

Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima.

Coexistence of Burnout syndrome and depressive symptoms in medical residents. Cross-sectional descriptive study at a general hospital in Lima, Peru.

Alejandro Mariños, Miluska Otero, Jorge Tomateo¹, Germán Málaga²

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de coexistencia de síndrome de Burnout (SBO) y síntomas depresivos en médicos residentes en un hospital general. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal realizado en médicos residentes de todas las especialidades del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) durante febrero del 2011, utilizando la versión en español del inventario de Maslach para SBO (MBI) y de la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D 20). **Resultados:** Se analizó la información de 84 médicos residentes, 60 de los cuales fueron varones. La edad promedio de los participantes fue de $31 \pm 4,4$ años. La frecuencia de SBO fue 54,9% y de sintomatología depresiva 38,6%. El 32,9% presentó síntomas depresivos y SBO. No se encontró asociación entre el número de horas trabajadas a la semana con la presencia de síntomas depresivos o SBO. **Conclusiones:** La coexistencia entre SBO y síntomas depresivos fue 32,9% y debe tenerse en cuenta para desarrollar investigaciones e intervenciones en esta población médica para reducir su presentación y las derivadas complicaciones. (*Rev Med Hered* 2011;22:162-168).

PALABRAS CLAVE: Burnout, depresión, médicos residentes.

SUMMARY

Objective: To determinate the frequency between Burnout Syndrome (SBO) and depressive symptoms among residents at a general hospital. **Material and methods:** Cross-sectional descriptive study in residents from Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) during February 2011. SBO presence was measured with the Spanish version of Maslach Burnout Inventory (MBI) and depressive symptoms with the Spanish version of Center for Epidemiological Studies (CESD-D20). **Results:** We included 84 residents, 60 of them were males and the mean age was 31 ± 4.4 years. Burnout syndrome was reported in 54.9% of residents and depressive symptoms in 38.6% of them. 32.9% of our population presented both Burnout syndrome and depressive symptoms. No statistically association was found between the presence of SBO or depressive symptoms and the number of hours worked per week. **Conclusions:** The coexistence of Burnout Syndrome and depressive symptoms is clinically important (32.9%) and must be

¹ Médico Psiquiatra del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Médico Internista. Servicio de Medicina Interna, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Profesor Asociado. Facultad de Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

considered for research and interventions to be planned to avoid future complications. (*Rev Med Hered* 2011;22:162-168).

KEYWORDS: Burnout, depressive symptoms, residents

INTRODUCCIÓN

El residentado médico es el periodo en el que se adquieren competencias para la práctica de una especialidad médica. Esta etapa requiere disponibilidad completa del médico y estará sometido constantemente a prueba, a disminución de horas de sueño, cansancio físico, distanciamiento de seres queridos y salarios bajos (1). Como resultado, la residencia médica es una etapa de gran estrés y puede contribuir a la aparición de síndrome de Burnout (SBO) y depresión (2).

En el síndrome de Burnout el desgaste emocional y el distanciamiento afectivo se desarrollan en respuesta al estrés laboral sostenido, debido al fracaso de los mecanismos de adaptación ante determinadas situaciones. Según Maslach et al (3), el SBO tiene tres dimensiones: 1) agotamiento emocional, (el trabajo resulta ser abrumador y disminuye la capacidad de rendimiento del individuo); 2) despersonalización, asociada a cinismo, el sujeto se desapega del trabajo surgen sentimientos de ineficacia y 3) se percibe una pérdida de realización personal. Se observa con mayor frecuencia en trabajos con un desequilibrio entre demandas y recursos, y especialmente en personas con expectativas idealistas que encuentran una realidad frustrante (4). La prevalencia reportada de SBO en médicos residentes es variable, entre 18% y 80,2% (5,6).

En personas sometidas a situaciones de estrés constante y exceso de trabajo, como los médicos que laboran en un hospital, la frecuencia de depresión es 12,8%, siendo 47,5% en médicos residentes, con una frecuencia de síntomas depresivos entre 7% y 56% (7,8). Si el trastorno depresivo no se trata adecuadamente se tiende a la cronicidad e incrementa el riesgo de suicidio a seis veces mayor al de la población general (9). Adicionalmente, en un estudio se encontró que los residentes con depresión tuvieron una tasa de error seis veces más alta que los que no la padecían (8).

