

Síndrome de agotamiento profesional en personal médico de un hospital de tercer nivel

Carlos Gerardo Esquivel-Molina,¹
Fernando Buendía-Cano,²
Omar Martínez-García,³
Jesús Alfonso Martínez-Mendoza,⁴
Verónica Araceli Martínez-Ordaz,⁵
Víctor Manuel Velasco-Rodríguez⁶

RESUMEN

Introducción: el síndrome de agotamiento profesional es frecuente entre el personal médico, altera la conducta, la personalidad y los ideales de los médicos afectados, deteriorando la calidad de la atención profesional.

Objetivo: determinar la prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en los médicos de un hospital de tercer nivel de atención médica y algunos factores asociados.

Material y métodos: en un diseño transversal, previa aprobación del comité local de investigación y de ética, consentimiento informado con énfasis en la confidencialidad, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, se aplicaron los cuestionarios de Maslach y Beck a médicos especialistas de un hospital de tercer nivel de atención. Se determinó prevalencia con IC 95 %, χ^2 para análisis bivariados y regresión logística.

Resultados: se entrevistaron 166 sujetos, edad media 42 años, sexo predominante masculino, tasa de respuesta 87.4 %. La prevalencia de depresión con puntuación de Beck superior a 10 puntos fue de 18.6 % (IC 95 % 12-24 %). Depresión en últimos dos años 38.6 %. El 26 % presentó síndrome de *burnout*, 15.2 % con puntuaciones en cansancio emocional arriba de 27, 19.3 % con más de 10 puntos en despersonalización. El riesgo de depresión al padecer el síndrome de *burnout* fue de OR = 5.163 (IC 95 % 2.130-12.51, $\chi^2 = 14.77$, $p = 0.000$). La presencia de *burnout* se asoció al turno nocturno, vivir sin pareja estable y tener depresión.

Conclusiones: el síndrome de agotamiento profesional en el médico es frecuente. Se asocia a variables organizacionales y personales; también, frecuentemente, a depresión.

SUMMARY

Introduction: the *burnout* syndrome (BS) is common among physicians, affecting their behavior, personality and professional goals; thus deteriorating the quality of their performance.

Objective: to determine the BS prevalence among physicians affiliated to a tertiary care hospital and its associated risk factors.

Material and methods: The study was conducted through a cross-sectional design. The sampling was non probabilistic. Participating physicians were interviewed using the Maslach Burnout Inventory and the Beck's depression inventory. The analysis included ascertainment of the BS prevalence and use of χ^2 and logistic regression analysis. The local Internal Review Board and the Ethics Committee approved the project and all participants gave their informed consent.

Results: 166 physicians participated; the average age was 42 years, most were men. The response rate was 87.4 %. The prevalence of depression with more than 10 points in the Beck inventory was 18.6 % (95 % CI: 12-24). Depression in the last two years was 38.6%; the prevalence of BS was 26%; 15.2 % scored above 27 in emotional exhaustion and 19.3 % scored more than 10 points in depersonalization. The risk of being depressed due to BS was five times higher (OR 5.163; 95 % CI 2.130-12.5). Working in the night shift, living without a permanent couple and being depressed were the main risk factors for BS.

Conclusions: BS is common among physicians and is associated with organizational and personal variables.

¹Internista, Servicio de Medicina Interna

²Psiquiatra, Universidad Autónoma de Coahuila

³Residente de cuarto año de Medicina Interna

⁴Internista, Hospital General de Zona 16

⁵Investigador, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica

⁶Director de Educación e Investigación

Autores 1, 3, 5 y 6 adscritos a la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades 71

Instituto Mexicano del Seguro Social, Torreón Coahuila

Comunicación con:

Víctor Manuel Velasco-Rodríguez.
Tel: (871) 729 0800, extensión 2121.

Fax: (871) 718 7956.

Correo electrónico: invest@internetal.com.mx

Palabras clave

- ✓ estrés
- ✓ síndrome de agotamiento profesional
- ✓ depresión

Key words

- ✓ stress
- ✓ *burnout* syndrome
- ✓ depression

Introducción

Cualquier agresión, emocional, física, social, laboral, económica o de otro tipo que exija una respuesta del individuo es conocida como estrés. Una situación de emergencia genera estrés agudo cuyo objetivo es la huida o la defensa, pero cuando la agresión es constante, hablar de estrés no alude a una situación de alarma pasajera sino a la persistencia de presiones externas que pueden producir como respuesta falta de concentración, ansiedad, irritabilidad, presencia de conductas neuróticas cíclicas desgastantes, y conduce a sentirse desvalido, atrapado, con una salud mental deteriorada y pobre adaptación a la sociedad. Cuando el estrés se presenta en el ambiente laboral en forma crónica y sostenida, los sujetos pueden desarrollar la vivencia de encontrarse emocionalmente agotados y con actitudes negativas hacia las personas con quienes trabajan y hacia su rol profesional, lo que se ha descrito como síndrome de *burnout* o desgaste o agotamiento profesional.^{1,2}

