

Prevalencia del síndrome de *burnout* en el personal de salud en áreas críticas y su asociación con ansiedad y depresión

Ahtziri Yunuén Rodríguez Santos,* Alejandro Díaz Esquivel,** Juvenal Franco Granillo,***
Janet Aguirre Sánchez,**** Gilberto Camarena Alejo****

RESUMEN

Introducción: El síndrome de *burnout* es frecuente en áreas críticas, está compuesto por agotamiento, despersonalización y sentido de ineeficacia. **Objetivo:** Determinar prevalencia del síndrome de *burnout* en personal de áreas críticas y evaluar subgrupos con ansiedad, depresión y factores secundarios involucrados. **Material y métodos:** Estudio transversal multicéntrico mediante cuestionario voluntario (datos demográficos, *Maslach Burnout Inventory*, escala de estrés percibido PSS y cuestionario de cuidado del paciente PHQ-9) de junio de 2017 a abril de 2018. **Resultados:** Se incluyeron 182 trabajadores, 57.7% mujeres, 72% solteros, 41.8% sostén económico, 15.9% enfermedades crónicas, 2.8% requiere inductores de sueño, 2.2% utiliza ansiolíticos, 25.3% abuso de sustancias (63% marihuana, 58.7% estimulantes, 27.7% abuso de alcohol). Se observó síndrome de *burnout* completo 46.2% e incompleto 18.1%. Depresión 74.2% y 34 personas con pensamientos suicidas. La depresión y el estrés se asociaron con síndrome de *burnout* completo. El análisis multivariado detectó asociación entre tener semanas de 80 horas de trabajo o más y eventos adversos [(OR = 2.52, IC 95% 1.10-5.58) y (OR = 2.40, IC 95% 1.27-4.54)]. **Discusión:** Los resultados coinciden con otras publicaciones que describen hasta 40% de síndrome de *burnout* en médicos, en 2016 se reportó que aproximadamente la mitad de los intensivistas adultos lo padecen. Se identificaron varias estrategias protectoras o de «adaptación» incorrectas utilizadas por parte del personal. **Conclusiones:** El síndrome de *burnout* deteriora la motivación del profesional de la salud, puede llevar a resultados negativos relacionados con la calidad del trabajo y presenta alta asociación con estrés y depresión; por lo tanto, es primordial tratar ambas condiciones de manera simultánea.

Prevalence of burnout syndrome in health personnel in critical areas and its association with anxiety and depression

ABSTRACT

Introduction: Burnout syndrome is frequent in critical areas, it is composed of: exhaustion, depersonalization and sense of ineffectiveness. **Objective:** To determine prevalence of burnout syndrome in personnel of critical areas and to evaluate subgroups with anxiety, depression and secondary factors involved. **Material and methods:** Multicenter cross-sectional study, through voluntary questionnaire (demographic data, *Maslach Burnout Inventory*, PSS perceived stress scale and PHQ-9 patient care questionnaire) from June 2017 to April 2018. **Results:** 182 workers, 57.7% women, 72% unmarried, 41.8% economic support, 15.9% chronic diseases, 2.8% required sleep inducers, 2.2% used anxiolytics, 25.3% substance abuse (63% marijuana, 58.7% stimulants, 27.7% alcohol abuse). Complete burnout syndrome 46.2% and incomplete 18.1% were detected. Depression 74.2% and 34 people with suicidal ideation. Depression and stress were associated with complete burnout syndrome. The multivariate analysis detected association with weeks of 80 hours or more of work and adverse events [(OR = 2.52, 95% CI 1.10-5.58) and (OR = 2.40, 95% CI 1.27-4.54)]. **Discussion:** The results coincide with other publications that report up to 40% of burnout syndrome in doctors, for 2016 it was reported that approximately half of the adult intensivists present it. Several incorrect protective or «adaptive» strategies used by staff were detected. **Conclusions:** The burnout syndrome deteriorates of the health professional is motivation, can lead to negative results related to the quality of work and presents high association with stress and depression, therefore it is essential to treat both conditions simultaneously.

* Residente de Medicina Crítica.
** Adscrito de la Unidad de Terapia Intensiva.
*** Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva.
**** Subjefe de Terapia Intensiva Campus Observatorio.

Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 16/10/2018. Aceptado: 12/11/2018.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

Correspondencia: Dr. Ahtziri Yunuén Rodríguez Santos
Centro Médico ABC Sur 132 Observatorio. Teléfono: 5514999934
E-mail: hatz5@hotmail.com

Abreviaturas:

- SB = Síndrome de *burnout*.
- MBI = *Maslach Burnout Inventory* (por sus siglas en inglés).
- AE = Agotamiento emocional.
- IMC = Índice de masa corporal.
- UTI = Unidad de Terapia Intensiva.
- AUDIT-c = Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol

Palabras clave: Síndrome de *burnout*, depresión, estrés.

Nivel de evidencia: II

Key words: Burnout syndrome, depression, stress.

