con menos de 1 año desde el egreso del posgrado.

Para calcular el tamaño de muestra, se tuvo en cuenta una prevalencia de AP del 16%²¹, un nivel de confianza del 95% y una población de 213 especialistas. Así se obtuvo un tamaño de muestra de 106 especialistas. Al estimar una proporción sin respuesta del 25%, el tamaño de muestra ascendió a 133 especialistas distribuidos proporcionalmente: a) cirugía maxilofacial, 7; b) endodoncia, 21; c) odontopediatría, 9; d) ortodoncia, 53; e) periodoncia, 14, y f) rehabilitación oral, 30.

Se seleccionó a los participantes de manera aleatoria mediante la función de números aleatorios de Excel, a partir de la lista de nombres de cada especialidad. Se analizaron variables relacionadas con la versión en español del

cuestionario *Burnout Inventory Human Services Survey* (MBI-HSS) creado por Maslach et al.⁴, variables sociodemográficas (edad, sexo, estrato socioeconómico, estado civil, número de hijos), variables relacionadas con su profesión y su entorno laboral (especialidad, años desde el egreso del posgrado, número de lugares en los que labora, tipo de contratación, número de pacientes atendidos por día, mayor tiempo de desplazamiento hasta su lugar de trabajo, satisfacción con su remuneración) y hábitos (consumo de cigarrillo, actividad física).

Instrumento

Se realizó un instrumento que contenía 2 secciones: la primera incluía las preguntas relacionadas con los datos sociodemográficos, las condiciones laborales y los hábitos. La segunda constaba del MBI-HSS tomado de la versión colombiana validada en 2004 en la Universidad de Antioquia y descrita por Tejada y Gómez en 2012²³.

Este cuestionario está compuesto por 22 ítems o preguntas que evalúan las dimensiones de AE que contiene 9 ítems, DP con 5 ítems y RP con 8. Las opciones de respuesta se presentan en escala Likert con 7 categorías que puntúan de 0 a 6: (0) nunca, (1) alguna vez al año o menos, (2) 1 vez al mes o menos, (3) algunas veces al mes, (4) 1 vez a la semana, (5) varias veces a la semana y (6) diariamente. Los ítems que comprenden las dimensiones AE y DP están formulados de manera negativa, mientras que los de RA están de forma positiva^{4,23}.

El AP se clasifica en franjas: alta, media o baja según lo indica el subgrupo ocupacional para «medicina» en el *Maslach Burnout Inventory Manual*⁴:

- Franja alta: puntajes altos en 2 dimensiones (AE \geq 27 y DP \geq 10) y bajos puntajes en RP (\leq 33).
- Franja media: puntajes intermedios en las 3 dimensiones (19 \geq AE \leq 26, 6 \geq DP \leq 9 y 34 \geq RP \leq 39).
- Franja baja: puntajes bajos en 2 dimensiones (AE \leq 18 y DP \leq 5) y altos puntajes en RP \geq 40.

De esta manera, se sospecha AP si se obtienen altos puntajes en las dimensiones AE y DP y bajos puntajes en la dimensión RP⁴.

Procedimiento

El equipo investigador dispuso de un entrevistador que se encargó de desplazarse a cada uno de los consultorios odontológicos para aplicar el cuestionario. El cuestionario fue diligenciado por el participante sin la influencia de otra persona. El entrevistador solo dio las indicaciones y estuvo cerca en caso de que se presentara alguna inquietud. Su tiempo de diligenciamiento fue de aproximadamente 15 min. Es importante mencionar que, de acuerdo con los autores del instrumento, no se colocaron las palabras *burnout* o AP en el cuestionario, dado que podría sensibilizar a las personas sobre lo que se esperaba que respondieran⁴. Por tal motivo, el instrumento se presentó como «Actitudes hacia el trabajo en odontólogos especialistas en la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana».

La información se digitó por duplicado en bases creadas en Excel que fueron validadas mediante el *software* Epidata 3,1;

los errores de digitación fueron corregidos y la base completamente depurada se exportó al paquete estadístico STATA I/C versión 12.0 para su análisis.

En el procesamiento de la información, se categorizaron las variables edad (< 45 o ≥ 45 años), tiempo de egresado (< 10 o ≥ 10 años), estrato socioeconómico (medio si estratos 3, 4 y 5; alto si estrato 6), tiempo de desplazamiento al lugar del trabajo más lejano (< 30 o ≥ 30 min), tiempo de ejercicio profesional (< 9 o ≥ 9 años).