El término de *burnout* se introdujo en 1974 por Freudenberg³ y es retomado por la psicóloga social Cristina Maslach, quien diseñó un cuestionario para medir la presencia del agotamiento profesional, el *Maslach Burnout Inventory*.⁴ Este síndrome, cuyo desarrollo es progresivo, se acompaña de signos y síntomas tanto físicos como emocionales. En sus formas leves puede existir solamente dificultad al levantarse en la mañana, fatiga y quejas somáticas inespecíficas. Posteriormente se agregan manifestaciones cardiovasculares, fatiga, cefalea, problemas gastrointestinales, insomnio, alteraciones dermatológicas, así como perspectivas negativas del trabajo y de los compañeros, aislamiento, suspicacia y, al presentarse de forma severa, puede facilitar el consumo de alcohol, drogas psicotrópicas o narcóticos y aparecer alteraciones de alimentación, mal humor, cinismo, irritabilidad, ansiedad, actitudes agresivas y defensivas y generar ausentismo, retardos y falta de rendimiento laboral.⁵ En situaciones extremas o al coexistir con depresión puede manifestarse por aislamiento, agorafobia, ataques de pánico, angustia extrema, incluso con riesgo suicida.⁶

El síndrome de *burnout* es un trastorno de adaptación crónico y existen tres teorías etiológicas.

1. La teoría sociocognitiva del yo, en la cual se menciona que la cognición de los sujetos influye en la forma en que el trabajador percibe el clima y la carga de trabajo en su medio profesional,⁷ el cual a su vez se ve modificado por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás.
2. La teoría del intercambio social, en la cual se menciona que cuando se establecen relaciones interpersonales (pacientes, trabajadores de la salud, administradores del hospital, etcétera), existe percepción sobre falta de equidad o falta de ganancia desarrollada por los sujetos como resultado de la comparación social.
3. La teoría organizacional en la cual se responsabiliza del problema a la falta de salud organizacional y estructural, y a las deficiencias en la cultura y el clima organizacional de las instituciones, sean privadas o sociales.⁸

Cualquiera de las teorías que se acepte, el ser portador de *burnout* produce un inadecuado afrontamiento de las exigencias psicológicas del trabajo que se traduce en estrés laboral, el cual se puede potenciar por las características propias del ambiente laboral y las relaciones con los compañeros y jefes.

El síndrome de *burnout* en profesionales médicos es más frecuente entre las edades de 30 a 60 años; suele presentarse en el hombre y su prevalencia se ha descrito de forma variable a nivel mundial de 3 hasta 60 %.⁹⁻¹¹ En el médico y, en general, en el profesionista de la salud, se describen algunas características psicológicas más o menos constantes, como son la presencia de dudas, sentido exagerado de responsabilidad y sentimientos de culpa, que facilitan las alteraciones emocionales que pueden llegar hasta depresión severa (12.8 %) e incluso al suicidio (RR de 1.1 a 3.4 en hombres y 2.5 a 5.7 en mujeres).^{6,12,13} Por otra parte, en la medicina social y privada la profesión en sí misma es un factor de riesgo para sufrir estrés crónico y persistente por múltiples razones:

- a) La naturaleza y complejidad de la acción médica en la conservación de la salud de los pacientes.
- b) Los problemas de tiempo por sobrecarga de trabajo con disminución e incluso pérdida de posibilidad de participación en vida social y familiar,^{11,14,15} con desequilibrio entre carrera, familia y crecimiento personal.¹⁶
- c) El desarrollo de una sociedad y de medios de comunicación que facilitan que el médico sea visto fluctuando entre la virtud y la ignominia, entre la competencia, la efectividad y la duda de su reputación profesional, lo que genera sensación de falta de reconocimiento y en muchas ocasiones de falta de retribución adecuada a su trabajo.^{16,17}

El estrés laboral (síndrome de *burnout*) tiene tal impacto en la salud de los profesionales médicos que en España, desde 1995, se aprobó la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Boletín Oficial del estado 10-11 1995/1997) y es considerado como riesgo de trabajo por menoscabo físico o fisiológico que interviene en el buen funcionamiento laboral,¹⁸ y desde 2000 se ha considerado por la Organización Mundial de la Salud como un riesgo laboral con potencial detrimento en la salud mental y física del trabajador.¹⁹

Las consecuencias de este síndrome originan falta de rendimiento laboral, deterioro en la calidad de la atención profesional que se ofrece a los pacientes, deshumanización, ausentismo laboral, pérdidas de trabajo días/hombre y, consecuentemente, pérdidas económicas incalculables. El presente estudio se elaboró para conocer la magnitud del síndrome de desgaste profesional en los médicos de un hospital de tercer nivel de atención, y algunos de los factores que potencialmente pudieran estar asociados con el mismo.

