



Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes

Elizabeth Pérez Cruz*

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores de riesgo relacionados con la depresión y evaluar la influencia del síndrome de burnout en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México.

Pacientes y método: estudio observacional y analítico, en el cual se aplicó un cuestionario conformado por tres secciones: 1) reactivos de factores sociodemográficos y aspectos del entorno laboral, 2) escala autoaplicable de Zung para la depresión y 3) Maslach Burnout Inventory.

Resultados: la frecuencia de depresión en la población general fue del 16.3%; para los médicos residentes clínicos fue del 16% y para los quirúrgicos del 16.7%. El síndrome de burnout se determinó en 35% de los médicos y predominó en el grupo clínico. El área más afectada fue la de despersonalización (25%), seguida del cansancio emocional (16.2%). El estudio mostró, como factores de riesgo para la depresión aunado al síndrome de burnout, algunas enfermedades ($p < 0.05$).

Conclusiones: la depresión es un trastorno cada vez más frecuente en la población médica y tiene repercusiones en la salud y en el desempeño laboral. Este trastorno en ocasiones no se identifica; por lo tanto, es necesario realizar estudios longitudinales que permitan llevar a cabo estrategias de prevención en los programas de residencias médicas.

Palabras clave: depresión, síndrome de burnout, médicos residentes.

ABSTRACT

Objective: To identify the risk factors associated to depression and to evaluate the influence of burnout syndrome on medical residents working at a third level hospital in Mexico City

Methods: The study was observational and analytic. The information was recollected using a questionnaire made by three parts: The first one searched about laboral conditions and social facts of individuals, the second one used the Zung Scale for depression and the third one included Maslach Burnout Inventory.

Results: The incidence of depression had an overall incidence of 16.3%; the incidence of depression for clinical residents was 16% and 16.7% for surgical residents. The burnout syndrome was determined in 35% of the total population with a major incidence in the clinical group. The most affected area was the lack of personality in 25%, followed by emotional stress in 16.2%.

Conclusion: Depression has been recognized as a frequent disease in the medical population with a significant rise in recent years. This condition is related with health and work consequences in the medical field. However, depression is not well recognized and treated on time. This work shows the necessity of making long term studies to create better strategies around prevention of depression in medical resident years.

Key words: depression, burnout, medical residents.

La depresión es uno de los trastornos afectivos más frecuentes, y tiene repercusiones significativas en los ámbitos biológico, psicológico y social; por lo tanto, su prevalencia en la población en general es del 3 al 5%.^{1,2}

Aunque en la depresión está implicada una mezcla compleja de factores genéticos, biológicos y psicológicos, las condiciones del entorno pueden hacer que un individuo sea más susceptible. En personas que se encuentran en situaciones de estrés constante y exceso de trabajo, como es el caso de los médicos adscritos que laboran en un hospital, la prevalencia es del 12.8% y se incrementa en los médicos residentes (47.5%).^{3,4}

Se reconoce que los médicos residentes tienen alto riesgo de manifestar el síndrome de burnout o de cansancio, que se distingue por despersonalización, cansancio emocional y decremento de la efectividad

* Servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México.

Correspondencia: Dra. Elizabeth Pérez Cruz. Avenida Instituto Politécnico Nacional 5160, colonia Magdalena de las Salinas, CP 07760, México, DF. E-mail: pece_liz@yahoo.com.mx
Recibido: noviembre, 2005. Aceptado: marzo, 2006.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

de su trabajo.⁵ El síndrome de burnout se vincula con depresión y afecta la estructura personal y familiar, lo cual se refleja en la calidad y desempeño laboral.⁶

Si los trastornos depresivos no se tratan adecuadamente se tenderá a la cronicidad y al incremento de la mortalidad debida al suicidio, con riesgo seis veces mayor al que se observa en la población general.⁷

Al tomar en consideración que ser médico residente es un fenómeno social difícil de comprender, ya que están implicados aspectos económicos, jurídicos, políticos, culturales e ideológicos, en los cuales las obligaciones y responsabilidades varían de acuerdo con el año académico que se cursa, es indispensable estudiar las condiciones de trabajo del médico de posgrado en formación y sus repercusiones en la salud física y mental. Sin embargo, son escasos los estudios que abordan esta problemática; por lo tanto, el propósito de este trabajo es identificar los factores de riesgo relacionados con depresión y evaluar la influencia del síndrome de burnout en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México.