Análisis estadístico

En el análisis univariado, se calcularon frecuencias y proporciones de las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión de las cuantitativas. Se obtuvieron los puntajes de cada dimensión al sumar sus valores. Maslach et al. recomiendan que no se recodifiquen las respuestas positivas porque los resultados se expresan por dimensiones⁴. Además, se estimó la confiabilidad de cada dimensión al evaluar la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach; valores entre 0,70 y 0,79 se interpretaron como satisfactorios; entre 0,80 y 0,89 buenos y $\geq 0,90$, excelentes²⁴.

En el análisis bivariado, se obtuvo la media \pm desviación estándar de cada dimensión con el fin de compararla con la propuesta del *Maslach Burnout Inventory Manual*⁴:

- AE: $22,19 \pm 9,53$.
- DP: $7,12 \pm 5,22$.
- RP: $36,53 \pm 7,34$.

Cabe señalar que la suma de los puntajes de cada dimensión no siguió una distribución normal.

Se estimó el coeficiente de correlación de Spearman con las variables de naturaleza cuantitativa (edad, número de hijos, tiempo de egreso y tiempo de ejercicio de la especialidad, número de lugares de trabajo y número de pacientes atendidos cada día).

En el análisis multivariado, se realizó un modelo de regresión logística que calculó los coeficientes beta por cada dimensión al categorizar los puntajes según las recomendaciones del *Maslach Burnout Inventory Manual*:

- AE: < 19 (bajo) y ≥ 19 (alto).
- DP: < 6 (bajo) y ≥ 6 (alto).
- RP: > 39 (bajo) y ≤ 39 (alto).

Como variables explicatorias, se registraron aquellas que en el análisis bivariado obtuvieron $p \leq 0,20$ ²⁵. Se obtuvo el *pseudo R*², que indicó el porcentaje de variación de la variable dependiente explicado por las variables independientes registradas en el modelo, y se realizó el diagnóstico del modelo mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow²⁶. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Consideraciones éticas

Esta investigación fue clasificada como investigación sin riesgo según la Resolución 8430 de 1993, artículo 11, dado que no se realizó intervención alguna a los participantes del

estudio²⁷. Se explicó el objetivo de la investigación y se entregó un consentimiento informado que firmaron quienes desearon participar en el estudio. Se respetaron los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Este trabajo fue aprobado por el Comité Asesor de Investigación y el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Santo Tomás.

Resultados

Se invitó a participar a 134 especialistas y se aplicaron 117 cuestionarios debido a que 14 no respondieron, 2 no disponían de tiempo y 1 se encontraba fuera del país. La proporción sin respuesta fue del 12,7% de las personas invitadas a participar (fig. 1).

La media de edad de los participantes era $44,0 \pm 7,8$ años. Las 67 mujeres (57,3%) tenían una media de edad de $42,1 \pm 8,0$ años y los 50 varones (42,7%), $46,6 \pm 7,0$ años. Las características sociodemográficas de la población de estudio se muestran en la tabla 1. Es de destacar que 81 personas (69,2%) eran casadas y 94 (80,3%) tenían hijos, 6 (5,1%) fumaban y el estrato socioeconómico mayoritario fue el estrato 6, con 57 especialistas (48,7%).

La media de tiempo desde el egreso del posgrado fue $10,0 \pm 7,2$ años y la de tiempo de ejercicio profesional como especialista, $9,8 \pm 7,0$ años. El promedio de lugares de trabajo fue 3 y el 88,0% de los participantes mencionaron que atendían a 21 pacientes o menos en un día. El mayor tiempo de desplazamiento al sitio de trabajo fue de 0-30 min para 90 participantes (76,9%). El número promedio de hijos fue $1,5 \pm 1,0$ (intervalo, 0-4) hijos.

Al analizar los datos sociodemográficos según cada una de las especialidades, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el tipo de práctica (privada, pública o ambas, $p=0,023$) y el número (3-4, 4-5 o > 5) de salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV) recibidos ($p=0,022$).

En relación con la consistencia interna, se encontró que DP y RP obtuvieron $\alpha=0,50$ y $\alpha=0,53$ respectivamente. El coeficiente fue superior para la dimensión AE ($\alpha=0,74$).

Caracterización de los puntajes según cada dimensión del MBI-HSS

Al evaluar la suma de los puntajes en cada una de las dimensiones con las variables cuantitativas, se encontró que la edad tenía una asociación inversa con la dimensión AE, que fue estadísticamente significativa ($\rho=-0,229$; $p=0,013$); el número de hijos, los años de egreso del posgrado y de ejercicio de la especialidad, la cantidad de lugares de trabajo y el número de pacientes atendidos cada día no presentaron una diferencia estadísticamente significativa.

