

Artículo original

Asociación entre horas laboradas diariamente y presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Perú



Carlos Alva-Díaz^{a,b,c,g,*}, Wendy Nieto-Gutiérrez^{d,g}, Alvaro Taype-Rondán^{e,f}, Raúl Timaná-Ruiz^{f,g}, Percy Herrera-Añazco^{h,i,g}, David Jumpa-Armas^{f,g}, Seimer Escobedo-Palzae^{j,e} y Consejo Nacional de Residencia Médico (CONAREME)

^a Servicio de Neurología, Departamento de Medicina, Hospital Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú

^b Universidad Científica del Sur, Facultad de Ciencias de la Salud, Lima, Perú

^c Red de Eficacia Clínica y Sanitaria, Lima, Perú

^d Facultad de Medicina Humana, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú

^e Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencias en Salud, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú

^f Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud en Investigación, EsSalud, Lima, Perú

^g CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

^h Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú

ⁱ Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú

^j Sociedad Peruana de Administración en Salud, Lima, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de junio de 2018

Aceptado el 8 de marzo de 2019

On-line el 22 de abril de 2019

Palabras clave:

Educación médica

Depresión

Salud mental

Jornada de trabajo

Condiciones de trabajo

RESUMEN

Introducción: Los médicos residentes que laboran más horas diarias son propensos a sufrir problemas de salud mental como la depresión, tema que se ha estudiado poco. Por ello, el presente estudio tiene por objetivos determinar la prevalencia de los síntomas depresivos y evaluar la asociación entre el número de horas diarias laboradas y la presencia de síntomas depresivos en residentes del Perú.

Métodos: Estudio transversal analítico que usó la base de datos de la Encuesta Nacional para Médicos Residentes-2016, una encuesta voluntaria realizada virtualmente por el Consejo Nacional de Residencia Médico de Perú a médicos que realizaban su residencia en este país. Se consideró presencia de síntomas depresivos una puntuación ≥ 3 con la escala Patient Health Questionnaire-2. Las horas laboradas diariamente se tomaron mediante una pregunta directa. Para evaluar la asociación de interés, se calcularon razones de prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%) usando regresiones de Poisson brutas y ajustadas con varianza robusta.

Resultados: Se evaluaron las respuestas de 953 residentes (el 41,3% mujeres; media de edad, 32,5 años), de los que el 14,6% tenía síntomas depresivos. En el análisis ajustado, se encontró que la prevalencia de síntomas depresivos aumentaba por cada hora laborada adicional (RP = 1,11; IC95%, 1,04-1,17).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlos.alexander.alva@gmail.com (C. Alva-Díaz).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.03.007>

0034-7450/© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Uno de cada 7 residentes presentó síntomas depresivos. Por cada hora laborada diariamente extra, la frecuencia de síntomas depresivos aumentó un 11%.

© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Association between daily working hours and depressive symptoms in resident physicians in Peru

A B S T R A C T

Keywords:

Medical education
Depression
Mental health
Working day
Working conditions

Introduction: Resident physicians who work more hours a day are prone to suffer mental health problems such as depression, a subject that has been little studied. In this regard, the aim of this study was to determine the prevalence of depressive symptoms and to evaluate the association between the number of daily working hours and depressive symptoms in Peruvian residents.

Methods: Analytical cross-sectional study that used the database of the National Survey for Resident Physicians-2016, a voluntary survey issued virtually by the National Council of Medical Residency of Peru to physicians who were undertaking their residency in Peru. The presence of depressive symptoms was considered as having obtained a score ≥ 3 with the Patient Health Questionnaire-2 scale. The number of hours worked each day was collected through a direct question. To assess the association of interest, prevalence ratios (PR) and their 95% confidence intervals (95% CI) were calculated using crude and adjusted Poisson regressions with robust variance.

Results: The responses of 953 residents (41.3% women, mean age: 32.5 years) were evaluated, 14.6% of which presented depressive symptoms. In the adjusted analysis, it was found that the prevalence of depressive symptoms increased for each additional hour worked (PR = 1.11; 95% CI, 1.04-1.17).