Material y métodos

Objetivo: determinar la prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en los médicos de un hospital de tercer nivel de atención médica.

Lugar de realización del estudio: Unidad Médica de Alta Especialidad 71, Instituto Mexi-

cano del Seguro Social, Torreón, Coahuila, México.

Diseño: prospectivo, analítico y transversal.

Metodología: muestreo no probabilístico por conveniencia. Previa aprobación del comité local de Investigación y de ética, se encuestó a los médicos adscritos a la unidad médica. Los sujetos que aceptaron participar fueron 145 médicos especialistas (tasa de no participación de 12.6 %). A los participantes se les aplicaron tres tipos de encuestas, previo consentimiento informado, haciendo énfasis en la confidencialidad de los datos recolectados.

1. Encuesta de datos sociodemográficos y las siguientes variables: edad, sexo, rama médica o quirúrgica de la especialidad, turno mayor o menor de ocho horas, turno diurno o nocturno, antigüedad laboral mayor o menor de 10 años, uso de tabaco y cantidad, consumo de alcohol y cantidad, tener o no una pareja estable, tener o no hijos, tener o no deudas económicas y haber padecido o no depresión.
2. El cuestionario de Maslach para *burnout*, el cual se encuentra validado en su versión en español (fiabilidad de 0.9),¹⁸ consta de 22 ítems y evalúa el cansancio emocional mediante 9 ítems, despersonalización mediante 5 ítems y realización personal a través de 8 ítems. Se consideró tener cansancio emocional alto con puntuaciones mayores de 27, medio con puntuaciones de 19 a 26 y bajo menos de 19 puntos. La despersonalización se consideró alta si se acumulaban más de 10 puntos, media entre 6 y 9 puntos y baja con menos de seis puntos. En relación a la realización personal se consignó de 0 a 33 puntos como baja, moderada de 34 a 39 y arriba de 40 como alta. Se consideró como *burnout* solamente a tener puntuaciones elevadas en cualquiera de las categorías de cansancio emocional y despersonalización, o en ambas.
3. Escala de Beck para detección de depresión, cuya versión en español también se encuentra validada. Se consideró portador al sujeto con más de 10 puntos.²⁰⁻²²

La encuesta sociodemográfica y los cuestionarios de Maslach y de Beck fueron auto-

cumplimentados para evitar el sesgo del entrevistador y anónimos para disminuir la deseabilidad social de las respuestas. Se consideró consumo de alcohol a una cantidad superior a 30 mL al menos tres veces a la semana.

Manejo estadístico: se realizó el análisis para variables continuas con medidas de tendencia central y dispersión. Se determinó la prevalencia del síndrome de *burnout* con IC 95 % y se analizaron factores asociados a la presencia del síndrome mediante análisis bivariado de χ^2 y análisis multivariado de regresión logística para variables dicotómicas. Los análisis se efectuaron con el paquete estadístico SPSS versión 10.

Resultados

De los 166 médicos especialistas establecidos en la nómina del hospital, 145 aceptaron participar, mientras el resto optó por no contestar o no participar y evadir al entrevistador aduciendo que más tarde lo haría, lo que hace una tasa de respuesta a las encuestas de 87.4 %. La edad promedio fue de 41.9 ± 6.12 años. Correspondieron al sexo masculino 109 sujetos (75.2 %) y 24.8 % al femenino. El 65.5 % (95) perteneció a especialidades médicas y 33.1 % (48) a la rama quirúrgica. Dos no identificaron la rama a la que pertenecían. Las características estudiadas y su frecuencia de presentación se encuentran en el cuadro I. De los médicos entrevistados, 47 (32.4 %) presentaron alguna patología sistémica.

- a) Alteraciones cardiovasculares 12.4 % (hipertensión arterial 9 %)
- b) Diabetes mellitus 8.3 %
- c) Dislipidemias y otras endocrinopatías 6.2 % y otras 5.5 %

De los 145 encuestados, 15.2 % tuvieron puntuaciones arriba de 27 en cansancio emocional, 19.3 % más de 10 puntos en despersonalización y sólo 4.1 % mostraron realización personal baja. La prevalencia del síndrome de *burnout* fue de 26.2 % (IC 95 % 19-33 %) (cuadro II).

