

# Prevalencia de síntomas depresivos y Ansiosos en médicos residentes e Internos de pregrado en el hospital Ángeles del pedregal

GARCÍA MEJORADO KARLA VANESSA, SECÍN DIEP RICARDO, GUZMÁN VALDIVIA

GILBERTO

**Resumen—** El estrés se define como el estímulo físico o psicológico que perturba la homeostasis del individuo, la exposición a situaciones estresantes constantes puede afectar la salud del individuo. En la carrera de medicina existen diferentes factores estresantes como la falta de sueño, fatiga, tristeza, ansiedad que hacen más susceptible de alteraciones emocionales al médico en formación. En este estudio se realizó un tamizaje de síntomas ansiosos y depresivos en población médica de pregrado y posgrado de un hospital general. En los resultados se encontró una mayor prevalencia síntomas ansiosos comparada con la observada en la población general, y similar a la de la población con síntomas depresivo, y mayor prevalencia de síntomas ansiosos en médicos residentes de segundo y tercer año sin que estuviera relacionada con alguna especialidad médica. Se encontró mayor prevalencia global de sintomatología ansiosa, más de la tercera parte de los encuestados podrían ameritar tratamiento farmacológico y seguimiento clínico. Lo anterior llama la atención, ya que la salud mental de los médicos es de suma importancia, tanto que en países industrializados se han establecido protocolos de detección y seguimiento sólo enfocados a personal médico.

## I. INTRODUCCIÓN

El estrés se conceptualiza como cualquier estímulo físico o psicológico que perturba la homeostasis del individuo. Por lo anterior se define el estrés como una situación desfavorable, como maltrato familiar o laboral, amenaza contra la integridad o la vida misma. [1] Los principales aspectos generadores de éste a nivel laboral involucran los tipos de organización en el área de trabajo, los sistemas administrativos, las jerarquías dentro de la organización, el acoso laboral en caso de existir y la calidad de las relaciones humanas. El estrés es una condición presente en la formación médica y más común en especialidades quirúrgicas; el contacto directo con el paciente y familiares, la responsabilidad con el enfermo, la cantidad de información que el estudiante debe manejar y la posible presencia de acontecimientos como cambio de residencia,

lejanía del ambiente familiar o formación de familia nuclear son factores que pueden favorecerlo aún más. [2] El conjunto de estos factores durante la formación médica pueden favorecer la aparición o recaída de enfermedades psiquiátricas como el Trastorno Depresivo Mayor o Trastorno de Ansiedad. Un estudio realizado en el 2005 por Cohen y colaboradores en el que participó un grupo de 415 residentes; 34% de la muestra reportó considerar la mayor parte de sus días como estresantes y deprimentes. [3]

La Encuesta Nacional de Enfermedades Psiquiátricas en México, señala que el 9.1% de la población sufrió alguna vez en su vida un trastorno de las emociones (trastorno afectivo), de esos el 4.5% de la población lo padeció en los últimos doce meses; el 3.3% de la población sufrió un Episodio Depresivo Mayor, con mayor prevalencia en las mujeres, que fue de 4.4%. En México es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (DALY) para las mujeres y la novena para los hombres. [4]

La ansiedad patológica se define como una respuesta desproporcionada que se presenta ante la ausencia de peligro que ocasiona deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. [5][6]

Los Trastornos de Ansiedad constituyen un espectro de padecimientos tales como: Trastorno de Ansiedad Generalizada, Fobia Social y Trastorno por Pánico entre los más comunes. Estas enfermedades se caracterizan por síntomas de ansiedad, síntomas físicos, cognitivos y del comportamiento. [7]

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica se encontró una prevalencia de Trastornos de Ansiedad de 14.3% a lo largo de la vida. Al analizar los trastornos de forma individual, las Fobias Específicas fueron las más comunes con 7.1% a lo largo de la vida, seguido de la Fobia Social como segunda enfermedad más frecuente en mujeres. [4]

