

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE MEDICINA HUMANA

**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

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Jerson Villavicencio Castro

ASESOR

Eduardo Augusto Monge Salgado

Lima – Perú

2016

DEDICATORIA

A mi abuelo **Mario Fidel Castro Chávez**, por ser quien me inspiro a seguir esta historia de pasión por la medicina que empezó desde que era un niño y aunque no lo conocí; cada fotografía, cada objeto de trabajo que encontraba de él me inspiro a seguir esta humilde profesión, que sin dudar alguna, fue la mejor que pude haber escogido. Gracias abuelo.

Tu nieto Jerson.

AGRADECIMIENTOS

Siempre he dicho que después de **Dios**, no hay nada más importante en este mundo que la familia, es por eso el eterno agradecimiento a mis amados padres **Rafael y Erida**, a mis hermanos **Emerson, Jessica y Brigit**, a mis tíos **Oscar, Nilton y Mery**, por creer siempre en mí con ese afecto y apoyo incondicional que me brindaron.

También un agradecimiento oportuno a mi alma mater la **Universidad Nacional Mayor de San Marcos** y ese pequeño pero gran mundo llamado **San Fernando**, por darme la oportunidad de experimentar vivencias inolvidables y dejarme enseñanzas que me servirán para toda la vida

Y por último, el agradecimiento especial a mis compañeros de siempre de la Promoción 2009, **María Teresa y Lenin** por su preciosa amistad.

Gracias:

Jerson.

La obra humana más bella es la de ser útil al prójimo
(Sófocles)

ÍNDICE GENERAL

Títulos	Págs.
I. Lista de tablas, cuadros y gráficos	4
II. Resumen (Abstract)	5-6
1. Introducción	7
1.1 Planteamiento del problema	9
1.1.1. Descripción de la realidad del problema.	9
1.1.2. Formulación del problema	10
1.1.3. Justificación	10
1.1.4. Factibilidad y limitaciones	11
1.2 Marco teórico	12
2. Objetivos	17
2.1. Objetivo general	17
2.2. Objetivos específicos	17
3. Variables e indicadores	18
II.1. Identificación y medición de las variables	18
II.2. Operacionalización de las variables	19
4. Material y Métodos	21
4.1. Diseño de estudio	21
4.2. Población de estudio	21
4.3. Criterios de inclusión	22
4.4. Criterios de exclusión	22
4.5. Recolección de datos	22
4.6. Análisis de datos	23
4.7. Aspectos éticos	24
4.8. Aspectos administrativos	25
4.8.1. Presupuesto	25
4.8.2. Cronograma de actividades	26
5. Resultados	27
6. Discusión	32
7. Conclusiones	35
8. Recomendaciones	36
9. Referencias bibliográficas	37
10. Anexos	43

I. LISTA DE FIGURAS, CUADROS Y TABLAS

FIGURAS

1. FIGURA A: Hospital Nacional Daniel A. Carrión – Callo 2015.
2. FIGURA 1. Prevalencia de Síndrome de Burnout.
3. FIGURA 2. Prevalencia de depresiones evaluadas según Escala de Hamilton.

CUADROS

1. CUADRO N° 1: Operacionalización de variables del estudio.
2. CUADRO N° 2 Categorización de puntaje del MBI.
3. CUADRO N° 3: Presupuesto del estudio.
4. CUADRO N° 4: cronograma de actividades.

TABLAS

1. TABLA 1. Características sociodemográficas y prevalencia de Síndrome de Burnout según variables estudiadas.
2. TABLA 2. Prevalencia de Depresión por género y profesión.
3. TABLA 3. Asociación de la depresión y Síndrome de Burnout.

II. RESUMEN

Objetivo: Estimar la 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.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y analítico transversal, de datos estadísticos de encuestas realizadas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015. Se incluyen a todos médicos residentes e internos de medicina del Hospital que acepten participar en la investigación y que su permanencia laboral sea mayor a dos semanas. La información se manejó y almacenó en una base de datos creada en el paquete de hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010 y el análisis estadístico se realizó y evaluó con el paquete estadístico Stata 14.

Resultados: La muestra estuvo conformada por 39 médicos residentes y 81 internos de medicina que cumplieron la muestra de inclusión y exclusión. Se encontró asociación entre la presencia de Síndrome de Burnout y depresión con un OR: 83.06, IC 95%:24.81 – 278.04 y $p < 0.001$, medida por regresión logística.

Conclusiones: La prevalencia global del Síndrome de Burnout fue 46.7% El Síndrome de Burnout desarrolla 83 veces más depresión en personas que sufren esta enfermedad que en los que no la padecen. En general se demuestra que el Síndrome de Burnout es un factor de riesgo alto, estadísticamente significativo, para desarrollar depresión.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, Depresión, médicos residente, internos de medicina

ABSTRACT

Objective: To estimate the association between depression and burnout syndrome in medical residents and interns of medicine at the National Daniel Alcides Carrión Hospital in 2015.

Methods: Cross-sectional, descriptive and analytical study, statistical data from surveys conducted at the National Daniel Alcides Carrión Hospital in 2015 to all medical residents and interns of Medicine Hospital who agree to participate in the investigation and that their job tenure is included more than two weeks. The information is handled and stored in a database created in the package spreadsheet Microsoft Excel 2010 and statistical analysis was performed and evaluated with Stata 14 statistical package.

Results: The sample consisted of 39 medical residents and 81 medical interns who met the inclusion and exclusion shows. Association between the presence of burnout syndrome and depression with an OR: 83.06, IC 95%:24.81 – 278.04 y $p < 0.001$, measured by logistic regression was found.

Conclusions: The overall prevalence of burnout syndrome was 46.7% Burnout Syndrome develops depression in people suffering from this disease than in those without diabetes 83 times. Generally it shows that the burnout syndrome is a high risk factor statistically significant for developing depression.

Keywords: Burnout syndrome, depression, medical resident, medical interns.

1. INTRODUCCION

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

Así mismo, si bien los internos son alumnos del último año de medicina, su compromiso “laboral” es equiparable al de un profesional médico, por lo que sus actividades pueden ser como un “trabajo”, en el que deben cumplir horarios y actividades con responsabilidades específicas.

Las actividades que desempeñan durante la atención de los pacientes los exponen, además, al sufrimiento, miedo, angustia o problemas de los pacientes y familiares, e incluso a su muerte. Adicionalmente, los estudiantes carecen de autonomía en sus decisiones, ya que se les considera insuficientemente capacitados (Prins et al., 2010), opinión que se vincula a la incertidumbre personal sobre su propia capacidad y/o conocimientos, así como a la búsqueda constante de alta eficiencia profesional, al considerar que de ellos depende la salud o la vida de una persona (Sánchez et al., 2008).

El alto nivel de estrés que padecen los internos de pregrado sobrepasa su capacidad de afrontamiento y pone en riesgo o alteración su salud psicológica (Schwenk, Davis y Wimsatt, 2010)

Como resultado, la residencia médica y el internado son etapas de gran estrés y pueden 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 al³, el SBO tiene tres dimensiones: 1) agotamiento emocional, (el trabajo resulta ser abrumador y disminuye la capacidad de rendimiento del individuo); 2) despersonalización, 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 frustrante⁴. La prevalencia reportada de SBO en médicos residentes es variable, entre 18% y 80,2%.^{5, 6}

Ahora no se tienen estudios que se hayan hecho en el Perú que describan la prevalencia de síndrome en estudiantes internos de medicina. Desde el punto de vista de la psicopatología, la depresión corresponde a los trastornos del estado de ánimo; éstos a su vez tienen como característica principal una alteración del humor. Para fines particulares de este trabajo hablaremos de depresión en términos generales, sin incluir la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).⁷ Algunas de las características de los episodios afectivos son: un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en muchas actividades.⁸ La depresión se acompaña de un malestar clínico significativo, en ocasiones crónico, de deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad de la persona. En algunas de éstas la depresión es leve y la actividad de la persona puede parecer normal, pero a costa de un gran esfuerzo.