Level of evidence: II

INTRODUCCIÓN

A inicios de los años 70 surgió el síndrome de *burnout* (SB) en Estados Unidos de América, descrito también como un trastorno social de la era moderna, el cual involucra la relación que las personas tienen con su trabajo y las dificultades que pueden surgir cuando esa relación no es buena, con mayor frecuencia se presenta entre personas con trabajos en el ámbito humano.¹ Es un síndrome psicológico en respuesta a estresores interpersonales crónicos en el trabajo. Puede expresarse como la incapacidad para hacer frente al estrés emocional en el trabajo o como el uso excesivo de energía y recursos que conduce a sensaciones de fracaso y agotamiento.^{2,3}

Cuenta con tres dimensiones clave de esta respuesta:

1. Agotamiento descrito como abrumador (se refiere tanto a los recursos emocionales como a los físicos).
2. Despersonalización, también llamada sensación de pesimismo (representa la dimensión del contexto interpersonal del *burnout*, ocasionando desapego al trabajo como respuesta negativa a varios aspectos del mismo).
3. Sensación de ineeficacia y de falta de logros (representa la autoevaluación del desgaste, sensación de incompetencia, falta de logros y productividad en el trabajo).¹

Los primeros escritos que existen sobre SB describen la experiencia de las personas que trabajaban en los servicios humanos y la atención de la salud. Los artículos iniciales fueron escritos por Freudenberger (1975), psiquiatra, y por Maslach (1976), psicólogo social. La escala que ha tenido las propiedades psicométricas más fuertes es *Maslach Burnout Inventory* (MBI, por sus siglas en inglés) desarrollada por Maslach y Jackson en el año 1981, originalmente diseñada para ocupaciones de servicios humanos, pero en 1990 el concepto de *burnout* se extendió a otras ocupaciones.⁴ El MBI es un cuestionario compuesto por 21 preguntas, es reproducible y válido, en el cual se evalúan los tres dominios de *burnout*: 1. Agotamiento emocional (AE) (nueve

ítems), en esta subescala se evalúan las sensaciones de estar emocionalmente extenuado y agotado por el trabajo. 2. Despersonalización (cinco ítems), en esta subescala se mide la respuesta insensible e impersonal hacia los receptores del servicio, cuidado o tratamiento. 3. Realización personal (siete ítems), evalúa la sensación de competencia y el éxito en el trabajo con las personas.

El SB es común entre el personal de la salud, sobre todo el perteneciente al área de cuidados críticos, se han observado tasas de prevalencia de 20 a 70%,⁵⁻¹⁴ pero en la población mexicana aún no hay cifras bien establecidas para el personal de cuidados críticos en general ni para sus asociaciones con depresión, ansiedad, etilismo y consumo de sustancias.

La importancia de detectar este síndrome radica en algunas de las repercusiones profesionales significativas, la disminución de la satisfacción del paciente, el aumento de los errores médicos, consecuencias personales de abuso de sustancias y depresión.^{3,4,15} Existen muchos factores asociados, algunos de los más frecuentes en la unidad de terapia intensiva (UTI): la jerarquía, política, patrones de comunicación disfuncionales, falta de recursos y otras cuestiones más allá del control del personal.¹⁶

El objetivo principal del trabajo fue conocer la prevalencia del SB en el personal de la salud en México (médicos, enfermeras, técnicos de inhaloterapia y rehabilitadores) perteneciente a las áreas críticas (UTI, urgencias, unidad coronaria). El objetivo secundario fue valorar la presencia de los subgrupos de asociación del SB (completo e incompleto) con ansiedad y depresión así como factores secundarios involucrados como el uso de sustancias, consumo de marihuana, alcohol, pensamientos suicidas, horas de trabajo e incidentes involucrados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal multicéntrico. Se llevó a cabo una encuesta de junio del año 2017 a abril del año 2018 principalmente en el Centro Médico ABC Campus Observatorio y Santa Fe (hospital terciario, privado de enseñanza; ubicado en la Ciudad de México). Se incluyeron otros nosocomios

participantes: Hospital General de Teziutlán en Puebla, Hospital Civil de Guadalajara, Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, Hospital General La Villa, Hospital Star Médica Lomas Verdes y Cruz Roja Polanco.

Criterios de inclusión: personal de la salud en las áreas de cuidados críticos: médicos, enfermeras, personal de fisioterapia y terapeutas respiratorios/inhaloterapia. Se explicaron los objetivos del estudio, la participación fue totalmente voluntaria y anónima, los datos recabados fueron de carácter confidencial.

Criterios de exclusión: personal que no quisiera participar en el estudio, médicos rotantes, personal que no esté en contacto con pacientes (administrativos).

Se convocó a los evaluados mediante información gratuita sobre el tema y la importancia del manejo del mismo. Con la participación voluntaria de los evaluados se administró el cuestionario *Maslach Burnout Inventory* (MBI) compuesto por cuatro secciones: I. Datos demográficos básicos (pertenece a institución pública o privada, área a la que pertenece, edad, género, estado civil, embarazo, número de hijos, sostén económico de su familia, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), peso previo a ingreso a área crítica, comorbilidades, consumo de ansiolíticos, escala AUDIT-c para alcoholismo, número de veces que consume marihuana, tazas de café al día, ingesta de sustancias estimulantes, antigüedad laboral, puesto que ocupa en el hospital, horas de trabajo, pertenece a turno nocturno, número de turnos asignados, pacientes y reportes al año). II. Escala de Maslach *burnout*, III. Escala de estrés percibido (PSS) y IV. Cuestionario de cuidado del paciente nueve (PHQ-9) para detectar depresión.