PACIENTES Y MÉTODO

Diseño del estudio

Estudio exploratorio, observacional y analítico de médicos residentes, que se realizó en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México, con el propósito de determinar la frecuencia y factores de riesgo relacionados con la depresión. Los médicos de especialidades clínicas se compararon con los de las especialidades quirúrgicas y la muestra se calculó con base en los estudios previos, con valor crítico de α al 95%.

Pacientes

El grupo de estudio se conformó con 80 médicos residentes de especialidades clínicas ($n = 50$) y quirúrgicas ($n = 30$), de todos los años académicos; 27 eran mujeres y 53 hombres. Los criterios de inclusión fueron: médicos residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas de todos los años académicos. Se excluyeron los que se negaron a participar. La aprobación del protocolo la realizó el Comité de Investigación y Ética del Hospital.

Método y técnica

Se elaboró un cuestionario con 55 reactivos y se dividió en tres partes. La primera se conformó por 13 reactivos de información sociodemográfica y factores de riesgo, como: edad, sexo, estado civil, si tenían hijos o estaban embarazadas, tipo de especialidad, año académico, condiciones generales de salud, si consumían medicamentos, bebidas alcohólicas y otras sustancias, y si contaban con los recursos económicos necesarios para su manutención.

La segunda parte correspondió a una escala autoaplicada de depresión de Zung, la cual es un instrumento conformado por 20 frases formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en negativos. El paciente cuantificó la intensidad y la frecuencia de los síntomas con una escala de Likert de 4 puntos, que va desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). La escala de Likert de cada frase otorga puntos del 1 al 4 para el sentido negativo o del 4 al 1 para el positivo; el rango de puntuación es de 20 a 80 puntos. El resultado es la suma de estas puntuaciones y con la puntuación normalizada se realizaron los siguientes puntos de corte: a) < 40 puntos, sin depresión, b) 41 a 47 puntos, depresión leve c) 48 a 55 puntos, depresión moderada y c) > 55 puntos, depresión grave.

La última parte del cuestionario comprendió 22 reactivos que conforman el Maslach Burnout Inventory para identificar el síndrome de burnout. Estos reactivos son en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Este instrumento evalúa tres áreas: cansancio emocional, despersonalización y realización profesional. Los grados de intensidad son: 0 = nunca, 1 = pocas veces al año o menos, 2 = una vez al mes o menos, 3 = pocas veces al mes o menos, 4 = una vez a la semana, 5 = pocas veces a la semana y 6 = todos los días. Los puntos de corte que indican síndrome de burnout son: ≥ 27 para cansancio emocional, ≥ 10 para despersonalización y para la realización profesional funciona en sentido opuesto ≤ 33 .

La recolección de información se realizó en una sola sesión y el cuestionario se entregó a cada médico, los cuales lo respondieron de manera anónima.

Análisis estadístico

Para los datos sociodemográficos se determinaron frecuencias y porcentajes. Se aplicó la prueba de la t de Student para demostrar homogeneidad de la edad. Para el resto de las variables cuantitativas se realizaron frecuencias y análisis de riesgo con IC al 95% y se tomó como significativa una $p < 0.05$.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 12.