El SBO y la depresión usualmente coexisten y se sobreponen y comparten características en común

como síntomas de disforia, fatiga, cansancio emocional y sensación de tristeza (5,10), además las dos han demostrado su efecto negativo sobre el desempeño laboral (11,12). Dicha relación de traslape se ha descrito previamente, y también su asociación con ideación suicida (13). Incluso la presencia de estrés y depresión pueden exacerbar la percepción de despersonalización y cansancio emocional (14).

En nuestro país existe poca información sobre SBO en médicos residentes, en un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) en el 2007, se encontró SBO en el 51,4% de los médicos residentes (15). Sin embargo, no se evaluó el componente depresivo. El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de coexistencia de Síndrome Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes en un hospital general.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en un hospital de nivel III – 1 de referencia nacional donde se atienden pacientes con patologías de complejidad intermedia – alta. En el año 2009 fueron atendidos 84 766 pacientes en consulta externa, 65 462 pacientes en emergencia y se registraron 16 563 hospitalizaciones (16).

La población de estudio conformada por los médicos residentes del HNCH de cualquier edad, sexo o año de estudio. Se excluyeron a los residentes que se encontraban en una rotación externa, los que no tenían contacto directo con pacientes (administración en salud, patología y radiología), los que estaban de permiso por enfermedad o gestación y a los que se negaron a participar.

Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y se utilizó el inventario de Burnout de Maslach (MBI) versión en español (17), la escala de síntomas depresivos del Centro para Estudios Epidemiológicos (CESD–20) validada al español (18); y un cuestionario para la recolección de datos demográficos.

El MBI consta de 22 ítem separados en 3 categorías: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). Se determinó la presencia de SBO según los criterios propuestos por Ramírez et al (19) y Grunfeld et al (20), debido a la falta de uniformidad observada en la literatura al momento de realizar el diagnóstico (5,21). Los criterios de Ramírez clasifican “positivo” si todas las dimensiones son severamente anormales y de Grunfeld requieren tan solo de una dimensión severamente anormal. Se define severamente anormal cuando AE, DP están en el tercil superior y RP en el tercil inferior. La CESD - 20 consta de 20 *ítems*, se consideró positivo un puntaje mayor o igual a 16.

El estudio tuvo la aprobación del comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. El análisis estadístico se realizó en el programa STATA v.10. Para el análisis de datos se siguieron los lineamientos

planteados por Morgan. Se determinaron medidas de tendencia central, dispersión y porcentajes. Se utilizó la prueba t student para comparar las medias entre grupos para las variables continuas con una distribución normal, el test de U de Mann Withney para comparar los rangos entre grupos para las variables de intervalo que no cumplieran con una distribución normal. Chi cuadrado en las variables nominales u ordinales y el test de Fisher cuando no se cumplieran las condiciones estadísticas requeridas para el χ^2 . Se consideró un alfa de 5%, con un nivel de confianza de 95% para todos los cálculos estadísticos.

RESULTADOS

Se identificaron a 154 médicos residentes. Se excluyeron a 12 (5 de la especialidad de patología, 3 de administración en salud y 4 de radiología), cinco estaban

Tabla 1. Características poblacionales según sexo.

