

Bullying y depresión en anestesiología

Dra. Olga Gabriela Torres-Gómez,* Dr. Jorge Arturo Nava-López**

* Residente Anestesiología. Hospital General de México.

** Anestesiólogo. Residente de Medicina Crítica. Fundación Clínica Médica Sur.

Bullying proviene del vocablo inglés «Bull» que significa toro, animal que tiene la característica de ser hostil con todo aquello que considera distinto y que se ha retomado como sinónimo de acoso. El primero en emplear el término bullying fue Dan Olweus, en la década de los 70, al realizar un programa antiacoso en las escuelas de Noruega.

En la actualidad, la palabra se ha retomado debido al incremento de persecución, acoso y agresiones en diferentes niveles educativos, incluyendo a las residencias médicas. Las personas que lo experimentan tienen experiencias aterradoras que repercuten negativamente en su desempeño físico, escolar, personal, laboral, familiar y sentimental, condicionando conductas erróneas. A pesar de que existe una gran variedad de definiciones, el bullying es una agresión que se compone de tres características: 1) la intención es lastimar, 2) el comportamiento se repite en varias ocasiones y 3) existe desbalance del poder⁽¹⁾.

El bullying está presente en cualquier lugar, no es exclusivo de algún sector de la sociedad o sexo, sin embargo, el agresor es frecuentemente del sexo masculino, mientras que la víctima puede ser indistinta.

Existen varios conceptos que son necesarios definir en el entorno del bullying. Se conoce como testigos o «bystanders» directos a las personas que presencian el hecho, y los indirectos son todos aquellos que conocen del problema y no hacen nada al respecto (directivos, coordinadores, maestros, jefes, etcétera). En un principio, se consideraba que la víctima y el victimario eran los únicos participantes del círculo vicioso. Sin embargo, hoy se entiende que además son partícipes de la dinámica los espectadores^(2,3).

Se les conoce como «bullies» a los agresores y a menudo son físicamente más fuertes que sus pares, dominantes, impulsivos, no siguen reglas, tienen baja tolerancia a la frustración, son desafiantes ante la autoridad, entre otras muchas

características⁽²⁾. Sin embargo, en el ámbito de la residencia médica, esta descripción no es del todo aplicable, ya que los bullies médicos no siempre presentan este perfil y ejercen el acoso valiéndose principalmente del rango académico y del nivel de conocimientos.

El bullying es directo cuando existe contacto físico o verbal, o indirecto mediante la exclusión social o al hacer que sea otro el que intimide a la víctima, práctica frecuente en las diversas residencias médicas. Otra forma novedosa de bullying es el cyberbullying, término que se refiere al acoso que se realiza bajo anonimato por internet, usando blogs, correo electrónico, chat y teléfonos celulares, enviando mensajes intimidatorios o insultantes⁽²⁾.

Las víctimas tienen, por lo regular, un perfil de inseguridad, son sensibles, poco asertivas, físicamente más débiles, con pocas habilidades sociales y pocos amigos, pero por lo regular son buenos alumnos o personas destacadas en su medio⁽²⁾.

Silver⁽⁴⁾ fue de los primeros autores en denunciar el abuso o acoso en medicina. Estudios subsecuentes mencionan hay cinco clases diferentes de abuso en medicina: 1) abuso verbal, 2) abuso físico, 3) abuso académico, 4) acoso sexual y 5) discriminación de género⁽⁵⁾.

Es bien conocido que las experiencias de abuso y de acoso durante la residencia médica tienen un impacto negativo en el estado emocional de los residentes, disminuyendo la satisfacción de realizar una residencia y afectando la atención que se les brinda a los pacientes⁽⁵⁾.

El estrés en estudiantes y residentes de medicina es resultado de múltiples factores: incapacidad para retener información y conceptos clave, falta de habilidad para brindar una adecuada atención a los pacientes, limitaciones financieras, dificultad para mantener una vida personal y social satisfactoria, problemas de salud, bullying, entre otros. Estos factores parecen no sólo afectar sus sentimientos o comportamiento, sino además

tienen una influencia en su vida futura y en carreras médicas, incluyendo la relación con sus pares, familiares y pacientes⁽⁶⁾.

Aunque el bullying en medicina no es nuevo, existen pocos reportes en la literatura médica sobre este problema. Uno de los trabajos más recientes es el del Dr. Nagata⁽⁵⁾, el cual realizó un estudio en 37 hospitales con un total de 619 residentes. Respondieron la encuesta completa un total de 355 residentes, de los cuales 84% mencionaron ser maltratados, siendo la forma verbal la más frecuente. Entre las mujeres, el acoso sexual fue referido en el 58.3% de los casos. El abuso se reportó con mayor frecuencia en las rotaciones quirúrgicas con 27.6%, seguidos de medicina interna con 21.4%, medicina de urgencias con un 11.5% y anestesiología con un 11.3%. La respuesta emocional más frecuente al acoso o abuso fue la ira en el 41.4%, sin embargo, ninguno de los casos fueron reportados.

