

## Afrontando la residencia médica: depresión y burnout

Leora Velásquez-Pérez<sup>1\*</sup>, Ricardo Colin-Piana<sup>2</sup> y Margarita González-González<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Epidemiología; <sup>2</sup>Director de Enseñanza; <sup>3</sup>Unidad de Cognición y Conducta, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, México, D.F.

### Resumen

*El trastorno depresivo mayor genera discapacidad, afecta a la salud mental y física, y al desempeño social, familiar y laboral (fenómeno de burnout o desgaste profesional).*

**Objetivo:** Evaluar cambios en el estado de salud emocional en médicos residentes de nuevo ingreso a los cursos de posgrado clínico del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) de la Ciudad de México. **Material y métodos:** Se obtuvo información sobre datos sociodemográficos, se aplicó la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HS) y el inventario de depresión de Beck (BDI). Para evaluar cambios en el estado de salud se realizó seguimiento en el tiempo a los 6 y 12 meses posteriores a su ingreso. **Resultados:** Al ingreso, el 97.7% de los médicos se encontraban sin depresión, pero esto cambió ( $p = 0.008$ ), pues se incrementó la sintomatología depresiva leve ( $p = 0.02$ ). Con respecto al MBI-HS, hubo incremento en el agotamiento emocional significativo a los 6 y 12 meses posteriores. Los médicos de Psiquiatría fueron los más afectados en comparación con los de Neurología o Neurocirugía. **Conclusiones:** Es necesario realizar estudios exploratorios en médicos residentes para detectar sintomatología depresiva, síndrome de burnout o desgaste profesional, para actuar oportunamente y evitar la progresión.

**PALABRAS CLAVE:** Burnout. Desgaste profesional. Depresión. Médicos residentes. Residencia médica. Neurología.

### Abstract

*Among the most prevalent psychiatric disorders, major depressive disorder is related with high incapacity levels, affecting also physical and mental health, and social, family, and work activities (burnout).*

**Objectives:** This study assessed possible damage and emotional changes in a cohort of recently incoming medical residents to the postgraduate courses of the National Institute of Neurology and Neurosurgery of Mexico City. **Materials and methods:** We collected information on sociodemographic data, and we applied two instruments: the scale of Maslach Burnout Inventory (MBI-HS) and the Beck Depression Inventory (BDI). Candidates were followed over time, at six and 12 months afterwards. **Results:** When the authors analyzed depressive symptoms, they found that the percentage of medical residents without depression at baseline was 97.7% and at the second application, this percentage decreased statistically ( $p = 0.008$ ) and yet there was an increase in mild depressive symptoms ( $p = 0.017$ ). With respect to MBI-HS, there was high emotional exhaustion with a significant increase at six months after arrival. The psychiatry residents were those more affected. **Conclusions:** Exploratory research is needed to be performed among residents to detect depressive symptoms and burnout syndrome, to act in a timely manner and prevent the progression of these diseases.

**KEY WORDS:** Burnout. Depression. Medical residents. Medical residency. Neurology.

### Correspondencia:

\*Leora Velásquez-Pérez

Jefa del Departamento de Epidemiología

Instituto Nacional de Neurología

y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Insurgentes Sur, 3877

Col. La Fama, Del. Tlalpan, C.P. 14269, México, D.F.

E-mail: leoravelasquez@hotmail.com

Fecha de recepción en versión modificada: 31-10-2012

Fecha de aceptación: 18-02-2012

## Introducción

El trastorno depresivo mayor es actualmente uno de los padecimientos psiquiátricos con mayor prevalencia en la población mundial (3-5%)<sup>1-4</sup>. Repercute negativamente en los ámbitos biológico, psicológico y social de quienes lo padecen. De acuerdo a los criterios de diagnóstico establecidos por la Asociación Psiquiátrica Americana en su *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales* versión IV (DSM IV)<sup>4</sup>, se caracteriza por la ocurrencia de uno o más episodios depresivos en los que al menos durante dos semanas se presenta el estado emocional caracterizado por: ánimo depresivo, pérdida generalizada del interés o la percepción del placer en casi todas las actividades, acompañados por al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye: cambios de apetito o peso, del sueño y en la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o empeorar si se compara con el estado del sujeto antes de la aparición del episodio. Los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe ir acompañado de malestar clínicamente significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Este problema puede ser crónico o recurrente y condicionar un deterioro sustancial en las capacidades de los individuos para cuidarse por sí mismos o cumplir con sus responsabilidades diarias<sup>5</sup>.

La depresión afecta a la vida laboral de las personas y condiciona la disminución en su efectividad en el trabajo, fenómeno conocido como síndrome de *burnout* o desgaste profesional<sup>6</sup>, que, cuando se trata de personal médico o paramédico, puede considerarse más severo, ya que se pueden presentar un mayor número de accidentes o iatrogenias por el carácter de la profesión, y los enfermos pueden ser atendidos con un déficit en la calidad y calidez que se merecen, lo cual repercute en el proceso de curación<sup>7</sup>.

A mediados de la década de 1970, el psiquiatra H. Freudenberger describió el síndrome *burnout* o desgaste profesional, aunque no con tal nombre, como una enfermedad psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en instituciones cuyo objeto de trabajo eran las personas.

El psiquiatra laboraba en una clínica de Nueva York y observó que la mayoría de los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, en un periodo determinado (normalmente un año), presentaban pérdida de energía notoria que progresaba hasta llegar al agotamiento y presencia de síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.

Su definición reagrupaba diversas manifestaciones de tensión que se daban en personas «adictas al trabajo»:

«Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador».

En 1976, la psicóloga Maslach utilizó el término «*burnout*», empleado hasta entonces por abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínicamente entre compañeros de trabajo, para referirse a un conjunto de respuestas emocionales que afectaban a los profesionales. Determinó que los afectados sufrían «sobrecarga emocional» o síndrome de «*burnout*», que definió como «síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas»<sup>8,9</sup>.

Esta enfermedad, caracterizada por el estrés, suele provocar «tensión» al interactuar y tratar reiteradamente con otras personas, y se manifiesta en diferentes aspectos.