Conclusions: One in seven residents had depressive symptoms. For every extra daily working hour, the frequency of depressive symptoms increased by 11%.

© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los médicos residentes, debido a sus condiciones laborales y académicas, pueden estar especialmente expuestos a sufrir problemas de salud mental como es la depresión¹⁻⁴. De manera que un reciente metanálisis que evaluó 54 estudios estimó una prevalencia de depresión o síntomas depresivos en residentes del 28,8%, aunque los resultados tenían una elevada heterogeneidad⁵. La depresión en esta población no solo afecta a la calidad de vida de los residentes⁶, sino que genera un impacto negativo en la calidad de la atención que brindan a sus pacientes, así como un mayor riesgo de cometer errores médicos como la prescripción errónea de medicamentos^{7,8}.

La etapa de residencia del médico especialista en formación suele exigir del médico muchas horas de dedicación, lo cual significaría mayor carga laboral y menos tiempo disponible para el ocio, la relajación, la búsqueda de ayuda e incluso para el sueño. Todo ello podría afectar a la salud mental de los médicos residentes⁹. Sin embargo, revisiones previas han encontrado resultados contradictorios con respecto al impacto de la disminución del número de horas laboradas a menos de 80 h por semana en Estados Unidos (según lo recomendado por el *Accreditation Council for Graduate Medical Education* [ACGME])⁸ en el bienestar o *burnout* de los

residentes¹⁰. Debido a estos resultados contradictorios, en Estados Unidos se está desarrollando el estudio *Flexibility in Duty Hour Requirements for Surgical Trainees (FIRST)*¹¹, un ensayo pragmático que busca evaluar si el cambio de las políticas de horas de servicio de los programas de residencia de cirugía general afecta a variables de educación médica y bienestar de los residentes.

Por otro lado, son pocos los estudios que han evaluado la asociación entre el número de horas laboradas y los síntomas de depresión. Un estudio realizado en 13 hospitales de Estados Unidos encontró una asociación positiva entre el número de horas laboradas y la depresión⁴, en tanto que 3 estudios que evaluaron a residentes de cirugía², medicina interna¹² y diferentes especialidades¹³ en Estados Unidos, antes y después de implementar la limitación de horas de la ACGME, no encontraron una disminución significativa en la presencia de síntomas depresivos.

Latinoamérica es una región caracterizada por los bajos ingresos del personal de salud¹⁴, así como la escasez de profesionales de salud y las deficiencias de insumos en sus establecimientos de salud¹⁵. Esto podría significar un riesgo añadido para la salud mental de los médicos residentes, en especial de quienes están expuestos a estas condiciones laborales por un mayor número de horas semanales. Sin

embargo, pocos estudios han evaluado la prevalencia de síntomas depresivos en residentes en Latinoamérica¹⁶⁻²¹, y no se han encontrado estudios que hayan evaluado la asociación entre horas laboradas y la presencia de síntomas depresivos en esta región.

Por ello, el presente estudio tiene por objetivo determinar la prevalencia de síntomas depresivos y evaluar la asociación entre el número de horas laboradas y los síntomas depresivos en residentes del Perú.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se trata de un estudio transversal analítico. Se realizó un análisis secundario de la Encuesta Nacional para Médicos Residentes 2016 (ENMERE-2016) realizada por el Comité Nacional del Residentado Médico del Perú (CONAREME). La metodología detallada se ha publicado con anterioridad²².

Población de estudio, muestra y criterios de selección

Conformaron la población de estudio los médicos que estaban realizando el residentado en alguna universidad del Perú durante junio de 2016. La muestra por conveniencia incluyó a los residentes que hubieran participado en la ENMERE-2016. Se excluyó a aquellos que no brindaron información del desenlace o la exposición de interés.

Contexto

Los médicos que deseen realizar el residentado en Perú deben postularse a las plazas ofrecidas por alguna de las universidades acreditadas por la CONAREME. Su ingreso dependerá de una serie de puntuaciones, incluida la obtenida en un examen de conocimientos. Para el año 2016, 7 universidades de Lima y 16 universidades de otras ciudades del Perú estaban certificadas para desarrollar programas de residencia médica²³.