Una vez administrados los cuestionarios se capturaron los datos bajo codificación numérica en la tabla, se revisaron en dos ocasiones para evitar sesgo por error, se realizó muestreo aleatorio para la validación de la captura de datos y se numeró cada encuesta y en caso de no coincidir se revisó. Se hicieron análisis estadísticos paramétricos y no paramétricos utilizando el programa SPSS (por sus siglas en inglés: *Statistical Package for the Social Sciences*) en su versión 22 para Windows y el programa Excel.

Se utilizaron los siguientes puntajes para la evaluación:

- A) Cuestionario MBI: se definieron las puntuaciones de corte para cada dimensión (1. AE alto ≥ 27 , medio de 19-26, bajo ≤ 18 , 2. Despersonalización alto ≥ 10 , medio de 6-9, bajo ≤ 5 , 3. Realización

personal bajo 0-33, medio 34-39, alto 40-56) y se adoptó la definición internacionalmente establecida de *burnout*, según el manual de MBI. En este estudio se definió *burnout* completo teniendo dos rubros de los siguientes: fatiga emocional alta, elevada despersonalización, baja realización personal, y *burnout* incompleto como dos de los siguientes: fatiga emocional media, despersonalización media, realización personal media.

- B) Cuestionario de cuidado del paciente nueve (PHQ-9) para detectar depresión. La depresión se definió como ≥ 5 puntos en la escala de PHQ-9, moderada y depresión severa se definió como una escala de PHQ-9 ≥ 20 puntos o pensamientos suicidas.
- C) Escala de estrés percibido (PSS). El estrés elevado se detectó mediante un puntaje PSS ≥ 27 .
- D) Escala de AUDIT-c. Para la evaluación del abuso de alcohol se definió con una puntuación \geq ocho puntos en el último año. El abuso de sustancias se definió como una escala de AUDIT-C elevada para el consumo de sustancias estimulantes o de marihuana, la cual se valoró mediante escala mensual.
- E) Los efectos adversos se definieron como estar incluido en reporte, un llamado de atención, etcétera.

Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión, las variables categóricas expresadas como medidas de frecuencia absoluta y relativa; las variables lineales como media y desviación estándar o mediana y rangos intercuartilares, según corresponda a la distribución de frecuencias. La estadística inferencial incluye el uso de pruebas de hipótesis para evaluar variables lineales como la prueba de t de Student para muestras independientes. Las variables categóricas fueron analizadas con prueba de χ^2 . Se realizaron modelos de regresión mediante las pruebas de hipótesis de la asociación del síndrome de *burnout*, ansiedad y depresión en el personal de salud perteneciente a áreas críticas, con un error alfa a dos colas de $p < 0.05$ para considerar significancia estadística. Se crearon múltiples modelos de regresión logística binaria utilizando como variable dependiente la presencia de SB completo. La paquetería utilizada para el análisis fue Stata SE 13.1.

RESULTADOS

Se incluyeron 182 trabajadores, mujeres en 57.7% (n = 105), 72% (n = 131) eran solteros, 70.3% (n = 128)

sin hijos y 41.8% ($n = 76$) refirió ser sostén económico de su familia. En cuanto al estado de salud, 15.9% refirió tener alguna enfermedad crónica, 2.8% ($n = 5$) ingiere medicamentos para dormir, 2.2% ($n = 4$) ansiolíticos. La mayoría formaba parte del personal de enfermería, seguido de médicos residentes y de médicos de base (Figuras 1 y 2).

Se identificó abuso de sustancias en 25.3% ($n = 46$) del personal: 63% ($n = 29$) por consumo habitual de marihuana, 58.7% ($n = 27/46$) por ingesta de estimulantes, 27.7% ($n = 8/46$) por abuso de alcohol.

Se presentó SB completo en 46.2% de los pacientes ($n = 84$) e incompleto en 18.1% ($n = 33$).

Con la escala de PHQ-9 se detectó depresión en 74.2% del personal de salud ($n = 135$); 26.7% ($n =$

36/135) cumplieron criterios para depresión severa. Treinta y cuatro personas refirieron tener pensamientos suicidas, 15 de ellos (44%) fueron médicos residentes, seguidos de cinco médicos internos de pregrado (14.7%), nueve sujetos de personal de enfermería (26.5%), cuatro médicos de base (11.8%) y uno de fisioterapia (0.03%).

Al comparar a sujetos con SB completo vs. quienes no cumplieron criterios, en el grupo de los primeros se observó mayor proporción de sujetos con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, obesidad y dislipidemia), trabajadores del turno nocturno, abuso de sustancias, consumo de marihuana y estimulantes, mayor cantidad de horas trabajadas por semana y de pacientes asignados por turnos. No hubo diferencias en edad, sexo, IMC, estado civil o el tener hijos. Con la escala de PSS se detectó estrés elevado en 41.8% ($n = 76$) de los sujetos. El puntaje medio de PSS y de PHQ-9 fue mayor en sujetos con SB completo (Cuadro I y Figura 3).

El diagnóstico de depresión y estrés se asoció con SB completo (Cuadro II).

Cuadro I. Características generales de sujetos con *burnout* completo y aquéllos que no cumplen criterios en el personal de salud de áreas críticas de siete centros hospitalarios.