Se considera que las personas que realizan actividades que implican un mayor grado de estrés laboral son más susceptibles a padecer el trastorno depresivo y a presentar con mayor frecuencia el síndrome de *burnout* o desgaste profesional. Por ello, se considera que los médicos residentes, que se encuentran inscritos en programas de entrenamiento en especialidades médicas que requieren de su estancia durante varios años en unidades hospitalarias, desarrollando trabajo clínico intensivo, y por la carga laboral que desempeñan, son sujetos con una alta probabilidad de presentar este fenómeno, por lo que hemos considerado importante evaluarlo en la cohorte de médicos residentes de nuevo ingreso y darle seguimiento con una segunda evaluación a los seis meses de efectuada la primera, para tratar de valorar y detectar a los posibles afectados, y de este modo intervenir con oportunidad, tanto por la salud de los médicos como por la calidad de atención hacia los enfermos.

## Material y métodos

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez es un instituto nacional de salud del gobierno mexicano, localizado en la Ciudad de México, cuyos objetivos son la asistencia, la investigación y la docencia en las neurociencias. Dentro de sus planes y programas de estudio, destaca la formación de médicos especialistas en Neurocirugía, Neurología y Psiquiatría, así como de subespecialistas en Neurorradiología, Neuroanestesia, Neurooftalmología, Neurootología, Terapia endovascular neurológica y Neurofisiología clínica. Además, ofrece veinte diferentes planes de estudio para médicos especialistas (*fellowships*).

El equipo neuroquirúrgico está conformado por 12 médicos adscritos y residentes de primero a quinto año, que atienden a la unidad de hospitalización con capacidad para 57 camas, la Unidad Neuroquirúrgica, que alberga cuatro salas, la sala de recuperación, con doce camas, y una central de monitoreo de última generación. La planeación quirúrgica se decide colegiadamente en sesiones semanales; establecido el diagnóstico y el tratamiento, el paciente egresa para su seguimiento en la consulta externa. El promedio mensual de egresos es de 200, con un índice de ocupación del 90%. Los ingresos provienen principalmente del Servicio de Urgencias y la consulta externa.

En el Servicio de Neurología, el promedio mensual de egresos es de 55, con un índice de ocupación del 90-95%. La hospitalización es atendida por seis neurólogos en 41 camas para neurología general. Además, en la consulta ambulatoria se atiende a centenares de enfermos anualmente con enfermedades como enfermedad vascular cerebral, cefaleas y epilepsia, esclerosis múltiple, neurocisticercosis, enfermedades de nervio, músculo y neuropsiquiátricas, entre las principales.

Los ingresos provienen principalmente del Servicio de Urgencias y de la consulta externa. La enseñanza del residente es responsabilidad del médico adscrito designado como revisor y de sus compañeros de mayor jerarquía a través de la visita general con la presencia de los revisores, enfermeras, trabajadoras sociales y médicos residentes. La enseñanza se complementa con las sesiones bibliográficas, anatómicas y de casos clínicos donde se discuten exhaustivamente problemas de diagnóstico y/o tratamiento.

En la Unidad de Psiquiatría se proporciona atención a 24 pacientes hospitalizados, además de otorgar

consultas en los servicios de urgencias y en el área ambulatoria, así como interconsultas para los pacientes hospitalizados de las áreas de Neurología y Neurocirugía.

Realizamos un estudio de tipo observacional, se empleó una encuesta autoaplicable a todos los médicos residentes (Neurocirugía, Neurología y Psiquiatría) al momento de su ingreso al primer año del curso de especialidad, el 1 de marzo de 2010. Se les informó sobre el motivo del estudio, se les mencionó que la información generada y analizada sería confidencial y que en nada interferiría con sus actividades académicas el hecho de que no quisieran participar. Este mismo procedimiento de aplicación de la encuesta se llevó a cabo 6 y 12 meses después del ingreso de los médicos residentes, en septiembre de 2010 y abril de 2011, respectivamente. Se informó también que para aquel médico que estuviese interesado en recibir información respecto al resultado de su estudio, de manera confidencial y de forma personal, era necesario que anotara sus datos de identificación para contactar con él y entregarle sus resultados posteriormente.

Mediante la aplicación de una cédula, se obtuvo información sobre sus datos sociodemográficos y se aplicaron dos instrumentos: uno para evaluar el síndrome de *burnout* y otro para las manifestaciones de la depresión. Para el síndrome de *burnout* o desgaste profesional, se aplicó la escala de MBI-HS, instrumento validado<sup>9</sup> que consta de 22 reactivos que evalúan tres subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal<sup>8</sup>. Las puntuaciones para la escala MBI-HS se clasificaron sobre la base a la norma americana y adaptación catalana, determinando las categorías de bajo, medio y alto para cada una de las dimensiones<sup>8</sup>.

El inventario de depresión de Beck, creado por el psicólogo conductista A. T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la intensidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas a partir de 13 años de edad<sup>10</sup>.

Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión, tal como fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual. Existen tres versiones del BDI: la original, publicada en 1961; la revisión de 1971, bajo el título de BDI-1A, y el BDI-II, publicado en 1996.

El inventario de depresión de Beck es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud e investigadores en diversas áreas. Si bien el resultado del BDI no es suficiente para establecer el diagnóstico de depresión, es necesario realizar evaluaciones complementarias como la entrevista psicológica o psiquiátrica, en el contexto psicológico y social de la persona entrevistada, pero es una herramienta útil para la detección o tamizaje en un grupo.

Los 21 ítems evalúan un amplio espectro de síntomas depresivos, sistematiza cuatro alternativas de respuesta para cada reactivo, que evalúan la gravedad/intensidad y se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. Los puntos de corte aceptados para graduar la intensidad/severidad son los siguientes: no depresión (0-9 puntos), depresión leve (10-18 puntos), depresión moderada (19-29 puntos) y depresión grave (> 30 puntos)<sup>10,11</sup>.