Los médicos que ingresen a la residencia elegirán la sede u hospital donde laborarán durante la mayor parte de su residentado. Estas sedes son administradas por el Ministerio Nacional de Salud (MINSA), los gobiernos regionales, el Ministerio de Trabajo (Seguro Social de Salud [EsSalud]), las sanidades (fuerzas armadas o policía) o entidades privadas.

Procedimientos

La encuesta usada en ENMERE-2016 fue diseñada por CONAREME a base de consultas con médicos residentes, consultas con especialistas e investigadores en educación médica y estudios previos. Esta encuesta fue evaluada por grupos focales de médicos residentes y expertos en educación médica, para garantizar que sea entendible para los participantes y que se estén abordando los temas más relevantes relacionados con los problemas del residentado peruano.

Durante junio del 2016, esta encuesta se puso a disposición de todos los residentes del Perú de manera virtual mediante la plataforma de la página oficial de CONAREME²³. CONAREME invitó a todos los residentes de Perú a participar en

esta encuesta mediante el envío de correos electrónicos, anuncios en la página oficial de Facebook de CONAREME y anuncios en periódicos peruanos.

La encuesta fue voluntaria. Para el acceso a la encuesta, los residentes tenían que colocar el número de su documento de identidad y aceptar su participación voluntaria. Se puso a disposición de los encuestados un correo electrónico para que pudieran enviar sus dudas sobre la encuesta. Los resultados se guardaron en la base de datos del servidor de la CONAREME.

Para el presente análisis, se solicitaron a la CONAREME los permisos correspondientes para acceder a la base de datos, sin incluir los nombres ni los documentos de identidad de los participantes.

Desenlace: síntomas depresivos

La presencia de síntomas depresivos se evaluó mediante la escala *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2)²⁴ y tomando en cuenta las modificaciones propuestas por Calderón et al.²⁵ para las preguntas en Perú. Esta escala incluye 2 preguntas que indagan sobre síntomas depresivos durante las últimas 2 semanas. Se definió presencia de síntomas depresivos como haber obtenido una puntuación ≥ 3 en dicha escala, punto de corte usado por sus buenas sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor según estudios previos^{26,27}.

Exposición: número de horas diarias laboradas

El número de horas diarias trabajadas se recolectó usando la pregunta abierta: «Tomando en cuenta el último mes, en promedio, ¿cuántas horas al día se le exigía a usted que permanezca en su sede en un día ordinario, sin contar las guardias?», que se evaluó cuantitativamente.

Otras variables

Otras variables disponibles en la base de datos, que fueron evaluadas por ser potenciales confusores según la bibliografía consultada y en la opinión de los autores, fueron: edad, sexo (varón o mujer), estado civil (soltero o casado/conviviente), ciudad del Perú donde se ubica la universidad por la que realiza el residentado (Lima o provincia), institución a la que pertenece la sede hospitalaria donde realiza su residentado (MINSA, EsSalud u otros), año de residencia (primer año, segundo año o tercer año a más) y especialidad que está cursando (clínica, quirúrgica u otras). La especialidad fue categorizada en «clínicas» si estaban relacionadas con actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas, «quirúrgicas» si estaban relacionadas con procedimientos quirúrgicos y «otras», que agrupó las respuestas relacionadas con apoyo al diagnóstico, gestión y otras no incluidas en las categorías previas.

Además, se evaluó la satisfacción sobre la docencia recibida durante el residentado (satisfecho o no satisfecho), si en algún momento de la residencia se sufrió algún tipo de violencia (ya sea violencia física, acoso sexual, violencia verbal o amenaza), el promedio de guardias realizadas en el último mes, incluidas nocturnas y diurnas (0 o <5, 5-10 o > 10), y la hora que pudo salir después de guardias nocturnas (a las 9.00 o antes, de 9.00 a 14.00 o después de las 14.00).

Métodos estadísticos

Los resultados se analizaron mediante el programa STATA v.14.0. Para los resultados descriptivos se utilizaron la media \pm desviación estándar y las frecuencias absolutas y relativas.