La prevalencia de depresión de acuerdo a una puntuación superior a 10 puntos en el cuestionario de Beck fue de 18.6 % (IC 95 % 12 a

24 %). De los 145 médicos, 56 (38.6 %) reportaron haber padecido cuadro depresivo en los dos últimos años y 26 (17.9 %) haber tenido alguna recaída. Sólo 23 (15.9 %) estaban bajo tratamiento con antidepresivos inhibidores de captura de serotonina y benzodiacepínicos. El riesgo estimado de padecer depresión al ser portador de *burnout* fue de $OR = 5.163$ (IC 95 % 2.130-12.51, $\chi^2 = 14.77$, $p = 0.000$) (cuadro II).

En el análisis bivariado se encontró asociación significativa con puntuación en el cuestionario de Beck superior a 10 puntos ($OR = 5.16$, IC 95 % 2.15-12.4), trabajar en turno nocturno ($OR = 2.539$, IC 95 % 1.18-5.44), y en forma limítrofe el no tener una pareja estable ($OR = 2.37$, IC 95 % 0.97-5.83) (cuadro I). En el análisis multivariado a través de regresión logística con el modelaje de *backward conditional* con una variable dependiente binaria (*burnout*) y las variables independientes dicotomizadas, se mantienen las asociaciones mencionadas ($OR = 4.31$, $p = 0.002$; $OR = 2.775$, $p = 0.011$; $OR = 2.712$, $p = 0.039$ respectivamente) (cuadro III). Al analizar en forma independiente los componentes del cuestionario de Maslach con las variables, sólo se encuentra asociación de cansancio emocional con depresión actual y de despersonalización con depresión actual, turno nocturno, ausencia de una pareja estable y con no tener hijos (cuadro III).

Análisis y discusión

La prevalencia de *burnout* en nuestro medio es elevada (26.2 %). En la literatura se encuentran frecuencias reportadas desde 3 % hasta 60 %.^{2,9,10,23,24} Una posible explicación de este amplio rango es el área de especialidad que se explora. Así, en médicos de atención primaria se ha descrito entre 42 a 59 %, ^{25,26} en enfermeras 65 %, ²⁷ en médicos residentes 23 %, cirujanos 32 %, ¹⁶ anestesiólogos 44 %, ² internistas 28 %, ²⁸ etcétera. En el presente estudio se incluyeron médicos especialistas agrupados solamente por rama médica o quirúrgica, sin apreciarse diferencia en prevalencia de *burnout* entre ambos. No se efectuó análisis por especialidad. Otra posible explicación es la técnica

de la entrevista, ya que frecuentemente se efectúa por envío postal^{14,16,29,30} lo cual lleva a índices de respuesta muy bajos de 23 a 70 %^{14,16,26,28} y puede favorecer un sesgo de respuesta, ya que es más fácil que la encuesta sea

regresada por quien más se sienta identificado con los ítems del instrumento, y con ello sobreestimar la verdadera prevalencia del síndrome. Consideramos que esto no constituyó un problema en el presente estudio, porque el in-

Carlos Gerardo Esquivel-Molina et al.
Agotamiento profesional en médicos de tercer nivel

Cuadro I
Características sociodemográficas de los 145 sujetos estudiados con el Maslach Burnout Inventory

Variables	Frecuencia	%	Burnout		OR	IC 95 %	p
			Sí	No			
Edad (años)							
< 35	22	15.2	6	16			
> 35	123	84.8	32	91	0.937	0.34-2.52	0.544
Sexo							
Masculino	109	75.2	29	80			
Femenino	36	24.8	9	27	1.088	0.46-2.54	0.518
Tabaquismo							
Sí	29	20	7	22			
No	116	80	31	85	0.87	0.34-2.20	0.490
Consumo de alcohol							
Sí	92	63.4	24	68			
No	53	36.6	14	39	0.983	0.46-2.09	0.557
Estado civil							
Sin pareja estable	24	16.6	10	14			
Con pareja estable	121	83.4	28	93	2.37	0.97-5.83	0.055
Hijos							
Sí	124	85.5	29	95			
No	21	14.5	9	12	0.407	0.16-1.04	0.058
Deudas							
Sí	51	35.2	13	38			
No	94	64.8	25	69	0.944	0.44-2.04	0.525
Depresión							
Sí	27	18.6	15	12			
No	118	81.4	23	95	5.16	2.15-12.4	0.0003
Turno (horas)							
> 8	59	40.7	19	40			
< 8	86	59.3	19	67	1.675	0.80-3.51	0.122
Turno							
Nocturno	46	31.7	18	28			
Diurno	99	68.3	20	79	2.54	1.18-5.44	0.015
Antigüedad (años)							
10 a 25	86	59.3	24	62			
< 10	59	40.7	14	45	1.24	0.58-2.64	0.358
Rama							
Médica	95	65.5	26	69			
Quirúrgica	48	33.1	12	38	1.19	0.54-2.60	0.409
Comorbilidad							
Sí	47	32.4	14	33			
No	98	67.6	24	74	1.31	0.61-2.82	0.314

