



ORIGINAL BREVE

Influencia del síndrome de *burnout* y características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general[☆]

Jeff Huarcaya-Victoria^{a,b,*} y Rosario Calle-Gonzáles^c

^a Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina, Centro de Investigación en Salud Pública, Lima, Perú

^b Departamento de Psiquiatría, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud, Lima, Perú

^c Unidad de Capacitación y Docencia, Hospital Nacional de la Policía Luis Nicasio Saenz, Lima, Perú

Recibido el 3 de septiembre de 2019; aceptado el 23 de enero de 2020

Disponible en Internet el 14 de marzo de 2020



PALABRAS CLAVE

Depresión;
Burnout;
Médicos residentes;
Perú

Resumen

Introducción: La depresión y el *burnout* entre los médicos residentes es una entidad grave y común. El objetivo de este trabajo fue evaluar la influencia del síndrome de *burnout* y las características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general del Perú.

Métodos: Estudio transversal realizado en médicos residentes de un hospital general del Perú. Se utilizó el *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) y el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) en 145 médicos residentes.

Resultados: El 27,6% tuvieron síntomas depresivos leves, el 13,8% moderados y el 5,5% moderadamente severos. La prevalencia de síndrome de *burnout* fue del 9,65%. El total del PHQ-9 se correlacionó de manera positiva con el puntaje total del MBI ($\rho = 0,707$; $p < 0,01$). El análisis de regresión múltiple con el puntaje total del PHQ-9 como la variable explicada mostró la existencia de una relación entre esta y las variables vivir solo, realización personal, encontrarse soltero y cansancio emocional.

Conclusiones: El cansancio emocional, el vivir solo y una baja realización personal incrementan los niveles de los síntomas depresivos, mientras que el encontrarse soltero los disminuyen.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

[☆] Trabajo presentado en el XXV Congreso Peruano de Psiquiatría, Arequipa, del 29 al 31 de agosto del 2019.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jhuarcayav@usmp.pe (J. Huarcaya-Victoria).

KEYWORDS

Depression;
Burnout;
Medical residents;
Peru

Influence of the burnout syndrome and sociodemographic characteristics in the levels of depression of medical residents of a general hospital

Abstract

Introduction: Depression and burnout among medical residents is a serious and common entity. The aim of the present study is to evaluate the influence of burnout syndrome and sociodemographic characteristics on depression levels of medical residents of a general hospital in Peru.

Methods: A cross-sectional study was carried out on residents of a general hospital in Peru. The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) and the Maslach Burnout Inventory (MBI) were used to 145 resident physicians.

Results: 27,6% had mild depressive symptoms, 13,8% moderate, and 5,5% moderately severe. The prevalence of burnout syndrome was 9,65%. The total of the PHQ-9 correlated positively with the total score of the MBI ($\rho=0.707$, $P<0.01$). The multiple regression analysis with the total score of the PHQ-9 as the explained variable showed the existence of a relation between it and the variables living alone, personal accomplishment, being single, and emotional exhaustion.

Conclusions: Emotional exhaustion, living alone, and a low personal accomplishment increase the levels of depressive symptoms, while being single decreases it.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El residentado médico es una de las etapas más importantes en la formación profesional y personal de cualquier médico, durante la cual adquieren diversas competencias acordes con cada especialidad con la finalidad de desarrollar un criterio clínico adecuado. No obstante, muchas veces no se cumplen las condiciones académicas y laborales mínimas. Se sabe que el residente está expuesto a varios factores estresantes, como experiencias de humillación, degradación, discriminación por género o acoso sexual, abuso verbal, pobre apoyo social, largas jornadas laborales con pocas horas de sueño, entre otros problemas¹. Esto podría generar la presencia de un síndrome de *burnout* o de un trastorno depresivo.

El síndrome de *burnout* ha sido definido como un síndrome psicológico consecuencia de factores estresantes interpersonales crónicos en el trabajo, cuyas 3 dimensiones fundamentales son la sensación de agotamiento, cinismo y falta de realización personal². La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes. En los médicos residentes la prevalencia de síntomas depresivos suelen ser altas (22,2-47,5%)³ y se encuentran en ellos algunos factores moderadores como el consumo de sustancias psicoactivas. Diversos estudios han demostrado una relación positiva entre *burnout* y depresión en médicos residentes⁴⁻⁶. No obstante, pese a la importancia del síndrome de *burnout* y de la depresión, en el Perú existe poca información sobre las características de estos en médicos residentes.