Para evaluar los factores asociados con la presencia de síntomas depresivos, se realizaron regresiones de Poisson brutas y ajustadas con varianza robusta, y así se calcularon las razones de prevalencias (RP) y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%), considerando significativo un valor de $p < 0,05$. El modelo ajustado incluyó las variables que obtuvieron $p < 0,20$ en los modelos brutos.

Además, se graficó la asociación de interés usando splines cúbicos restringidos con cinco knots obtenidos por defecto, como han propuesto antes otros autores²⁸.

Aspectos éticos

Este análisis secundario ha sido revisado por el comité de ética del Hospital San Bartolomé de Lima (Perú). No se contó con variables que permitan identificar a los residentes.

Resultados

Datos generales

Durante junio de 2016, realizaban la residencia en Perú 7.393 médicos, según la base de datos de la CONAREME. De ellos, 1.163 (15,7%) ingresaron a la plataforma virtual de la encuesta y contestaron al menos a la primera pregunta, pero solo 953 (12,9%) respondieron a las preguntas del PHQ-2 y de horas laboradas, por lo cual se los incluyó en los análisis del presente estudio.

De los sujetos incluidos, la media de edad fue $32,5 \pm 5,4$; 394 (41,3%) eran mujeres, 367 (38,5%) se encontraban casados o tenían algún conviviente, 616 (64,6%) realizaban su residenciado por una universidad de Lima, 621 (65,2%) lo hacían en algún hospital MINSA, 397 (41,7%) cursaban el primer año y 468 (49,1%) realizaban una residencia clínica. Además, 497 (52,2%) se sentían satisfechos con la docencia de su sede hospitalaria, 400 (47,4%) realizaron de 5-10 guardias en el último mes, 305 (37,5%) tuvieron una salida tras la guardia entre las 9.00 y las 14.00 y 394 (48,5%) después de las 14.00 (tabla 1).

Según la escala PHQ-2, 139 (14,6%) presentaban síntomas depresivos definidos por una puntuación ≥ 3 . Las horas laboradas diariamente fueron una media de $9,9 \pm 2,4$.

Horas trabajadas al día asociadas con síntomas depresivos

En el modelo bruto se encontró que, por cada hora laborada adicional, la prevalencia de síntomas depresivos adquiría un aumento significativo (RP = 1,12; IC95%, 1,06-1,18), lo cual también se observó al ajustar por otras covariables (RP = 1,11; IC95%, 1,04-1,17) (tabla 2). Al graficar esta asociación, se observa que la prevalencia de síntomas depresivos fue relativamente constante entre quienes laboraron entre 6 y 9 h diarias y presentó una asociación lineal marcada entre los que laboraron 9 h diarias o más (fig. 1).

Tabla 1 – Descripción de la población estudiada

Variables	
Tiempo trabajado (h/día)	9,9 \pm 2,4
Edad	
20-29 años	336 (35,3)
30-34 años	354 (37,2)
35-54 años	263 (27,6)
Sexo	
Varones	559 (58,7)
Mujeres	394 (41,3)
Estado civil	
Soltero	586 (61,5)
Casado o conviviente	367 (38,5)
Universidad	
Lima	616 (64,6)
Provincia	337 (35,4)
Institución	
MINSA	621 (65,2)
EsSalud	260 (27,3)
Otros	72 (7,6)
Especialidad	
Clínica	468 (49,1)
Quirúrgica	339 (35,6)
Otros	146 (15,3)
Año de residencia	
Primer año	397 (41,7)
Segundo Año	247 (25,9)
Tercer año o superior	309 (32,4)
Satisfacción en docencia	497 (52,2)
Sufrió violencia	706 (74,1)
Número de guardias el último mes	
Ninguna o menos de 5	368 (43,6)
5-10	400 (47,4)
Más de 10	76 (9,0)
Hora de salida tras la guardia	
A las 9.00 o antes	114 (14,0)
Entre las 9.00 y las 14.00	305 (37,5)
Después de las 14.00	394 (48,5)
Los valores expresan media \pm desviación estándar o n (%).	