	Burnout completo (n = 84)	No burnout (n = 98)	p
Edad	32.1 (7.3)	33.5 (8.4)	0.197
Sexo femenino	56 (57.2)	49 (50.5)	0.871
Índice de masa corporal (kg/m ²)	25 (3.6)	26 (3.8)	0.405
Casados	16 (19.1)	27 (27.6)	0.178
Hijos	20 (23.8)	34 (34.7)	0.109
Sostén económico	26 (30.9)	50 (51)	0.006
Enfermedades crónicas	22 (26.2)	7 (7.1)	< 0.001
Trabajo semanal (horas), media (DE)	84.8 (31.4)	70.9 (31.4)	0.003
Turno nocturno	63 (75)	54 (55)	0.005
Número de pacientes asignados por turno, mediana (RIQ)	10 (4-15)	5 (3-10)	0.022
Efectos adversos	0.92 (1.52)	0.5 (1.01)	0.029
Abuso de sustancias	34 (40.5)	12 (12.2)	< 0.001
Escala AUDIT-c, media (DE)	4.1 (2.4)	2.6 (2.2)	0.001
Consumo de marihuana	21 (25)	8 (8.2)	0.002
Ingesta de estimulantes	15 (17.9)	4 (4.1)	0.002
Tazas de café por día, media (DE)	2.8 (1.5)	2.6 (1.8)	0.400
Depresión (PHQ-9 ≥ 5)	82 (97.6)	53 (54.1)	< 0.001
Estrés (PSS ≥ 27)	56 (66.7)	20 (20.4)	< 0.001

Abreviaturas: DE = desviación estándar, RIQ = rango intercuartil, AUDIT-c = cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol, PHQ-9 = cuestionario de cuidado del paciente nueve (PHQ-9) para detectar depresión, PSS = escala de estrés percibido.

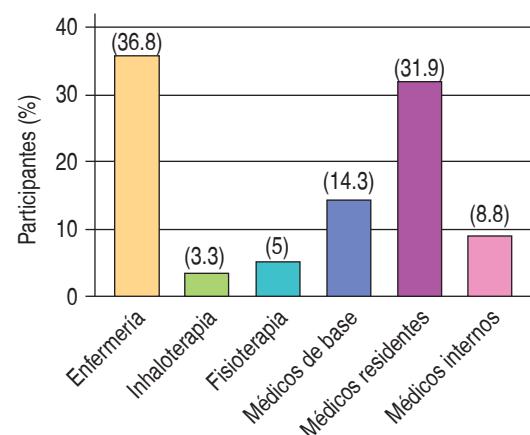


Figura 1. Distribución del personal de salud valorado para la presencia de síndrome de burnout, depresión y ansiedad.

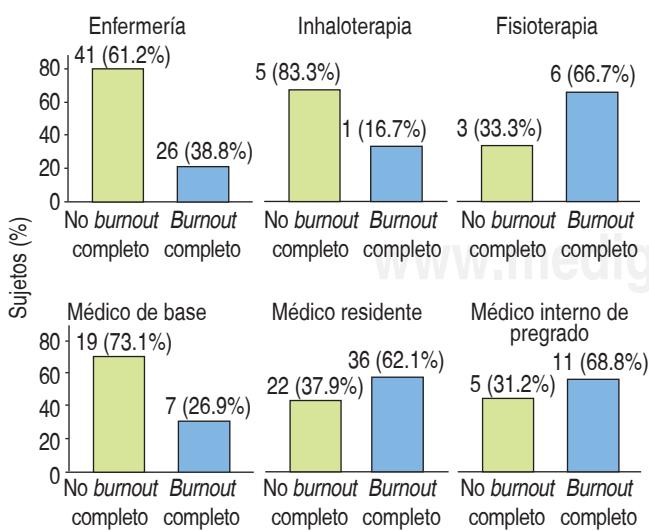
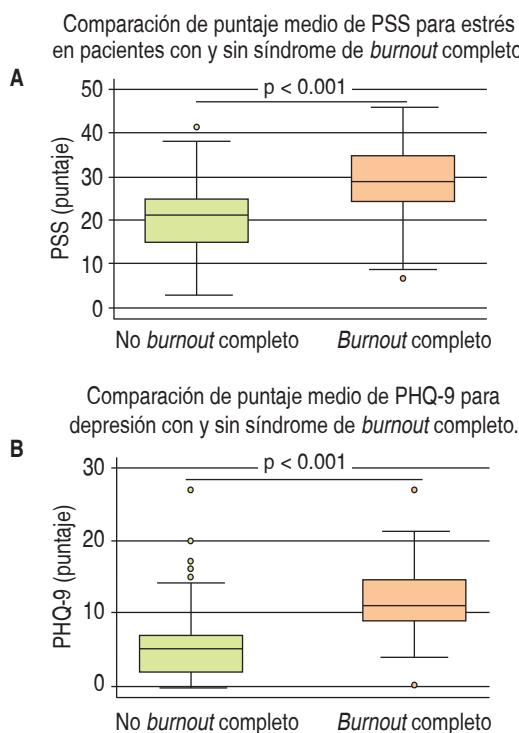


Figura 2. Síndrome de burnout según el puesto en personal de salud.