Los datos obtenidos los codificamos y capturamos en una base de datos, realizamos el análisis estadístico con el programa estadístico SPSS versión 19. Obtuvimos frecuencias simples, medidas de tendencia central y dispersión, y realizamos una comparación de proporciones con el estadístico de Chi<sup>2</sup>, considerando como estadísticamente significativo una  $p \leq 0.05$ .

## Resultados

En la primera y segunda aplicación de los instrumentos obtuvimos 43 encuestas, de las cuales 17 (40%) fueron del sexo femenino y 26 (60%) del masculino. El promedio de edad fue de 25 años, con un rango de 24 a 41. En la tercera aplicación fueron 32 sujetos, de los cuales 15 (47%) eran mujeres y 17 (53%) hombres, y la edad promedio fue de 29 años, con un rango de 25 a 33 años.

En cuanto al lugar de residencia habitual al inicio del estudio, el 44% residía en el Distrito Federal, el 42% en provincia y el 14% en el extranjero.

Con respecto a su estado civil, encontramos que el 74.4% estaba soltero, el 23.3% casado y el 2.3% se encontraba viviendo en unión libre. El 9% tenía hijos y el 91% aún no.

Al analizar sobre el tipo de estudios de posgrado que iniciarían, encontramos que el 33% iniciaría una especialidad médica y el 67% una subespecialidad.

Se analizó el sitio donde habían realizado sus estudios de licenciatura, y se encontró que el 74% provenía de universidades públicas y el 26% de instituciones privadas.

Con respecto al tipo de convivencia familiar, detectamos que el 40% vivía con su familia y el 60% solos en el momento de ingresar a la especialidad o subespecialidad médica.

Con relación a la situación de su vivienda, encontramos que el 52% la rentaba, el 19% contaba con vivienda propia, el 14% vivía con familiares y no pagaba renta, el 12% vivía en la residencia médica y solo el 3% con amistades.

Cuando analizamos el antecedente de padecer algún tipo de enfermedad o sintomatología, encontramos que al inicio la principal manifestación que referían eran trastornos gastrointestinales en un 25.6%, y en la segunda y tercera aplicación fue en un 22% en ambas ocasiones. La segunda manifestación en frecuencia que padecían los médicos residentes al inicio fueron las alteraciones musculoesqueléticas, referían dolor en cuello y espalda. El resto de las manifestaciones se presentan en la tabla 1.

El promedio de la sintomatología depresiva que obtuvimos al momento del ingreso fue de 3.53 con desviación estándar (DE) de 3.70 versus 6.74 DE de 8.39 obtenido a los seis meses, y de 5.44 y una DE de 4.79 al año del ingreso (Tabla 2).

Al analizar la sintomatología depresiva, encontramos que el porcentaje de médicos residentes sin depresión al inicio era del 97.7%, que disminuyó en las subsecuentes aplicaciones de forma significativa. Sin embargo, a los seis meses de su ingreso se presentaron casos de depresión leve, moderada y grave que en un inicio no existían, lo cual también fue estadísticamente significativo; mientras que al año de ingreso el mayor porcentaje de médicos se encontraba nuevamente sin depresión (84.4%) o con depresión leve (15.6%) (Tabla 2).

Con respecto a la escala de MBI-HS, encontramos que la despersonalización en los médicos residentes al inicio en la mayoría era baja (72.1%) y se mantuvo en niveles bajos en el 100% en la segunda aplicación; sin embargo, al año la despersonalización se incrementó a niveles de medios y altos (21.9%) y en ambas subescalas. Al comparar los resultados obtenidos al inicio de la especialidad con respecto al año, observamos cómo se incrementó estadísticamente la alta despersonalización (Tabla 3).

En cuanto a la realización personal, fue notorio cómo la autopercepción de los médicos se incrementó al paso del tiempo y cada vez en mayor intensidad (Tabla 3).

En relación al agotamiento emocional, observamos claramente cómo los médicos, conforme pasan

**Tabla 1. Trastornos que presentaban los médicos residentes a su ingreso a la institución**

Alteraciones	Primera aplicación del cuestionario (%)	Segunda aplicación* del cuestionario (%)	Tercera aplicación* del cuestionario (%)	P
Ninguna	46,5	52,2	43,8	0,80
Gastrointestinal	25,6	21,7	21,9	0,86
Musculoesquelética	11,7	13	6,3	0,56
Respiratoria	9,3	4,3	12,5	0,46
Psicológica	4,7	8,7	6,3	0,68
Neurológica	2,3			
Total	100	100		

\*Aplicación a los 6 y 12 meses respectivamente.

n: frecuencia; %: porcentaje; p: significancia estadística ( $p \leq 0.05$ ).

los seis primeros meses, se agotan de forma significativa, y este agotamiento continúa al año pero con un aumento en niveles altos ( $p = 0.0031$ ) (Tabla 3).

Cuando analizamos cada uno de los reactivos que conforman la escala MBI-HS, fue notorio el cambio que se produjo en los médicos en lo concerniente a cinco reactivos, específicamente relacionados con el agotamiento emocional, agotamiento físico y frustración:

- «Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo», ya que al inicio solo el 4.7% percibía esto varias veces a la semana; sin embargo, a los 6 y 12 meses esta sensación de agotamiento se incrementó de varias veces a la semana y diario en un 30.4 y 28.2%, respectivamente.
- «Me siento cansado al final de la jornada de trabajo», ya que claramente pudimos ver cómo al inicio solo el 18.6% señalan que esto les ocurre varias veces o diario, a los seis meses esto se incrementa al 43.4% para disminuir al año, pero nunca como en un principio.
- «Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar», donde observamos cómo el porcentaje de médicos que en un inicio refirieron que «nunca» se sentían fatigados (11.6%) cambió al año de iniciar la residencia médica a «varias veces a la semana y diario» (28.1%).
- «Me siento quemado por mi trabajo», donde apreciamos cómo al inicio de la residencia ninguno de los médicos tenía esta percepción de forma diaria; sin embargo, a los seis meses se incrementa al 13% y al año se presenta en el 9.4% de ellos.