		Sexo		Total (%)
		M (%)	F (%)	
Estado civil	Soltero	33 (58)	23(42)	56(66,7)
	Casado	13 (59)	9(41)	22(26,2)
	Conviviente	3 (75)	1(25)	4(4,8)
	Divorciado	1 (50)	1(50)	2(2,4)
	Ninguno	36 (57)	27(43)	63(75,0)
Número de hijos	Uno	9 (60)	6(40)	15(17,9)
	Dos	3 (100)	0 (0)	3(3,6)
	Tres	2 (66,6)	1 (33,3)	3(3,6)
Personas con las que vive	Familiares directos	22 (53,6)	19(46,4)	41(48,8)
	Otros familiares	4(57)	3(43)	7(8,3)
	Compañeros de trabajo	4(66,6)	2(33,3)	6(7,1)
	Sólo	19(67,8)	9 (32,2)	28(33,3)
Año de Residencia	Primero	25(67,5)	12(32,5)	37(44,0)
	Segundo	12 (57)	9 (43)	21(25,0)
	Tercero	9 (41)	13 (59)	22(26,2)
	Cuarto	4 (100)	0 (0)	4(4,8)
Enfermedad crónica	Sí	4 (57)	3(43)	7(8,3)
	No	46 (60,5)	30(39,5)	76(90,5)
Especialidad	Medicina	20 (54)	15 (46)	37(44,0)
	Cirugía	15(100)	0(0)	15(17,8)
	Ginecología	4 (40)	6(60)	10(11,9)
	Pediatría	11 (50)	11 (50)	22(26,2)

de vacaciones, 41 residentes se encontraban realizando una rotación externa, 3 de permiso por enfermedad o gestación y 9 residentes no aceptaron participar en el estudio. Ochenta y cuatro médicos residentes fueron incluidos en el estudio. Cincuenta (60%) fueron varones, la edad fluctuó entre los 26 y 48 años, siendo la media $31 \pm 4,4$ años (Tabla 1).

El tercil superior para el agotamiento emocional y despersonalización, fue 27 y 11 respectivamente; y el tercil inferior para realización personal 35. La frecuencia

SBO según los criterios de Ramírez en 13,4% y según los criterios de Grunfeld, 54,9%.

La frecuencia de síntomas depresivos según la escala de CESD-20 fue 38,6 %. La tabla 2 muestra la presencia de síntomas depresivos con respecto a otras variables. El 32,9% (27/82) de los residentes con SBO tenían síntomas depresivos ($p < 0,001$) (Tabla 3).

Los residentes del primer y segundo año tuvieron con mayor frecuencia depresión y SBO (Tablas 2 y 3).

Tabla 2. Síntomas depresivos según la escala de CESD-20.

Variables	Síntomas depresivos		p
	No (%)	Sí (%)	
Edad	$31,34 \pm 4,4$	$30,17 \pm 4,5$	0,26
Genero	M	30 (58,8)	0,73
	F	21 (41,2)	
Pensó en retirarse de la residencia	18 (36,0)	21 (65,6)	0,009
Se encuentra conforme con la residencia	42 (84,0)	16(50,0)	0,001
Volvería a realizar la residencia	45 (90,0)	27 (87,1)	0,68
Fallecimiento de familiar	8 (15,7)	3 (9,4)	0,4
Práctica pasatiempo	25 (51,0)	7(21,9)	0,009
Agotamiento emocional	$19,5 \pm 9,56$	$31 \pm 10,29$	$< 0,001$
Despersonalización	$7,23 \pm 4,8$	$11,38 \pm 5,88$	$< 0,001$
Realización personal	$39,41 \pm 6,34$	$35,51 \pm 6,38$	0,008
Número de horas de trabajo a la semana	$81,97 \pm 24,36$	$90,18 \pm 24,49$	0,2
Número de guardias al mes	5 (5 - 8)	7 (5 - 8)	0,21
Año de residencia	1° y 2°	31 (60,8)	0,05
	3° y 4°	20 (39,2)	

Tabla 3. Síndrome de Burnout según criterios de Grunfeld.

Variables	SBO Grunfeld		p
	No (%)	Sí (%)	
Edad	$31,08 \pm 3,9$	$30,83 \pm 4,9$	0,8
Genero	M	20 (54,0)	0,34
	F	17 (46,0)	
Presenta síntomas depresivos	4 (10,8)	27 (60)	0,002
Pensó en retirarse de la residencia	10 (27,8)	28 (62,2)	0,002
Se encuentra conforme con la residencia	32 (88,9)	26 (57,8)	0,002
Volvería a realizar la residencia	34 (94,4)	37 (84,1)	0,14
Práctica pasatiempo	21 (60,0)	11 (24,4)	0,001
Número de horas de trabajo a la semana	$80 \pm 27,7$	$88,47 \pm 20,8$	0,16
Guardias al mes	5 (5 - 7)	7 (5 - 8)	0,008
Año de residencia	1° y 2°	21(56,7)	0,042
	3° y 4°	16(43,3)	

Tabla 4: Especialidad y Síndrome de Burnout.