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%.^{9,10} 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.¹¹ 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.¹⁰ 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^{5,12}, además las dos han demostrado su efecto negativo sobre el desempeño laboral^{13,14}. Dicha relación de traslape se ha descrito previamente, y también su asociación con ideación suicida.¹⁵

Incluso la presencia de estrés y depresión pueden exacerbar la percepción de despersonalización y cansancio emocional.¹⁶

El personal de salud del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión tiene una jurisdicción que sobrepasa su capacidad atención. Debido a que estos trabajadores, en especial los médicos residentes e internos, están sometidos diariamente a situaciones de estrés sostenido por la alta demanda de atención, por el alto compromiso con la cura del paciente pediátrico, por el manejo de familiares de los pacientes y por el tipo de emergencias complejas, son considerados dentro de los trabajadores de salud con alto riesgo de sufrir SBO^{17, 18}. No existe un estudio previo con respecto a este tema en los médicos residentes e internos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Por lo expuesto anteriormente y por lo preocupante que resulta esta patología en los sistemas de salud, este trabajo tuvo como objetivo determinar la frecuencia del SBO, así como también explorar la asociación del SBO y la depresión en médicos residente e internos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

3.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Descripción de la realidad del problema

El Síndrome de Burnout fue un término por primera vez empleado por Herbert J. Freudenberger (1974) para referirse al desgaste emocional causado por el estrés laboral e institucional que se da principalmente en los profesionales que tienen una relación directa con otras personas.¹⁹

Se le ha descrito en psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros y dentistas cuyo servicio tiene como fin ayudar a otras personas. Este síndrome se manifiesta según a la manera cómo estos profesionales responden al estrés laboral.²⁰

En especial, los médicos en comparación a otros profesionales de salud son los que principalmente son afectados por este síndrome.²¹

Se sabe que la frecuencia en distintos lugares ha sido elevada por lo que Organización Mundial de la Salud lo calificó como riesgo laboral en el año 2000.²²

No se tienen cifras exactas a nivel mundial del Síndrome de Burnout en los médicos pero se sabe que las cifras se encuentran alrededor del 40% dentro de las distintas especialidades de medicina.^{23, 26}

La depresión es uno de los factores asociados importantes ya sea como consecuencia o como factor causal del desarrollo del Síndrome de Burnout.²³ Estas dos afecciones afectan la salud física y emocional del profesional y por lo tanto también pone en peligro la calidad de atención al paciente que está bajo su cuidado.¹⁹

Es así, que para el proyecto de investigación nos plantearemos si existe una asociación entre la depresión y el Síndrome de Burnout en residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015

1.1.2. Formulación del problema:

¿Existe una asociación entre la depresión y el Síndrome de Burnout en residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015?

1.1.3. Justificación

Existe una prevalencia muy alta de un 40 a 48% del Síndrome de Burnout en personal de salud, especialmente en médicos generales y especialistas, más alta en comparación con otros profesionales de salud.²¹

Además son los médicos residentes y los internos de medicina los que poseen tasas más altas de prevalencia llegando entre 76% y 85% de todos los entrevistados.^{29, 30}

Este síndrome en la actualidad basa su relevancia debido a que repercute negativamente en el bienestar psicológico del médico asistencial, así como la calidad de atención y tratamiento que se proporciona a los pacientes.

La exposición a estresores crónicos pueden generar una serie de alteraciones incidiendo directamente en la salud física pudiendo ser un factor de riesgo para alteraciones cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas, alteraciones gastrointestinales, respiratorias como el asma, alteraciones de sueño, dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y alteraciones articulares.³³

También puede afectar el desempeño laboral generando ausentismo laboral, pudiendo ser factor que conlleve al abuso de drogas, aumento de conductas violentas, alteraciones de conducta alimentaria, falta de competencia, disminución de productividad y deterioro de la calidad de servicio.³³

Por último también es causa de alteraciones en salud psicológica como ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo.³³

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es el trastorno mental más frecuente y una de las principales causas de discapacidad, afecta a 350 millones de personas de todas las edades en el mundo. Además prevé que para 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo, sólo detrás de enfermedades cardiovasculares.³⁴

Siendo la depresión un factor importante en el Síndrome de Burnout por lo mencionado líneas arriba, con este trabajo se pretende evaluar en qué medida existiría una asociación de este trastorno del ánimo principalmente en médicos residentes e internos de medicina puesto que son los que se encuentran más cercanos al paciente, y los tres componentes del Síndrome de Burnout.

1.1.4. Factibilidad y limitaciones

En función de los recursos humanos, financieros, y materiales, el estudio es viable. En lo referente al contexto en el cual se desarrollará la tesis es políticamente factible a futuro, la población objetivo de estudio es accesible, como lo es también el tiempo de estudio, el cual es el adecuado,

basándonos en investigaciones anteriores que usaron la misma metodología de recolección de datos en otras regiones de América Latina y el resto del mundo.

La principal limitación será el tiempo que nos puedan ofrecer los médicos residentes e internos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2015 para la entrevista de recolección de datos, se espera programar está en un horario que no perjudique lo quehaceres de la población estudiada.

1.2. Marco teórico

1.2.1 Antecedentes

Guevara – Henao et al. 2002. En el estudio titulado “Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. En el Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002”, se evaluaron a 150 médicos, 63 practicantes internos y 87 residentes, el 85.3%, 128 presentaron SB de moderado a severo siendo el componente de desgaste emocional el más afectado. De los que presentaron SB, el 90% presentaron disfunción familiar. Y concluyeron que el número de turnos semanales se asocia con el SB y la presencia de disfunción familiar .⁴⁴

Martini – Arfken et al. 2006. El estudio titulado “Comparison of Burnout Among Medical Residents Before and After the Implementation of Work Hours Limits” (“Comparación del Síndrome Burnout Entre los Médicos Residentes, Antes y Después de la Implementación del Límite de Horas en el Trabajo”) realizado en 2006, cuyo objetivo era evaluar si con la implementación del límite de horas para residentes habría una disminución de la prevalencia del SB en residentes de medicina. En dicho estudio observaron que la prevalencia del SB en aquellos que trabajaron más de 80 horas a la semana era de 69.2%; mientras que los que trabajaban menos de 80 horas a la semana tenían una prevalencia del 38.5%. También notaron que los residentes de primer año que trabajaban más de 80 horas a la semana presentaron el SB en un 77% y los que trabajaban menos de 80 horas a la semana presentaron un 43% .⁴⁵

Borda – Navarro et al. 2007. En el estudio hecho en Colombia titulado “Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte”, cuyo objetivo era establecer el comportamiento y los factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout en estudiantes del último año de medicina en el internado rotatorio I y II en el Hospital Universidad del Norte en el 2006; se estudió 55 estudiantes de último año de internado rotatorio I y II, a quienes se les administró tres encuestas, características sociodemográficas, laborales y la escala de Maslach. Se obtuvo, que el SBO es bajo en los internos. También, se encontró tendencia a la asociación entre las relaciones con el equipo de trabajo y los grados de agotamiento emocional y de realización personal.⁴⁶

