

Depresión y ansiedad en la residencia médica

Mariana Plata Guarneros,* Leticia Flores Cabrera,** Octavio Curiel Hernández,*** José Ricardo Juárez Ocaña,**** José Vicente Rosas Barrientos¹

RESUMEN

Antecedentes: cuando se integran al ámbito laboral, los médicos se enfrentan a procesos de adaptación y aprendizaje constantes, cuyas implicaciones personales, educativas y sociales pueden generar en determinados momentos periodos de angustia, temor, inseguridad o estrés, que pueden desencadenar trastornos de depresión o ansiedad. En algunos estudios se ha encontrado que entre 41 y 76% de los residentes manifiesta el síndrome de burnout, mientras que las tasas de depresión son de 7 a 56%.

Objetivos: indagar la existencia de trastornos depresivos o ansiosos en un grupo de residentes de distintas especialidades del Hospital Regional 1º de Octubre, conocer las causas que los producen y canalizar a los residentes a la terapia psicológica, en caso de encontrar evidencia de alguno de ellos.

Participantes y método: a los médicos residentes se les invitó a participar en este estudio descriptivo y transversal, realizado del 1 de mayo al 31 de octubre de 2010; sólo aceptaron la invitación los médicos residentes de las especialidades de Medicina Interna, Urgencias, Terapia Intensiva y Anestesiología. Los criterios de selección fueron: participar en forma voluntaria y ser médicos residentes vigentes durante el periodo de estudio, para lo cual no fue importante el grado académico de los residentes. Los instrumentos que se aplicaron fueron: las escalas de depresión y de ansiedad de Hamilton. Los residentes con ansiedad o depresión se canalizaron al servicio de Psicología o Psiquiatría para que recibieran el tratamiento correspondiente.

Resultados: en el servicio de Anestesiología cinco residentes (50%) padecieron depresión y ansiedad; le siguió Terapia Intensiva, donde dos (33%) manifestaron ambos trastornos. La mayor estabilidad se identificó en los residentes de Medicina Interna, donde sólo dos (17%) padecieron depresión y ansiedad.

Conclusiones: la prevalencia del trastorno ansioso o depresivo fue mayor en los residentes de menor edad que cursan el primer grado de la residencia médica; la prevalencia fue mayor en las mujeres. En el servicio de Anestesiología los dos trastornos se manifestaron en la mitad de sus residentes. Mientras que en el servicio de Medicina Interna fue menor la coexistencia patológica.

Palabras clave: trastorno, ansiedad, depresión, residencia médica, coexistencia.

ABSTRACT

Background: In the period of time that doctors graduating from the Faculty to integrate into the workplace face a process of constant adaptation and learning has implications for personal and social education that can generate at certain times, periods of anxiety, fear, insecurity and stress that can lead to disorders such as depression or anxiety. When entering a specialty in a hospital, living a number of changes such as sleep habits, food and perception that will define the stay of the physicians. Depression and burnout are highly prevalent among resident's worldwide, with rates of 7% to 56% and 41% and 76%, respectively.

Objectives: To investigate in a group of residents from different specialties of Hospital Regional 1º de Octubre, the existence of depressive or anxious disorders, its causes and to send residents to psychological therapy, in case of evidence of any of them.

Participants and method: Resident physicians were invited to participate in this descriptive study, conducted from May 1 to October 31, 2010, only accepted the invitation resident doctors of the specialties of Internal Medicine, Emergency Room, Intensive Care and Anesthesiology. The selection criteria were: participation in voluntary and resident physicians to be in effect during the study period, for which no degree was important to residents. The instruments applied were: the scales of depression and Hamilton anxiety. Residents with anxiety or depression were sent to the service of psychology or psychiatry to receive appropriate treatment.

Results: In Anesthesiology service five residents (50%) had depression and anxiety, followed by intensive therapy where three physicians (34%) had the two conditions, showing greater stability of internal medicine residents, where only two (17%) have coexistence.

Conclusions: The prevalence of anxiety and depressive disorder occurs more in younger residents of the first degree of medical residency, occurring mainly in women. In the service of Anesthesiology the two conditions were present in a half of its residents. While in the Internal Medicine Department pathological evidence was lesser.