investigador acudió con cada médico para entregar los cuestionarios y recogerlos de manera personal en carpeta cerrada para cuidar el anonimato y confidencialidad, obteniendo una tasa de respuesta cercana a 90 %.

Por otra parte, la manera de reportar los resultados varía de autor a autor, ya que algunos informan solamente las medias y desviaciones estándar de la puntuación de cada dimensión estudiada (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) sin mencionar la proporción de individuos;^{23,26} otros solamente indican el porcentaje de individuos en los niveles altos, medios y bajos de cada una de las dimensiones exploradas del instrumento,^{16,29,31} o solamente la proporción de individuos considerados como portadores de *burnout*,^{2,25,28} ya sea con el criterio original de Maslach⁴ de tomar en cuenta los que tienen puntuaciones elevadas en cansan-

cio emocional (≥ 27 puntos) y en despersonalización (≥ 14), o con el criterio de considerar *burnout* clínicamente significativo a quien tenga puntuación elevada en alguno de estos dos parámetros,³² lo cual dificulta una comparación adecuada. Podemos apreciar que de acuerdo a los diversos resultados presentados en el cuadro IV, el porcentaje de *burnout* encontrado en nuestro medio no es de los más altos; sin embargo, el hecho de que la cuarta parte de los médicos de una unidad hospitalaria tengan síndrome de *burnout* debe considerarse elevado y ser sujeto de atención.

Al analizar por dimensión, se aprecia que la puntuación media de cansancio emocional (20.1 ± 7.5) se encuentra dentro del nivel intermedio y aproximadamente uno de cada siete médicos tiene puntuaciones elevadas. Referente al sentimiento de despersonalización, la

Cuadro II
Asociación entre MBI en sus diferentes rubros y escala de Beck para depresión en médicos especialistas

Características psicológicas (MBI)	Depresión Beck >10 puntos		Total	%	OR	IC 95 %	χ^2	p
	No	Sí						
<i>Burnout</i>								
No	95	12	107	73.8				
Sí	23	15	38	26.2	5.163	2.130-12.51	14.77	0.000
Cansancio emocional								
Bajo < 19 puntos	83	13	96	66.2	1.0			
Medio 19 a 26 puntos	21	6	27	18.6	1.8	0.62-5.37		
Alto ≥ 27 puntos	14	8	22	15.2	3.64	1.30-10.4	6.4	0.040
Totales	118	27	145	100				
Despersonalización								
Bajo < 6 puntos	81	10	91	62.8	1.0			
Medio 6 a 9 puntos	21	5	26	17.9	1.93	0.59-6.25		
Alto ≥ 10 puntos	16	12	28	19.3	6.07	2.20-16.4	14.3	0.001
Totales	118	27	145	100				
Realización personal								
Bajo ≥ 40 puntos	3	3	6	4.1	1.0			
Medio 34 a 39 puntos	9	3	12	8.3	0.33	0.40-2.36		
Alto 0 a 33 puntos	106	21	127	87.6	0.2	0.07-1.05	4.58	0.10
Totales	118	27	145	100				

MBI = Maslach Burnout Inventory

media de puntuación (7.5 ± 5.1) se encuentra dentro de los valores bajos, pero uno de cada cinco médicos tiene puntuaciones que los ubican en un nivel alto. Llama la atención que solamente 4.1 % de los participantes, refieren sentimientos de no realización personal (reflejado por puntuaciones altas en el inventario). El hospital es una unidad de especialidades que recibe pacientes de alta complejidad y en donde la posibilidad de apoyo en otro nivel es limitada; más bien, el personal es apoyo de otras unidades. La responsabilidad y tensión que esto genera puede explicar que la tercera parte de los entrevistados refieran sentirse exhaustos emocionalmente con puntuaciones entre moderadas y altas por las demandas del trabajo, y cerca de 40 % llegan a tener sentimientos de desmotivación, frialdad y distanciamiento (despersonalización) en diferentes grados (cuadro II); sin embargo, el grado de complejidad de problemas médicos requiere de alto nivel de resolución, lo que podría explicar el sentimiento de satisfacción y realización personal cerca a 90 % que se registra.