El presente estudio tuvo como objetivo principal evaluar la influencia del síndrome de *burnout* y las características sociodemográficas en los niveles de depresión de médicos residentes de un hospital general.

Material y métodos

Estudio observacional, transversal, correlacional, realizado en el Complejo Hospitalario de la Policía Nacional del Perú Luis Nicasio Sáenz (CH-PNP-LNS) en Lima (Perú).

Se encuestó a todos los médicos residentes del CH-PNP-LNS que acudieron a la Unidad de Docencia y Capacitación durante los meses de enero a marzo del 2019. No fue necesario aplicar técnicas de muestreo, ya que trabajamos con toda la población de médicos residentes del CH-PNP-LNS.

Para medir los síntomas depresivos se utilizó el *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), que es una escala autoadministrada. Esta escala consta de 9 ítems, los cuales se puntúan según una escala Likert que va de 0 a 3. Los puntajes del PHQ-9 reflejan 5 categorías de severidad del trastorno depresivo: ninguna (0-4), leve (5-9), moderada (10-14), moderadamente severa (15-19) y severa (20-27). Estudios realizados en Latinoamérica han demostrado que el PHQ-9 es una herramienta válida y confiable para la detección de síntomas depresivos en diversos tipos de población⁷. En este estudio encontramos una consistencia interna del PHQ-9 adecuada (α de Cronbach = 0,885).

El *burnout* se midió utilizando el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), el cual es una escala autoadministrada que consta de 22 ítems de tipo Likert que van de 0 a 6. La MBI incluye 3 subescalas: cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). Para diagnosticar un síndrome de *burnout* se debe contar con altos niveles de CE (≥ 27), altos niveles de DP (≥ 10) y bajos niveles de RP (≤ 33)⁸. En este estudio encontramos una consistencia interna aceptable en la MBI (α de Cronbach = 0,719) y sus dimensiones, con valores de α de Cronbach de 0,881 (CE), 0,750 (DP) y 0,708 (RP).

Se emplearon técnicas de estadística descriptiva para todas las variables. Se evaluó el PHQ-9 total y la MBI en sus dimensiones por separado mediante sus estadísticos de resumen y su distribución. Se evaluó la correlación lineal entre los resultados totales de la PHQ-9 y las dimensiones de la MBI mediante la ρ de Spearman. Se construyó un modelo de regresión lineal múltiple considerando todas las variables diferentes al total del PHQ-9 mediante el método *forward*. Se seleccionaron las variables que resultaron significativas. El nivel α se determinó antes del análisis en 0,05. Los análisis se hicieron con ayuda del programa estadístico SPSS de IBM versión 23.

Se contó con la autorización del Comité de Ética de la Unidad de Docencia y Capacitación del CH-PNP-LNS para la elaboración del presente estudio.

Resultados

De un total de 182 residentes, 145 contestaron las escalas (tasa de respuesta: 79,67%). La edad promedio fue de $32,03 \pm 3,77$ años, la edad mínima fue de 23 y la máxima de 44 años. Las demás características sociodemográficas las podemos encontrar en la [tabla 1](#).

Respecto a los resultados del PHQ-9, se encontró que 77 (53,1%) de los médicos residentes tuvieron síntomas mínimos o ausentes (PHQ-9: <5); 40 (27,6%) síntomas leves (PHQ-9: 5-9); 20 (13,8%) síntomas moderados (PHQ-9: 10-14) y 8 (5,5%) síntomas moderadamente severos (PHQ-9: 15-19).

En la MBI, 58 (40%) de los médicos residentes tuvieron altos niveles de CE; 49 (33,8%) altos niveles de DP y 23 (15,9%) baja RP. De acuerdo al criterio de 3 dimensiones (alto CE con alta DP y baja RP), 14 (9,65%) médicos residentes tenían síndrome de *burnout*.

El total de la PHQ-9 tuvo una correlación significativa con el puntaje total de la MBI ($\rho = 0,707$; $p < 0,01$), el CE ($\rho = 0,692$; $p < 0,01$), DP ($\rho = 0,437$; $p < 0,01$) y la RP ($\rho = -0,545$; $p < 0,01$) y la edad ($\rho = -0,175$; $p < 0,05$).