## II. TRASTORNOS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS EN LA POBLACIÓN MÉDICA

En una revisión de la literatura realizada en el 2011 por Brooks y Gerada, menciona que en el Reino Unido del 10 al 20% de los médicos presentan un episodio depresivo a lo largo de su carrera y presentan mayor riesgo de suicidio que la población en general; en otro estudio se encontró que de 116

KARLA VANESSA GARCÍA MEJORADO pertenece al posgrado de alta ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA de Hospital General.. Facultad Mexicana de Medicina. (Email: drakarlavgarciam@gmail.com). El proyecto fue asesorado por RICARDO SECÍN DIEP. Jefe de posgrado de la Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle y GILBERTO GUZMÁN VALDIVIA Jefe de Investigación, Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle.

médicos encuestados, 68% tenían diagnóstico de Depresión Mayor y otros reportaron diferentes diagnósticos como Trastorno Bipolar, Trastornos de Ansiedad, Trastornos de la Conducta Alimentaria y Adicciones. [8]

En un meta análisis realizado por Schernhammer y colaboradores se encontró que los médicos de sexo masculino tienen un Riesgo Relativo (RR) de 1.41 (IC 95%, 1.21-1.65) y en el sexo femenino el RR fue de 2.27 (IC 95%, 1.90-2.73), comparado con la población general, respectivamente. [9]

En un estudio realizado en nuestro país, en el Hospital Juárez de México, donde se empleó la escala de Beck de forma autoplicada y anónima, reportó una prevalencia de 16% para Depresión Mayor en la población de residentes, 2% con depresión moderada y un caso de depresión grave. [10]

En un estudio realizado en el estado de Nayarit donde el objetivo era evaluar la salud mental de los residentes de distintas especialidades (medicina interna, medicina integrada, anestesiología, cirugía general, ginecología y pediatría) se reportó una prevalencia de 59.1% de ansiedad y de 32.3% de depresión, además del 29.6% de comorbilidad de ambas enfermedades. [5]

Una revisión sistemática realizada en 2010 mostró una prevalencia de depresión del 14% al 60% entre los médicos, presente en todos los niveles formativos; tasas de ansiedad entre el 18% al 55% y mayor riesgo de suicidio comparado con la población general, 26% en médicos varones y 46% en mujeres. [11]

### III. HIPÓTESIS

Debido a que los residentes e internos de pregrado están cursando un periodo en el cual están sometidos a altas demandas, estrés y altas expectativas, la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos será mayor a la población general y su severidad podrá ser alta.

### IV. OBJETIVOS

Objetivos generales: Determinar la prevalencia de síntomas depresivos y/o ansiosos en médicos residentes e internos de pregrado en el Hospital Ángeles del Pedregal en el mes de Diciembre de 2016 y Enero 2017.

Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva de los médicos residentes e internos de pregrado del Hospital Ángeles del Pedregal. }
- Determinar la prevalencia de sintomatología de ansiedad en los médicos residentes e internos de pregrado del Hospital Ángeles del Pedregal.
- Evaluar el nivel de severidad de la sintomatología en los médicos residentes e internos de pregrado del Hospital Ángeles del Pedregal.
- Determinar si existen diferencias entre la severidad de los síntomas afectivos y/o ansiosos entre los médicos residentes y los internos de pregrado.

### V. DISEÑO Y CRITERIOS

Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo, comparativo, transversal y homodémico.

En este estudio se incluyó a los médicos residentes desde primer año hasta sexto año e internos de pregrado del Hospital Ángeles del Pedregal que aceptaron previo consentimiento informado participar en el proyecto.

Criterios de inclusión

- Hombres o mujeres.
- Mayores de 18 años.
- Profesionales de la salud que laboraran en el Hospital Ángeles del Pedregal en Diciembre de 2016 y Enero 2017, que se encontraban realizando una residencia médica o del internado de pregrado.
- Que aceptaran y firmaran el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Que no aceptaran participar en el estudio.
- Que no participaran médicos psiquiatras.