RESULTADOS

Se entregaron 86 cuestionarios; dos no se devolvieron y cuatro se excluyeron porque los datos estaban incompletos. La muestra se conformó con 80 médicos residentes, 50 en el grupo clínico y 30 en el quirúrgico, con edad promedio de 27.2 ± 1.9 años y 28.03 ± 1.7 años, respectivamente. El resto de las variables sociodemográficas se observan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Características demográficas

Variable	Clínicos (%)	Quirúrgicos (%)
Edad	27.20 ± 1.917	28.03 ± 1.712
Sexo		
Femenino	22 (44%)	5 (16.7%)
Masculino	28 (56%)	25 (83.3%)
Estado civil		
Soltero	38 (76%)	28 (93%)
No soltero	12 (24%)	2 (7%)
Año residencia		
R1 - R2	21 (42%)	18 (60%)
R3 - R6	29 (58%)	12 (40%)

La frecuencia general de depresión se determinó en 16.3% ($n = 13$), en los clínicos fue de 16% ($n = 8$) y en el de los quirúrgicos de 16.7% ($n = 5$). Con base en la puntuación normalizada, 10% tuvo depresión leve y 6% depresión moderada.

El 35% ($n = 28$) de la población estudiada padeció síndrome de burnout; en el grupo de los clínicos fue del 44% ($n = 22$) y en el de los quirúrgicos del 20% ($n = 6$). Se observó que el área más afectada, en la mayor parte de las variables, fue despersonalización en 25%, seguida por cansancio emocional en 16.2% y finalmente la realización profesional en 7.5%. Los resultados de estas subescalas del Maslach Burnout Inventory en los diferentes grupos se observan en el cuadro 2.

Cuadro 2. Frecuencia del síndrome de burnout por subescalas

Área	Clínicos (%)	Quirúrgicos (%)
Cansancio emocional	11/50 (22)	2/30 (7)
Despersonalización	15/50 (30)	5/30 (17)
Realización profesional	4/50 (8)	2/30 (7)
Normal	20/50 (40)	21/30 (69)

El 100% de la población estudiada con depresión tuvo también criterios al menos para alguna de las tres áreas que evalúa el Maslach Burnout Inventory. Esto no sucedió en los que se determinó síndrome de burnout, ya que sólo 46% tuvo criterios para depresión (figura 1).

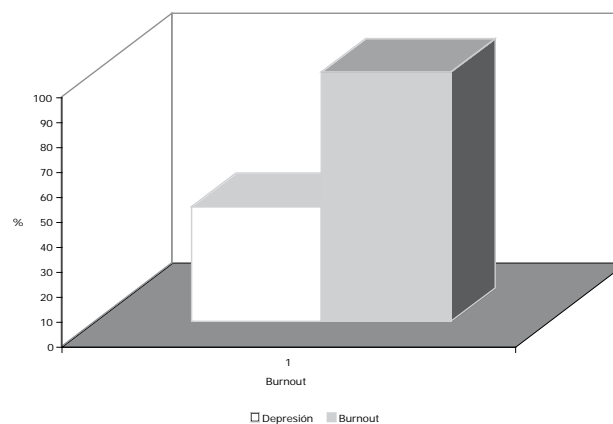


Figura 1. En la figura de la izquierda se muestra que 100% de los médicos deprimidos tienen síndrome de burnout. En la gráfica de la derecha se muestra que sólo 46% con síndrome de Burnout tenían depresión.

Tuvo depresión 15.8% ($n = 12$) de los médicos con 30 años o menos y 25% de los mayores de 30 años ($n = 1$); no se encontró diferencia estadísticamente significativa. Sin embargo, en relación con el síndrome de burnout, 60% de los afectados tiene 30 años o menos, con valor de $p < 0.05$.

En cuanto al sexo, se establecieron criterios de depresión en 22.2% de las mujeres y 13% de los hombres. Para el síndrome de burnout, de las tres áreas que evalúa el Maslach Burnout Inventory, se observó predominio en el sexo femenino en relación con el cansancio emocional, y hubo diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$).

En el cuestionario se evaluó el número de horas que los médicos duermen al día, y se observaron criterios

para depresión en 17% en los que duermen menos de 6 horas al día y 14.8% en quienes lo hacen por más de 6 horas al día.