Key words: disorder, anxiety, depression, medical residency, coexistence.

La especialización médica en México data de la época prehispánica y se acentuó durante el Virreinato con la apertura de hospitales de especialidades, y no es sino hasta el siglo XX cuando se impulsó más su creación y consolidación.¹

En 1906 se estableció en la Escuela de Medicina un programa de cursos para graduados de diversas especialidades. A partir de la creación de la primera residencia del Hospital General, en 1942, la realización de estos cursos se hizo regular y ordenada.²

A mediados del siglo XIX Teodoro Billroth ideó en Viena un sistema de residencias; él redactó un programa de adiestramiento, hizo una rigurosa selección de alumnos, exigió una preparación a conciencia, contempló la rotación y el estrecho contacto con los servicios de Medicina Interna y organizó una consulta externa, con seguimiento muy minucioso de los casos.

La residencia hospitalaria se constituyó en una forma de adiestramiento y preparación para los médicos jóvenes recién graduados. Esa residencia se realizaba dentro del hospital durante un tiempo exclusivo, con reconocimiento y respaldo de una institución universitaria.³

En la actualidad los médicos residentes se ocupan de funciones asistenciales, crean relaciones estrechas con sus profesores, forjan una enseñanza estrecha debido a que participan en la docencia y ayudan a los residentes de menor grado gracias a los conocimientos que han obtenido en los servicios.

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México ha desarrollado el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) –aprobado en 1994–, que evaluará el cumplimiento de los programas de los diferentes cursos que se impartirán en las especializaciones médicas (UNAM, 1994).⁴

Tomando en cuenta el diseño de la residencia, es claro que las partes afectiva y social no son consideradas, y los médicos residentes también son individuos que crean vínculos y grupos; el desempeño que exige la residencia limita o nulifica, lo cual afecta considerablemente el desarrollo integral del individuo.

Cuando los médicos se integran a un ámbito laboral –después del egreso de la facultad–, se enfrentan a un proceso de adaptación y aprendizaje constante, que tiene implicaciones personales, educativas y sociales.

En determinados momentos lo anterior puede generar periodos de angustia, temor, inseguridad o estrés, y en casos extremos puede desencadenar trastornos de depresión o ansiedad; los médicos que ingresan a una especialidad viven una serie de cambios en hábitos de sueño, alimentación y percepción, cambios que definirán su estancia en la residencia médica.⁵

La ansiedad se define como un estado que se distingue por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento, que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o por el contrario, la ansiedad se incrementa ante el temor de perder un bien preciado. La depresión se ha definido como un trastorno del estado de ánimo. Su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad, estado que puede ser transitorio o permanente.⁶

En la bibliografía no existen investigaciones en las que se haya analizado el estado de ánimo al momento de ingresar a la residencia o en diferentes intervalos, para que en caso de que el residente desarrolle alguno de estos trastornos lo identifique y le dé solución al mismo.

Se sabe que la depresión o la ansiedad alteran el desempeño laboral de las personas; estas enfermedades se han detectado también en el ámbito de los médicos residentes.⁷

La depresión y el desgaste son muy prevalentes entre los residentes de todo el mundo; el síndrome de burnout se manifiesta en 41 a 76% de los residentes, mientras que la depresión se manifiesta en 7 a 56% de ellos.^{6,8}

* Pasante de la licenciatura de Psicología Organizacional y Social.

** Licenciada en Psicología Clínica, adscrita.

*** Médico adscrito al servicio de Medicina Interna.

**** Coordinador de Capacitación, Desarrollo e Investigación.

¹ Jefe de Investigación.
Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE, México, DF.

Correspondencia: M en C José Vicente Rosas Barrientos. Hospital Regional 1º de Octubre. Av. Instituto Politécnico Nacional 1669, colonia Magdalena de las Salinas, CP 07760. Correo electrónico: investigacionclinica.investiga@gmail.com, mayiky021989@hotmail.com
Recibido: enero, 2011. Aceptado: agosto, 2011.