- «Me siento frustrado en mi trabajo», donde apreciamos cómo al inicio solo el 2.3% de los médicos referían que esto ocurría una vez a la semana; sin embargo, a los seis meses de su ingreso el 56.7%

**Tabla 2. Sintomatología depresiva en médicos residentes de acuerdo al BDI**

Puntaje	Número de aplicación	%	p
0-9 (Sin depresión)	1. <sup>a</sup>	97.7	0.008
	2. <sup>a</sup>	73.9	
	3. <sup>a</sup>	84.4	
10-18 (Leve)	1. <sup>a</sup>	0	0.02
	2. <sup>a</sup>	17.4	
	3. <sup>a</sup>	15.6	
19-29 (Moderada)	1. <sup>a</sup>	2.3	
	2. <sup>a</sup>	4.3	
	3. <sup>a</sup>	-	
≥ 30 (Grave)	1. <sup>a</sup>	0	
	2. <sup>a</sup>	4.3	
	3. <sup>a</sup>	-	
Encuestas	Medias del BDI	DE	p
1. <sup>a</sup> aplicación	3.53	3.706	p = 0.000
2. <sup>a</sup> aplicación	6.74	8.395	
3. <sup>a</sup> aplicación	5.44	4.792	

Significancia estadística:  $p \leq 0.05$ .

Tabla 3. Distribución de los diferentes factores y subescalas del MBI-HS en médicos residentes del INNN

Factores del inventario de Burnout	N.º de aplicación	Subescalas			p
		Bajo (%)	Medio (%)	Alto (%)	
Despersonalización	1. <sup>a</sup>	72.1	18.6	9.3	0.233
	2. <sup>a</sup>	100			
	3. <sup>a</sup>	56.3	21.9	21.9	
Realización personal	1. <sup>a</sup>	74.4	18.6	7.4	0.680*
	2. <sup>a</sup>				
	3. <sup>a</sup>	71.9	12.5	15.6	
Agotamiento emocional	1. <sup>a</sup>	76.7	14.0	9.3	0.0031
	2. <sup>a</sup>	43.5	21.7	34.8	
	3. <sup>a</sup>	50.0	12.5	37.5	

\* $\chi^2$  corrección de Yates.

refirieron que esta percepción incrementó en la frecuencia de presentación, y al año disminuyó al 37.6% los que sienten esta frustración de una o varias veces a la semana a diario (Tabla 4).

Pese a lo anterior, encontramos reactivos cuyas respuestas claramente señalan cómo la percepción de los médicos se incrementa con respecto a la experiencia, seguridad, eficacia en los conocimientos y prácticas médicas adquiridas durante el paso del tiempo; la pregunta «Trato muy eficazmente los problemas de mis pacientes» muestra cómo al inicio ninguno de los médicos considera que esto ocurría diariamente; sin embargo, a los seis meses el 82.6% perciben que esto ocurre varias veces a la semana o a diario, y al año esta percepción es aún mayor, percibiéndose en el 90.7% de los médicos residentes.

En el reactivo: «Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes», apreciamos cómo al inicio los médicos referían que esto ocurría varias veces a la semana en un 46.5%, mientras que a los seis meses el 87% refirió que esto ocurría varias veces a la semana o a diario, y al año se incrementó en el 90.6%.

Con respecto al reactivo «He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión», el porcentaje de los médicos residentes que referían que esto ocurría varias veces a la semana y a diario, en un inicio, a los 6 y 12 meses de su ingreso a la residencia médica, fue del 76.8, 78.3 y 87.5%, respectivamente (Tabla 4).

Los resultados obtenidos de acuerdo a las escalas y subescalas del MBI-HS, estratificando por las tres grandes especialidades médicas, reveló que los médicos residentes de Psiquiatría son los que presentan el más alto porcentaje de despersonalización a partir de los seis meses (33.3%) de su ingreso, comparado con los médicos residentes de Neurología (17%) y Neurocirugía (22%), y lo mismo se aprecia a los 12 meses (33 vs 0 y 4%), respectivamente (Tabla 5).

Con respecto a la realización personal, se observa cómo los médicos residentes de Neurología son los que manejan los niveles más bajos de realización personal, tanto al inicio (62.5%) como a los 6 y 12 meses (100%), respectivamente, con respecto a los médicos de Neurología y Neurocirugía, quienes al año tienen una percepción de realización personal media (30%) y alta (66.6%) (Tabla 5).

Las especialidades médicas donde se detectaron a los médicos con los mayores porcentajes de alto agotamiento emocional al año de iniciar la residencia médica fueron las de Psiquiatría (66.5%), siguiéndole Neurocirugía (44%) y por último los de Neurología (0%) (Tabla 5).

Cuando estratificamos los datos referentes a la sintomatología depresiva de los médicos residentes de acuerdo a las tres grandes especialidades que concentra el INNN, encontramos que tanto los hombres como las mujeres al inicio del estudio, independientemente de la especialidad o subespecialidad médica