En el análisis multivariado, tomando como variables independientes las características demográficas y condiciones laborales y como variable dependiente la presencia de *burnout* completo, se observó una asociación entre tener semanas de 80 horas de trabajo o más y haber estado involucrado en algún evento adverso de pacientes en el año anterior [(OR = 2.52, IC 95% 1.10-5.58) y (OR = 2.40, IC 95% 1.27-4.54) respectivamente], independientemente de ser médico residente, sostén económico de su familia o de tener más de cinco pacientes por turno.



Abreviaturas: PHQ-9 = cuestionario de cuidado del paciente nueve (PHQ-9) para detectar depresión, PSS = escala de estrés percibido.

Figura 3. A. Comparación de puntaje medio de PSS en trabajadores de la salud con y sin síndrome de burnout completo. **B.** Comparación de puntaje medio de PHQ-9 en trabajadores de la salud con y sin síndrome de burnout completo.

Cuadro II. Asociación de depresión y estrés con síndrome de burnout completo en trabajadores de la salud.

	OR para burnout completo	IC, 95%	p
Depresión (PHQ-9 ≥ 5)	19.0	4.28-84.46	< 0.001
Estrés (PSS ≥ 27)	4.03	1.96-8.29	< 0.001

Pseudo R² = 0.241, p < 0.001.

Abreviaturas: PHQ-9 = cuestionario de cuidado del paciente nueve (PHQ-9) para detectar depresión, PSS = escala de estrés percibido.

DISCUSIÓN

La mayoría de la población del estudio formaba parte de personal de enfermería, seguido de médicos residentes y de médicos de base. Existe amplia literatura sobre el SB de manera aislada en el personal de enfermería que reporta hasta un tercio, aproximadamente, con SB.¹⁷ En este estudio fue relevante tener resultados del personal de la salud en general perteneciente al área de cuidados críticos, quienes están en contacto con pacientes por las diferentes situaciones de estrés a las que se encuentran expuestos. Se presentó SB completo en 46.2% de los pacientes (n = 84) e incompleto o rasgos de alguno de los tres ámbitos que conforman el SB en 18.1% (n = 33), lo que coincide con otras publicaciones como la de Brindley PG et al., los cuales reportaron que hasta 40% de los médicos lo presentaban, en el año 2016 se detectó que aproximadamente la mitad de los intensivistas de adultos (45-50%) y tres cuartas partes de los intensivistas pediátricos (71%) lo padecían.¹⁸⁻²¹ Del personal participante se contó con un número ligeramente mayor de mujeres 57.7% (n = 105), tanto en otros estudios como en éste la diferencia de género, la edad y el IMC no han tenido mayor proporción en padecer SB [(56 (57.2)) vs. (49(58.3)) p = 0.871], [(32.1 (7.3)) vs. (33.5 (8.84)) p = 0.197] y [(32.1 (7.3)) vs. (33.4(8.4)) p = 0.197].^{22,23} En Alemania se realizó un estudio en 2016 para comparar el SB en mujeres y hombres en el personal médico, el cual reveló una variación importante en los datos sociales, las médicas no están casadas en promedio (p < 0.001) y tienen un número significativamente menor de hijos (p < 0.05), los puestos principales en su mayoría están ocupados por médicos varones (p < 0.001), por lo que en las mujeres se observaron puntuaciones más altas de agotamiento emocional (MBI) (p < 0.01) y depresión (BDI) (p < 0.001),²⁴ lo que en sí podría estar relacionado con los factores sociales más que con el género como comentaron un año posterior PG Brindley et al., existe una fuerte asociación entre los solteros y el SB, frecuentemente el personal estudiado pospone las relaciones personales, lo que puede ser peligroso, ya que pueden ser una fuente principal de felicidad y resiliencia, si son mal manejadas se convierten en una fuente adicional de ira y desaliento.²⁵ En este estudio se evidenció que 28% (n = 51) de la muestra eran casados, 70.3% (n = 128) sin hijos, al comparar los grupos se observó mayor proporción de personas casadas que no desarrollaron SB ((16 (19.1) vs. (27 (27.6) p = 0.178) y (20 (23.8) vs. (34 (34.7) p = 0.109), 41.8% (n = 76) refirió ser sostén econó-

mico de su familia con menor proporción de SB ((26 (30.9)) vs. (50 (51)) p = 0.006).

En un estudio realizado en 2018 se demostró que el SB está relacionado con trastornos cardiovasculares y digestivos (con una probabilidad de 3.4 y 2.2, respectivamente).²⁶ Otros estudios también sugieren que los trastornos cardiovasculares podrían ser consecuencia tanto del SB como del incremento de horas de trabajo.^{27,28} En nuestro estudio no se buscó tal asociación específica, pero sí se valoró la presencia de enfermedades crónicas (cardiopatías, hipertensión, diabetes mellitus tipo II, etc.). A pesar de que el promedio de edad fue de 32.8 años, 15.9% de la muestra refirió tener alguna enfermedad crónica, con mayor proporción en el grupo de SB ((22 (26.2) vs. (siete (7.1) p ≤ 0.001).