Barco – Miranda et al. 2008. En el estudio realizado en Cuba, “El Síndrome de Burnout en enfermeros básicos del segundo año de la carrera”, cuyo objetivo era identificar la presencia del síndrome en enfermeros básicos que cursan el segundo año de la carrera en la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, se estudió 34 enfermeros básicos que estudian en segundo año seleccionados por muestreo simple aleatorio y se les aplicó un cuestionario de Maslach. Encontraron que el personal de enfermería tiene una alta predisposición a padecer el Síndrome de Burnout, sobre todo cuando es estudiante universitario.⁴⁷

Estela – Jiménez et al. 2010. En el estudio observacional, descriptivo, transversal titulado “Prevalencia de síndrome de Burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú”; cuyo objetivo era determinar la prevalencia y los factores asociados al SBO en alumnos de medicina del séptimo año de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se estudiaron un total de 117 estudiantes de medicina, a quienes se les administró dos encuestas, una sobre las características sociodemográficas y laborales y otra, la escala de Maslach Burnout Inventory. Concluyeron que el SBO estuvo presente en más de la mitad de los internos de medicina de la UPCH. Además, la presencia de enfermedad mental y ausencia de actividades extracurriculares se asociaron a las dimensiones del SBO.⁴⁸

Rosales, Yuri. 2012. En el estudio descriptivo transversal "Estudio unidimensional del síndrome de burnout en estudiantes de medicina de Holguín", cuyo objetivo era determinar la presencia del Síndrome de Burnout en su enfoque unidimensional en estudiantes de primer año de medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín (UCMH). Se estudió aleatoriamente 70 estudiantes de primer año, 35 de cada sexo, a los que se les aplicó el instrumento Escala Unidimensional de Burnout Estudiantil. Se concluyó que los estudiantes de medicina de primer año de la UCMH están afectados en su mayoría por el Síndrome de Burnout, estando las mujeres más afectadas que los varones.⁴⁹

1.2.2. Bases teóricas

El Síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral de carácter adaptativo, crónico, asociado al inadecuado afrontamiento de las exigencias psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un resultado negativo en la calidad de la prestación de los servicios.²⁴

Maslach y Jackson en 1981 fueron los que mejor definieron el término considerando que las características principales del síndrome son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.^{25, 26}

El agotamiento emocional se refiere al hecho de no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo, cansancio físico y psicológico; la despersonalización, al distanciamiento emocional de las personas con las que trata en el trabajo, desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo y la disminución del desempeño laboral es la baja realización personal que se manifiesta con respuestas negativas hacia sí mismo y al trabajo.^{24, 27}

Si bien este es un síndrome que puede darse en distintas situaciones laborales una de las más importantes es a nivel de prestación de servicios de salud. En especial los médicos, residentes e internos que tienden a contribuir y trabajar directamente con la salud de otras personas.^{28, 29}

No se tiene estudios que evalúen la prevalencia a nivel mundial de este síndrome en el campo de la salud; sin embargo, la prevalencia estimada entre los estudios realizados se encuentra entre 43 y 45% en médicos generales y de 22 hasta 60% en especialistas^{30, 31, 32, 33}. En el Perú la prevalencia de médicos con el síndrome de Burnout fue del 90,6% en un hospital del Cuzco.³¹

En un estudio realizado en Barcelona, se observó que 4 de cada 10 médicos de atención primaria manifestaron síndrome de Burnout y un 12% de ellos mostraron altos resultados del mismo.³⁰

Además, es importante resaltar la alta prevalencia del síndrome en médicos residentes e internos, puesto que son las personas que desarrollan una relación más cercana con los pacientes. En los médicos residentes, la prevalencia fluctúa entre 47 y 76%.¹⁶ En un estudio se encontró que este síndrome fue observado en un 85,3% de médicos internos y residentes en grado moderado y severo.³⁵

En el Perú, se realizó un estudio del síndrome de Burnout en internos de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, donde la prevalencia fue de un 57,2%.³⁶

Los factores de riesgo que se han encontrado relacionados con el síndrome de Burnout son el estado civil soltero, profesión médico, el tener una situación laboral de contratado, ejercicio profesional mayor de 12 años, mayor número de trabajos fuera del hospital, baja remuneración e insatisfacción laboral.³⁴ En el Perú se han descrito la relación de burnout con algunos factores como el sexo, condición laboral, estado civil, la actividad laboral, el cargo laboral y el clima laboral.⁴³

El cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia²⁴:

- Primero. Es la provocación de estrés agudo debido al desbalance entre demandas laborales y los recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos.

- Segundo. El médico realiza un esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente por lo que puede revertir.
- Tercero. Aparece el síndrome de burnout con los componentes descritos.
- Cuarto. El médico, en este caso, deteriorado física y psicológicamente puede ser un factor negativo tanto para la relación que ejerce con su paciente y para la recuperación de este.

Las consecuencias de desarrollar un síndrome de Burnout en los médicos afecta al médico en sí porque se deteriora su salud mental y sus relaciones interpersonales, y la institución porque genera insatisfacción laboral, abandono del trabajo y el ausentismo, así como el deterioro de la calidad del servicio trayendo como resultados la insatisfacción del paciente y desconfianza en él.³⁷

La manera como se mide el síndrome de Burnout es mediante el Maslach burnout inventory (MBI). Este cuestionario ha sido ya aplicado antes en Perú.³⁴ Está constituido por 22 preguntas en una escala de tipo Likert que evalúa los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y en particular hacia los pacientes midiendo los 3 componentes del síndrome: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal. El instrumento evalúa el grado de intensidad del síndrome (leve, moderado o severo) con una alta validez interna y grado de confianza (86%).²⁴

Se sabe que este síndrome también puede tener repercusiones en la salud mental del médico, tales como las que inciden en la salud psicológica como la ansiedad, irritabilidad, baja autoestima, falta de motivación, sentimientos de frustración profesional, pudiendo llegar incluso a la depresión.³⁸

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Actualmente, es una de las causas

principales de discapacidad a nivel mundial que afecta a 350 millones de personas.³⁹

Se ha descrito que en ocasiones puede ser confundido con el Síndrome de Burnout; no obstante, la depresión constituye una serie de síntomas que se caracterizan por un bajo estado de ánimo generalizado, a diferencia del burnout que es temporal y específico en el ámbito laboral.⁴⁰ Ambos se pueden solapar y entorpecer aún más la salud mental y la labor del médico.

Ahola y colaboradores encontraron relación entre el síndrome de burnout y la depresión en población que labora en general, concluyendo que el síndrome moderado tenía 3,3 veces más riesgo de tener depresión mayor y que los que tenían el síndrome severo tenían 15 veces más probabilidades de desarrollar el episodio depresivo.⁴¹

Se ha realizado un estudio en México que evaluaron la depresión como un factor de riesgo para el síndrome de burnout en médicos residentes clínicos y quirúrgicos, en los que se encontró que en todos los médicos que tuvieron depresión cumplían criterios para algún componente del Síndrome de burnout y de todos los médicos con síndrome de burnout solo un 46% también sufría depresión.⁴²

2. OBJETIVOS

1.1. Objetivo General

Estimar la 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.

1.2. Objetivos específicos

Determinar la prevalencia de depresión en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015.

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015.

Identificar los factores asociados a la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015.