**Tabla 4. Frecuencia de respuesta a los diferentes reactivos del MBI-HS**

Preguntas	Aplica	Opciones de frecuencia						
		Nunca (%)	Pocas veces al año o menos (%)	Una vez al mes o menos (%)	Pocas veces al mes (%)	Una vez a la semana (%)	Varias veces a la semana (%)	A diario (%)
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	1. <sup>a</sup>	14	23.3	30.2	16.3	11.6	4.7	
	2. <sup>a</sup>	13	26.1	17.4	4.3	8.7	21.7	8.7
	3. <sup>a</sup>	12.5	21.9	15.6	9.4	12.5	18.8	9.4
Me siento cansado al final de la jornada laboral	1. <sup>a</sup>	4.7	16.3	23.3	20.9	16.3	16.3	2.3
	2. <sup>a</sup>	8.7	17.4	8.7	8.7	13	26.1	17.4
	3. <sup>a</sup>	6.3	6.3	18.8	15.6	18.8	25.0	9.4
Me siento fatigado cuando me levanto de la cama y tengo que ir a trabajar	1. <sup>a</sup>	11.6	27.9	23.3	11.6	7.0	18.6	
	2. <sup>a</sup>	17.4	17.4	8.7	8.7	4.3	4.8	8.7
	3. <sup>a</sup>	9.4	15.6	21.9	9.4	15.6	25.0	3.1
Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes	1. <sup>a</sup>	2.3				7.0	37.2	53.5
	2. <sup>a</sup>	4.3	4.3	4.3	13	8.7	21.7	4.5
	3. <sup>a</sup>					15.6	34.4	50.0
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1. <sup>a</sup>	62.8	23.3	7.0	2.3	2.3	2.3	
	2. <sup>a</sup>	65.2	13	8.7	4.3	4.3		4.3
	3. <sup>a</sup>	65.6	21.9		6.3	3.1		3.1
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	1. <sup>a</sup>	32.6	34.9	11.6	7.0	4.7	4.7	
	2. <sup>a</sup>	39.1	21.7	4.3	8.7	8.7		17.4
	3. <sup>a</sup>	46.9	18.8	12.5	6.3	12.5		3.1
Trato muy eficazmente los problemas de mis pacientes	1. <sup>a</sup>					9.3	46.5	44.2
	2. <sup>a</sup>					13	47.8	39.1
	3. <sup>a</sup>					6.3	34.4	59.4
Me siento «quemado» por mi trabajo	1. <sup>a</sup>	39.5	32.6	11.6	7	4.7	4.7	
	2. <sup>a</sup>	21.7	17.4	26.1	8.7	8.7	4.3	13
	3. <sup>a</sup>	28.1	21.9	12.5		18.8	9.4	9.4
Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes	1. <sup>a</sup>			4.7	4.7	25.6	65.1	
	2. <sup>a</sup>		4.3		8.7	4.3	30.4	52.2
	3. <sup>a</sup>					9.74	34.4	56.3
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	1. <sup>a</sup>	46.5	23.3	14.0	4.7	7.0	2.3	2.3
	2. <sup>a</sup>	56.5	17.4			13	8.7	4.3
	3. <sup>a</sup>	46.9	25.0	9.4		12.59.4		6.3
Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	1. <sup>a</sup>	48.8	3	4	1	3		
	2. <sup>a</sup>	52.2	34.8	4.3		4.3		4.3
	3. <sup>a</sup>	53.1	21.9	3.1	3.1	6.3	3.1	9.4

Continúa

Tabla 4. Frecuencia de respuesta a los diferentes reactivos del MBI-HS (continuación)

Preguntas	Aplica	Opciones de frecuencia						
		Nunca (%)	Pocas veces al año o menos (%)	Una vez al mes o menos (%)	Pocas veces al mes (%)	Una vez a la semana (%)	Varias veces a la semana (%)	A diario (%)
Me siento muy activo	1. <sup>a</sup>			2.3	14	41.9	41.9	
	2. <sup>a</sup>		4.3	4.3	4.3	21.7	26.1	39.1
	3. <sup>a</sup>		3.1		3.1	21.9	40.6	31.3
Me siento frustrado en mi trabajo	1. <sup>a</sup>	55.8	34.9	4.7	2.3	2.3		17.4
	2. <sup>a</sup>	17.4	8.7	8.7	17.4	13	17.4	3.1
	3. <sup>a</sup>	37.5	15.6		9.4	21.9	12.6	7.0
Creo que estoy trabajando demasiado	1. <sup>a</sup>	18.6	46.5	11.6	7.0	7.0	2.3	17.4
	2. <sup>a</sup>	17.4	8.7	8.7	17.4	13	17.4	6.3
	3. <sup>a</sup>	12.5	21.9	21.9	6.3	12.9	18.8	
Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes	1. <sup>a</sup>	81.4	14.0	2.3		2.3		
	2. <sup>a</sup>	73.9	17.4			8.7		3.1
	3. <sup>a</sup>	71.9	12.5	3.1	3.1	3.1		
Trabajar directamente con personas me produce estrés	1. <sup>a</sup>	51.2		30.2	9.3	7.0	2.3	8.7
	2. <sup>a</sup>	34.8	30.4	13	4.3		8.7	3.1
	3. <sup>a</sup>	46.9	25.0	9.4	6.3	3.1	6.3	
Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	1. <sup>a</sup>			7.0	7.0	39.5	46.5	43.5
	2. <sup>a</sup>			8.7	4.3		43.5	40.6
	3. <sup>a</sup>	3.1		3.1		3.1	50.0	34.9
Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	1. <sup>a</sup>			2.3	9.3	9.3	44.2	39.1
	2. <sup>a</sup>		4.3		4.3	13	39.1	31.3
	3. <sup>a</sup>	3.1		6.3	6.3	9.4	43.8	32.6
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	1. <sup>a</sup>			4.7		18.6	44.2	26.1
	2. <sup>a</sup>				4.3	17.4	52.2	40.6
	3. <sup>a</sup>	3.1		6.3	3.1		46.9	
Me siento acabado	1. <sup>a</sup>	65.1		25.6	2.3	4.7	2.3	
	2. <sup>a</sup>	39.1	21.7	13	8.7	4.3	4.3	8.7
	3. <sup>a</sup>	46.9	12.5	15.6	6.3	6.3	9.4	5.1
En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	1. <sup>a</sup>		4.7	4.7	9.3	2.3	39.5	39.5
	2. <sup>a</sup>	8.7	4.3		8.7	26.1	34.8	17.4
	3. <sup>a</sup>	3.1	6.3	6.3	3.1	15.6	53.1	12.5
Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	1. <sup>a</sup>	67.4	16.3	11.6	2.3			2.3
	2. <sup>a</sup>	65.2	21.7	13				
	3. <sup>a</sup>	68.8	18.8	3.1		6.3	3.1	

Aplica: Se refiere a la ocasión en que fueron aplicados los instrumentos, es decir, si fue la primera, segunda o tercera vez.