Criterios de eliminación

- Que contestaran de manera incompleta los instrumentos aplicados.
- Que retiraran su consentimiento informado.
- Que se negaran a proporcionar información de las hojas de datos sociodemográficos.

### VI. MUESTRA Y MÉTODO

La población objeto del estudio estuvo integrada por el cuerpo de médicos residentes de posgrado e internos de pregrado que se encontraban realizando sus actividades académicas en el Hospital Ángeles del Pedregal en los meses de Diciembre de 2016 y Enero 2017 y que eligieron participar.

De un total de población de 79 médicos residentes y 31 internos de pregrado se calculó una muestra mínima de 86 participantes.

El investigador principal ofreció participar personalmente de manera voluntaria y anónima responder el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad de Beck (escalas autoaplicables validadas en población mexicana, ver apéndice), las cuales se entregaron en un folder genérico cerrado junto con la hoja de datos sociodemográficos, todo con previo consentimiento informado dónde se informó la posibilidad si así lo solicitaban de saber sus resultados y ser contactados en caso de detectar algún síntoma de riesgo (ideación suicida, depresión y/o ansiedad grave). Para la recuperación de los folders personal del equipo de investigación diferente al investigador principal fue quien realizó la recabación de encuestas en sobres cerrados que entregaban los voluntarios.

Análisis Estadístico

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico GraphPad InStat. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para la descripción de las variables categóricas, así como el promedio y la desviación estándar para las variables dimensionales y cuasi dimensionales. Para el análisis de la

relación entre de la psicopatología se empleó el coeficiente de correlación de Pearson. Para determinar las diferencias entre grupos para las variables dimensionales y cuasi dimensionales, se empleó la prueba t de student. Para buscar correlación entre severidad de síntomas depresivos y ansiosos con la especialidad se realizó la prueba Kruskal-Wallis para pruebas no paramétricas.

VII. RESULTADOS

Se obtuvo un total de 83 voluntarios, uno fue eliminado por no contestar la sección de datos sociodemográficos, por lo que quedaron 82 voluntarios, 49(59%) fueron mujeres y 33(41%) hombres.

El rango de edad fue desde los 22 años hasta los 35 años con una media de 26.6±2.9.

Del total de participantes fueron 34(41%)de pregrado y 48(59%) de posgrado.

En cuanto al estado civil, 76(93%) reportaron ser solteros, 3(4%) ser casados, 2(2%) unión libre y 1(1%) divorciado.

Del total de los 48 residentes de especialidad el 28% (22) fueron de primer y segundo año. Lo anterior se muestra en la Figura 1.

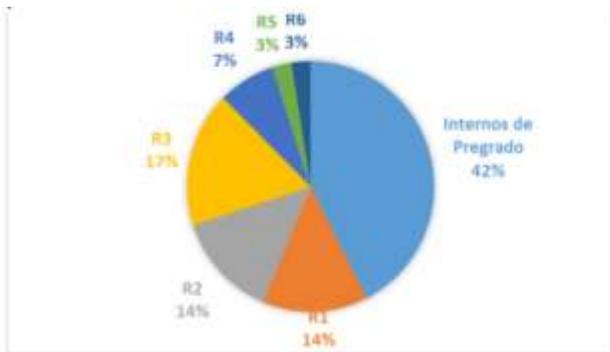


Figura 1. Distribución de médicos residentes por grado e internos de pregrado

En el rubro de enfermedad mental previa diagnosticada el 51(63%) de los voluntarios respondió haber padecido algún tipo de enfermedad mental, 30(37%) respondió que no, y un voluntario dejó sin responder ese apartado, por lo que no fue tomado en cuenta para sacar los totales.