Otros factores asociados

En el modelo ajustado se obtuvo una asociación significativa de la presencia de síntomas depresivos con cursar el segundo (RP = 1,51; IC95%, 1,07-2,14) y el tercer año de la residencia (RP = 0,59; IC95%, 0,35-1,00), sentirse satisfecho con la docencia de su sede hospitalaria (RP = 0,65; IC95%, 0,47-0,91), haber sufrido violencia en el residenciado (RP = 2,19; IC95%, 1,27-3,77) y tener una salida tras la guardia entre las 9.00 y las 14.00 (RP = 2,12; IC95%, 1,04-4,32) (tabla 2).

Discusión

Prevalencia de síntomas depresivos

El 14,6% de los residentes evaluados presentaron síntomas depresivos, definidos por un PHQ-2 ≥ 3 puntos. Solo se ha encontrado un estudio previo que haya usado dicho

Tabla 2 – Factores asociados con síntomas depresivos

	Sin síntomas depresivos	Con síntomas depresivos	RP (IC95%)	RPa (IC95%)
Tiempo trabajado (h/día)	9,6 ± 2,1	10,4 ± 2,8	1,12 (1,06-1,18)	1,11 (1,04-1,17)
Edad				
20-29 años	275 (81,8)	61 (18,2)	Ref	Ref
30-34 años	305 (86,2)	49 (13,8)	0,76 (0,54-1,08)	0,92 (0,64-1,32)
35-54 años	234 (89,0)	29 (11,0)	0,61 (0,40-0,92)	0,68 (0,43-1,07)
Sexo				
Varones	491 (87,8)	68 (12,2)	Ref	Ref
Mujeres	323 (82,0)	71 (18,0)	1,48 (1,09-2,01)	1,34 (0,97-1,87)
Estado civil				
Soltero	500 (85,3)	86 (14,7)	Ref	
Casado o conviviente	314 (85,6)	53 (14,4)	0,98 (0,72-1,35)	
Universidad				
Lima	530 (86,0)	86 (14,0)	Ref	
Provincia	284 (84,3)	53 (15,7)	1,13 (0,82-1,54)	
Institución				
MINSA	517 (83,3)	104 (16,7)	Ref	Ref
EsSalud	233 (89,6)	27 (10,4)	0,62 (0,42-0,92)	0,67 (0,44-1,02)
Otros	64 (88,9)	8 (11,1)	0,66 (0,34-1,31)	0,60 (0,26-1,37)
Especialidad				
Clínica	397 (84,8)	71 (15,2)	Ref	
Quirúrgica	288 (85,0)	51 (15,0)	0,99 (0,71-1,38)	
Otros	129 (88,4)	17 (11,6)	0,77 (0,47-1,26)	
Año de residencia				
Primer año	336 (84,6)	61 (15,4)	Ref	Ref
Segundo año	191 (77,3)	56 (22,7)	1,48 (1,06-2,04)	1,51 (1,07-2,14)
Tercer año o superior	287 (92,9)	22 (7,1)	0,46 (0,29-0,74)	0,59 (0,35-1,00)
Satisfacción en docencia				
No	370 (81,1)	86 (18,9)	Ref	Ref
Sí	444 (89,3)	53 (10,7)	0,57 (0,41-0,78)	0,65 (0,47-0,91)
Violencia				
No	229 (92,7)	18 (7,3)	Ref	Ref
Sí	585 (82,9)	121 (17,1)	2,35 (1,46-3,78)	2,19 (1,27-3,77)
Número de guardias el último mes				
Ninguna o menos de 5	322 (87,5)	46 (12,5)	Ref	
5-10	333 (83,3)	67 (16,8)	1,34 (0,95-1,90)	
Más de 10	66 (86,8)	10 (13,2)	1,05 (0,56-1,99)	
Hora de salida tras la guardia				
A las 9.00 o antes	106 (93,0)	8 (7,0)	Ref	Ref
Entre las 9.00 y las 14.00	257 (84,3)	48 (15,7)	2,24 (1,09-4,60)	2,12 (1,04-4,32)
Después de las 14.00	330 (83,8)	64 (16,2)	2,31 (1,14-4,69)	1,95 (0,97-3,93)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; RP: razón de probabilidades.
Los valores expresan media ± desviación estándar o n (%).

instrumento en médicos residentes con un punto de corte ≥ 3 , y comunica una prevalencia de PHQ-2 ≥ 3 del 15,1% de los residentes de la Universidad de Nueva York (Estados Unidos)²⁹, cifra similar a la encontrada en el presente estudio.