**Tabla 5. Subescalas del MBI-HS de acuerdo a la especialidad médica que cursaban los médicos residentes**

Escala <i>burnout</i>	Neurología (%)			Neurocirugía (%)			Psiquiatría (%)		
	1. <sup>a</sup>	2. <sup>a</sup>	3. <sup>a</sup>	1. <sup>a</sup>	2. <sup>a</sup>	3. <sup>a</sup>	1. <sup>a</sup>	2. <sup>a</sup>	3. <sup>a</sup>
Despersonalización									
Bajo	62.5	100	83	81.8	100	74	60	100	33.3
Medio	31.3	0	17	9.1	0	22	20	0	33.3
Alto	6.3	0	0	9.1	0	4	20	0	33.3
Realización personal									
Bajo	62.5	100	100	81.8	100	70	60	100	33.3
Medio	31.3	0	0	9.1	0	13	20	0	33.3
Alto	6.3	0	0	9.1	0	17	20	0	33.3
Agotamiento emocional									
Bajo	56.3	57.1	100	86.4	75	39	100	50	33.3
Medio	31.3	14.3	0	4.5	16.7	17	0	25	0
Alto	12.5	0	0	9.1	0	44	0	25	66.6

que cursarían, se encontraban sin depresión, a excepción del 11% de las mujeres que se iniciarían en la especialidad de Neurología. No obstante, a los seis meses se observó un incremento de médicos con depresión leve-moderada en las mujeres que cursaban la especialidad de Psiquiatría, pero fue notable cómo al año de la evaluación disminuyeron notablemente los casos de depresión moderada y la mayoría se encontraba ya sin depresión o bien con depresión leve. Los hombres, en general, no mostraron depresión en las evaluaciones independientemente del momento de la aplicación de las encuestas (Tabla 6).

La sintomatología depresiva también la estratificamos de acuerdo al estado civil que tenían los médicos al momento de iniciar la residencia médica y la categorizamos en dos grandes grupos: casados y solteros, y observamos que al inicio de la residencia médica el 100% de las mujeres casadas presentaban depresión leve, mientras que en los hombres esto solo se presentaba en un 20% ( $p = 0.00$ ) (Tabla 7).

Del 100% de las mujeres casadas que un inicio presentaban depresión leve fue notorio cómo a los seis meses en la mitad de ellas tendió a desaparecer y en el otro 50% se incrementó a moderada, pero al año desapareció o disminuyó de forma significativa. Algo

parecido ocurrió cuando analizamos a las mujeres solteras, ya que al inicio del estudio observamos que el 25% de ellas presentaban depresión leve o moderada, pero conforme pasó el tiempo esta tendió a desaparecer o disminuir (Tabla 7).

Con respecto a los hombres, encontramos que al inicio del estudio tanto casados como solteros presentaban depresión leve o moderada en un 20%, la cual había desaparecido a los seis meses de la segunda evaluación, comportamiento que se mantuvo hasta el año de la evaluación (Tabla 7).

## Discusión

Consideramos que una fortaleza de este estudio fue el incluir a la totalidad de los médicos residentes de primer ingreso. Se tuvo una adecuada participación de los médicos a los 6 (100%) y 12 meses (75%). Si bien el número puede parecer pequeño en comparación con otras series<sup>6,12-14</sup>, se trata de la institución de alta especialidad médica en el campo de las neurociencias más importante del país.

En este trabajo encontramos que, en general, al iniciar la especialidad médica existe entre los estudiantes de posgrado un bajo grado de depresión; sin

**Tabla 6. Sintomatología depresiva de acuerdo a la especialidad de los médicos residentes y por sexo**

Sexo	Sintomatología depresiva	Servicio								
		Neurología Aplicación instrumento*			Neurocirugía Aplicación instrumento*			Psiquiatría Aplicación instrumento*		
		Inicio	6 meses (%)	12 meses (%)	Inicio	6 meses (%)	12 meses (%)	Inicio	6 meses (%)	12 meses (%)
Femenino	Sin depresión	88.9	100.0	100.0	100.0	0	75.0	100.0	50.0	67.0
	Leve	0	0	0	0	100.0	25.0	0	25.0	33.0
	Moderada	11.1	0	0	0	0	0	0	25.0	0
	Grave	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Masculino	Sin depresión	100.0	60.0	100	100.0	88.9	91	100.0	0	0
	Leve	0	40.0		0	0	9	0	0	0
	Moderada	0	0		0	0		0	0	0
	Grave	0	0		0	11.1		0	0	0

Instrumento: BDI.

embargo, fue muy notorio el incremento que se presentó a los seis meses de su ingreso a la institución hospitalaria y que al año desaparece o tiende a desaparecer. También fue destacable cómo conforme pasa el tiempo se incrementa considerablemente la

impresión de sentirse quemado y el agotamiento emocional, junto con la disminución de la manera de comprender a otros y la calma en el trato hacia sus pacientes, así como la manera de afrontar los problemas que se presentan de forma cotidiana; sin embargo,

**Tabla 7. Sintomatología depresiva de acuerdo al estado civil y sexo de los médicos residentes en relación al momento de la aplicación del BDI**

Sexo	Sintomatología depresiva	Estado civil					
		Casados Aplicación del instrumento			Solteros Aplicación del instrumento		
		Inicio	6 meses (%)	12 meses (%)	Inicio	6 meses (%)	12 meses (%)
Femenino	Sin depresión	0	50	75	75	100	77
	Leve	100	0	25	12.5	0	23
	Moderada	0	50	0	12.5	0	0
	Grave	0	0	0	0	0	0
Masculino	Sin depresión	80	100	83	77.8	100	100
	Leve	20	0	17	11.1	0	0
	Moderada	0	0	0	11.1	0	0
	Grave	0	0	0	0	0	0

esto se presenta a los seis meses y posterior a ello comienza a desaparecer, quizá debido al periodo de adaptación de los médicos en la institución; consideramos que los primeros seis meses son para ellos críticos, experimentan un periodo de ansiedad, angustia e incertidumbre que posteriormente se va perdiendo con la familiarización de ellos a la institución.