En este estudio, a diferencia de otros, se ha evidenciado la asociación de *burnout* con las horas de trabajo ((84.8 (31.4)) vs. (70.9 (31.4)) 0.003), también se realizó un análisis multivariado tomando como variables independientes las características demográficas y condiciones laborales y como variable dependiente la presencia de *burnout* completo, el cual reveló asociación entre tener 80 horas de trabajo a la semana o más y estar involucrado en algún evento adverso de pacientes en el año anterior [(OR = 2.52, IC 95% 1.10-5.58) y (OR = 2.40, IC 95% 1.27-4.54), respectivamente], independientemente de ser médico residente o atender más de cinco pacientes por turno. Probablemente este fenómeno ocurre porque la mayoría del personal estudiado trabaja muy por encima de las horas recomendadas por la Ley Federal del Trabajo²⁹ y las Normas Oficiales Mexicanas.^{30,31} El estudio de S. Coomber et al., entre otros,^{6,22,32-34} en 2002, reveló que la privación del sueño es un factor estresante importante (también relacionado con el incremento de las horas de trabajo),³⁵ en este estudio no se valoró tal asociación, pero sí se obtuvo que 2.8% (n = 5) de la población en general ingiere medicamentos para dormir, igualmente hubo mayor número de población con SB que trabaja en algún turno nocturno ((63 (75)) vs. (54 (55)) p = 0.005).

Se identificó abuso de sustancias en 25.3% (n = 46) del personal en general, de éstos mediante la escala AUDIT para abuso de alcohol se detectaron 27.7% (n = 8/46), 63% (n = 29) por consumo habitual de marihuana, 58.7% (n = 27/46) por ingestión de estimulantes. Se observó mayor número de abuso de sustancias en personal con SB completo [(34 (40.5)) vs. (12 (12.2)) p ≤ 0.001], así como abuso de alcohol [(4.1 (2.4)) vs. (2.6 (2.2)) p = 0.001], consumo de marihuana [(21 (25)) vs. (8 (8.2)) p = 0.002] e ingestión

de estimulantes ((15 (17.9)) vs. (4 (4.1)) p = 0.002), situación que sugiere varias estrategias protectoras o de «adaptación» incorrectas utilizadas por parte del personal.³⁶

Existen otros factores frecuentes y estresantes evaluados en la literatura como el efecto del estrés en la vida personal, la repercusión de las horas de trabajo en la vida personal y familiar, tomar decisiones de manera solitaria, manejo de pacientes con recursos escasos, los cuales no fueron evaluados en este estudio. Valdría la pena realizar un análisis posterior de estos factores en un estudio más amplio. En este estudio se detectaron factores como el número de horas trabajadas (superior a 80 horas semanales) ((84.8 (31.4)) vs. ((70.9 (31.4)) p = 0.003), trabajar en algún turno nocturno ((63 (75)) vs. (54 (55)) p = 0.005), tener mayor número de pacientes asignados por turno [RIQ (10 (4-15)) vs. (54 (55)) p = 0.005] con mayor proporción de padecer SB.^{36,37}

Existen múltiples estudios en los que se ha valorado la presencia de depresión y estrés en el personal de la salud. En este estudio se utilizó la escala PHQ-9 para detección de depresión, 74.2% (n = 135) de la población cumplió con criterios de depresión (n = 135); 26.7% (n = 36/135) cumplió criterios de depresión severa y uno de los datos más relevantes es que 34 personas refirieron tener pensamientos suicidas, 15 de ellos (44%) fueron médicos residentes, seguidos de cinco médicos internos de pregrado (14.7%), nueve sujetos de personal de enfermería (26.5%), cuatro médicos de base (11.8%) y una persona perteneciente a fisioterapia (0.03%). El puntaje medio de PHQ-9 fue mayor en sujetos con SB completo [(82 (97.6)) vs. (53 (54.1)) p ≤ 0.001], la depresión asimismo presenta una fuerte asociación con el SB [(19.0 (4.28-84.46)) p ≤ 0.001]. La despersonalización tiende a correlacionarse más con los principales síntomas de depresión mayor (tristeza, falta de interés y falta de energía) que entre sí como se comentó en el estudio de Wurm W¹ et al. en 2016. Los resultados anteriores respaldan la afirmación de que el agotamiento y la depresión están estrechamente relacionados y superpuestos con el SB y es esencial tratar ambas condiciones de manera simultánea.^{38,39}

Al comparar sujetos con SB completo vs. los que no cumplieron con los criterios, en el grupo de los primeros se observó mayor proporción de personas con estrés evaluado mediante la escala PSS [(56 (66.7)) vs. (20 (20.4)) p ≤ 0.001], se detectó estrés elevado en 41.8% (n = 76) de los sujetos. Los factores principales de estrés identificados en otros estudios fueron los efectos del trabajo en la vida personal, el exceso

de trabajo, los errores y la toma de decisiones.^{32,40} Incluso algunos autores afirman que el estrés y los problemas de salud mental en el personal de la salud son más altos que en la población general de manera multifactorial.^{41,42}

Pueden identificarse dos fuentes importantes de sesgo en este estudio, en primer lugar, la muestra puede no ser completamente representativa de la población objetivo, ya que la participación fue de manera voluntaria, algunas personas que presentaron SB no fueron captadas, podría aseverarse que el nivel de SB detectado probablemente sea un cálculo conservador. En segundo lugar, en cuanto a los ámbitos de morbilidad psiquiátrica no hubo forma de confirmar el estado de salud mental previo de los participantes, a pesar de que se incluía una pregunta sobre enfermedades ya diagnosticadas y sólo se contestaron crónico-degenerativas.