En relación con la dimensión DP, también se observó que la edad tiene asociación inversa con una diferencia estadísticamente significativa ($\rho=-0,326$; $p < 0,001$). Asimismo se encontró una asociación inversa con una diferencia estadísticamente significativa en el número de años de egreso del posgrado ($\rho=-0,230$; $p=0,013$) y el número de años de práctica profesional ($\rho=-0,218$; $p=0,019$), y una asociación directa

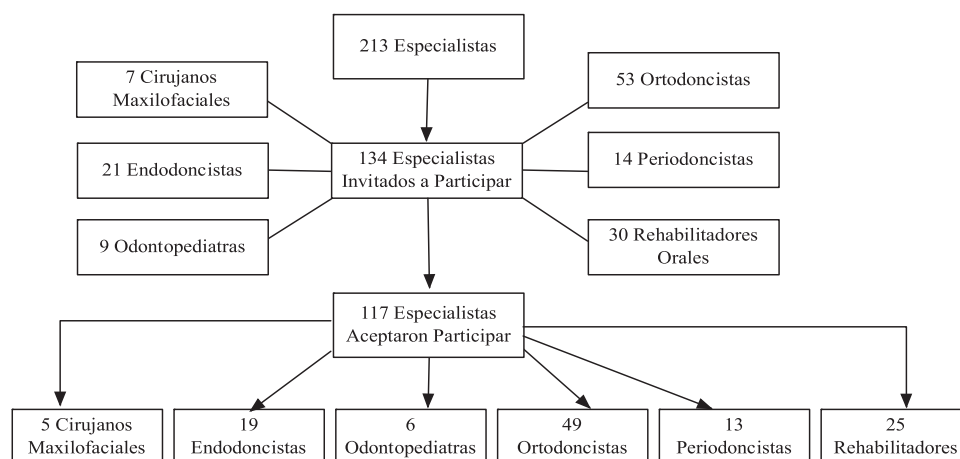


Figura 1 – Diagrama de flujo sobre la inclusión de los especialistas en odontología que conformaron la muestra del estudio.

Tabla 1 – Características sociodemográficas de la muestra de estudio

Variables	n (%)
Sexo	
Mujer	67 (57,2)
Estado civil	
Casado	81 (69,2)
Fuma	
No	111 (94,9)
Actividad física	
Sí	81 (69,2)
Estrato socioeconómico	
6	57 (48,7)
Tiene hijos	
Sí	94 (80,3)
Tipo de práctica	
Independiente	60 (51,2)
Tipo de contrato	
Prestación de servicios	45 (38,4)
Tiempo desplazamiento	
0-30 min	90 (76,9)
Satisfacción salarial	
Sí	83 (70,9)
Remuneración salarial	
> 5 SMMLV	83 (70,9)

SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente en Colombia, que en 2015 era de 644.350 pesos colombianos sin auxilio de transporte.

y estadísticamente significativa con el número de lugares de trabajo ($p=0,288$; $p=0,002$). No se evidenció asociación con el número de pacientes atendidos cada día.

Tampoco se encontró asociación entre la suma de los puntajes de la dimensión RP y las variables mencionadas.

La tabla 2 muestra la mediana [intervalo intercuartílico] de los puntajes obtenidos en cada una de las 3 dimensiones del MBI-HSS según las características sociodemográficas y las especialidades odontológicas de los participantes. Se observó

una diferencia estadísticamente significativa entre la dimensión AE, el mayor tiempo de desplazamiento ($p=0,0189$) y la satisfacción con la remuneración salarial ($p=0,0483$). Además se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en la dimensión DP con el hábito de fumar ($p=0,0223$) y el estrato socioeconómico ($p=0,0122$).

En la tabla 3 se observan media \pm desviación estandar y mediana [intervalo intercuartílico] de los puntajes totales y su distribución según las franjas de AP. Se halló que 4 participantes (3,4%) estaban en la banda alta de AP en la dimensión AE; de estos, 1 (25,0%) era endodoncista, 1 (25,0%) era rehabilitador oral y 2 (50,0%), ortodoncistas. En relación con la dimensión DP, 5 personas (4,3%) mostraron puntajes \geq diez y estos correspondieron a 2 (40,0%) periodoncistas y 3 (60,0%) ortodoncistas. Con respecto a la dimensión RP, 5 participantes (4,3%) estaban en la banda alta de AP: 1 (20,0%) periodoncista, 1 (20,0%) endodoncista y 3 (60,0%) ortodoncistas (tabla 4).