3. VARIABLES E INDICADORES

3.1. Identificación y medición de variables

Variables del estudio:

1. Sexo
2. Edad
3. Estado civil
4. Profesión
5. Años de trabajo
6. Remuneración
7. Grado satisfacción laboral
8. Depresión
9. Síndrome de Burnout

CUADRO N° 1: Operacionalización de variables del estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	CATEGORÍAS O VALORES	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Sexo	Condición biológica del sexo de la persona que contesta.	El ser de sexo: Femenino o Masculino	Social	Cualitativa	Nominal	Caracteres sexuales secundarios	Masculino = 1 Femenino = 2	Encuesta
Edad	Tiempo de vida en años cumplidos de la persona que contesta la encuesta.	Número de años vividos	Social	Cualitativa	Razón	Fecha de nacimiento	Todos los mayores 18 años	Encuesta
Estado civil	Situación personal en que se encuentra una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.	Situación personal en la que se encuentra una persona.	Social	Cualitativa	Nominal	Estado civil	Soltero=1 Casado=2 Conviviente=3 Divorciado=4 Viudo=5	Encuesta
Profesión	Ocupación que requiere de conocimiento especializado con formación profesional.	Carrera profesional que siguió en la universidad relacionado al campo de la salud.	Social	Cualitativa	Nominal	Carrera profesional	Médico internista=1 Médico residente=2 Interno de medicina=3	Encuesta
Años de trabajo	Años que viene laborando en un trabajo.	Años de trabajo en el Hospital que recibe remuneración.	Social	Cualitativa	Razón	Años de servicio a la salud	1=<1año 2= De 1 a 4 años 3=De 5 a 10 años 4=Más de 10 años	Encuesta
Remuneración	Salario que recibe por su trabajo	Salario que recibe el profesional por su trabajo mensualmente	Económico	Cualitativa	Razón	Salario	1. <1000 2. 1000-1999 3. 2000-2999 4. 3000 a más	Encuesta

Grado satisfacción laboral	Nivel de satisfacción por su condición laboral	Grado de satisfacción de los profesionales de salud por laborar durante un periodo de tiempo en el Hospital	Individual	Cualitativa	Nominal	Grado satisfacción laboral	1. Muy satisfecho 2. Satisfecho 3. Poco satisfecho 4. Nada satisfecho	Encuesta
Depresión	Trastorno de ánimo caracterizado por ánimo triste, anhedonia y disminución de energía vital.	Puntuación mayor de 7 en evaluación de la escala de Hamilton	Clínica	Cualitativa	Numérica	Depresión	1= Muy severo: > 23 2=Severo: 19 - 22 3=Moderado: 14 - 18 4=Leve: 08-13 Normal: 7 ó <	Escala de depresión de Hamilton
Síndrome de Burnout	Respuesta al estrés laboral crónico, afecta en mayor o menor medida a un colectivo profesional importante.	Puntaje mayor de cero de cada uno de los componentes del Maslach Burnout inventory.	Clínica	Cualitativa	Numérica	Síndrome de Burnout	<u>Cansancio emocional:</u> >=27 : alto nivel 17-26 : intermedio <=16 : nivel de Burnout bajo o muy bajo <u>Despersonalización:</u> >=13 : nivel alto 7-12 : nivel medio <=6: bajo nivel de despersonalización <u>Realización personal:</u> >=39 : baja sensación de logro 32-38 : intermedia 0-31 alta realización 1. Sí 2. No	Maslach Burnout Inventory Human Services versión en español.

4. MATERIALES Y METODOS

4.1. Diseño de estudio

El tipo y diseño de estudio será cuantitativo, observacional analítico transversal.

El estudio será cuantitativo, porque se van a recoger y analizar datos cuantitativos sobre las variables planteadas en el estudio. Además se realizará un estudio de tipo observacional analítico transversal, debido a que no se manipulan las variables a medir, se harán uso de escalas tanto de Hamilton y de Maslach que identifican a los síntomas depresivos y el síndrome de Burnout, respectivamente, así como es analítico porque se van a establecer prevalencias y asociaciones entre estas dos variables.

1.2. Población de estudio

El Hospital Nacional Daniel A. Carrión es la Institución de Salud de mayor complejidad en la red de establecimientos en la Provincia Constitucional del Callao, es un hospital categoría III-1 con dependencia Administrativa de la Dirección de Regional de Salud I.

Consta con 56 médicos residentes (entre médico residente de primer año, médico residente de segundo año y médico residente de tercer año, los cuales formarán parte de nuestra población así como todos los internos de medicina (83 en total), que en el año 2015 y en el momento de la aplicación de la encuesta estén rotando por los diferentes servicios de Medicina de dicho Hospital. Con el total de población obtenida se hará un muestreo por conveniencia. En este caso se intentará recopilar la mayor cantidad de encuestas.

FIGURA A: Hospital Nacional Daniel A. Carrión – Callo 2015



Fuente: Investigador

4.3. Criterios de inclusión

- Ser médico general, que este haciendo la especialidad médica de las diferentes ramas médicas o interno de medicina que labore y esté rotando en los diferentes servicios de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015.
- Médicos residentes cuya especialidad dure tres años a más.
- Haber aceptado participar en la investigación.
- Permanencia laboral de por lo menos 2 semanas.

4.4. Criterios de exclusión

- Médicos residentes que tengan alguna especialidad médica y actualmente estén realizando el residentado médico para su segunda o tercera especialidad.
- Rechazar la participación en la investigación
- Permanencia laboral de menos de 2 semanas.

4.5. Recolección de datos

La recolección de datos estará a cargo del tesista, quien aplicará el Consentimiento Informado y un solo cuestionario que contendrá los datos generales de cada personal de salud así como las escalas de Hamilton y

Maslach Burnout Inventory Human Services versión en español a los médicos internistas, residentes e internos que se encuentren laborando en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2015.

4.6. Análisis de datos

Para tener una visión general de la muestra obtenida, se obtendrán las frecuencias respectivas de las variables de datos generales de los encuestados, como son sexo, estado civil, profesión y la media de la edad de los encuestados por sexo.

La información contenida en las encuestas será ingresada a una matriz de datos en MS Excel 2010 para su control de calidad y limpieza. Todos los análisis estadísticos serán realizados en el programa estadístico Stata 14 ®.

Para estimar la asociación entre el Síndrome de Burnout y la prevalencia de síntomas depresivos controlando por potenciales confusores, se utilizará chi cuadrado y regresión logística binaria. Se estimarán odds ratio (OR) crudos y odds ratio (OR) ajustados con sus respectivos IC 95%.

Instrumentos de medición

Se aplicará un solo cuestionario que incluya tres partes diferentes. El primero será para obtener las variables sociodemográficas de los encuestados (ANEXO I-parte I). El cuestionario fue evaluado mediante una escala tipo *Likert* con siete (7) opciones de respuestas, considerando desde cero (0) a seis (6) en base a la norma americana y adaptada a la española (Catalana), obteniéndose una clasificación de nivel bajo, intermedio y alto para cada dimensión (CUADRO N°2). Se utilizó una versión traducida y validada en el Perú mediante entrevistas personales y entrega del instrumento en sobre cerrado^{61, 62} del Maslacha Burnout Inventory (MBI). Se tomarán en cuenta sus tres dimensiones: desgaste emocional (9 ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20), despersonalización (5 ítems: 5, 10, 11, 15 y 23) y realización personal (8 ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 22) (ANEXO I-parte II).

CUADRO N° 2 Categorización de puntaje del MBI

Componente	Bajo	Moderado	Alto
Desgaste emocional	<= 16	17-26	>= 27
Despersonalización	<=6	7-12	>=13
Realización personal	>=39	32-38	<= 31

Fuente: Investigador

La presencia de Burnout se evidencia cuando se puntúa como alto en los componentes de cansancio y despersonalización y como bajo en el de realización personal.