De acuerdo a los puntos de corte del Inventario de Depresión y de Ansiedad de Beck, que clasifica clínicamente en mínimo, leve, moderado y grave; se excluyó mínimo por no tener valor clínico. Se obtuvo un total de 82 voluntarios, de los cuales se clasificaron 12(15%) puntuación leve, 5(6%) moderada y 1(1%) voluntario quedó en la puntuación de depresión grave.

En cuanto al Inventario de Ansiedad se obtuvo un total de 82 voluntarios de los cuales se clasificaron 15(18%) en leve, 22 (27%) en moderado y 11(13%) en grave. Con evidente predominio en la población de síntomas ansiosos, del cual 40% (moderado y grave) clínicamente ameritan tratamiento médico especializado.

Para la búsqueda de relación entre la severidad de síntomas ansiosos y el grado de especialidad se realizó una análisis de varianza que reportó resultados no significativos con una p=0.83, sin embargo al no tener un comportamiento de distribución normal se realizó prueba no paramétrica KruskalWallis con un valor de P=0.71 sin encontrar significancia.

Los siguientes datos se ven reflejados en la figura 2 donde se señala los datos que son clínicamente significativos.



Figura 2. Resultados de ambos grupos del Inventario de Depresión de Beck (IDB) e Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)

Al analizar por subgrupos (pregrado y posgrado) se obtuvieron los siguientes resultados. Del total de 34 internos de pregrado, fueron 20(59%) mujeres y 14(41%) hombres.

El rango de edad de los internos de pregrado fue de 22 a 26 años, con un promedio de edad 24±2. Para los resultados del Inventario de Depresión de Beck se encontró 7 (21%) participantes puntuaron en leve, 1(3%) moderada y no hubo ningún voluntario de pregrado con puntuación para depresión grave.

En cuanto a los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck se encontró un total de 3(9%) leve, 14(41%) moderada y 6(18%) grave. Se realizó prueba no paramétrica de KrskualWallis buscando relación entre muestra de pregrado y pos grado con una p=0.20. Figura 3.



Figura 3. Resultados de Médicos Internos de Pregrado de los inventarios (IDB,IAB)

En cuanto a los resultados de los médicos de posgrado (residencia médica) del total de 48 residentes, fueron 29(60%) mujeres y 19(40%) hombres. El rango de edad de los residentes fue de 23 a 35 años, con un promedio de 29±2. Respecto a las especialidades participantes se resume en el siguiente cuadro. Cuadro 1.

Especialidad	Total (n)	Porcentaje %
Medicina Interna	15	34%
Cirugía	8	18%
Patología Clínica	3	7%
Radiología	5	11%
Anestesiología	2	5%
Medicina Crítica	2	5%
Ginecología y Obstetricia	6	14%
Pediatría	2	5%
Nutrición Clínica	1	2%

Los resultados del Inventario de Depresión de Beck se obtuvieron de acuerdo a puntos de corte para depresión leve 5(10%), moderado 4(9%) y grave 1(2%). De igual manera respecto a la calificación del Inventario de Ansiedad de Beck se obtuvieron de acuerdo a los puntos de leve 12(25%), moderado 8(17%) y grave 5(10%). Figura 4

Respecto al 12(25%) residentes puntuaron para depresión leve, de los cuales 4(33%) son de Medicina Interna, 2(17%) de Cirugía, 2(17%) de Radiología, 1(8%) de Anestesiología, 1(8%) de Ginecología. Cuatro (8%) residentes puntuaron para depresión moderada de los cuales 1(25%) es de Medicina Interna, 2(50%) de Radiología, 1(25%) de Ginecología y el residente con el puntaje de mayor gravedad eligió no decir de grado ni especialidad. Para los síntomas depresivos el análisis de varianza no mostró significancia con un valor de  $p=0.39$  entre especialidades y con un valor  $p=0.43$ , para la comparación de síntomas depresivos por grado. Para los síntomas ansiosos, el análisis de varianza no mostró resultados estadísticamente significativos entre especialidades médicas con un valor de  $p=0.49$ .