No hay que perder de vista que la percepción o el sentimiento de estar “quemado” por el trabajo es algo dinámico, que puede cam-

biar conforme cambian las situaciones del medio, tanto personal, como familiar y laboral, como lo muestra un estudio en internos²⁴ donde al inicio del ciclo sólo cerca de 5 % se catalogaron como portadores de *burnout* y al término del ciclo cerca de la mitad lo refieren, igual que en otro estudio efectuado en estudiantes de medicina, donde se encuentra incremento progresivo de acuerdo al año cursado.³⁰ Lo anterior es importante, ya que un instrumento de este tipo puede ser útil para medir el estado emocional de los trabajadores en forma sistemática dentro de una institución, y proponer las acciones necesarias para disminuir el estrés y cansancio, dada la repercusión que tienen sobre los resultados del trabajo, como lo muestra un estudio en médicos residentes que reporta aumento de mortalidad de pacientes hasta 7 % asociado a cansancio y privación de sueño (guardias de fin de semana).³³ En este estudio no contamos con una medición al inicio de sus labores, por lo que no es posible determinar la proporción de médicos que se encontraban deprimidos o desgastados desde tiempo antes, incluso al cursar la carrera, como rasgo de su personalidad.

Dentro de las variables sociodemográficas analizadas, apreciamos que el síndrome de *bur-*

Cuadro III
Asociación de las variables en estudio con la presencia de *burnout* y sus componentes de acuerdo con MBI*

Variables	<i>Burnout</i>		OR (IC 95 %)	Cansancio emocional		OR (IC 95 %)	Despersonalización		OR (IC 95 %)
	Sí	No		Sí	No		Sí	No	
Depresión									
Sí	13	38	4.3 (1.7-10.8) <i>p</i> = 0.002	8	19	3.1 (1.2-8.3) <i>p</i> = 0.023	12	15	4.1 (2.1-12.7) <i>p</i> = 0.0007
No	25	69		14	104		16	102	
Pareja estable									
No	10	14	2.8 (1.3-6.1) <i>p</i> = 0.011	5	19	1.6 (0.6-4.7) <i>p</i> = 0.397	9	15	3.2 (1.3-8.3) <i>p</i> = 0.013
Sí	28	93		17	104		19	102	
Turno									
Nocturno	18	28	2.7 (1.1-7.0) <i>p</i> = 0.039	8	38	1.3 (0.5-3.2) <i>p</i> = 0.790	14	32	2.7 (1.2-6.1) <i>p</i> = 0.020
Diurno	20	79		14	85		14	85	
Hijos									
No	29	95	0.5 (0.3-1.1) <i>p</i> = 0.068	3	18	0.9 (0.3-3.2) <i>p</i> = 0.836	9	12	4.1 (1.6-11.0) <i>p</i> = 0.003
Sí	9	12		19	105		19	105	

MBI = Maslach Burnout Inventory

* Análisis multivariado de regresión logística

nout se presenta en gente joven y con muchos años de productividad por delante (edad media en este estudio 42 años). El consumo de alcohol se presenta en más de 60 % de la muestra,

similar a lo que se ha descrito en otros estudios,^{6,9,10} pero no mostró asociación con la presencia del síndrome de *burnout*. Solamente se demostró asociación del síndrome con trabajar

Cuadro IV
Puntuaciones con MBI, porcentaje de sujetos con puntuaciones altas en las tres dimensiones y de portadores de síndrome de *burnout*, según diversos estudios