En conclusión, el bullying es un problema que puede aparecer en diversos entornos o gremios sociales, tal es el caso de la medicina. Es necesario realizar estudios serios que evalúen la magnitud del problema, así como su impacto en la salud de los médicos y de los pacientes, con la finalidad de implementar medidas que permitan un desarrollo académico adecuado y libre de estrés, sin afectar la disciplina y el cumplimiento de objetivos académicos, asistenciales y de investigación.

DEPRESIÓN

La depresión es una entidad caracterizada por una gran variedad de síntomas que reflejan alteraciones de procesos cognitivos, psicomotores y emocionales. Probablemente se trata de un grupo heterogéneo de trastornos cerebrales, en los que intervienen diversos factores etiológicos. Los sujetos con depresión pueden tener una gran variabilidad en sus síntomas, evolución y respuesta a tratamientos⁽⁷⁾.

Los estudios de epidemiología genética sugieren que los trastornos depresivos tienen un fuerte componente genético que sería complejo y de tipo poligénico. Múltiples genes, cada uno con un efecto discreto, en interacción con otros genes y con factores ambientales producirían una vulnerabilidad para la depresión⁽⁸⁾.

Los estudios epidemiológicos de la depresión mayor unipolar indican una prevalencia de 2 a 19% en la población general y un riesgo de 5 a 25% para los familiares de primer grado. Estudios efectuados en gemelos indican que la depresión mayor tiene un significativo componente heredable. Un metaanálisis de varios estudios, efectuado por Kendler, estimó el grado de heredabilidad de la depresión mayor en 0.33. Los familiares de primer grado de los sujetos depresivos tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar una depresión, en comparación con la población general⁽⁹⁾.

La edad precoz de comienzo y la existencia de episodios múltiples de depresión parecen asociarse a una mayor agre-

ción familiar, y a menudo, diferentes trastornos afectivos están presentes en las mismas familias. Los familiares de pacientes con trastorno bipolar tienen también un riesgo aumentado para la depresión unipolar y los trastornos afectivos unipolar y bipolar tienden a coexistir en muchas familias⁽¹⁰⁾.

La heredabilidad de la depresión unipolar se estima entre 40 y 70%. Los factores genéticos asociados con la depresión son compartidos en gran medida por el trastorno de ansiedad generalizada, aunque los determinantes ambientales parecen ser distintos. Este hallazgo es consistente con modelos etio-patogénicos de reciente desarrollo, los que consideran que la depresión y la ansiedad comparten vulnerabilidades comunes. Aunque se sabe que los sucesos vitales constituyen un factor ambiental que puede facilitar la aparición de una depresión, la propia exposición a factores sociales adversos puede estar influida genéticamente. Es probable que la predisposición a sufrir eventos vitales esté influida⁽¹¹⁾.

Por el ambiente familiar compartido y a su vez la exposición familiar a algunos sucesos adversos, puede estar asociada con factores genéticos.

Mientras la investigación genética se ha enfocado en los trastornos depresivos o en los rasgos asociados con éstos, pocos estudios se han enfocado en las relaciones entre factores genéticos y ambientales. Un aspecto que es necesario dilucidar es si los rasgos que predisponen patogénicamente a la enfermedad en realidad no forman parte de ella. El concepto de que determinados rasgos influyen en la predisposición a enfermar se encuentra en la base de la hipótesis de que sujetos genéticamente predispuestos, y sometidos a estrés en etapas claves del neurodesarrollo, expresen un fenotipo vulnerable al estrés y con un bajo umbral para deprimirse frente a estrés adicional⁽¹²⁾.

NEUROTRANSMISIÓN Y GENES ASOCIADOS A DEPRESIÓN

Una vía por la cual las alteraciones genéticas podrían predisponer a la depresión es la neurotransmisión. Una alteración proteica, inducida por genes, podría disminuir o aumentar la liberación, la magnitud o la duración de la acción de un neurotransmisor. Los principales candidatos son los sistemas de neurotransmisión sobre los cuales actúan los antidepresivos, es decir, los sistemas serotoninérgico y noradrenérgico⁽⁷⁾.

Muchos de los estudios publicados sobre asociación genética en trastornos del ánimo se han enfocado en polimorfismos funcionales de genes del sistema serotoninérgico. Se entiende como polimorfismos funcionales a las variaciones en la secuencia del DNA que alteran la expresión y/o el funcionamiento del producto del gene. Los genes más estudiados son los de la triptófano hidroxilasa (enzima limitante de la síntesis de serotonina a partir del triptófano), de algunos receptores de serotonina como el 5HT2A y del transportador

de serotonina (SERT). La mayoría de los estudios recientes se refieren a este último, por lo que nos centraremos en él⁽¹²⁾.