Cabe señalar que 3 especialistas (2 ortodoncistas y 1 periodoncista) incluidos en la banda alta de AP evidenciaron puntajes que afectaban a más de una dimensión.

Modelo multivariado

En el modelo ajustado se incluyeron todas las variables con $p \leq 0,20$ en el análisis bivariado para alguna de las 3 dimensiones, excepto el sexo, que se incluyó sin tener en cuenta este criterio. Tampoco se incluyó el número de años de ejercicio profesional, dado que los valores tenían una relación directa y estadísticamente significativa con los años de egreso de la especialidad ($\rho=0,985$; $p < 0,0001$).

Los 3 modelos propuestos se ajustaron bien a los datos, pues se obtuvieron $p=0,711$ para la dimensión AE, $p=0,1452$ en la dimensión DP y $p=0,4575$ para la dimensión RP. Se encontró una asociación directa de la variable Fuma con la dimensión DP ($\beta=2,42$; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 0,22-4,62; $p=0,031$) y la dimensión falta de RP ($\beta=2,28$; IC95%, 0,29-4,27; $p=0,025$). De otra parte, la variable Años de egreso presentó una asociación inversa con la dimensión DP ($\beta=-1,29$; IC95%, -2,58 a -0,01; $p=0,049$) y falta de RP ($\beta=-1,33$; IC95%, -2,63 a -0,03; $p=0,045$). Además, se obtuvieron valores muy bajos de *pseudo* R^2 en cada una de las dimensiones (AE, 0,066; DP, 0,189 y RP, 0,136) (tabla 5).

Tabla 2 – Puntajes de cada dimensión según las variables analizadas

Variable	AE	p	DP	p	RP	p
Sexo		0,4366 ^a		0,9018 ^a		0,1381 ^a
Mujer	11 [7-16]		1 [0-3]		44 [41-47]	
Varón	10 [6-15]		1 [0-3]		46 [41-48]	
Estado civil		0,5870 ^b		0,5307 ^b		0,6000 ^b
Soltero	10 [6-14]		1,5 [0-6]		44 [38-47]	
Casado	11 [7-16]		1 [0-3]		46 [42-48]	
Divorciado	12 [2-17]		0 [0-2]		44 [42-47]	
Separado	11 [8-11]		0 [0-2]		46 [46-48]	
Unión libre	6 [3-10]		0 [0-4]		45,5 [41-48]	
Fuma		0,7013 ^a		0,0223 ^a		0,1655 ^a
Sí	9 [9-17]		6,5 [1-12]		39,5 [34-47]	
No	11 [6-16]		0 [0-2]		46 [41-48]	
Actividad física		0,4853 ^a		0,8923 ^a		0,5269 ^a
Sí	10 [6-15]		1 [0-3]		46 [41-48]	
No	10,5 [6,5-16,5]		1 [0-3]		45,5 [41-47,5]	
Estrato socioeconómico		0,1441 ^a		0,0122 ^a		0,8921 ^a
Medio [3,4 y 5]	11,5 [7,5-17]		1 [0-6]		46 [41-48]	
Alto [6]	10 [6-14]		0 [0-2]		45 [42-48]	
Tipo de práctica		0,3309 ^b		0,6857 ^b		0,9016 ^b
Independiente	9 [5 – 16]		0 [0-2,5]		45 [41-48]	
Empleado	10,5 [9-12]		0,5 [0-1]		44 [42-46]	
Ambas	11 [7-16]		1 [0-4]		46 [41-48]	
Mayor tiempo de desplazamiento		0,0189 ^a		0,4080 ^a		0,3716 ^a
< 30 min	9 [6-15]		0,5 [0-2]		46 [41-48]	
≥ 30 min	14 [10-17]		1 [0-5]		45 [41-47]	
Satisfacción con la remuneración laboral		0,0483 ^a		0,0785 ^a		0,6214 ^a
Sí	10 [6-14]		0 [0-2]		46 [41-48]	
No	13,5 [7-21]		1,5 [0-5]		45,5 [41-48]	
Remuneración laboral		0,6827 ^a		0,7955		0,9635 ^a
< 5 SMMLV	10 [6-14]		1 [0-2]		46 [42-48]	
≥ 5 SMMLV	11 [6-17]		1 [0-4]		45 [41-48]	
Especialidades		0,6070 ^b		0,2646 ^b		0,4298 ^b
Cirugía maxilofacial	10 [8-10]		2 [2-5]		47 [41-47]	
Endodoncia	11 [7-16]		0 [0-2]		44 [42-48]	
Odontopediatría	8,5 [6-14]		0 [0-0]		43,5 [40-47]	
Ortodoncia	9 [4-15]		1 [0-3]		46 [41-48]	
Periodoncia	9 [7-14]		2 [0-3]		42 [41-46]	
Rehabilitación oral	11 [9-17]		0 [0-4]		47 [42-48]	

AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal; SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente en Colombia, que en 2015 era de 644.350 pesos colombianos sin auxilio de transporte.