La Neurocirugía es una de las especialidades quirúrgicas que supone la presencia de grados elevados e importantes de estrés entre sus practicantes y estudiantes. Pudiera suponerse, por tanto, que los médicos residentes de dicha especialidad sean los que se depriman con mayor intensidad. La carga de trabajo de los residentes de Neurocirugía de primer año supone jornadas intensas de cuidados a más de 2,000 enfermos por año, cuyas enfermedades más frecuentes corresponden a: tumores cerebrales, enfermedades cerebrovasculares, aneurismas, malformaciones arteriovenosas, cavernomas, hemorragias parenquimatosas, enfermedades inflamatorias, neurocisticercosis, tuberculosis, aracnoiditis crónicas, dolor trigeminal, espasmo hemifacial, cirugía funcional de epilepsia, discinesias, cirugías de columna, hernias discales, tumores y cirugías de nervio periférico.

No obstante, los médicos de la especialidad de Psiquiatría fueron los que con mayor frecuencia se deprimen y presentan un mayor grado de agotamiento emocional, en comparación con las otras especialidades, lo cual puede relacionarse al tipo de pacientes que atienden, es decir, son pacientes que requieren de mayor tiempo de hospitalización, las manifestaciones de sus padecimientos son más objetivas y evidentes que las de otros padecimientos, lo cual puede agotar a los médicos, ya que estos se involucran más con los pacientes. Estos resultados concuerdan con los reportados en Alicante, donde los más afectados fueron los médicos residentes de las especialidades médicas en comparación con los médicos de especialidades quirúrgicas<sup>15</sup>. Así mismo, estos hallazgos concuerdan con los resultados de por lo menos dos estudios realizados recientemente, donde se observó que la morbilidad de síntomas psiquiátricos, *burnout* o desgaste profesional y el estrés son mayores en médicos residentes de Psiquiatría<sup>16-18</sup>.

A pesar de que los médicos psiquiatras son los que presentan mayor agotamiento emocional, también los médicos residentes de la especialidad de Neurocirugía incrementan su percepción de agotamiento emocional, aunque el incremento no es tan severo como en los psiquiatras; esto bien se podría explicar debido a la sobrecarga de trabajo y cirugías que se realizan en

la institución, así como a que muchos de los padecimientos y cirugías que son atendidos por este grupo de médicos residentes en Neurocirugía son padecimientos oncológicos, como tumores cerebrales, que por ende son de los problemas de salud que causan mayor impacto en los sujetos, tanto por el desgaste físico como emocional que se origina tanto en los enfermos como en las familias e incluso en el personal que los atiende. Este aspecto ha sido estudiado por otros investigadores, quienes han determinado, por ejemplo, que las mayores fuentes de estrés son las complicaciones graves del enfermo, la toma de decisiones, el exceso de trabajo y los días de guardia<sup>19</sup>; estos aspectos son característicos de este tipo de médicos residentes. Es necesario realizar estudios de este tipo en la población de médicos residentes no solo de esta institución, sino de muchas otras, ya que los resultados nos proporcionan una visión más amplia de la situación por la que atraviesan los estudiantes y permite implementar estrategias para que se fortalezcan tanto las condiciones laborales y la medicina preventiva, para mejorar la calidad de vida de los médicos residentes, como para garantizar una mejor calidad de atención médica a los pacientes.

Es importante realizar este tipo de estudios de manera periódica y con seguimientos en el tiempo en las diferentes instituciones de salud, ya que sus trabajadores, y en especial los médicos residentes que se encuentran en plena formación académica y que son un grupo que mueve a dichas instituciones, son los que tienen mayor demanda laboral y carga académica, sin dejar de contar sus aspectos sociales, personales y familiares, a los que pueden estar sujetos como todo ser humano, y por ello son los grupos más vulnerables que deben ser detectados y atendidos oportunamente, ya que, si estas alteraciones se detectan tempranamente, será más fácil frenar el avance y realizar medidas de intervención, tanto a nivel individual, grupal e institucional<sup>20</sup>.

Consideramos que, aunque es conocido que la depresión puede estar determinada por una serie de factores que pueden interactuar y que incluyen aspectos tanto biológicos, genéticos, psicológicos y sociales como el entorno en el que se desenvuelven los seres humanos<sup>21,22</sup>, está claro que las personas que se someten a presiones constantes de trabajo tienen mayor posibilidad de presentar el síndrome de *burnout*, el cual puede interferir tanto en la salud de los individuos como en el desempeño laboral de los mismos.

Este estudio concuerda con lo reportado tanto nacional como internacionalmente, donde se sostiene

que la depresión en general es más frecuente en las mujeres, y sobre todo si estas son médicas<sup>23</sup>, tal y como ocurrió con las médicas residentes del servicio de Psiquiatría, y también concuerda con lo referente a que los médicos residentes que se encuentran solteros es en quienes con mayor frecuencia se da este tipo de trastorno<sup>7,24</sup>.

Por tanto, es necesario que se realicen pruebas de escrutinio, ya que, como mencionan diversos autores, la importancia de detectar a los pacientes con depresión, y en este caso con síntomas depresivos incipientes, radica en la efectividad de la terapia temprana. El reconocimiento de la depresión es clave en la práctica general, ya que si este trastorno no es detectado o reconocido, no puede ser tratado<sup>25,26</sup>; además de que es importante que no se deje evolucionar este tipo de padecimiento, ya que puede incluso asociarse a intento o suicidio en un 15% de los casos<sup>7,27</sup> y es un padecimiento muy común sobre todo en médicos residentes debido al enorme estrés al que están sometidos.

No se debe perder de vista que los seres humanos son seres eminentemente sociales, con diversas esferas que rigen en su modo de vida y salud, tales como familia, religión amistades y trabajo<sup>13</sup>, de modo que debe de intentarse lograr un equilibrio en los seres humanos, y por tanto es imprescindible que el estudio se realice de una manera integral.