Este artículo debe citarse como: Plata-Guarneros M, Flores-Cabrera L, Curiel-Hernández O, Juárez-Ocaña JR, Rosas-Barrientos JV. Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Rev Esp Med Quir* 2011;16(3):157-162.

www.nietoeditores.com.mx

La existencia de dichas alteraciones afecta la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas y origina problemas en los servicios, con jefes y pacientes. Lo trascendente de esta problemática lo señala Fahrenkopf cuando menciona que los médicos que estaban deprimidos tuvieron seis veces más errores en la medicación que los residentes que no padecían dicha alteración.⁶

El objetivo del estudio fue indagar la existencia de trastornos depresivos o ansiosos en un grupo de residentes de distintas especialidades del Hospital Regional 1° de Octubre, intentar identificar las causas que los producen y canalizar a los residentes que los padecieron al tratamiento psicológico correspondiente.

PARTICIPANTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y transversal del 1 de mayo al 31 de octubre de 2010.

A los profesores titulares de los cursos se les invitó a participar en esta investigación; la invitación sólo la aceptaron los médicos residentes de las especialidades de Medicina Interna, Urgencias, Terapia Intensiva y Anestesiología.

Los criterios de selección fueron los siguientes: participar en forma voluntaria y ser médicos residentes vigentes durante el periodo de este estudio, para lo cual no fue importante el grado académico de los residentes.

La metodología de aplicación fue la siguiente:

- En una primera entrevista los instrumentos que se utilizaron fueron: la Escala de depresión de Hamilton (HAM-D) y la Escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A), las cuales fueron previamente validadas, con una consistencia interna adecuada (alfa de Cronbach de 0.79 a 0.86), lo cual le dio mayor confiabilidad al estudio.⁹
- Se aplicaron los cuestionarios de las escalas de ansiedad y de depresión de Hamilton en un tiempo no mayor de 30 minutos.
- Posteriormente, se entrevistó a cada uno de los médicos residentes, quienes acudieron a la entrevista por invitación.
- Los casos que se detectó y confirmó la existencia de ansiedad o depresión se canalizaron al servicio de Psicología o Psiquiatría de la clínica correspondien-

te. En los casos en que se detectó un grado severo de ansiedad o depresión se dio tratamiento inicial dentro de la instalación hospitalaria.

Además de las variables de calificación de ambos cuestionarios, se recopilaron estos datos: la edad, el sexo, el grado académico y la especialidad.

En todos los casos la participación del médico residente fue voluntaria; la información fue confidencial y a los profesores titulares de los cursos sólo se les remitió la información global del comportamiento de su grupo de residentes; en ningún caso se les proporcionó el nombre o los nombres de los residentes portadores de alguno de los trastornos estudiados.

Este protocolo se expuso ante el Comité de Ética del hospital, que estuvo de acuerdo con su realización y aplicación.

El reporte final de la evaluación psicológica incluyó, además de los resultados de los cuestionarios aplicados y de la entrevista, un análisis sobre las repercusiones personales, familiares o laborales que dichos trastornos ocasionaban.

El análisis de las variables incluyó medidas de tendencia central y medidas de dispersión; las variables cualitativas se compararon con la prueba de la ji al cuadrado, y las variables cuantitativas, con la prueba estadística no paramétrica para grupos independientes, con alfa de 0.05.

RESULTADOS

Para la aplicación de este protocolo se contaba con una lista nominal de 53 médicos residentes; sin embargo, sólo participaron 35 (66%).

Dieciocho médicos residentes (34%) no participaron por estas causas: baja de un médico residente de Terapia Intensiva y los otros 17 por estar en rotación fuera del hospital o por estar gozando su periodo vacacional; en ninguno hubo el deseo de no participar.

Del total de médicos participantes, los que en mayor número participaron en el estudio fueron los médicos pertenecientes a los servicios de Anestesiología y de Medicina Interna, lo que no representó diferencias estadísticas entre el número de residentes registrados y el número de residentes participantes, $p = 0.94$ (Cuadro 1).

Cuadro 1. Número de residentes, registrados y participantes, por especialidad

Servicio	Número de residentes registrados	Número de residentes participantes
Anestesiología	14	10
Terapia Intensiva	7	6
Medicina Interna	21	12
Urgencias	11	7
Total	53	35

El número de residentes que participaron fue representativo de cada servicio.