^a U de Mann Whitney.

^b Kruskal-Wallis.

Los valores expresan mediana [intervalo intercuartílico].

Tabla 3 – Distribución de los puntajes de los participantes según las franjas de burnout propuestos por Maslach et al.⁴

Dimensión	Puntajes de burnout		Franja de burnout*		
			Baja	Media	Alta
AE	11,5 ± 7,4	10 [6-16]	98 (83,8)	15 (12,8)	4 (3,4)
DP	2,3 ± 3,6	1 [0-3]	95 (81,2)	17 (14,5)	5 (4,3)
RP	43,8 ± 4,6	46 [41-48]	97 (82,9)	15 (12,8)	5 (4,3)

AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal.

* Alta: AE ≥ 27, DP ≥ 10 y RP ≤ 33; medio: 19 ≤ AE ≤ 26, 6 ≤ DP ≤ 9 y 34 ≤ RP ≤ 39; baja: AE ≤ 18, DP ≤ 5 y RP ≥ 40.

Los valores expresan n (%), media ± desviación estándar o mediana [intervalo intercuartílico].

Discusión

El AP se ha convertido en un problema que involucra a los profesionales de la salud y que afecta a la calidad de vida

relacionada con la salud al generar consecuencias físicas y emocionales; por lo tanto, es de suma importancia identificar los factores de riesgo que pueden desencadenarlo^{12,28}.

Este estudio encontró una prevalencia de la banda alta de AP del 3,4% en la dimensión AE, el 4,3% en la dimensión DP

Tabla 4 – Distribución de frecuencias de los puntajes en cada dimensión según las especialidades odontológicas*

Dimensión	Endodoncia	Ortodoncia	Periodoncia	Rehabilitación oral	Odontopediatría	Cirugía	p
AE							
Bajo	15 (15,3)	41 (41,8)	11 (11,2)	20 (20,4)	6 (6,1)	5 (5,1)	0,337
Moderado	3 (20,0)	6 (40,0)	2 (13,3)	4 (26,6)	—	—	0,092
Alto	1 (25,0)	2 (50,0)	—	1 (25,0)	—	—	1,000
DP							
Bajo	17 (17,8)	38 (40,0)	11(11,5)	19 (20)	6(6,3)	4 (4,2)	0,238
Moderado	2 (11,7)	8 (47,0)	—	6 (35,2)	—	1 (5,9)	0,650
Alto	—	3 (60,0)	2 (40,0)	—	—	—	0,281
RP							
Bajo	17 (17,5)	40 (41,2)	10 (10,3)	21 (21,6)	5 (5,1)	4 (4,1)	0,051
Moderado	1 (6,7)	6 (40,0)	2 (13,3)	4 (26,7)	1 (6,7)	1 (6,7)	0,128
Alto	1 (20,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	—	—	—	0,100

AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; RP: realización personal.
 * Exacto de Fisher.
 Los valores expresan n (%).

Tabla 5 – Características asociadas con las tres dimensiones del MBI-HSS (valores ajustados)

Variable	AE		DP		RP	
	β	p (IC95%)	β	p (IC95%)	β	p (IC95%)
Edad						
< 45 años	1	-	1	-	1	-
≥ 45 años	-1,14	0,072 (-2,39 a 0,10)	-0,04	0,944 (-1,27 a 1,18)	-0,96	0,136 (-2,23 a 0,30)
Sexo						
Mujer	1	-	1	-	1	-
Varón	0,67	0,229 (-0,42 a 1,75)	-0,19	0,742 (-1,33 a 0,95)	-0,54	0,375 (-1,72 a 0,65)
Fumador						
No	1	-	1	-	1	-
Sí	0,40	0,736 (-1,94 a 2,75)	2,42	0,031 (0,22-4,62)	2,28	0,025 (0,29 4,27)
Estrato socioeconómico						
Medio (3, 4 y 5)	1	-	1	-	1	-
Alto (6)	-0,22	0,710 (-1,40 a 0,95)	-0,66	0,294 (-1,89 a 0,57)	0,69	0,255 (-0,50 a 1,88)
Años de egresado						
< 10	1	-	1	-	1	-
≥ 10	-0,51	0,392 (-1,68 a 0,66)	-1,29	0,049 (-2,58 a -0,01)	-1,33	0,045 (-2,63 a -0,03)
Lugares de trabajo						
1-2	1	-	1	-	1	-
≥ 3	-0,40	0,469 (-1,50 a 0,69)	0,99	0,097 (-0,18 a 2,16)	-0,04	0,939 (-1,15 a 1,06)
Pseudo-R ²	0,0661		0,1891		0,1355	
Bondad de ajuste	0,5238		0,0135		0,4989	
Prueba de Hosmer-Lemeshow	0,7110		0,1452		0,4575	