Los síntomas depresivos y su umbral de severidad serán evaluados mediante la Escala de Hamilton para depresión, que estima la gravedad de los síntomas depresivos. Es una escala de 17 ítems que se clasifican según su severidad en (ANEXO I-parte III):

- Muy severo : >23 puntos
- Severo : 19-22 puntos
- Moderado: 14-18 puntos
- Leve: 08-13 puntos
- Normal: 07 ó < puntos

4.7. Aspectos éticos

El proyecto de investigación será presentado para su aprobación al Comité de Investigación, ente comprendido dentro de la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Además, se brindará la información sobre el desarrollo del trabajo de investigación cuando sea requerida por dicho comité.

El investigador se compromete a mantener la confidencialidad de la información y resultados obtenidos en la presente investigación de la persona que es sujeto de investigación. Por ello en la Encuesta no se solicita nombre al participante.

Se hará de conocimiento al posible participante el motivo de la investigación y se dejará a decisión de este su asentimiento para responder a las preguntas de la Encuesta. (ANEXO 2)

4.8. Aspectos administrativos

4.8.1. Presupuesto

CUADRO N° 3: Presupuesto del estudio

RUBRO	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL SOLES
SERVICIOS			
Movilidad	3	15	45
Fotocopias	0.10	100	10
Impresiones Blanco y negro	0.10	200	20
Impresiones Color	0.30	20	6
Anillados	2.50	2	5
SUBTOTAL			86
BIENES			
Material escritorio			
- Lapiceros	0.5	4	2
- Lápices	0.5	1	0.5
- Regla	1	1	1
- Borrador	1	1	0.5
- Folder con hojas	0.5	6	3
- Corrector ortográfico de papel	3.5	1	3.5
USB	40	1	40
INTERNET	100	1	100
SUBTOTAL			150.5
TOTAL			236.5

Fuente: Investigador

4.9.2 Cronograma de actividades

CUADRO N° 4: cronograma de actividades

ACCIONES	SEMANA													
	1	2	3	4	5	6	7	a	18	19	20	21	22	23
Elaboración del proyecto	x	x	x											
Aprobación del Hospital II Cañete ESSALUD			x	x										
Aprobación por la facultad					x	x								
Recolección de datos							x	x	x	X	x			
Tabulación de datos									x	X	x			
Procesamiento de resultados										X	x			
Análisis de resultados											x	x		
Elaboración de informe final												x		
Aprobación y designación de Jurado de Tesis												x	x	
Sustentación de tesis													x	x
Inicio de trámites para publicación														x

Fuente: Investigador

5. RESULTADOS

Características de la muestra

De la población que se estimaba aplicar el instrumento inicialmente (139 personas) se pudo obtener una muestra que estuvo conformada por 120 personas de los cuales 81 eran internos de medicina y 39 médicos residentes. El resto de la población en la que inicialmente iba ser aplicada el instrumento fue excluida debido a la negativa de participar en la encuesta, al igual que el grupo que tuvo un mal llenado de esta.

Las edades oscilaban entre 22 – 40 años, con un promedio de edad de 27.13 años, el género tuvo una distribución asimétrica: 54.17% de hombres vs. 45.83% de mujeres. El 92.5% eran solteros, 4.2% casados, 2.5% convivían y 0.8% eran divorciado.

El total de internos en el estudio fue 81 (67.5%) y de residentes fue 39 (32.5%), de los cuales 67.5% percibían un sueldo menos 1000 soles y 32.5% percibían un sueldo de 3000 soles a más. El tiempo laboral tuvo un punto de corte de un año, siendo así: menos de un años 76.5% y de uno a cuatro años 23.5%. La satisfacción tuvo como resultado de 16.7% muy satisfecho, 36.6% satisfecho, 39.2% poco satisfecho y 7.5% nada satisfecho (tabla1).

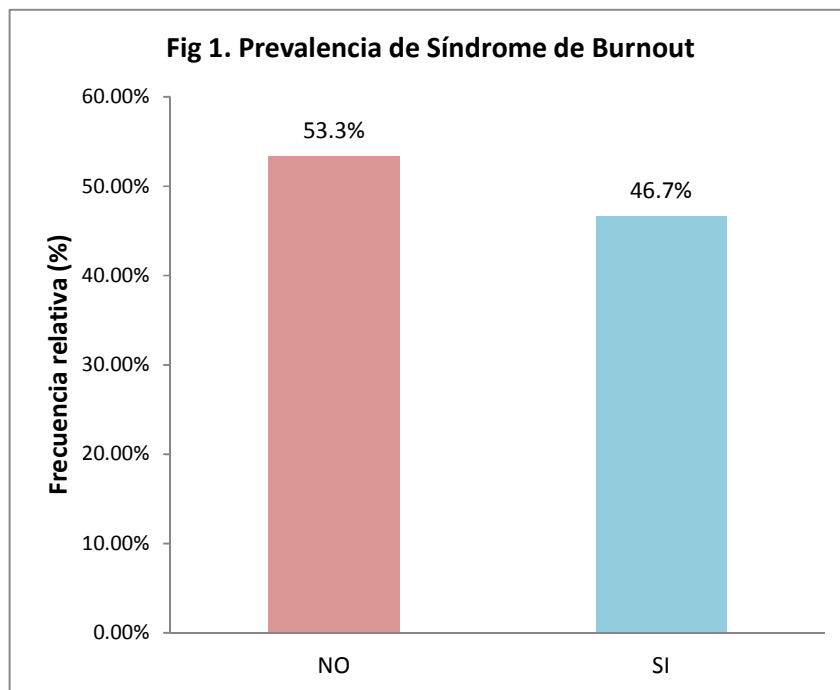
Tabla 1. Características sociodemográficas y prevalencia de Síndrome de Burnout según variables estudiadas

Variable	Total	Síndrome de Burnout		p
	n (%)	Si (%)	No (%)	
Género				
Masculino	65 (54.17%)	32 (26.7%)	33 (27.5%)	0.334
Femenino	55 (45.83%)	24 (20.0%)	31(25.8%)	
Edad				
22 - 30 años	102(85%)	50	52	0.385
31 - 40	18(15%)	6	12	
Estado Civil				
Soltero	111 (92.5%)	53	58	0.417
Casado	5 (4.2%)	1	4	
Conviviente	3 (2.5%)	2	1	
Divorciado	1 (0.8%)	0	1	
Profesión				
Residente	39 (32.5%)	15 (12.5%)	24 (20.0%)	0.146
Interno	81 (67.5%)	41(34.2%)	40 (33.3%)	
Sueldo				
Menos de 1000 soles	81 (67.5%)	41	40	0.146
De 3000 soles a más	39 (32.5%)	15	24	
Tiempo laborando				
Menos de un año	92 (76.5%)	47	45	0.061
De 1 a 4 años	28 (23.5%)	9	19	
Satisfacción laboral				
Muy satisfecho	20 (16.7%)	1	19	<0.0001
Satisfecho	44 (36.6%)	2	42	
Poco satisfecho	47 (39.2%)	45	2	
Nada satisfecho	9 (7.5%)	8	1	

Comportamiento del Síndrome de Burnout

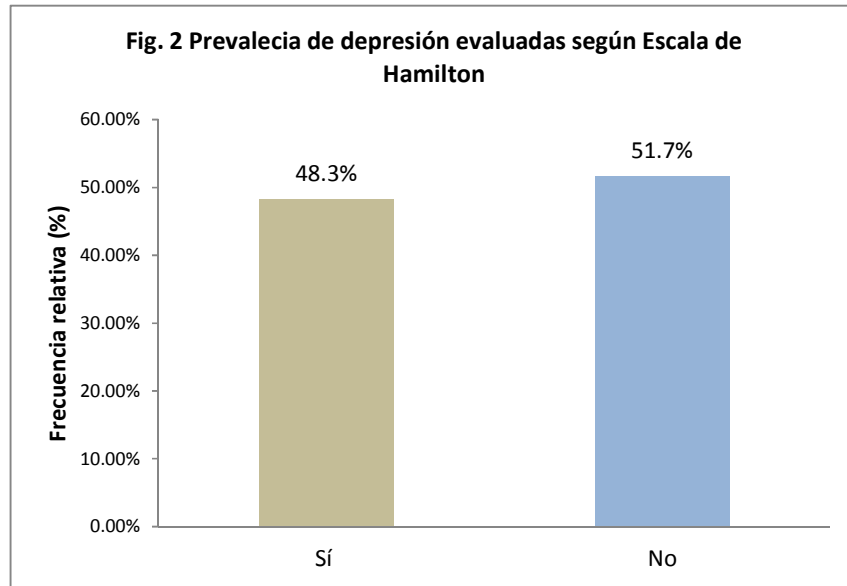
La prevalencia global del Síndrome de Burnout se observa en la Figura 1, el cual fue 46.7%.