Respecto al grupo de participantes, 18 fueron del sexo masculino y 17 fueron mujeres; se distribuyeron en forma equilibrada en los servicios y entre los sexos, y el servicio que más participó fue el de Medicina Interna; a los médicos residentes que cursaban la especialidad de Terapia Intensiva se les clasificó como R4 y R5 para diferenciarlos del grupo, dado que ellos contaban con una especialidad previa; los promedios de edad fueron acordes con las especialidades (Cuadro 2).

Los puntajes obtenidos en la calificación de depresión y ansiedad fueron menores en el servicio de Medicina Interna, y el residente más afectado por estas dos afecciones era de Anestesiología. La explicación de este fenómeno podría deberse a las diferencias relacionadas con la demanda laboral, a la consecuente presión psicológica y a la convivencia con otros médicos que sufren ambos trastornos que no estén en tratamiento psicológico, lo cual hace más viable la evolución de los mismos o su perpetuación (Cuadro 3).

Desafortunadamente, el alcance de este estudio no contempló entrevistas grabadas para poder obtener mayor información.

Al analizar la coexistencia de depresión y ansiedad el comportamiento fue similar, porque en el servicio de Anestesiología hubo cinco residentes (50%) que padecieron tal coexistencia; en Terapia Intensiva hubo dos (33%) que manifestaron ambos trastornos, y sólo dos residentes de Medicina Interna (17%) experimentaron la coexistencia; en total, 9 médicos residentes padecieron ambos trastornos, lo que representa 25.7% del total de residentes participantes (Cuadro 4).

Después de la aplicación de las evaluaciones, a los médicos residentes se les realizó una entrevista exploratoria con este propósito: indagar personalmente los motivos que ocasionaron que el residente se deprimiera o estresara para proporcionarle el apoyo subsecuente a fin de contrarrestar dichas afecciones.

A continuación se exponen las principales situaciones por las que se suscitaron los trastornos.

“El cansancio que tenemos es excesivo y las jornadas de trabajo son extenuantes.”

“El cansancio genera desinterés por las actividades cotidianas, lo cual trae consigo dificultades o imposibilidades en el quehacer cotidiano.”

“No tengo tiempo suficiente para dedicárselo al estudio, que es una parte importante de la residencia. Esto me genera conflicto en la esfera académica, la cual es fundamental para culminar la especialidad.”

“Sobrecarga de responsabilidades y división inequitativa del trabajo.”

“Conflictos con adscritos o compañeros de grados superiores.”

DISCUSIÓN

La depresión y la ansiedad son trastornos que se han estudiado y clasificado en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), de la Asociación Americana de Psiquiatría.⁶

Se sabe que estos trastornos se han manifestado en el ámbito hospitalario, lo cual ha afectado el desarrollo óptimo de las actividades que se realizan en un hospital. Se ha comprobado la existencia de estos síndromes en los residentes médicos, en 41 a 76% de ellos; esto lo pudimos corroborar en nuestro universo de estudio, ya que en los cuatro servicios que participaron hubo residentes que por sus síntomas requirieron tratamiento psicológico; también descubrimos que estas afecciones repercuten en el físico de los residentes, que afectan su calidad de vida y que generan incidencia de errores en la práctica médica, ya que afectan los procesos cognitivos de los residentes, es decir, sus procesos de enseñanza-aprendizaje.¹⁰

De los 35 residentes que participaron en el estudio, 12 (34%) padecieron alguno o ambos trastornos; a diferencia de los artículos revisados, se decidió entrevistar

Cuadro 2. Características generales de la muestra*

Característica	Especialidad			
	Medicina Interna (n = 12)	Urgencias (n = 7)	Terapia Intensiva (n = 6)	Anestesiología (n = 10)
Edad	26.8 ± 1.4	27.0 ± 2.0	30.3 ± 2.1	27.4 ± 1.8
Sexo				
Hombres	6 (50)	4 (57)	3 (50)	5 (50)
Mujeres	6 (50)	3 (43)	3 (50)	5 (50)
Grado académico				
R1	6 (46)	3 (50)		5 (50)
R2	4 (30)	2 (17)		5 (50)
R3	1 (7)	2 (33)		
R4	2 (15)		3 (50)	
R5			3 (50)	

* En las variables se reportan promedios, desviación estándar, frecuencias y porcentajes. En cada especialidad la distribución por sexos de los médicos residentes participantes fue equilibrada.