Es necesario desarrollar múltiples estrategias de trabajo en equipo para modificar los factores estresantes en las áreas de cuidados críticos, ya que la edad promedio de la población estudiada fue de 32.8 años, lo que significa que el personal participante en este estudio aún cuenta con otros 30 años al menos de vida útil profesionalmente hablando. Es necesario dirigir recursos para modificar factores estresantes en las áreas críticas, hay que considerar los aspectos corregibles y medidas prácticas para identificar y apoyar a personas vulnerables en una etapa temprana.

Desde la década de los 80 se han realizado estudios sobre talleres de capacitación para residentes y enfermeras que mejoran la autoaceptación, la siner-
gia, la aceptación de la agresión y la dirección interna con adecuados resultados.⁴³

Por el alto número de personal afectado por SB, ansiedad y depresión evidenciada en este estudio se proponen las siguientes estrategias a adoptar por las áreas de cuidados críticos:

1. Hacer una evaluación general (entrevista y encuestas) y psiquiátrica del personal al ingreso y seguimiento obligatorio anual.
2. Reducir la frecuencia e intensidad de los factores estresantes identificados en cada unidad y desarrollo de técnicas para manejo del estrés.
3. Detección temprana de alteraciones en el personal (rasgos de SB, SB incompleto, depresión, pensamientos suicidas, ansiedad, miedos, pesadillas, cambios de humor).
4. Evitar conductas de afrontamiento desadaptativo (consumo de alcohol o drogas),

5. Intercambiar conductas de afrontamiento desadaptativo por otro tipo de conductas (como promover la lectura de contenido no médico, dedicar tiempo al ejercicio, mayor convivencia en familia).
6. Áreas de esparcimiento intrahospitalario (jardines o espacios de áreas verdes),
7. Brindar tratamiento médico eficaz a los detectados con ansiedad y depresión así como seguimiento de los mismos.
8. Brindar rehabilitación del personal enfermo.
9. Facilitar el acceso a los servicios psiquiátricos y proporcionar información al personal.
10. Realizar grupos de discusión dirigida tipo Balint al personal de salud involucrado en situaciones de alto estrés.

CONCLUSIONES

Desde su descripción original el agotamiento profesional se ha considerado un fenómeno inherente a quienes trabajan en contacto directo con personas. Este agotamiento deteriora la motivación del profesional de la salud, puede llevar a resultados negativos relacionados con la calidad del trabajo y presenta alta asociación con estrés y depresión, hay literatura que incluso afirma la estrecha relación y superposición de SB, depresión y pensamientos suicidas, por lo tanto es primordial tratar ambas condiciones de manera simultánea.

En áreas críticas es imprescindible la salud integral del personal, ya que los errores pueden tener costos muy elevados. El SB puede ocasionar daño generalizado que afecta a los profesionales de la salud (incremento en el abuso de sustancias, trastorno de estrés postraumático, depresión y hasta suicidio), a los pacientes (calidad reducida de la atención, menor satisfacción, mayor deshumanización e incluso posiblemente mayor mortalidad) y al mismo sistema de salud en general (prolongación de los días de estancia de los pacientes, costos, errores, demandas, etc., más elevados).

Es difícil evaluar el tiempo de evolución, pero al momento de detectarse es necesario dirigir recursos para modificar los factores estresantes en las áreas críticas, hay que considerar aspectos corregibles y medidas prácticas para identificar y apoyar personas vulnerables en una etapa temprana. Se debe tener en claro entre el personal que buscar ayuda profesional no es una debilidad, más bien podría ser el comienzo de una adecuada adaptación así como resiliencia y longevidad significativas. Es necesario prestar atención a este síndrome por parte de algunos adminis-