En la evaluación de los recursos económicos recibidos por concepto de beca para la manutención de los médicos residentes, 63.7% consideró que son insuficientes y 13.7% reunió criterios para depresión. Del 34.3% restante, que consideró suficientes estos recursos, 20.6% tenía depresión.

El 11.3% de los médicos refirió tener algún tipo de enfermedad y tomar medicamentos. Entre los padecimientos más frecuentes estaban la enfermedad ácido péptica y el colon irritable. De este porcentaje, 44.4% reunió criterios para depresión, con $p < 0.05$. Para el síndrome de burnout también se encontró relación con el área de cansancio emocional, con valor de $p < 0.05$.

La distribución de consumidores de alcohol, con frecuencia de al menos una vez cada quince días, se reflejó predominantemente en el grupo quirúrgico (57.5%); el de clínicos tuvo 42.5%. Sin embargo, no se encontró relación con depresión o síndrome de burnout. Sólo 2% consumía drogas no médicas.

Para el tipo y año de especialidad no se reportó relación con la depresión o el síndrome de burnout, al igual que el estado civil o el embarazo durante la residencia (cuadro 3).

Cuadro 3. Factores de riesgo de depresión

Factor de riesgo	RM	IC _{95%}	Valor de p
CE	14.4	2.306-90.491	0.006*
DP	2.167	0.617-7.611	0.293
RP	7.347	1.919-28.123	0.005*
Sexo	0.533	0.159-1.780	0.345
Edad	1.778	0.170-18.560	0.515
Estado civil	0.495	0.100-2.453	0.500
Tipo especialidad	1.050	0.309-3.564	1.000
Horas de sueño < 6	1.176	0.327-4.235	1.000
Insuficiencia económica	0.610	0.183-2.028	0.531
Enfermedad	5.511	1.243-24.432	0.034*
Adicciones	0.784	0.238-2.579	0.688

CE: cansancio emocional, DP: despersonalización, RP: realización profesional

* $p < 0.05$

DISCUSIÓN

La depresión en los médicos es un problema alarmante; sin embargo, casi nunca se proporciona la atención e importancia debidas. La prevalencia de depresión en médicos residentes en Estados Unidos es del 35%; en

algunos estudios realizados en México fue del 47.5%. En este trabajo la frecuencia fue del 16.3%, menor a lo reportado en la bibliografía médica. Blazer y sus colaboradores,⁸ en un estudio realizado en Estados Unidos, refirieron mayor prevalencia en mujeres y en edades de 45 a 54 años. Para fines prácticos, la población de este estudio se dividió en dos grupos: a) con edad igual o menor a 30 años y b) mayores de 30 años. Se observó frecuencia del 15.8% en el primer grupo y del 25% en el segundo; sin embargo, una de las limitantes importantes del estudio es que gran porcentaje de los médicos residentes está en el primer grupo y sólo 5% es mayor de 30 años. Aunque se describió que predomina el sexo femenino, que se explica por múltiples factores hormonales aunado a embarazos durante la residencia,⁹ no se encontró para la depresión diferencia entre sexos; sin embargo, al realizar el análisis con el síndrome de burnout se muestra mayor afectación en mujeres en el área de cansancio emocional.

En una revisión de estudios de estrés en la residencia, y descripción de intervenciones de programas y salud mental, se indicó que la privación de sueño y la fatiga tienen incidencia significativa; sin embargo, estos factores son sólo parte de una situación compleja mayor, influida por la demanda de tiempo, soporte social y solvencia económica. Para el análisis de estas variables se determinó el número de horas que los médicos residentes duermen en promedio al día, y se consideró como riesgo dormir menos de seis horas. Se mostró que la frecuencia de depresión es similar en ambos grupos. También, se indagó acerca de la perspectiva que el médico tiene de la suficiencia de recursos económicos obtenidos por la beca en relación con su manutención. Aunque había alta frecuencia de médicos que consideraron insuficientes los recursos, no se observó incremento de depresión en este grupo.