Figura 4. Resultados de Médicos Residentes de los inventarios (IDB,IAB)

### VIII. DISCUSIÓN

La Depresión Mayor y los Trastornos de Ansiedad no siempre son considerados como los principales motivos de búsqueda de atención en la población médica principalmente residentes en formación [9], lo anterior relacionado por grados de estrés que puede llegar a ser mayor que en la población general, existe una importante relación entre los médicos y la probabilidad de presentar sintomatología ansiosa y/o depresiva a lo largo de la vida [13, 14]. Este estudio refleja de acuerdo a porcentajes, el aumento de síntomas ansiosos principalmente en relación con el grado de residencia, ya descrito en otros estudios en relación al aumento de responsabilidad, de supervisión a sus menores y de las exigencias académicas que incrementan con el grado. Así

mismo, se ha descrito que la sintomatología tanto ansiosa como depresiva llega a ser incapacitante a quien la padece para poder llevar a cabo sus funciones personales y laborales eficientemente; característica que puede ser detectada por quien padece la enfermedad mental o por los mismos colegas [15]

El 27% de los participantes de posgrado presentó síntomas compatibles para ansiedad clínicamente significativa que requiere una intervención de especialista sin tener datos de estar siendo tratados al momento de la aplicación de la encuesta.

La presencia de sintomatología depresiva clínicamente significativa con un total de 11% de los participantes de posgrado es similar con la prevalencia de depresión en la población general de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (9.1%), en contraste con otros estudios internacionales [8, 9 y 12] donde se refleja un aumento de sinotmatología depresiva en la población médica.

Una de las limitantes en este estudio pudo haber sido el miedo que muchos médicos pueden tener al hablar sobre su salud mental y el estigma entre los mismos profesionales de la salud, sin embargo es importante reconocer que en este caso hubo una aceptación e importante apertura; la opción de anonimato fue poco ocupada y un alto porcentaje (solicitaron saber sus resultados).

Los resultados obtenidos en este estudio no tienen por qué reflejar con exactitud lo que pudiera ocurrir en otros hospitales, por lo tanto no puede ser generalizado. A pesar de lo anterior es importante recalcar la importancia de tener atención o seguimiento por un especialista en salud mental, lo que exhorta a las instituciones de enseñanza y salud a una iniciativa con enfoque en salud mental para los profesionales de salud como se ha realizado en países industrializados. La enfermedad mental preexistente, otros factores endógenos como herencia o tratamientos médicos pueden ser factores contribuyentes para la presencia de sintomatología depresiva o ansiosa, así como el acceso a sustancias y estresores psicosociales a los que se enfrentan; desafortunadamente dichas características confieren una mayor dificultad al abordar un estudio en la población médica, lo que debe ser considerado para futuras investigaciones.

### IX. CONCLUSIÓN

En este estudio se pudo determinar la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa en la población de internos de pregrado y residents de posgrado que se desarrollaron en el Hospital Ángeles del Pedregal en el periodo determinado, también fue posible comparar la prevalencia de sintomatología y severidad en ambas poblaciones.

Los puntajes en las escalas de depresión y ansiedad de Beck mostraron rangos amplios en ambas poblaciones. En cuanto a la presencia de síntomas ansiosos es mayor respecto a la población general (no médica) lo cual replica con otros estudios en médicos en diferentes países.

Se encontró mayor prevalencia global de sintomatología ansiosa, más de la tercera parte que de acuerdo a la puntuación podrían ameritar tratamiento farmacológico y

seguimiento clínico. No se encontró correlación entre especialidad o algún dato sociodemográfico, y por el total de la población no se considera que la *n* fuera representativa de las diferentes especialidades, si se pudo observar mayor presencia de síntomas ansiosos en segundo y tercer año en el posgrado sin encontrar correlación directa. No hubo datos significativos en la población de pregrado en comparación de la población general.

#### AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los doctores Ricardo Secín Diep quien desde el inicio me ha brindado el apoyo, la asesoría y acompañamiento en mi formación como especialista y alta especialidad, así como siempre demostrar su gran disposición y calidad humana como colega, guía y supervisor.

Agradezco al doctor Gilberto Guzmán Valdivia quien con su paciente, conocimiento y apoyo hizo de este proyecto algo completo, mejor interpretación y con gran apoyo para su divulgación. Agradezco a los voluntarios que participaron en este proyecto por haber brindado su entera confianza en el proyecto.

#### APÉNDICES

##### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems tipo likert indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y CIE10.

Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Cuenta con un alfa de Cronbach = 0.87 en su validación en México, con un análisis factorial en la población mexicana igual que en la versión original. [16]

##### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Es un autoinforme con la finalidad de medir la ansiedad clínica de acuerdo a los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV. Aplicable a población mayor de 13 años de edad. Se compone de 21 ítems tipo likert donde la puntuación final es la suma de respuestas.

Los puntos de corte para clasificar el nivel de ansiedad como mínima, leve, moderada o grave son los mismos de la versión original que son 0-7 ansiedad mínima, 8-15 ansiedad leve, 16- 25 ansiedad moderada, 26-63 ansiedad grave.

Cuenta con un alfa de Cronbach =0.90 y validado ya en población mexicana. [17]

#### REFERENCIAS

- [1] Pereda-Torales L, et al. "Síndrome de burnout en médicos y personal paramédicos", *Salud mental*, vol 32 pag 399- 404, 2009.
- [2] Vargas B, y col. "Médicos Residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida" *Inv Ed Med*. Vol 29 pag 235, 2015.
- [3] Cohen J, Pattern S. "Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta" *BMC Medical Education*, pag 5-21,2005.
- [4] Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco Jaimés J, Fleiz C, et al. "Mexican National Comorbidity Survey (NCS-Mexico): an overview of design and field procedures". *World Health Organization's (WHO) World Mental Health Surveys Initiative*: pag 1-13,2003
- [5] Aguirre R, López J, Flores R. "Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas" *Revista Fuente*; vol 8, pag 28-34. 2011.
- [6] Starcevic Vladan. "Anxiety disorders in Adults". *A clinical guide*. Oxford Press. Second Edition: pag 4-8, 2010.
- [7] Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5<sup>a</sup> edición, American Psychiatric Association, 2013).
- [8] Brooks S, Chalder T, Gerada C. "Doctors vulnerable to psychological distress and addictions: treatment from the practitioner health programme" *Journal of Mental Health*.. Vol 20, Pag 157-164. 2011.
- [9] Schernhammer E, Colditz G. "Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (Meta-Analysis)", *American Journal of Psychiatry*, Vol 161, Pag2295-2302, 2004.
- [10] Jussepe J. y cols. "Prevalencia de Episodio Depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México". *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, vol 10 No.1, pag 25-36, 2005.
- [11] Pereda-Torales L, Márquez G, Hoyos MT, Yáñez M. "Síndrome de burnout en médicos y personal paramédicos", *Salud mental*, vol 32, pag 399-404, 2009.
- [12] Firth-Cozens J. "Improving the health of psychiatrists", *Advances in Psychiatric Treatment* Vol 13, pag 161-168, 2007.
- [13] Hendin H, et al. "Confronting depression and suicide in physicians. A consensus statement", *Journal of the American Medical Association* 2003. Volume 289, no23.
- [14] Brostedt EM, Peeresen NL. "Stressful life events and affective illness" *Acta Psyciatr Scand*, Vol 107, pag 208- 21, 2003.
- [15] Veldenz H, et al. "Impaired Residents: Identification and Intervention", *Current Surgery*, Volume 60, no 2, 200. [16] Jurado S, Villegas E, Mendez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. "La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para residentes de la Ciudad de México". *Salud Mental*, Vol 21, pag 26-31, 1998.
- [17] Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. "Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas" *Rev Mex Psicol* Vol 18, pag: 211-218, 2001.