tradores y políticos, ya que está altamente asociado con las horas laborales y con la pesada carga de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52: 397-422.
2. Pines A, Maslach C. Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hosp Community Psychiatry.* 1978; 29 (4): 233-237.
3. Freudenberger HJ. The issues of staff burnout in therapeutic communities. *J Psychoactive Drugs.* 1986; 18 (3): 247-251.
4. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care.* 2007; 13 (5): 482-488.
5. Asai M, Morita T, Akechi T, Sugawara Y, Fujimori M, Akizuki N et al. Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psychooncology.* 2007; 16 (5): 421-428.
6. Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-Cozens J, Shore S. Stress in UK intensive care unit doctors. *Br J Anaesth.* 2002; 89 (6): 873-881.
7. Curtis JR, Vincent JL. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *Lancet.* 2010; 376 (9749): 1347-1353.
8. Day T. Review: symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression among Czech critical care and general surgical and medical ward nurses. *J Res Nurs.* 2015; 20: 310-311.
9. Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care.* 2016; 31 (1): 178-182.
10. De Villers MJ, DeVon HA. Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nurs Ethics.* 2013; 20 (5): 589-603.
11. Reader TW, Cuthbertson BH, Decruyenaere J. Burnout in the ICU: potential consequences for staff and patient well-being. *Intensive Care Med.* 2008; 34 (1): 4-6.
12. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *Am J Crit Care.* 2015; 24 (5): 412-420.
13. Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M et al. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *J Adv Nurs.* 2010; 66 (11): 2510-2519.
14. Janda R, Jandova E. Symptoms of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression among Czech critical care and general surgical and medical ward nurses. *J Res Nurs.* 2015; 20: 298-309.
15. Vandevala T, Pavely L, Chelidoni O, Chang NF, Creagh-Brown B, Cox A. Psychological rumination and recovery from work in intensive care professionals: associations with stress, burnout, depression and health. *J Intensive Care.* 2017; 5: 16.
16. B. Hudnall Stamm. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales. R-IV (ProQOL). 1997-2005.
17. Torre M, Santos-Popper MC, Bergesio A. Burnout prevalence in intensive care nurses in Argentina. *Enferm Intensiva.* 2018. pii: S1130-2399(18)30055-5.
18. Boudreau RA, Grieco RL, Cahoon SL, Robertson RC, Wedel RJ. The pandemic from within: two surveys of physician burnout in Canada. *Can J Commun Ment Health.* 2006; 25 (2): 71-88.
19. Brindley PG, Patel B, Farnan P. Psychological burnout in acute care medicine: "physician heal thyself". In: Vincent JL (ed.). Annual update in intensive care and emergency medicine. New York, NY: Springer Publishing, 2012, pp. 811-819.
20. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An official critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care healthcare professionals: a call for action. *Crit Care Med.* 2016; 44 (7): 1414-1421.
21. Garcia TT, Garcia PC, Molon ME, Piva JP, Tasker RC, Branco RG et al. Prevalence of burnout in pediatric intensivists: an observational comparison with general pediatricians. *Pediatr Crit Care Med.* 2014; 15 (8): e347-e353.
22. Firth-Cozens J. Emotional distress in junior house officers. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987; 295 (6597): 533-536.
23. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Lououdou A et al. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007; 175 (7): 686-692.
24. Beschoner P, Braun M, Schönfeldt-Lecuona C, Freudenmann RW, von Wietersheim J. Gender aspects in female and male physicians : Occupational and psychosocial stress. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2016; 59 (10): 1343-1350.
25. Brindley PG. Psychological burnout and the intensive care practitioner: A practical and candid review for those who care. *J Intensive Care Soc.* 2017; 18 (4): 270-275.
26. Mikalauskas A, Benetis R, Širvinskas E, Andrejaitienė J, Kinduris Š, Macas A et al. Burnout among anesthetists and intensive care physicians. *Open Med (Wars).* 2018; 13: 105-112.
27. Eller NH, Netterström B, Gyntelberg F, Kristensen TS, Nielsen F, Steptoe A et al. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiol Rev.* 2009; 17 (2): 83-97.
28. Virtanen M, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG et al. Overtime work and incident coronary heart disease: the Whitehall II prospective cohort study. *Eur Heart J.* 2010; 31 (14): 1737-1744.
29. Ley Federal del Trabajo. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1 de abril de 1970 [Fecha consulta 07/05/18]. Disponible en: <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/ley-federal-del-trabajo>
30. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012 Educación en salud. Para la organización y formación de residencias médicas. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013
31. Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003 Educación en salud. Para la organización y formación de residencias médicas. [Fecha consulta 04/04/18] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/234ssa103.html>
32. Firth-Cozens J. Levels and sources of stress in anaesthetists. In: Report to Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. London: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland; 1998: pp. 1317-1335.
33. Firth-Cozens J. Predicting stress in general practitioners: 10 year follow up postal survey. *BMJ.* 1997; 315 (7099): 34-35.
34. Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *Br J Gen Pract.* 1998; 48 (435): 1647-1651.
35. Jackson ER, Shanafelt TD, Hasan O, Satele DV, Dyrbye LN. Burnout and Alcohol Abuse/Dependence Among U.S. Medical Students. *Acad Med.* 2016; 91 (9): 1251-1256.
36. Firth-Cozens J, Moss F. Hours, sleep, teamwork, and stress. Sleep and teamwork matter as much as hours in reducing doctors' stress. *BMJ.* 1998; 317 (7169): 1335-1336.

37. Goodfellow A, Varnam R, Rees D, Shelly MP. Staff stress on the intensive care unit: a comparison of doctors and nurses. *Anaesthesia*. 1997; 52 (11): 1037-1041.
38. Schonfeld IS, Bianchi R, Palazzi S. What is the difference between depression and burnout? An ongoing debate. *Riv Psichiatri*. 2018; 53 (4): 218-219.
39. Wurm W, Vogel K, Holl A, Ebner C, Bayer D, Mörkl S et al. Depression-burnout overlap in physicians. *PLoS One*. 2016; 11 (3): e0149913.
40. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A et al. The relationship between job-related burnout and depressive disorders--results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord*. 2005; 88 (1): 55-62.
41. Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*. 2000; 355 (9203): 533-537.
42. McManus IC, Winder BC, Gordon D. Are UK doctors particularly stressed? *Lancet*. 1999; 354 (9187): 1358-1359.
43. Bair JP, Greenspan BK. TEAMS: teamwork training for interns, residents, and nurses. *Hosp Community Psychiatry*. 1986; 37 (6): 633-635.