Especialidad	Cansancio emocional Media ± DE	% Alto	Despersonalización Media ± DE	% Alto	Realización personal Media ± DE	% Alto	Total <i>burnout</i> %
Residente medicina familiar (2003) ²⁶ n = 350 (72 % respuesta)	19.3 ± 9.8		8.4 ± 5.4		38.9 ± 7.4		
Urgencias (1996) n = 1272	25.3 ± 9.6		20.7 ± 9.8		24.7 ± 9.2		
Unidad de cuidados intensivos (1996) n = 248	22.2 ± 9.5		7.2 ± 5.1		30.9 ± 6.4		
Ginecoobstetras (2002) ²³ n = 119 (91 % respuesta)	29.9		9.1		41.4		
Diversas (2006) Presente estudio n = 145 (89 % respuesta)	20.1 ± 7.5	15.2	7.5 ± 5.1	19.3	31.2 ± 6.8	87.6	26.2
Anestesiólogos (2003) ¹⁴ n = 422 (60 % respuesta)	17.9 ± 9.59	20	6.1 ± 4.8	20	36 ± 7.7	37	
ORL (2005) ¹¹ n = 107 (respuesta 89 %)	17.5 ± 11.8	26	4 ± 5.1	13	32.8 ± 9.3	31	3
Estudiantes medicina (2006) ³⁰ n = 545 (50 % respuesta)	21.8 ± 9.9	34.7	6.4 ± 4.9	25.8	36.1 ± 8.7	42	37
Internos (2006) ²⁴ n = 47 Inicio ciclo	16.11	8.5	6.87	12.8	5.94	100	4.3
Fin de ciclo	32.15	68	14.15	68	13.26	100	55.3
Cirujanos (2001) ¹⁶ n = 750 (44 % respuesta)		32		13		82	32
Unidad de quemados y unidad de cuidados intensivos (2006) ³¹ n = 52 (70 % respuesta)		24		24		35	
Anestesiólogos México (2005) ² n = 89 (97 % respuesta)							44
Ortopedistas (2005) ²⁹ n = 91 (22.7 % respuesta)			39.3		58.8		22.6
Médicos familiares México (2005) ²⁵ n = 163							42.3
Internistas (2005) ²⁸ n = 474 (56 % respuesta)							28

MBI = Maslach Burnout Inventory

ORL = Otorrinolaringólogos

en turno nocturno (OR 2.78), tener depresión (OR 4.31) o no tener una pareja estable (OR 2.72), a diferencia de otros estudios donde encuentran asociación con edad, puesto de trabajo, antigüedad en el puesto,²⁷ o enfermedades en los últimos seis meses.²⁵

Referente al turno, una posible explicación es la privación de sueño, que ha sido demostrada en otros estudios como fuente de tensión y depresión.²⁴ La depresión se encontró en un porcentaje elevado, ya que 18.6 % de los médicos la tenían al momento del estudio y 38.6 % habían tenido al menos un cuadro depresivo en los últimos dos años. Es difícil precisar si la presencia de depresión favorece el *burnout*, o si el estrés laboral y la dificultad para manejarlo conduce a la depresión (factor causal o efecto), ya que incluso se ha descrito que puede existir un factor genético que favorece que las personas con estrés crónico de más de cinco años sean más vulnerables a depresión, alcoholismo y desórdenes afectivos.^{34,35} Además, se ha reportado que muchos de los casos extremos que presentan *burnout* pueden cursar con sintomatología indistinguible a la depresión como ataques de pánico, angustia extrema y agorafobia, sintomatología que se encuentra íntimamente asociada con cardiopatía isquémica coronaria y alta mortalidad.³⁶ La elevada frecuencia de esta asociación pone de relieve la necesidad de efectuar un diagnóstico temprano y asignar un tratamiento adecuado.

De los sujetos estudiados 32.4 % tiene alguna patología coexistente, principalmente diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial sistémica, y aunque no se encontró asociación con *burnout* en este estudio se describe por otros autores,²⁵ y se conoce que estas patologías se asocian con depresión entre 30 y 50 % en personas adultas de 50 a 60 años.³⁷

Existen otras variables que pueden tener potencial relación causal con el desgaste profesional, como contar con otros trabajos, la solicitud de permisos para atender otros pacientes durante la jornada laboral, o la situación socioeconómica de los participantes; sin embargo, no se midieron en forma individual, ya que por la naturaleza del hospital, 95 % de los médicos tienen al menos otro trabajo y arriba de 90 % ofrecen consulta particular.

En conclusión, podemos afirmar que la prevalencia del síndrome de agotamiento profesional o *burnout* en nuestro medio (26.2 %) debe considerarse como elevada, ya que es un problema real, insidioso, cosmopolita, y uno de los tantos caminos para llegar a la depresión, potencialmente dañino para el paciente y por supuesto para el médico, toda vez que la edad de presentación es en etapas productivas de la vida. Es conveniente investigar la percepción individual de los factores que mayor estrés producen, tanto dentro como fuera del trabajo, sobre la utilidad y el impacto de las diferentes medidas terapéuticas y preventivas que se han propuesto como el establecimiento de las pausas para la salud, el reconocimiento a la labor realizada y otras acciones que se consideren adecuadas.