El análisis de regresión lineal múltiple con el puntaje total de la PHQ-9 como la variable explicada mostró la existencia de una relación entre variables que viene explicada por la ecuación:

$$Y = 6,971 + 0,228X_1 + 2,131X_2 + (-0,164)X_3 + (-1,575)X_4$$

Donde Y es el PHQ-9 total, X_1 el CE, X_2 el vivir solo, X_3 la RP y X_4 el encontrarse soltero. El coeficiente de determinación fue 0,48 y el error cuadrático medio de 12,41. El estadístico de Durbin-Watson fue de 1,973. En la [tabla 2](#) se muestran los coeficientes tipificados y sus valores de probabilidad.

Discusión

En este estudio encontramos que la presencia de síntomas depresivos, entre leves y severos, fue del 46,9%. Este hallazgo no difiere a lo reportado a nivel internacional. En un reciente metaanálisis se encontró que la prevalencia de depresión o síntomas depresivos en médicos residentes fue del 28,8% (IC 95%: 25,3-32,5%), con un rango de 20,9% a 43,2% según el instrumento utilizado⁹. Esta heterogeneidad de la prevalencia de depresión podría deberse a que se

Tabla 1 Características sociodemográficas de 145 médicos residentes del CH-PNP-LNS

Variable	n (%)
<i>Edad media años, ($\pm\sigma$) [rango]</i>	32,03 ($\pm 3,77$) [23-44]
<i>Género</i>	
Masculino	81 (55,9)
Femenino	64 (44,1)
<i>Oficial asimilado</i>	
Sí	81 (55,9)
No	64 (44,1)
<i>Lugar de procedencia</i>	
Lima	63 (43,4)
Provincia	82 (56,6)
<i>Estado civil</i>	
Soltero	93 (64,1)
Casado	45 (31)
Separado	7 (4,8)
<i>Religión</i>	
Católico	123 (84,8)
Protestante/evangélico	9 (6,2)
Agnóstico	5 (3,4)
Ateo	3 (2,1)
Otros	5 (3,4)
<i>Vive con</i>	
Solo	40 (27,6)
Pareja	57 (39,3)
Padres/otros familiares	42 (29)
Compañeros de estudio	6 (4,1)
<i>Especialidad</i>	
Centrada en el paciente	74 (51)
Centrada en la tecnología	71 (49)
<i>Deseó estudiar la especialidad en la que se encuentra</i>	
Sí	141 (97,2)
No	4 (2,8)
<i>Modelo en el trato al paciente</i>	
Sí	115 (79,3)
No	30 (20,7)
<i>Año de residencia</i>	
1.º	46 (31,7)
2.º	51 (35,2)
3.º	42 (29)
4.º	5 (3,4)
5.º	1 (0,7)
<i>Número de hijos</i>	
0	90 (62,1)
1	34 (23,4)
2	18 (12,4)
3	3 (2,1)

utilizaron diferentes instrumentos de evaluación, además de la presencia de posibles factores culturales y sociales intervinientes.

Respecto al síndrome de *burnout*, encontramos una baja prevalencia según los criterios de 3 dimensiones. Estos hallazgos difieren de lo reportado a nivel internacional: en

Tabla 2 Modelos de regresión lineal múltiple

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	95% intervalo de confianza para B (límite inferior-límite superior)
		B	Error estándar				
1	(Constante)	−0,827	0,711		−1,164	0,247	(−2,233- 0,578)
	CE	0,267	0,027	0,641	9,779	0,000	(0,213-0,321)
2	(Constante)	−1,306	,725		−1,802	0,074	(−2,740-0,127)
	CE	0,267	0,027	0,640	9,942	0,000	(0,214-0,32)
3	Vive solo	1,739	0,708	0,158	2,455	0,015	(0,338-3,14)
	(Constante)	5,320	2,861		1,860	0,065	(−0,337-10,978)
	CE	0,231	0,030	0,554	7,594	0,000	(0,171-0,291)
	Vive solo	1,715	0,697	0,156	2,462	0,015	(0,338-3,093)
4	RP	−0,147	0,062	−0,174	−2,392	0,018	(−0,269- [−0,026])
	(Constante)	6,971	2,902		2,402	0,018	(1,232-12,711)
	CE	0,228	0,030	0,547	7,612	0,000	(0,169-0,287)
	Vive solo	2,131	0,708	0,194	3,010	0,003	(0,731-3,532)
	RP	−0,164	0,061	−0,195	−2,693	0,008	(−0,285- [−0,044])
	Soltero	−1,575	0,674	−0,151	−2,337	0,021	(−2,908- [−0,242])

CE: cansancio emocional; PHQ-9: *Patient Health Questionnaire-9*; RP: Realización personal.