AE: agotamiento emocional; DP: despersonalización; IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: realización personal.

y el 4,3% en la dimensión falta de RP, sin diferencia estadísticamente significativa entre las especialidades odontológicas evaluadas. El análisis multivariado mostró que fumar se asocia de manera positiva con las dimensiones DP ($p=0,031$) y falta de RP ($p=0,025$). Además, tener 10 o más años de egresado de la especialización tuvo asociación negativa en las dimensiones ya señaladas ($p=0,049$ y $p=0,045$ respectivamente).

Jin et al. evaluaron a 444 odontólogos coreanos, 262 de ellos con formación de posgrado; encontraron proporciones en la franja alta de AP superiores a las reportadas en este estudio, en todas las dimensiones (AE, 41,2%; DP, 55,9%; falta de RP, 41,4%)²⁹. Se asociaron factores como el sexo masculino,

edad joven, no obtener un empleo y bajo nivel de escolaridad (odontólogo frente a doctorado). Pandis et al. concluyeron que evidentemente son diferentes los aspectos «estresores» que ocurren a los odontólogos generales y los odontólogos especialistas, por lo que el grado de escolaridad influye claramente³⁰.

Es importante señalar que la presencia del AP puede variar ampliamente de un país a otro e incluso dentro del mismo país, según el sistema de salud con el cual se trabaja y el clima organizacional de la empresa²². Por tal motivo, los hallazgos en diferentes situaciones pueden no ser comparables, así como la forma de evaluar la presencia del síndrome³¹.

Si bien este estudio halla mayor proporción en la banda alta de AP en ortodoncistas que en las demás especialidades, no se observó una diferencia estadísticamente significativa. En contraste, Alemany et al. mostraron que una proporción mayor de cirujanos orales estaban en la banda alta de AP, comparados con los ortodoncistas¹⁹. En ese sentido, se ha referido que los ortodoncistas son más flexibles en el manejo del tiempo y atienden pocas urgencias³, por lo que los resultados de ese trabajo podrían darse por la alta competencia si se tiene en cuenta que, en ese momento, era el grupo de especialistas con mayor número de profesionales en la ciudad.

Aparicio et al. revelaron que los mayores de 40 años tenían menor predisposición al AP²¹. Este resultado coincide con el del presente trabajo, la asociación inversa entre la edad y las dimensiones AE y DP en el análisis bivariado; sin embargo, esto no se observó al ajustar por las demás variables. A pesar de ello y de acuerdo con varios estudios en los que se reporta este hallazgo^{12,21,29}, se podría apuntar que las personas de más edad tienen un estado financiero más sólido, una consulta consolidada y una práctica privada exitosa.

Divaris et al. mencionan como factores relacionados con la reducción del estrés en estudiantes de Odontología el buen soporte financiero y pertenecer a un estrato socioeconómico alto³². Este trabajo mostró una diferencia estadísticamente significativa en la dimensión DP según el estrato socioeconómico, pero en el análisis ajustado esta diferencia no se presentó.

La asociación inversa entre tener 10 o más años de egreso de la especialización y las dimensiones DP y falta de RP podría indicar que las personas con mayor experiencia profesional manejan sus sentimientos y comportamientos negativos hacia los demás y se encuentran satisfechas con su trabajo. Castillo Ávila et al.³³ encontraron una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,021$) al evaluar la antigüedad laboral con la dimensión AE en 112 médicos, e indicaron que aquellos con mayor experiencia se agotaban menos.

De otra parte, Singh et al. realizaron una revisión sistemática sobre los factores que contribuyen al AP en la profesión odontológica. Entre los factores asociados con una mayor prevalencia estaban: edad joven, sexo masculino, estudiante en prácticas clínicas, gran número de horas de trabajo y nivel de cualificación profesional¹².