Referencias

1. Palmer Y, Gómez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Price-Vélez R, Searcy R. Factores de riesgo organizacional asociados al síndrome de burnout en médicos anestesiólogos. *Salud Mental* 2005;28(1): 82-91.
2. Méndez-Venegas D. Estrés laboral o síndrome de "burnout". *Acta Pediátrica de México* 2004; 25(5):299-302.
3. Freudenberg. The staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychiatr Theory Res Pract* 1975;12:72-83.
4. Maslach C, Jackson S. Measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981;2:99-113.
5. Maslach C, Jackson SE. Evaluating stress. Third edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1997. p. 191-216.
6. Claudia JD, Davis M, Deter TH, Ford DE, Hansbrough W. Confronting depression and suicide in physician: a consensus statement. *JAMA* 2003; 289(23):3161-3166.
7. McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctor's attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med* 2004;2:29-35.
8. Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *An Psicol* 1999;15(2):261-268.
9. Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit* 2002;16(6):305-315.

10. Boletín del Servicio y Departamento de Pediatría, Hospital San Borja Arriaran. Síndrome de burnout. *Rev Chil Pediatr* 2002;73(3):314-316.
11. Johns MN, Ossof RH. Burnout in academic chairs of otolaryngology, head and neck. *Surgery Laryngoscopy* 2005;115:2056-2061.
12. Rodríguez-Pimentel L, Silva-Romo R, Ruiz L, Beltrán-Parraga S, Solís F, Wilkins-Gámiz A, Than-Gómez T. Síndrome de desgaste laboral en el médico. *Med Int Mex* 2003;19(5):319-325.
13. Gabbard GO. The role of compulsiveness in the normal physician. *JAMA* 1985;254:2926-2929.
14. Kluger MT, Towned K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia* 2003;58:339-345.
15. Lederer W, Kinzl JF, Treafalt E, Troweger C, Menyer A. Significance of working condition on burnout in anaesthetists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006;50(1):58-63.
16. Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FF, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001;130(4):696-705.
17. Fields AJ, Cuerdan T, Brasseux CO, Getson PR, Thompson AE, Orlowski JP, Youngner SJ. Physician burnout in paediatric critical care medicine. *Crit Care Med* 1995;23(8):1425-1429.
18. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Publica Mex* 2002;44:33-40.
19. OMS 2000. The World health report. <http://www.who.int/whr>
20. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
21. Conde C, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med* 1975;12:217-236.
22. Ojeda C, Silva H, Cabrera J, Tchiminio C, de la Carrera C, Molina A. Validez interna y concurrente de una escala breve autoadministrada de siete ítems para la depresión en relación a los inventarios de Beck y Hamilton. Estudio preliminar. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2003;41(1):31-38.
23. Goble SG, Melvilla J, Mandel L, Walter E. Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: Diagnosis, treatment and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(4):601-612.
24. Rosen IM, Gimothy PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy and burnout among interns. *Acad Med* 2006;81:82-85.
25. Aranda-Beltrán C, Pando-Moreno M, Salazar-Estrada SG, Torres-López TM, Adrete-Rodríguez MG, Pérez-Reyes MB. Síndrome de burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, México. *Rev Cub Salud Publica* 2005;31(2):1-9.
26. Michael PJ, Probst JC, Gadeniek MT, Polesh Y. Anxiety and anger among family practice residents. A South Carolina family practice research consortium study. *Acad Med* 2003;78:69-79.
27. Cabrera-Gutiérrez LS, López-Rojas P, Salinas-Tovar S, Ochoa-Tirado JG, Marín-Cotoñieto IA, Haro-García L. Burnout syndrome among Mexican hospital nursery staff. *Rev Med IMSS* 2005;43(1):11-15.
28. Bruce SM, Canaglen HM, Canaglen JV. Burnout in physicians: a case for peer-support. *Int Med J* 2005;35(5):272-278.
29. Delgado-Martínez AD, Sánchez-Madril MA, Alcalde-Pérez D. Prevalence of the burnout syndrome in Spanish orthopaedic surgeons. *J Bone Joint Surg (BR)* 2005;87:B suppl 1.
30. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, Lowson KL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Acad Med* 2006;81:374-384.
31. Murgi A, Gomez M, Knightan J, Fish JS. Emotional implications of working in a burn unit. *J Burn Care Res* 2006;27(1):8-15.
32. Rafferty JP, Lenkov JP, Pardy RR, Rudisil JR. Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians. *J Clin Psychol* 1986;42:488-492.
33. Gaba D, Steven KH. Patient Safety: Fatigue among clinicians and the safety of patients. *NEJM* 2002;347:1249-1254;1272-1273.
34. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Graig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-389.
35. John IN. Evidence for a locus on chromosome 1 that influences vulnerability to alcoholism and affective disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158(5):718-724.
36. Bush DE, Ziegelestein RC, Tayback M, et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2001;88(4):337-341.
37. Raj A. Depression in the elderly. *Posgrad Med* 2004;115(6):26-42. 