En la tabla 1 se observa que de todos los que tienen Síndrome de Burnout, 15 son médicos residente representando una prevalencia global de 12.5% y 41 son internos representando una prevalencia global de 34.2%. La prevalencia de Síndrome de Burnout según sexo es: 26.7% masculino y 20.0% femenino.



Síndrome de Burnout y Depresión

La Prevalencia global de la Depresión se observa en la Figura 2, el cual fue 48.3%.



La prevalencia de depresión en médicos residentes es 13.3%, en internos de medicina es 35.0%. Con respecto al género vemos que la prevalencia en el sexo masculino y femenino es 27.5% y 20.8% respectivamente (Tabla2)

Tabla 2. Prevalencia de Depresión por género y profesión

Variable	Total n (%)	Depresión				p
		Sí		No		
		n	%	n	%	
Género						
Masculino	65 (54.2%)	33	27.5	32	26.7	0.174
Femenino	55 (45.8%)	25	20.8	30	25.0	
Profesión						
Residente	39 (32.5%)	16	13.3	23	19.2	0.725
Interno	81 (67.5%)	42	35.0	39	32.5	

Considerando la exposición que vendría hacer el Síndrome de Burnout (SBO) y la consecuencia o resultado la depresión, se obtiene un OR: 83.06, lo que nos indica que el Síndrome de Burnout desarrollan 83 veces más depresión que de los que no sufren de Síndrome de Burnout con un intervalo de confianza (IC 95%) de un rango de 24.81 – 278.04 y ($p < 0.001$) lo que hace que la asociación sea estadísticamente significativa (Tabla 3).

Tabla 3. Asociación de la depresión y Síndrome de Burnout

	Depresión				p	OR	IC (95%)
	SÍ		NO				
	n	%	n	%			
Síndrome de Burnout							
SÍ	51	42.50	5	4.17	<0.0001	83.06 (24.81-278.04)	
NO	7	5.83	57	47.50			

El análisis estadístico bivariado no mostró significancia estadística entre la presencia de Burnout y edad: $p = 0.385$, sexo: $p = 0,334$, estado civil: $p = 0,0.385$, profesión: $p = 0,146$, sueldo: $p = 0.146$, tiempo laborando: $p = 0.061$. En contraste, la satisfacción laboral demuestra una asociación con la presencia de Burnout ($p = 0.0001$) (Tabla 1).

6. DISCUSIÓN

Este estudio presenta la experiencia de síndrome de Burnout (SBO) en residentes e internos de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en la ciudad de Lima; en Perú son pocos los estudios acerca del síndrome de Burnout en residentes e internos de medicina a pesar que este constituye un problema emergente dado los altos niveles de exigencia física, psicológica y social a la cual se encuentran sometidos el personal de salud en su quehacer aunado a la normatividad lesiva en términos de contratación que las regula.

Hay que considerar que el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión se encuentra en la región Callao, considerado una región de alta peligrosidad, por ende la sociedad tiende a ser más violenta, problema que debe afrontar los médicos residentes e internos de medicina es su labor diario en dicho nosocomio.

Es necesario tener en cuenta lo que indica el estudio realizado en la Clínica Mayo, en Estados Unidos, que expresa: “la medicina no sólo quema a los médicos; los estudiantes de medicina ya empiezan a experimentar algunos síntomas de lo que se conoce como síndrome de desgaste profesional o Burnout antes incluso de empezar su vida laboral⁵⁰. Esto probablemente explicado por su identificación con el ejercicio profesional.

A nivel mundial la prevalencia en médicos generales se encuentra entre el 43% y 45% y en residentes entre 47 a 76%⁵¹, aunque hay publicaciones que amplían este rango desde un 18% hasta 80.2%⁵². Otro estudio realizado en Lima, en el Hospital Cayetano Heredia en el año 2007 muestra una prevalencia de 51.4%⁵³ y durante el año 2011 de 54.9%⁵⁴, en nuestro estudio se halló una prevalencia global del Síndrome de Burnout de 46.7%, resultado que estaría dentro del rango de prevalencia obtenida a nivel mundial, además que estaría cercano a las prevalencia en estudios peruanos.

La prevalencia de SBO en médicos residentes encontrada en el estudio fue 12.5%, que estaría por debajo del rango de prevalencia descrita en un estudio similar donde el SBO varía entre 18% y 80,2^{23, 24}; esto

probablemente se deba a que la población fue asimétrica teniendo como población mayor a los internos de medicina (81 en total) y una población mucho menor de médicos residentes (39 en total).

La prevalencia de SBO en internos encontrada en el estudio fue es 34.2%, el cual sería alto a comparación de un estudio realizado en un hospital de Lima por Mariños et al, empleando el mismo criterio que en nuestro estudio, obtuvo valores de 13.4%; esto se podría explicar debido a lo anteriormente mencionado en el análisis de la prevalencia de SBO en médicos residentes.

Hay que tener en cuenta que 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.

La prevalencia global de depresión fue 48.3%, del cual a prevalencia de depresión en médicos residentes es 13.3%, en internos de medicina es 35.0%. Rosales Juseppe y cols.⁵⁵ reportan –en médicos residentes del Hospital Juárez de México– una prevalencia de depresión de 16.05%; en este caso la prevalencia de depresión en residentes, hallados en el estudio, estaría cerca al estudio citado.

Con respecto al género vemos que la prevalencia en el sexo masculino y femenino es 27.5% y 20.8% respectivamente esto no concuerda con lo reportado tanto nacional como internacionalmente, donde se sostiene que la depresión en general es más frecuente en las mujeres, y sobre todo si estas son médicas.⁵⁶

El estudio efectuado en médicos internos y residentes del Hospital de la Universidad del Valle en el 2002 expresa que se han descrito factores de riesgo para desarrollar el SOB, entre los cuales se encuentran personas jóvenes, del sexo femenino, solteros o sin pareja estable, mayores turnos laborales y rasgos de personalidad tales como personas idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio y mayores ingresos económicos⁵⁷. De lo anterior, en trabajo concuerda con ser soltero.