En relación con el consumo de tabaco, se observó una asociación estadísticamente significativa entre fumar y las dimensiones DP y falta de RP. Así también lo reportaron Fernández et al., quienes hallaron una diferencia estadísticamente significativa entre el consumo de tabaco (fumador, fumador pasivo, exfumador y no fumador) y las 3 dimensiones del *Maslach Burnout Inventory* en enfermeras profesionales vinculadas con una unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario. Estos autores indican que el consumo de tabaco puede darse como una vía de escape³⁴.

Se podría afirmar que fumar ayuda a los fumadores a afrontar los estados afectivos negativos, dado que la nicotina ejerce un mayor efecto en situaciones estresantes, lo cual explica su mayor potencial adictivo para quienes se encuentran sometidos a altos niveles de ansiedad, estrés o depresión³⁵. López et al. también encontraron una asociación entre fumar y las dimensiones AE ($p=0,007$) y DP ($p < 0,001$), pero su trabajo se realizó con sacerdotes, y no con personal de salud³⁶.

Asimismo es importante señalar que los valores de *pseudo* R^2 observados indican que las variables independientes incluidas al evaluar las 3 dimensiones del cuestionario tenían poca capacidad para explicar la variabilidad de cada una de ellas. Jin et al. reportaron $R^2 < 0,20$ (AE, 0,12; DP, 0,14; RP, 0,11)²⁹; sin embargo, este coeficiente no sería comparable porque los autores realizaron una regresión lineal múltiple.

Entre las limitaciones de este trabajo, se puede mencionar que se trata de un estudio de corte transversal que evaluó a los participantes en un momento determinado; asimismo, algunos profesionales manifestaron que había preguntas muy personales a las que, posiblemente, respondieron de manera poco objetiva. También es importante aclarar que el marco de tiempo puede generar confusión entre las categorías «nunca», «alguna vez al año o menos» y «1 vez al mes o menos». Por otra parte, no hay certeza de que todos los odontólogos especialistas se encontraran relacionados en el Registro de Prestadores del Ministerio de Protección Social.

No obstante, los hallazgos de este estudio son importantes si se tiene en cuenta que esta población ha sido poco evaluada y varias investigaciones refieren al odontólogo como un profesional de la salud con grandes posibilidades de sufrir AP, como ya se ha mencionado. Si bien se observó un promedio de los puntajes bajo en cada una de las dimensiones, es importante referir que, entre los factores asociados con DP y falta de RP, se encontró fumar y tener 10 años o más de egreso de la especialización.

Estos datos pueden orientar estrategias dirigidas a la prevención del AP, dado que la autoidentificación de síntomas tempranos permitirá a los profesionales de la salud implementar estilos de vida saludable para contrarrestar los efectos negativos del AP.

Se propone que en futuros estudios se consulte con un especialista en psiquiatría que confirme la sospecha de AP en caso que los puntajes obtenidos así lo identifiquen. También sería adecuado conocer la forma de afrontamiento del AP para desarrollar programas que intervengan a la población afectada.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freudenberger H. Staff burnout. *J Soc Issues*. 1974;30:159-65.
2. Quiceno J, Vinnacia S. Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Act Colomb Psicol*. 2007;10:117-25.
3. Pirillo F, Caracciolo S, Siciliani G. The orthodontic Burnout. *Prog Orthod*. 2011;12:17-30.
4. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Third ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
5. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol*. 2008;93:498-512.
6. Vila Falgueras M, Cruzate Munoz C, Orfila Pernas F, Creixell Sureda J, González López M, Davins Miralles J. Burnout y trabajo en los profesionales de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015;47:25-31.