TRANSPORTADOR DE SEROTONINA

La serotonina es producida por neuronas de los núcleos del rafe del tronco cerebral, las que envían proyecciones axonales a la corteza cerebral, a la amígdala y a otras regiones cerebrales. La modulación de la neurotransmisión serotoninérgica parece estar involucrada tanto en la fisiopatología como en el tratamiento de la depresión. La serotonina es liberada en el espacio sináptico, actúa sobre una variedad de receptores y luego es recaptada para ser nuevamente reutilizada. La recaptura de serotonina es efectuada por el transportador (SERT), estructura ubicada en la membrana presináptica⁽⁷⁾.

El transportador de serotonina es el sitio de unión de los antidepresivos ISRS (inhibidores de la recaptura de serotonina) y de otros antidepresivos serotoninérgicos. El bloqueo de la recaptura de serotonina se traduce en una mayor permanencia del neurotransmisor en el espacio sináptico y en una mayor acción sobre los receptores⁽¹²⁾.

El gene que codifica para el transportador de serotonina es el SLC6A4; está localizado en el cromosoma 17q11.1-12, tiene un

largo de 31 kilobases, está compuesto de 14 exones y la proteína que produce contiene 630 aminoácidos. Este gene tiene dos polimorfismos primarios, estudiados por diversos investigadores. Uno es un polimorfismo aparentemente no funcional, de 17 pares de bases y un número variable de repeticiones (VNTR), ubicado en el intrón 2. El otro polimorfismo se ubica en la región promotora (5-HTTLPR) y tiene dos alelos que son los más comunes: uno largo de 16 repeticiones («L») y otro corto de 14 repeticiones («S»). Estos polimorfismos son funcionales. El alelo corto se asocia a una menor actividad transcripcional y a una menor actividad biológica del transportador⁽⁷⁾.

La epidemiología de la presencia de depresión en el ámbito laboral, escolar y de residencias médicas no se constata con claridad.

Sin embargo, múltiples estudios han llegado a la conclusión que la sobrecarga de trabajo, las pocas horas de descanso y la exposición de halogenados predisponen al aumento en la incidencia de depresión en el personal de salud, sobre todo en las especialidades con mayor carga de estrés⁽¹²⁾.

El maltrato físico y moral durante la residencia, la fatiga crónica, los factores ambientales y la predisposición genética juegan un papel fundamental en este trastorno, por consiguiente, en los errores médicos y en una mala praxis⁽¹³⁾.

REFERENCIAS

1. Liu J, Graves N. Childhood bullying: A review of constructs, concepts, and nursing implications. *Public Health Nurs* 2011;28:556-68.
2. Twemlow SW, Fonagy P, Sacco F. The role of bystander in the social architecture of bullying and violence in school and communities. *Annals New York Academy of Sciences* 2004;1036:215-32.
3. Trautmann MA. Maltrato entre pares o "bullying": Una visión actual [en línea]. *Rev Chil Pediatr* 2008;79:13-20. [Citado 30 de Marzo de 2012]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000100002&lng=es
4. Silver HK. Medical students and medical school. *JAMA* 1982;247:309-310.
5. Nagata-Kobayashi S, Maeno T, Yoshizu M, Shimbo T. Universal problems during residency: abuse and harassment. *Medical Education* 2009;43:628-36.
6. Rosenberg DA, Silver HK. Medical student abuse: an unnecessary and preventable cause of stress. *JAMA* 1984;251:739-742.
7. Lesch KP. Gene-environment interaction and the genetics of depression. *J Psychiatry Neurosci* 2004;29:174-84.
8. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA* 2009;302:1294-1300.
9. Sen S, Kranzler HR, Krystal JH, Speller H, Chan G, Gelemtier J, et al. A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship depression during medical internship. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:557-565.
10. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, et al. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Acad Med* 2009;84:236-241.
11. Paredes O, Sanabria FPA, González QLA, Moreno SP. "Bullying" en las facultades de medicina colombianas: mito o realidad [en línea]. *Revista Med* 2010;18:161-72. [Citado 30 de marzo de 2012]. Disponible en: [http://www.umng.edu.co/www/resources/Articulo%202%20\(18-2\).pdf](http://www.umng.edu.co/www/resources/Articulo%202%20(18-2).pdf)
12. Silva IH, Jerez CS, Iturra CP, Solari IA. Serotonin transporter gene polymorphisms (SERT) and depression. *Trastor Animo* 2006;2:6-12.
13. Bellini L, Baime M, Shea J. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA* 2002;287:3143-146.