* Variable dependiente: PHQ-9 total.

un metaanálisis reciente se reportó que la prevalencia síndrome de *burnout* en médicos residentes fue del 35,1% (IC 95%: 26,8-43,5%)¹⁰.

Al evaluar la relación entre el *burnout* y la depresión, encontramos que las dimensiones del MBI se correlacionan significativamente con el puntaje total de la PHQ-9. Esto coincide con lo reportado en un estudio realizado en el Perú, en el que se encontró que los residentes que sufren de síndrome de *burnout* tienen un alto riesgo de desarrollar depresión (OR = 83,06; IC 95%: 24,81-278,05; $p < 0,001$)¹¹.

En el modelo de regresión lineal múltiple, se encontró que el CE y el vivir solo aumentan los niveles de depresión, mientras que una alta RP y el estar soltero la disminuyen. De todas estas variables, el CE es la que más influye en los síntomas depresivos, lo cual es consistente con resultados de otros estudios en médicos residentes¹². La siguiente variable en influencia es la RP, es decir, un incremento en la sensación de satisfacción personal se relaciona con menores niveles de síntomas depresivos, lo cual ha sido reportado en otros estudios¹³. Como vemos, las 2 variables que más influyen en los síntomas depresivos son dimensiones del *burnout*. En un reciente metaanálisis se reportó que, si bien la depresión y el *burnout* se encuentran relacionados, son constructos diferenciables¹⁴. Es factible suponer que los médicos residentes que poseen rasgos de *burnout* también tengan una mayor tendencia a desarrollar depresión¹².

Este estudio debe ser comprendido en el contexto de sus limitaciones metodológicas. Estos resultados no pueden ser generalizables a otras realidades hospitalarias. Al ser transversal, solo podemos establecer correlaciones, mas no causalidad. Además, no podemos descartar un sesgo de deseabilidad por parte de los encuestados al momento de llenar las escalas. Finalmente, no se han controlado algunos posibles factores intervinientes, como el consumo de sustancias.

En resumen, el cansancio emocional, el vivir solo y tener baja realización personal incrementan los niveles de los síntomas depresivos, mientras que el encontrarse soltero lo disminuyen. Recomendamos que se desarrollen planes de intervención en la población de médicos residentes del CH-PNP-LNS con base en la severidad de los síntomas depresivos.

Financiamiento

Autofinanciado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Bibliografía

1. Min AA, Sbarra DA, Keim SM. Sleep disturbances predict prospective declines in resident physicians' psychological well-being. *Med Educ Online*. 2015;20:28530.
2. Maslach C, Leiter M, Schaufeli W. Measuring burnout. En: Cartwright S, Cooper CL, Maslach C, Leiter MP, Schaufeli W, editores. *The Oxford handbook of organizational well-being*. Oxford: Oxford University Press; 2008. p. 86–108.
3. Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. Depression, anxiety and suicide risk symptoms among medical residents over an academic year. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53:20–8.
4. Abdulrahman M, Nair SC, Farooq MM, Al Kharmiri A, Al Marzooqi F, Carrick FR. Burnout and depression among medical residents in the United Arab Emirates: A multicenter study. *J Family Med Prim Care*. 2018;7:435–41.
5. Janko MR, Smeds MR. Burnout, depression, perceived stress, and self-efficacy in vascular surgery trainees. *J Vasc Surg*. 2019;69:1233–42.

6. Rodríguez S. El síndrome de *burnout* como factor de riesgo para el desarrollo de la depresión en internos y residentes de medicina del Hospital Nacional P.N.P. Luis N. Sáenz en el año 2017 [Tesis de titulación]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018.
7. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Rev Méd Chile*. 2019;147:53–60.
8. Doulougeri K, Georganta K, Montgomery A. Diagnosing burnout among healthcare professionals: Can we find consensus? *Cogent Med*. 2016;3:1.
9. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015;314:2373–83.
10. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 2018;13: e0206840.
11. Villavicencio J. Asociación entre la depresión y el síndrome de burnout en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015 [Tesis de titulación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
12. Nishimura Y, Miyoshi T, Obika M, Ogawa H, Kataoka H, Otsuka F. Factors related to burnout in resident physicians in Japan. *Int J Med Educ*. 2019;10:129–35.
13. Papathanasiou IV. Work-related mental consequences: Implications of burnout on mental health status among health care providers. *Acta Inform Med*. 2015;23:22–8.
14. Koutsimani P, Montgomery A, Georganta K. The relationship between burnout depression, and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*. 2019;10:284.