Especialidad	SBO Grunfeld		p
	No (%)	Sí (%)	
Medicina	18 (48,6)	19 (51,4)	0,035*
Cirugía	4 (22,7)	11 (73,3)	
Pediatría	8 (36,4)	14 (63,6)	
Ginecología	7 (87,5)	1 (12,5)	

* Test de Fisher

No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de síntomas depresivos y la especialidad del residente, pero sí con SBO ($p = 0,035$) (Tabla 4). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre no practicar un pasatiempo con la presencia de SBO y síntomas depresivos. No se encontró asociación la presencia de síntomas depresivos o SBO y practicar una religión, procedencia (Lima vs provincias), el estado civil y el número de hijos.

DISCUSIÓN

Se encontró una asociación entre la presencia de SBO y síntomas depresivos. Los residentes que presentaron ambos trastornos se caracterizaron por ser de primer ó segundo año, no practicar un pasatiempo, no estar conformes con la residencia y realizar más guardias al mes. El 54,9% presentaba SBO, 60% de ellos tenía síntomas depresivos. A la inversa, el 87,1% de los que presentaron síntomas depresivos, tenían SBO. En médicos residentes de México, se encontró SBO en 35%, teniendo criterios de depresión el 46% de ellos (22), mientras que el 100% de médicos que presentaban depresión tenían SBO.

Los puntos de corte para las tres dimensiones de SBO fueron similares a los encontrados en otros estudios (23). De igual manera la frecuencia de SBO fue similar a los encontrados en Argentina y México 80,2% y 35,5% respectivamente (6,22). En contraposición la literatura norteamericana describe frecuencias entre 18 y 84% (5,24,25). A pesar que los puntajes de las subcategorías del MBI son fácilmente interpretables, existe alta variabilidad en las frecuencias encontradas por la diferencia de criterios para definir SBO entre autores.

Se identificó una asociación entre realizar un pasatiempo con la disminución de la frecuencia de SBO y síntomas depresivos. Esto sugiere que la sobrecarga laboral, entiéndase los horarios extendidos o las guardias nocturnas, pueden favorecer la aparición de burnout y depresión (6).

Desde el 2003 la Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) ha implementado normas en cuanto a horas de trabajo, limitándolas a 80 horas por semana, en los Estados Unidos (26,27). Sin embargo estudios posteriores a estas regulaciones no lograron reducir la frecuencia de SBO (28,29) o depresión (28-31), lo cual fue corroborado por nuestro estudio. La pregunta sería si 80 horas a la semana serían aún excesivas para los residentes.

Se encontró que SBO fue más frecuente en los dos primeros años de residencia, años en que hemos observado en el hospital de referencia se realiza la mayor carga laboral.

El SBO está asociado con la disminución del rendimiento laboral (7), aumento exponencial de la probabilidad de cometer errores (8), reducción del compromiso con el trabajo (32) y predice problemas de salud por stress e insatisfacción profesional. Probablemente cause el incremento del cinismo y disminución de solidaridad hacia los pacientes, lo que conlleva a generar las estrategias de intervención que permitan detectarlo, manejarlo y prevenirlo.

Las limitaciones del estudio están relacionadas con haber sido realizado en una sola institución, lo que podría impedir la generalización estricta de sus resultados, más aún si se tiene en cuenta que los programas de residentado médico y la exigencia en las diferentes

instituciones no es homogénea. Una limitación adicional constituye el hecho de que no se evaluó la ideación suicida.

Concluimos entonces que la asociación entre SBO y síntomas depresivos es significativa y se debe tener en cuenta al momento de diseñar estudios posteriores en médicos residentes. Así mismo consideramos que es necesario asegurar la calidad de vida durante la formación médica, tanto por la salud del profesional como por su desempeño laboral.