También estos resultados son comparables a los de otros estudios realizados en médicos residentes con diferentes instrumentos, de manera que una revisión sistemática que evaluó 54 estudios encontró una prevalencia media del 28,8%, aunque sus estimaciones variaron entre el 22,4 y el 43,7%⁵. En Perú, un estudio previo en 84 residentes del Hospital Nacional Cayetano Heredia con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos encontró una prevalencia del 38,6%³⁰. Otro estudio realizado en 39 médicos residentes

del Hospital Daniel Alcides Carrión a los que se aplicó la escala de Hamilton reportó una prevalencia del 13,3%³¹. Lamentablemente, la falta de uniformidad en los instrumentos usados no permite una comparación adecuada entre estos resultados y el nuestro.

Asociación entre horas laboradas y síntomas depresivos

Nuestro estudio encontró una asociación casi lineal entre las horas laboradas y la prevalencia de síntomas depresivos. Si bien un estudio previo también había encontrado dicha asociación en residentes de 13 hospitales de Estados Unidos⁴, diversos estudios que han seguido a residentes antes y

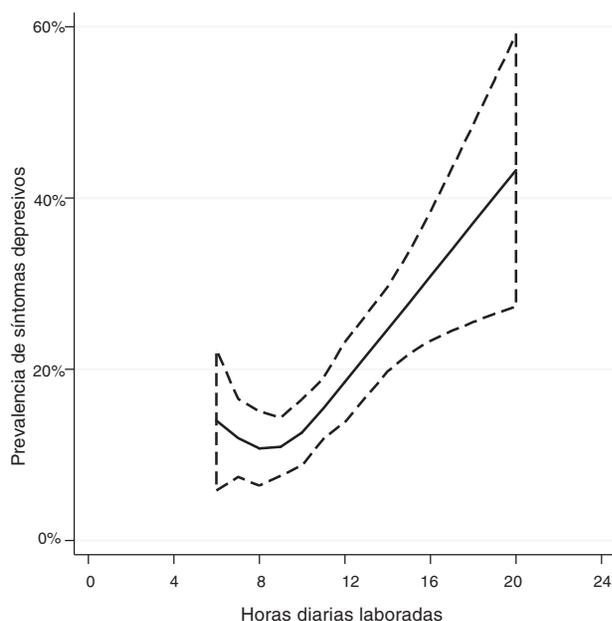


Figura 1 – Splines cúbicos restrictivos: horas laboradas diariamente y prevalencia de síntomas depresivos.

después de implementar la limitación de horas de la ACGME en Estados Unidos no encontraron una disminución significativa en la presencia de síntomas depresivos^{2,12,13}. Esto puede deberse a que las disposiciones de la ACGME lograron una pequeña reducción de las horas laborales en los estudios evaluados, que va de 0,4 a 3 h diarias.

La asociación entre horas laboradas y síntomas depresivos encontrada en el presente estudio resalta la importancia de regular las horas laboradas por los médicos residentes. Al respecto, la normativa peruana hasta 2016 establecía que la carga laboral del residente no debía exceder las 70 h semanales sin contar las guardias³². Sin embargo, una nueva normativa publicada en 2017 disminuye ese tiempo a 60 h sin contar las guardias (aproximadamente, 8,6 h diarias)³³. A pesar de ello, el 68,2% de la población evaluada en el presente estudio manifestó laborar 9 h diarias o más. Por ello, se requiere evaluar periódicamente el cumplimiento de las normas vigentes para el programa de residentado médico en Perú, lo cual podría realizarse mediante supervisiones a las sedes de residentado y encuestas anónimas.

Por otro lado, resulta importante implementar estrategias para la detección y tratamiento tempranos de los casos de depresión durante el residentado médico, como la evaluación periódica de riesgos y la implementación de programas preventivos y terapéuticos para médicos residentes³⁴.

Otros factores que se ha encontrado asociados

Quienes estaban cursando el segundo y el tercer año de residencia presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos que quienes cursaban el primer año. Esto podría explicarse por un fenómeno acumulativo o de agotamiento físico y mental.