No se encontró asociación estadística entre SOB y el género, como tampoco entre alguna de las categorías y el sexo, a diferencia de la mayoría de los estudios que encuentran asociación entre Burnout y sexo femenino^{58, 59}. Ser soltero no presentó asociación estadística con Síndrome de Burnout; sin embargo, mostró la mayor prevalencia comparativamente con los demás grupos de estado civil. La satisfacción laboral es la única variable sociodemográfica; que en nuestro estudio, tuvo como resultado la asociación con SOB ($p < 0.001$); no hay trabajos que asocien a la satisfacción laboral y SOB pero se puede relacionar; probablemente, a que la no satisfacción laboral lleve a un estado de estrés a la persona que posteriormente desarrollara SOB, tal como lo define en su trabajo Axayacalt G, Celis M, Moreno S, Farias F y Suárez J. en su trabajo sobre Síndrome de Burnout.²⁴

Se encontró asociación entre la presencia de Síndrome de Burnout y la depresión; considerando la exposición al SBO y la consecuencia o resultado la depresión, se obtiene un OR: 83.06, lo que nos indica que los que sufren de Síndrome de Burnout tienen un alto riesgo de desarrollar depresión (IC 95%) en un rango de 24.81 – 278.04, lo que hace que la asociación sea estadísticamente significativa ($p < 0.001$), ahora no hay estudios que estimen la asociación entre depresión y SOB para así poder compararlos, pero el resultado obtenido es válido desde el punto de vista estadístico, lo que haría que el estudio sea confiable.

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 e internado médico y la exigencia en las diferentes instituciones no son homogéneos. Otra importante limitación fue el tamaño de la población; debido a que si se contara con una población más grande las asociaciones y sus estimaciones serían estadísticamente más confiables.

7. CONCLUSIONES

La prevalencia global del Síndrome de Burnout (SBO) en médicos residentes e internos de medicina encontrado fue 46.7%, dentro del cual se encontró una prevalencia de SOB en internos de medicina de 34.2% y una prevalencia de SOB en médico residentes de 12.5%.

La prevalencia global de depresión en médicos residentes e internos de medicina encontrado fue 48.3%, dentro del cual, la prevalencia de depresión en médicos residentes fue 13.3% y la prevalencia en internos de medicina fue 35.0%.

De todas las características sociodemográficas descritas en el estudio, solo la variable satisfacción laboral tuvo una asociación estadísticamente significativa (<0.0001) con el Síndrome de Burnout.

Se demostró asociación entre la depresión y el Síndrome de Burnout, Considerando como exposición el Síndrome de Burnout y la consecuencia o resultado la depresión, obteniéndose así un OR: 83.06 con IC 95%: 24.81-278.04 y $p<0.001$; lo que significa que el Síndrome de Burnout desarrolla 83 veces más depresión en personas que sufren esta enfermedad que en los que no la padecen. En general se demuestra que el Síndrome de Burnout es un factor de riesgo alto, estadísticamente significativo, para desarrollar depresión.

8. RECOMENDACIONES

El Síndrome de Burnout es una enfermedad de origen laboral que se viene presentando a diario en diferentes profesiones, sobre todo relacionado a la salud, y es alarmante la incidencia de casos en todo el mundo, la clave está en detectar el problema e intervenir antes de que sea demasiado tarde.

A nivel individual se deben buscar estrategias encaminadas a minimizar los efectos del Burnout, se debe pasar por detectar y atacar las fuentes generadoras de estrés. Según Gil Monte (2005)⁶⁰ “se hace necesario el entrenamiento en la solución de problemas, en la asertividad y manejo del tiempo”. Por ello se recomienda a los mandos directivos del hospital, trazar un programa de intervención a los factores que devela esta investigación que son intervenibles y cuyos indicadores distan de ser los mejores.

En este sentido los especialistas del tema recomiendan acciones sencillas como olvidarse de los problemas laborales fuera del trabajo, realizar prácticas de relajación, como parar y realizar pequeños descansos a lo largo de la jornada laboral, estas intervenciones deben direccionarse de la sección de salud ocupacional de la institución con apoyo de un profesional en psicología.

Es indispensable que el hospital de referencia dentro de su sistema general de riesgos laborales implemente planes para que tiendan al mejoramiento del clima organizacional, también se hace necesario el seguimiento de los casos que se hayan detectado con el síndrome de Burnout y se busquen mecanismos a través del programa de medicina preventiva.

9. 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. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). México, Masson S.A, 1996.
8. Gómez C, Rodríguez N. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 1997; 26 (1): 23-35.
9. Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA* 2003; 289(23): 3161-6.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.

14. 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.
15. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA* 2010; 304(11):1181-90.
16. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:397-422.
17. Thomas M, Pereira S. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Rev Postgdo VI Cátcd Med.* 2006; 153(2):25-29.
18. David M, Howard E. Fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med.* 2002; 347:1249- 1255.
19. Martínez Pérez, Anabella (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia.* nº 112. Septiembre. 2010
20. Morse G, Salyers M, Rollins A. Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation. *Adm Policy Ment Health;* 2012; 39(5): 341–352
21. Atance J. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO. *Revista Española de Salud Pública;* 1997; 71(3).
22. Palmer Y, Gomez-Vera A, Cabrera Pivaral C, Prince Velez R, Searcy R. *Salud Mental;* 2005; 28(1):82-9.
23. Siu C, Yuen S, Cheung A. Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong Medical Journal;* 2012;18:186-92
24. Axayacalt G, Celis M, Moreno S, Farias F, Suárez J. Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias;* 2006; 11(4): 305-309
25. Méndez J. Estrés laboral o síndrome de “burnout”. *Acta Pediátrica de México* 2004;25(5):299-302.
26. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced Burnout. *J Occupational Behavior* 1981; 2: 99-113.

27. Albaladejo R y cols. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 2004; 78(4).
28. Alarcón J, Vaz F, Guisado J. Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*; 2001; 28, 358-381.
29. Shanafelt T, Sloan J, Habermann T. The well-being of physicians. *American Journal of Medicine*; 2003; 114 (6): 513-519.
30. Pablo R, Suberviola J. Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*. 1998; 22(9):580-4.
31. Dyrbye L, Thomas M, Huntington J et al. Personal life events and medical student burnout: A multicenter study. *Acad Med* 2006; 81 (4): 374-384.
32. Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*; 2002; 136 (5): 358-367.
33. Goitein L, Shanafelt T, Wipf J, Slatore C, Back AL. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *Arch Intern Med*; 2005; 165 (22): 2601-2606.
34. Quiroz R, Saco S. Factores asociados al Síndrome Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este De Essalud Del Cusco. *Situa-XXIII*; 2004. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/enPDF/a04.pdf
35. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colombia Médica* 2004; 35(4):173-8.
36. Estela-Villa L, Jiménez-Román C, Landeo-Gutiérrez J; Tomateo-Torvisco J; Vega-Dienstmaier J. Prevalencia de síndrome de burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Revista de neuropsiquiatría*; 2010; 73(4):147-156.

37. Martínez C, López G. Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. Arch Medicina Familiar 2005; 7 (1):6-9
38. Ortega C, López F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology; 2004; 4(1):137-160.
39. Centro de prensa: La Depresión, Organización Mundial de la Salud (OMS) octubre 2015. Nota descriptiva N°369.
40. Guerrero E, Vicente F. Síndrome de “burnout” o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado. Extremadura: Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura. 2001.
41. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lönnqvist J. The relationship between job-related burnout and depressive disorders--results from the Finnish Health 2000 Study. Journal of Affective Disorders. 2005; 88(1):55-62.
42. Pérez E. Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos Residentes. Medicina Interna de México. 2006; 22:282-6
43. Aguilar A, Gutiérrez R. El fenómeno de Burnout en médicos de dos hospitales de la ciudad de Lima-Perú. Revista de psicología Herediana. 2007; 2(1).
44. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. ColombMed 2004; 35: 173-178. XLV
45. Martini S, Arfken S, Balon R. Comparison of Burnout among medical residents before and after the implementation of work hours limits. Acad. Psychiatry 2006; 30: 352-355.
46. Borda Pérez, M. Navarro Lechuga, E. Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte. Barranquilla. 2007; 23(1). Pag43-51.
47. Barco V, Miranda Y, Herrera D. El Síndrome de Burnout en enfermeros básicos del segundo año de la carrera. Rev Cubana Enfermer 2008; 24:3-4.