Declaración de Financiamiento y de conflictos de intereses

El estudio fue financiado por los autores. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Correspondencia:

Germán Málaga Rodríguez,
Calle Chavín, 159. CC Monterrico. Lima 33– Perú.
Correo electrónico: german.malaga@upch.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med* 2004; 351(18):1829-37.
2. Shapiro SL, Shapiro DE, Schwartz GE. Stress management in medical education: a review of the literature. *Acad Med* 2000; 75(7):748-59.
3. Zalaquett CP, Wood RJ. Evaluating stress: a book of resources. Lanham, Md.: Scarecrow Press; 1998.
4. Mingote JC. Síndrome Burnout o síndrome de desgaste profesional. *FMC* 1998; 5: 493-503.
5. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004; 292(23):2880-9.
6. Waldman SV, Diez JC, Arazi HC, Linetzky B, Guinjoan S, Grancelli H. Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Acad Psychiatry* 2009; 33(4): 296-301.
7. Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA* 2003; 289(23): 3161-6.
8. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336(7642): 488-91.
9. Linderman S, Laara E, Hakko H, Lonngvist J. A systematic review on gender specific mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry* 1996; 168:274 - 9.
10. Maslach C, Schaufeli WB, Marek T. Historical and conceptual development of burnout. *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. London: Taylor and Francis; 1993. p. 1 - 16.
11. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lener D. Job performance deficits due to depression. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1569 - 76.
12. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of US workers. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1561 - 8.
13. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA* 2010; 304(11):1181-90.
14. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:397-422.
15. Jamanca R, Vega C, Zanabria D. Síndrome de Burnout en personal médico del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tesis para optar por el grado de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2007. 26pp.
16. Alfaro A, Bustamante C, Ruiz G, et al. Análisis de situación de salud del Hospital Cayetano Heredia 2010. Lima: Hospital Nacional Cayetano Heredia; 2010; URL disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/images/stories/epidemiologia/AnalisisdeSituaciondeSalud_2010.pdf (Fecha de acceso: 15 de setiembre de 2011).
17. Seisdedos N. Manual MBI. Inventario "Burnout" de Maslach. Madrid (España): TEA Ediciones; 1997.
18. Ruiz P, Vega J, Loret C, Arévalo J, Zapata M. (editores). Validación de la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) en un hospital nacional en Lima, Perú. Resumen de congreso. Lima, Peru: XX Congreso Peruano de Psiquiatría; 2008.
19. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995; 71(6):1263-9.
20. Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ* 2000; 163(2):166-9.
21. Glasberg J, Horiuti L, Novais MA, et al. Prevalence of the burnout syndrome among Brazilian medical oncologists. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(1):85-9.
22. Perez E. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Med Int Mex* 2006; 22(4):282-6.
23. Grau A, Flichtentrei D, Suner R, Prats M, Braga F. Influence of personal, professional and cross-national factors in burnout syndrome in Hispanic Americans and Spanish health workers (2007). *Rev Esp Salud Publica* 2009; 83(2):215-30.
24. 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(5):358-67.
25. Martini S, Arfken CL, Churchill A, Balon R. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad Psychiatry* 2004; 28(3):240-2.

26. Accreditation Council for Graduate Medical Education Report of the ACGME Work Group on Resident Duty Hour; 2008. URL disponible en: http://www.acgme.org/acWebsite/dutyHours/CGMEApprovedSpecialtySpecificDutyHourLanguage_AS_ED_01_16_2008.pdf (Fecha de acceso: 15 de setiembre de 2011).
27. Dola C, Nelson L, Lauterbach J, Degefu S, Pridjian G. Eighty hour work reform: faculty and resident perceptions. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195(5):1450-6.
28. Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med* 2005; 165(22):2595-600.
29. Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med* 2006; 81(1):82-5.
30. Stamp T, Termuhlen P, Miller S, et al. Before and after resident work hour limitations: an objective assessment of the well-being of surgical residents. *Curr Surg* 2005; 62(1):117-21.
31. Girard DE, Choi D, Dickey J, Wessel K, Austin D. A mid-year comparison study of career satisfaction and emotional states between residents and faculty at one academic medical center. *BMC Med Educ* 2006; 6:36.
32. Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc Sci Med* 1998; 47(10):1611-7.

Recibido: 17/03/10

Aceptado para publicación: 19/09/11