No estar satisfecho con la docencia se asoció con la presencia de síntomas depresivos, posiblemente debido a que una docencia deficiente puede causar sentimientos de pesimismo

e irritabilidad, o a que la depresión cause problemas para desarrollarse académicamente, lo que generaría que su docencia se perciba como deficiente³⁵. Asimismo, sufrir violencia se asoció con presentar síntomas depresivos, algo similar a lo descrito en estudios previos³⁶⁻³⁸.

Limitaciones y fortalezas

El estudio tiene las siguientes limitaciones: a) la variable horas diarias laboradas se obtuvo de lo reportado por los participantes, por lo cual es posible que algunos hayan exagerado el número de horas buscando que CONAREME tome acciones contra su sede hospitalaria o que hayan disminuido esta cifra temerosos de que se tomen acciones contra ellos; b) debido a que la encuesta era voluntaria, es posible que la tasa de respuesta haya sido menor entre quienes laboran más horas (debido a que tienen menos tiempo libre) y entre quienes tengan síntomas depresivos (debido a que podrían tener dificultad para realizar actividades extracurriculares como contestar encuestas), por lo cual nuestra muestra puede estar subrepresentando el número de horas laboradas y la presencia de síntomas depresivos, y c) los residentes que respondieron a las encuestas y finalmente fueron incluidos tuvieron diferencias frente a aquellos que no las respondieron, de manera que se evidenció una subrepresentación de residentes de especialidades quirúrgicas, residentes de segundo año y de quienes estuvieran cursando la residencia en universidades públicas fuera de Lima, por lo cual la validez externa de nuestros resultados para dichos grupos debe tomarse con cautela, como se menciona en el informe del estudio²².

Sin embargo, el presente estudio ha logrado obtener información de un número considerable de residentes, y es uno de los pocos estudios en el mundo que ha evaluado la asociación entre horas laboradas y síntomas depresivos en médicos residentes.

Conclusiones

Se evaluó una muestra no aleatoria de médicos residentes peruanos, y se encontró que el 14,6% de los residentes encuestados tenían síntomas depresivos. Esto tenía relación directa con el número de horas diarias laboradas, de manera que, por cada hora diaria de trabajo adicional, la frecuencia de síntomas depresivos aumentó un 7%.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Buddeberg C. Stress at work and well-being in junior residents. *Z Psychosom Med Psychother.* 2005;51:163-78.
- Yousuf A, Ishaque S, Qidwai W. Depression and its associated risk factors in medical and surgical post graduate trainees at a teaching hospital: a cross sectional survey from a developing country. *JPMA.* 2011;61:968-73.