7. Choy H, Wong M. Occupational stress and burnout among Hong Kong dentists. *Hong Kong Med J*. 2017;23:480-8.
8. Chambers CN, Frampton CM, Barclay M, McKee M. Burnout prevalence in New Zealand's public hospital senior medical workforce: a cross-sectional mixed methods study. *BMJ Open*. 2016;6:e013947.
9. Printz P, Hertrich K, Hirschfeider U, de Zwaan M. Burnout, depression and depersonalisation Psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Z Med Ausbild*. 2012;29:8-14.
10. Kogoj T, Z C-T, Zaletel-Kragelj L. Role of stress in burnout among students of medicine and dentistry. A study in Ljubljana, Slovenia, Faculty of Medicine. *Coll Antropol*. 2014;38:879-887.
11. Mafla AC, Villa-Torres L, Polychronopoulou A, et al. Burnout prevalence and correlates amongst Colombian dental students: the STRESSCODE study. *Eur J Dent Educ*. 2015;19:242-50.
12. Singh P, Aulak DS, Mangat SS, Aulak MS. Systematic review: factors contributing to burnout in dentistry. *Occup Med (Lond)*. 2016;66:27-31.
13. Jimenez-Ortiz JL, Islas-Valle RM, Jimenez-Ortiz JD, Perez-Lizarraga E, Hernandez-Garcia ME, Gonzalez-Salazar F. Emotional exhaustion, burnout, and perceived stress in dental students. *J Int Med Res*. 2019;47:4251-9.
14. Rojas G, Misrachi C. Impacto del ejercicio profesional en la salud mental del odontólogo. *Rev Dent Chile*. 2004;95:38-40.
15. Campos J, Jordani P, Zucoloto M, Bonafé F, Marocco J. Burnout syndrome among dental students. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15:155-65.
16. Reyes-Torres M, Rios-Santos JV, Lopez-Jimenez A, Herrero-Climent M, Bullon P. Job satisfaction and depression in the Spanish Society of Periodontology and Research (SEPA) members, and their relation to the burnout syndrome Creation of a structural model. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17:e821-4.
17. Venkatesh N, Mandava P, Sankar Singaraju G, Ganugapanta VR, Yelchuri H, Peddu R. Comparison of Stress, burnout and its association among postgraduate orthodontic and undergraduate students in India. *Indian J Dent Sci*. 2018;10:66-71.
18. Laurentiu PM, Coralia S, Alina I. Work engagement or burnout: Which comes first? A meta-analysis of longitudinal evidence. *Burn Res*. 2017;5:35-43.
19. Alemany Martinez A, Berini Aytés L, Gay Escoda 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.
20. Gorter R, Freeman R. Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39:87-95.
21. Aparicio S. Prevalencia del síndrome de burnout en docentes de Odontología del Colegio Odontológico de la Institución Universitaria Colegios de Colombia de la ciudad de Bogotá. *Journal Odontológico Colegial*. 2008;2:71-7.
22. Castañeda E, García de Alba J. Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en odontólogos de una institución educativa y de salud en la ciudad de Guadalajara México, en 2012. *Rev Fac Odont Univ Antioq*. 2013;24:267-87.
23. Tejada P, Gómez V. Prevalencia y factores demográficos y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2012;38:863-73.
24. Fayers PM, Machin D. Multi-item scales Quality of life: the assesment analysis and interpretation of patient-reported outcomes. 2. a ed. London: Willey; 2007. p. 109-30.
25. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health*. 1989;79:340-9.
26. Hosmer DW Jr, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied logistic regression. 3. a ed New Jersey: John Wiley & Sons; 2013.
27. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución No. 08430 de 4 de octubre de 1993. Bogotá, 1993.
28. Alvarez E, Fernández L. El síndrome de "burnout" o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 1991;XI:257-65.
29. Jin M, Jeong S, Kim E, Choi Y, Song K. Burnout and its related factors in Korean dentist. *Int Dent J*. 2015;65:22-31.
30. Pandis N, Pandis BD, Pandis V, Eliades T. Occupational hazards in orthodontics: a review of risks and associated pathology. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2007;132:280-92.
31. Porto GG, Carneiro SC, Vasconcelos BC, Nascimento MM, Leal JL. Burnout syndrome in oral and maxillofacial surgeons: a critical analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2014;43:894-9.
32. Divaris K, Polychronopoulou A, Villa-Torres L, et al. Extracurricular factors influence perceived stress in a large cohort of Colombian dental students. *J Dent Educ*. 2014;78:213-25.
33. Castillo Avila IY, Orozco J, Alvis LR. Síndrome de burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2015;47:187-92.
34. Fernandes L, Nitsche M, Godoy I. Association between burnout syndrome, harmful use of alcohol and smoking in nursing in the ICU of a university hospital. *Cien Saude Colet*. 2018;23:203-14.
35. Wood CM, Cano-Vindel A, Iruarrizaga I, Dongil E. Ansiedad y tabaco. *Interv Psicosoc*. 2009;38:213-31.
36. Lopez Herrera H, Pedrosa I, Vicente Galindo MP, Suarez-Alvarez J, Galindo Villardon MP, Garcia-Cueto E. Multivariate analysis of burnout syndrome in Latin-American priests. *Psicothema*. 2014;26:227-34.