Otro de los factores importantes de riesgo mayor a considerar para depresión es el síndrome de burnout. En la bibliografía médica se refiere que de las personas con alto nivel de estrés, cerca de la mitad tienen signos de depresión. El análisis de este estudio mostró que de los individuos con depresión, todos tenían criterios para burnout, y las áreas de despersonalización y cansancio emocional fueron las más afectadas. Estos mismos hallazgos se observaron en otros estudios

realizados en personal médico y de enfermería. Biaggi y sus colaboradores estudiaron la relación entre el cansancio emocional y la despersonalización, y observaron mayor afectación de estas áreas en los médicos que se enfrentan a situaciones abrumadoras, como el sentimiento de angustia del enfermo o de sus familiares. Esto sucede con mayor frecuencia en servicios donde el número de admisiones o fallecimientos es mayor, lo cual desencadena déficit de importancia y satisfacción laboral.¹⁰ Aunque el síndrome de burnout se describe habitualmente en servicios de urgencias y áreas quirúrgicas, en este estudio se observa una frecuencia similar en áreas clínicas y quirúrgicas. Como el sistema de residencias en México implica realizar actividades educativas y asistenciales que varían de acuerdo con el año académico, se observa una tendencia a padecer síndrome de burnout durante los primeros años de carrera profesional y tiene una relación menor al finalizar el adiestramiento; sin embargo, en el estudio no existió diferencia significativa entre los años de residencia. Consumir algún tipo de droga, o ciertos patrones de consumo de alcohol, se ha relacionado con estrés y depresión. En esta población se encontró relación estadísticamente significativa para depresión y síndrome de burnout en los que padecen algún tipo de enfermedad e ingieren medicamentos, pero no para el consumo de alcohol o alguna droga no médica.

En este estudio se determinaron algunos factores de riesgo para la depresión. En primer lugar se encuentra el síndrome de burnout; sin embargo, si se hace un análisis retrospectivo se puede observar que si bien el total de la población con depresión tiene burnout, sólo la mitad de los que tienen este síndrome cumplen con criterios para depresión. Es posible que el cansancio emocional y el pobre rendimiento sea lo que desencadene la depresión; por lo tanto, se tiene un alto porcentaje de población en riesgo. Ambos problemas afectan la salud física y mental de los médicos, y se refleja en el incremento de tasas de accidentes relacionados con ingestión de

alcohol, enfermedades cardiovasculares y, de forma más preocupante, en las tasas de suicidio.

En la actualidad se desarrollan investigaciones de tamizaje en las diferentes áreas médicas; sin embargo, al igual que nuestro estudio son de tipo exploratorio y, por lo tanto, no concluyentes. Es indispensable realizar estudios longitudinales en muestras representativas para corroborar nuestros hallazgos, con el propósito de identificar factores de riesgo relacionados directamente con el sistema de especialidades y mejorar la calidad de atención de los pacientes. También, que los resultados puedan ser aplicados a la educación médica para redefinir y desarrollar estrategias que en un futuro contribuyan a crear las condiciones propicias en respuesta a las demandas de mejor capacitación en salud.

REFERENCIAS

1. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med* 1995;4:543-5.
2. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, et al. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:55-61.
3. Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians: A consensus statement. *JAMA* 2003;289:3161-6.
4. Collier VU, McCue JD, Markus A, Smith L. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? *Ann Intern Med* 2002;136:384-90.
5. Thomas NK. Resident Burnout. *JAMA* 2004;292:2880-9.
6. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136:358-67.
7. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry* 1996;168:274-9.
8. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the national comorbidity survey. *Am J Psychiatry* 1994;151:979-86.
9. Sayres M, Wyshak G, Derterlein G, et al. Pregnancy during residency. *N Engl J Med* 1986;314:418-23.
10. Biaggi P, Peter S, Ulich E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents-what can be done? *Swiss Med Wkly* 2003;133:339-46.