Cuadro 3. Promedios de las calificaciones de depresión y ansiedad por especialidad

	Especialidad			
	Medicina Interna (n = 12)	Urgencias (n = 7)	Terapia Intensiva (n = 6)	Anestesiología (n = 10)
Depresión	6.08 ± 2.985	8.50 ± 3.271	5.50 ± 4.139	11.40 ± 7.501
Ansiedad	7.85 ± 3.412	9.50 ± 2.258	11.17 ± 9.065	10.80 ± 6.426

Los residentes del servicio de Anestesiología tuvieron la puntuación más elevada en depresión y ansiedad.

Cuadro 4. Ausencia y existencia de depresión y ansiedad por especialidad

	Especialidad			
	Medicina Interna (n = 12)	Urgencias (n = 7)	Terapia Intensiva (n = 6)	Anestesiología (n = 10)
Ausencia	10 (83)	4 (57)	4 (67)	5 (50)
Existencia	2 (17)	3 (43)	2 (33)	5 (50)

En tres servicios se manifestó la coexistencia de ansiedad y depresión.

a los médicos para conocer más a fondo el origen de la problemática que generaba sus trastornos; se realizaron 15 entrevistas de corroboración y en todas ellas los residentes respondieron que se sentían excesivamente cansados y que la exigencia del trabajo no les permitía ocuparse de las otras esferas de su vida, lo cual les generaba conflictos, presión, tristeza o angustia excesiva, y estas situaciones o emociones se aunaban a los compromisos de vida.

Según estudios que se les han hecho a los residentes de primer año, se ha encontrado que tienden a ser los residentes que más padecen estos trastornos, por el proceso

de cambio y adaptación al que se ven sometidos. De los 35 médicos encuestados en nuestro estudio, 14 (40%) estaban en su primer año de residencia y fueron quienes en su mayoría tuvieron los puntajes más elevados en los cuestionarios de ansiedad y depresión de Hamilton.¹¹

CONCLUSIONES

La prevalencia del trastorno ansioso o depresivo fue mayor en los residentes de menor edad que cursan el primer año de la residencia médica; sobre todo, la prevalencia fue mayor en las mujeres; la mitad de los residentes del

servicio de Anestesiología padeció los dos trastornos. Mientras que en el servicio de Medicina Interna fue menor (17%) la coexistencia patológica. Las principales causas de los trastornos fueron: los horarios demandantes y las jornadas de trabajo extenuantes, circunstancias que limitaron el desarrollo de las otras esferas de la vida.

Este estudio, meramente exploratorio, deja abierta la exploración longitudinal de ambos trastornos para una mejor explicación de los mismos; además, la exploración permitirá atender pronto a los residentes que así lo requieran.

La aplicación periódica de las pruebas de ansiedad y depresión de Hamilton permitiría examinar el estado de los residentes que recibieron el tratamiento; también ayudaría a conocer el decremento o incremento de los casos y a poder corroborar con mayor certeza si los trastornos se relacionan con el grado, la edad, el género o la especialidad.

REFERENCIAS

1. Historia de las especializaciones médicas. Disponible en: <http://132.248.160.169/division/historia/Historia.htm#his>
2. Quijano PF. La historia de las residencias médicas en México. *Rev Méd IMSS* 1988;26:347-348.
3. Quijano PF, Fernández AME. Apuntes sobre la historia de las especialidades en México. *Rev Méd IMSS* 1994;32:391-394.
4. Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM). Normas operativas. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/invest/Normas_Operativas.pdf
5. Aymat RA, Bazán J, Cerisola MG, Heredia V y col. El sistema de residencias visto por el residente. *Arch Med Familiar y Gral* 2006;3(2):22-27.
6. American Psychiatry Association (DSM-IV). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3^{ra} ed. Washington: APA; 1994.
7. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008;336(7642):488-491.
8. Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, 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;165:2601-2606.
9. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord* 1988;14:61-68.
10. Garcia LL, Camacho MA, Sperli GSZ. Health and quality of life of medical residents. *Rev Assoc Med Bras* 2010;56:81-90.
11. Peterlini M, Tibério IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Med Educ* 2002;36(1):66-72.