3. Schneider SE, Phillips WM. Depression and anxiety in medical, surgical, and pediatric interns. *Psychol Rep.* 1993;72 3 Pt 2:1145-6.
4. Sen S, Kranzler HR, Krystal JH, Speller H, Chan G, Gelernter J, et al. A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67:557-65.
5. 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.
6. Vázquez-Ramírez LA, González-Pedraza Avilés A. Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. *Aten Fam.* 2014;21:109-12.
7. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, Edwards S, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ.* 2008;336:488-91.
8. Accreditation Council for Graduate Medical Education. *The ACGME 2011 Duty Hour Standard.* Chicago: ACGME Task Force on Quality Care and Professionalism; 2011.
9. Weiss P, Kryger M, Knauer M. Impact of extended duty hours on medical trainees. *Sleep Health.* 2016;2:309-15.
10. Stamp T, Termuhlen P, Miller S, Nolan D, Hutzel P, Gilchrist J, et al. Before and after resident work hour limitations: an objective assessment of the well-being of surgical residents. *Curr Surg.* 2005;62:117-21.
11. Bilimoria KY, Chung JW, Hedges LV, Dahlke AR, Love R, Cohen ME, et al. Development of the Flexibility in Duty Hour Requirements for Surgical Trainees (FIRST) Trial Protocol: A national cluster-randomized trial of resident duty hour policies. *JAMA Surg.* 2016;151:273-81.
12. Sen S, Kranzler HR, Didwania AK, Schwartz AC, Amarnath S, Kolars JC, et al. Effects of the 2011 duty hour reforms on interns and their patients: a prospective longitudinal cohort study. *JAMA Intern Med.* 2013;173:657-63.
13. Bolster L, Rourke L. The effect of restricting residents' duty hours on patient safety, resident well-being, and resident education: an updated systematic review. *J Grad Med Educ.* 2015;7:349-63.
14. Taype-Rondán Á, Luna-Porta L, Mendoza Quispe O. El ingreso económico como incentivo para la migración médica: explorando los números. *Salud Pública México.* 2016;58:337-8.
15. Organización Panamericana de la Salud. *Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales.* Santiago de Chile: OPS; 2011.
16. 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;33:296-301.
17. Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med.* 2015;20:353-62.
18. Pérez Cruz E. Burnout syndrome as a risk factor of depression in medical residents. *Med Interna México.* 2006;22:282-6.
19. Sánchez M, Islas C, Escobar I, Rico L. Symptoms of anxiety and depression in resident physicians at high risk of stress. *Psiquiatr Biol.* 2008;15:147-52.
20. Lima KP, Loureiro SR. Asociaciones y comparaciones entre burnout, ansiedad, depresión y habilidades sociales de residentes médicos de diferentes áreas. Sao Paulo: Universidade de Sao Paulo; 2014.
21. Cubero DI, Fumis RR, De Sá TH, Dettino A, Costa FO, Van Eyll BM, et al. Burnout in medical oncology fellows: a prospective multicenter cohort study in Brazilian institutions. *J Cancer Educ.* 2016;31:582-7.
22. Escobedo-Palza S, Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondán A, Timaná-Ruiz R, Alva-Díaz C, Jumba-Armas D. Características del residentado médico en el Perú: resultados de la primera Encuesta Nacional de Médicos Residentes (ENMERE-2016). *Acta Médica Peruana.* 2017;34:273-82.
23. Comité Nacional de Residentado Médico [Internet]. Perú: CONAREME; 2016. Disponible en: <http://www.conareme.org.pe/web/>. Consultado 25 Mar 2019.
24. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care.* 2003;41:1284-92.
25. Calderón M, Gálvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2012;29:578-9.
26. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med.* 2010;8:348-53.
27. Shin J-H, Kim H-C, Jung C-H, Kim J-B, Jung S-W, Cho J-H, et al. The standardization of the Korean version of the Patient Health Questionnaire-2. *J Korea Neuropsychiatr Assoc.* 2013;52:115-21.
28. Durrleman S, Simon R. Flexible regression models with cubic splines. *Stat Med.* 1989;8:551-61.
29. Mousa OY, Dhamoon MS, Lander S, Dhamoon AS, The MD. Blues: under-recognized depression and anxiety in medical trainees. *PloS One.* 2016;11:e0156554.
30. Mariños A, Otero M, Málaga G, Tomateo J. Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes: Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Rev Med Herediana.* 2011;22:159-60.
31. Villavicencio Castro 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. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
32. Comité Nacional de Residentado Médico. Reglamento del Sistema Nacional de Residentado Médico: Resolución Suprema N° 002-2006-SA. Lima: CONAREME; 2006.
33. El Peruano [Internet]. Perú: SINAREME; 2017 Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N(30453, Ley del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME). Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30453-decreto-supremo-n-007-2017-sa-1492036-2/>. Consultado 25 Mar 2019.
34. Bright RP, Krahn L. Depression and suicide among physicians. *Curr Psychiatry.* 2011;10:16.
35. National Institute of Mental Health. *La depresión: Lo que usted debe saber.* Bethesda: NIMH; 2015.
36. Resnick HS, Acierno R, Kilpatrick DG. Health impact of interpersonal violence. 2: Medical and mental health outcomes. *Behav Med.* 1997;23:65-78.
37. Mullen PE, Romans-Clarkson SE, Walton VA, Herbison GP. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet.* 1988;1:841-5.
38. Taype-Rondán Á, Lizarraga-Castañeda Z, Mayor-Vega A, Mariños-Claudet A. Percepción de violencia durante el internado de medicina en una universidad peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2016;33:382-4.