48. Estela Villa, L. Jiménez Román, C. Prevalencia de Síndrome de Burnout en alumnos del séptimo año de Medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiat*. 2010; 73(4). Pag143-156.
49. Rosales Y. Estudio unidimensional del síndrome de burnout en estudiantes de medicina de Holguín. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2012; 32(116): 795-803.
50. Dyrbye, L. Shanafelt, T. Estudiantes de medicina y médicos quemados. Disponible en: [file:///D:/SILVIA/nueva/noticias/Intra- Med%20-%20Notic...iantes%20de%20medicina %20y%20médicos%20'quemados'.htm](file:///D:/SILVIA/nueva/noticias/Intra-Med%20-%20Notic...iantes%20de%20medicina %20y%20médicos%20'quemados'.htm)
51. Méndez A. Síndrome de Burnout en médicos residentes. Ejercicio como estrategia para su disminución. *An. Med (Mex)*. 2001, 56(2): 79-84.
52. Thomas N. Resident Burnout. *JAMA*. 2004, 292(23): 2880-2889.
53. 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: 26.
54. Mariños A, Otero M, Tomateo J, Málaga G. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima.
55. Rosales Juseppe JE, Gallardo Contreras R, Conde Mercado JM. Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2005;10(1):25-36.
56. Whitley T. Work-related stress and depression among practicing emergency physicians: an international study. *Ann Emerg Med*. 1994;23(5):1068-71.
57. Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle. Colombia Médica*. 2004; 35(4):173-174.
58. Ortega C, López F. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psicol*. 2004; 4(1):137-160.

59. Bustinza A, López C, Carrillo A, et al. Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. *Anales Españoles de Pediatría* 2000; 51: 28-33.
60. Gil Monte, P; Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid.
61. Llaja V. Síndrome de Burnout en el Departamento de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud. Lima: *Revista de la Asociación de Docentes de la Universidad San Martín de Porres*; 2002.
62. Arauco OG, Enciso VJ, García MR. Factores sociodemográficos y síndrome de Burnout en el profesional de enfermería del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis de Licenciatura. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004.

10. ANEXOS

ANEXO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ENCUESTA N°__

PARTE I: Por favor, responda con sinceridad a las siguientes preguntas.

Profesión:

1. ___ Médico residente
2. ___ Interno de medicina

Edad: _____

Sexo: 1. M 2. F

¿Cuál es su estado civil?:

1. Soltero
2. Casado
3. Conviviente
4. Divorciado
5. Viudo

¿Cuánto tiempo lleva laborando en los servicios de medicina del HNDAC?:

1. <1 años
2. 1 a 4 años
3. 5 a 10 años
4. Más de 10 años

Actualmente, ¿Cuánto gana mensualmente por su trabajo en el hospital?:

1. <1000 soles
2. 1000 a 1999 soles
3. 2000 a 2999 soles
4. 3000 a más soles

¿Usted qué tan satisfecho se siente de laborar durante ese periodo de tiempo en el HNDAC?

1. Muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Poco satisfecho
4. Nada satisfecho

MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

PARTE II: A continuación tendrá que responder marcando con una “x” en los casilleros **del 0 al 6**, qué tan seguido se siente en las siguientes situaciones:

Teniendo en consideración la frecuencia de:

0: Nunca

1: Pocas veces al año o menos

2: Una vez al mes

3: Pocas veces al mes o menos

4: Una vez a la semana

5: Pocas veces a la semana

6: Todos los días

	FRECUENCIA						
	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agobiado por mi trabajo							
2. Me siento cansado al final de la jornada de mi trabajo							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes							
5. Creo que trato a algunos paciente como si fueran objetos impersonales							
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
7. Trabajo muy eficazmente los problemas de los pacientes.							
8. Me siento ‘quemado’ por mi trabajo.							
9. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas							

10. Me he vuelto más sensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.							
12. Me siento muy activo.							
13. Me siento frustrado en el trabajo							
14. Creo que estoy trabajando demasiado.							
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes.							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.							
20. Me siento acabado.							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.							

ESCALA DE HAMILTON

PARTE III

Encierre en un círculo la puntuación que corresponda a su respuesta. De acuerdo a su apreciación, ¿Ha sentido alguno de estos síntomas, en las últimas dos semanas?

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad	0 = Ausente 1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente 2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) 4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea
2. Sentimiento de culpa:	0 = Ausente 1 = Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio:	0 = Ausente 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

	<p>2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse</p> <p>3 = Ideas de suicidio o amenazas</p> <p>4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)</p>
4. Insomnio precoz:	<p>0 = No tiene dificultad</p> <p>1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño</p> <p>2 = Dificultad para dormir cada noche.</p>
5. Insomnio intermedio:	<p>0 = No hay dificultad</p> <p>1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche</p> <p>2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)</p>
6. Insomnio tardío:	<p>0 = No hay dificultad</p> <p>1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir</p> <p>2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</p>
7. Trabajo y actividades:	<p>0 = No hay dificultad</p> <p>1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)</p> <p>2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)</p> <p>3 = Disminución del tiempo actual dedicado a</p>

	<p>actividades o disminución de la productividad</p> <p>4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.</p>
<p>8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):</p>	<p>0 = Palabra y pensamiento normales</p> <p>1 = Ligero retraso en el habla</p> <p>2 = Evidente retraso en el habla</p> <p>3 = Dificultad para expresarse</p> <p>4 = Incapacidad para expresarse</p>
<p>9. Agitación psicomotora:</p>	<p>0 = Ninguna</p> <p>1 = Juega con sus dedos</p> <p>2 = Juega con sus manos, cabello, etc.</p> <p>3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado</p> <p>4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios</p>
<p>10. Ansiedad psíquica:</p>	<p>0 = No hay dificultad</p> <p>1 = Tensión subjetiva e irritabilidad</p> <p>2 = Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla</p> <p>4 = Expresa sus temores sin que le pregunten</p>
<p>11. Ansiedad somática (Signos</p>	<p>0 = Ausente</p> <p>1 = Ligera</p>

<p>físicos concomitantes de ansiedad tales como:</p> <p>Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc.</p> <p>Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas.</p> <p>Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada.</p> <p>Transpiración):</p>	<p>2 = Moderada</p> <p>3 = Severa</p> <p>4 = Incapacitante</p>
<p>12. Síntomas somáticos gastrointestinales:</p>	<p>0 = Ninguno</p> <p>1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
<p>13. Síntomas somáticos generales:</p>	<p>0 = Ninguno</p> <p>1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica con 2 puntos.</p>
<p>14. Síntomas genitales (tales como:</p>	<p>0 = Ausente</p>

disminución de la libido y trastornos menstruales):	1 = Débil 2 = Grave
15. Hipocondría:	0 = Ausente 1 = Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2 = Preocupado por su salud 3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda
16. Pérdida de peso:	A. Según manifestaciones del paciente: 0 = No hay pérdida de peso 1 = Probable pérdida de peso asociada con enfermedad actual 2 = Pérdida de peso definida.
17. Conciencia de enfermedad:	0 = Se da cuenta que está deprimido y enfermo 1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 3 = No se da cuenta que está enfermo

Gracias por participar. Que tenga buen día

ANEXO 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reciba cordiales saludos,

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Villavicencio Castro, Jerson, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La meta de este estudio es medir la posible asociación de síntomas depresivos con el Síndrome de Burnout en su labor médica diaria.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de la presente encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.