Una buena alternativa para disminuir la sintomatología depresiva, estrés y la presencia del síndrome *burnout* o desgaste profesional es la implementación de sesiones grupales para los médicos residentes, bajo el modelo de los grupos Balint<sup>28,29</sup>. Su objetivo es el análisis de los aspectos inconscientes que el profesional pone en juego en el desarrollo de sus actividades profesionales. El vínculo del médico con su tarea, que incluye la reflexión sobre su interacción con los pacientes, sus familiares, el cuerpo teórico que lo sustenta y la ideología que sostiene su quehacer, es el camino para acceder a los aspectos inconscientes de su práctica. El residente se constituye en situaciones intersubjetivas, y la descodificación de sus vínculos permite descifrar la lógica de sus identificaciones. Parte de los obstáculos interpuestos a la tarea profesional derivan de la falta de lectura de estos puntos de reparo semiológico, que son sus configuraciones vinculares. La propuesta es hablar de lo que no se habla, de los miedos, los prejuicios, los propios rechazos. Crear un espacio de confiabilidad psicológica donde podamos facilitar un intercambio entre colegas sobre los aspectos emergentes de la práctica cotidiana. En la búsqueda de la verdad clínica, debemos incluir los

aspectos emocionales del paciente, pero también del médico. Una vieja definición dice: «La Medicina es una ciencia difícil, un arte delicado, y un humilde oficio». La creación de un espacio vincular, el del grupo, en el afán de analizar otra realidad vincular, la de la relación médico-paciente, da la posibilidad de desplegar el juego de identidades, compartir la dificultad profesional, producir respuestas alternativas e investigar los múltiples sentidos de nuestra práctica. En este abordaje, el concepto de formación profesional del especialista implica un compromiso del sujeto tal que lo lleva a pasar por procesos de reestructuración de su identidad profesional, a partir de la incorporación de nuevos contenidos alrededor de un saber sobre sí mismo. La creación de un espacio vincular, el del grupo, en el afán de analizar otra realidad vincular, la de la relación médico-paciente, da la posibilidad de desplegar el juego de identidades, compartir la dificultad profesional, producir respuestas alternativas e investigar los múltiples sentidos de la práctica médica del especialista.

Deberán incluirse también actividades recreativas, tanto culturales como deportivas, con una mayor periodicidad, e incluso implementar sesiones o programas de música instrumental en sus sitios de trabajo, ya que según varios autores, se han visto resultados positivos en la reducción de la sintomatología relacionada con el síndrome *burnout*<sup>29</sup>. Un programa de actividades recreativas complementario a su educación médica incrementará la calidad de vida de los médicos residentes y, por consiguiente, mejorará la calidad de atención a los enfermos.

## Bibliografía

1. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, Wells KB. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(1):55-61.
2. Pérez CE. Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Med Int Mez*. 2006;22:282-6.
3. Bello M, Puentes-Rosas E, Medina MME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Mex*. 2005;47(Supl 1):S4-S11.
4. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre Salud en el Mundo 2001. *Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001. p. 29-30.
6. Toral VR, Aguilar MG, Juárez PC. Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occup Med*. 2009;59(1):8-13.
7. Rosales JJ, Gallardo CR, Conde MJ. Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*. 2005;001(10):25-36.
8. Maslach C, Jackson SE, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory*. Manual. 3.ª ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.
9. Monte GP, Peiró JM. *Desgaste psíquico en el trabajo. El síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis; 1997.
10. Beck AT, Sterr AR, Garbin GM. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory; twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8(1):77-100.

11. Balev J. Using a Bulgarian version of the Beck Depression Inventory for screening nonclinical adolescents: findings and questions. Trabajo presentado en el XXVIth Congreso Internacional de psicología; Agosto; Montreal, Canadá;1996. p. 16-21.
12. Dyrbye LN, Thomas LR, Power DV, et al. Burnout a serious thought of dropping out of medical school: a multi-institutional study. *Acad Med.* 2010;85(1):94-102.
13. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, et al. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med.* 2007;22(2):177-83.
14. Ahmed I, Banu H, Al-Fageer R, Al-Suwaidi R. Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *J Crit Care.* 2009;24(3):e1-e7.
15. Garnés-Ros AF. Estudio de las fuentes de estrés laboral en médicos residentes. *Centro de Salud.* 2001;9(9):568-72.
16. Vićentic S, Jovanovic A, Dunjić B, Pavlović Z, Nenadovic N. Professional stress in general practitioners and psychiatrists—the level of psychologic distress and burnout risk. *Vojnosanit Preg.* 2010;67(9):741-6.
17. Fothergill A, Edwards D, Burnard P. Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *Int J Soc psychiatry.* 2004;50(1):54-65.
18. Cooper CL, Rout U, Faragher B. Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners. *BMJ.* 1989;298(6670):366-70.
19. Apiquián GA. El síndrome de Burnout en las empresas. Presentación realizada en el Tercer Congreso de Escuelas de psicología de las Universidades Red Anáhuac; 2007 abril 26-27; Mérida, Yucatán. Disponible en: <http://www.anahuac.mx/psicologia/archivos/artburnout.doc>
20. Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians: A consensus statement. *JAMA.* 2003;289(23):3161-6.
21. Williams JW, Rost K, Dietrich AJ, Ciotti MC, Zyzanski SJ, Cornel J. Primary care Physicians' Approach to Depressive Disorders. Effects of Physician Specialty and Practice Structure. *Arch Fam Med.* 1999;8(1):58-67.
22. North CS, Ryall JE. Psychiatric illness in female physicians. Are high rates of depression an occupational hazard? *Postgrad Med.* 1997;(101)5:233-6, 239-40.
23. Whitley T. Work-related stress and depression among practicing emergency physicians: an international study. *Ann Emerg Med.* 1994;23(5):1068-71.
24. Rosales JJ, Gallardo CR, Conde MJM. Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.* 2005;10(001):25-36.
25. Kesler D, Lloyd K, Lewis G, Pereira GD. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ.* 1999;318(13):436-9.
26. Goldman H. *Review of General Psychiatr.* Appleton & Lange Inc;1998. p. 300-6.
27. Sherrill JT, Kovacs M. Nonsomatic treatment of depression. *Child Adolescent Psychiatr Clin N Am.* 2002;11(3):579-93.
28. Dahlgren MA, Almquist A, Krook J. Physiotherapists in Balint group training. *Psychother Res Int.* 2000;5(2):85-95.
29. Brandes V, Terris DD, Fischer C, et al. Music programs designed to remedy burnout symptoms show significant effects after five weeks. *Ann N Y Acad Sci* 2009;1169:422-5.