



Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico

José Luis Jiménez-López,^a Jesús Arenas-Osuna,^b Ulises Angeles-Garay^c

Depression, anxiety and suicide risk symptoms among medical residents over an academic year

Background: One of the causes of dissatisfaction among residents is related to burnout syndrome, stress and depression. The aim of this study is to describe the prevalence of depression, anxiety and suicide risk symptoms and its correlation with mental disorders among medical residents over an academic year.

Methods: 108 medical residents registered to second year of medical residence answered the Beck Depression Inventory, the State-Trait Anxiety Inventory and the Suicide Risk Scale of Plutchik: at the entry, six months later and at the end of the academic year.

Results: Residents reported low depressive symptoms (3.7 %), low anxiety symptoms (38 %) and 1.9 % of suicide risk at the beginning of the academic year, which increased in second measurement to 22.2 % for depression, 56.5 % for anxiety and 7.4 % for suicide risk. The statistical analysis showed significant differences between the three measurements ($p < 0.001$). The prevalence of depressive disorder was 4.6 % and no anxiety disorder was diagnosed. Almost all of the residents with depressive disorder had personal history of depression. None reported the work or academic environment as a trigger of the disorder. There was no association by specialty, sex or civil status.

Conclusions: The residents that are susceptible to depression must be detected in order to receive timely attention if they develop depressive disorder.

Keywords Palabras clave

Depression Depresión

Anxiety Ansiedad

Suicide Suicidio

Residency, Medical Residencia médica

Se ha reportado que una fuente de insatisfacción en médicos residentes se relaciona con situaciones ambientales, tales como la excesiva demanda asistencial inherente al trabajo en una institución pública de salud o desempeñar actividades consideradas impropias para su calidad de médicos en adiestramiento (mensajero, camillero, secretario, etcétera).^{1,2,3} A esta insatisfacción se suele hacer referencia de varias maneras: estrés, *burn out*, depresión, ansiedad, agotamiento psíquico e insatisfacción.^{4,5,6,7} De estas manifestaciones, resultan de importancia la depresión y la ansiedad, ya que son meritorias de tratamiento si forman parte de un trastorno mental, independientemente de que sean desencadenadas por situaciones de estrés grave en su ambiente de formación. Por definición, estos trastornos mentales causan malestar o deterioro clínicamente significativos en la actividad social o laboral, o en otras áreas importantes de la actividad del sujeto.⁸ También se ha reportado que estos trastornos producen errores en las prescripciones médicas⁹ y deseos de abandonar la residencia (incluso se identifican como causas de deserción).^{10,11}

Se estima que la prevalencia mundial de depresión es de 5.8 % en hombres y 9.5 % en mujeres;¹² y en México, 2.5 % para hombres y 5.8 % para mujeres.¹³ En el caso de la ansiedad, las prevalencias a nivel internacional y nacional son de 16 % y 8.1 %, respectivamente.^{14,13}

En médicos residentes las prevalencias de depresión y ansiedad reportadas presentan rangos amplios probablemente porque estas condiciones usualmente son medidas con escalas que no son diagnósticas, de manera transversal y sin que se confirme la presencia de patología por medio de entrevista psiquiátrica estructurada.¹⁵ Los reportes en unidades médicas de alta especialidad (UMAE) del IMSS van de 25 % a 79.6 % para depresión y 39 % a 69.9 % para ansiedad,^{16,6} con mayor prevalencia de depresión en residentes de segundo año.¹⁷ Otros estudios nacionales e internacionales reportan prevalencias de depresión de 47.5 % y 20 %, respectivamente.^{18,9}

La bibliografía sobre depresión en profesionales de la medicina es abundante, pero no tanto la referente al suicidio a pesar de que es la complicación más grave de los trastornos psiquiátricos. Más del 50 % de personas que consuman el suicidio cursaban con un tras-

^aDepartamento de Psiquiatría y Psicología

^bDivisión de Educación en Salud

^cDivisión de Epidemiología Hospitalaria

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal, México

Comunicación con: José Luis Jiménez-López

Teléfono: (55) 5724 5900, extensión 24058

Correo electrónico: jimenezpsi@hotmail.com

Recibido: 13/03/2014

Aceptado: 07/11/2014

Resumen

Introducción: uno de los orígenes de la insatisfacción de los médicos residentes está relacionado con el síndrome de *burnout*, el estrés y la depresión. El objetivo es describir la prevalencia y las características clínicas de los síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio y su correlación con trastorno mental en residentes de medicina a lo largo de un año académico.

Métodos: se incluyeron 108 residentes de segundo año que respondieron el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad rasgo-estado y la escala de riesgo suicida de Plutchik al inicio del ciclo académico, así como seis y doce meses después.

Resultados: en la primera medición se reportó una prevalencia de 3.7 % para síntomas de depresión,

38 % para síntomas de ansiedad y 1.9 % para riesgo de suicidio; a los seis meses la prevalencia aumentó a 22.2 % para depresión, 56.5 % para ansiedad y 7.4 % para riesgo de suicidio. El análisis estadístico mostró diferencias significativas entre las tres mediciones ($p < 0.001$). La prevalencia de trastorno depresivo fue de 4.6 %. Casi todos los residentes que desarrollaron trastorno depresivo tenían antecedente personal de depresión. El ambiente académico y laboral tuvo poca asociación con los trastornos.

Conclusiones: es recomendable la detección de residentes con vulnerabilidad a la depresión con el objeto de que reciban atención oportuna en caso de que desarrollen trastorno depresivo.

torno depresivo; en menor proporción se encuentran la ansiedad y el abuso o dependencia de alcohol. Cuando existe comorbilidad de estos padecimientos, el riesgo para suicidio o intento de suicidio aumenta.^{19,20} Por otra parte, también se conoce que la ideación suicida es el mejor predictor de un intento de suicidio, y los intentos repetidos, a su vez, predicen la consumación.^{21,22}

No obstante estos datos, los estudios sobre ideación suicida en médicos en formación son escasos. Las cifras en estudiantes de medicina van de 1.4 a 32.3 %;^{23,24} en residentes, la prevalencia es más estable (de alrededor de 12 %).^{25,26}

Los cambios psicosociales en un periodo de tiempo breve se han relacionado con el incremento de la tasa de suicidio en las últimas décadas, debido a que la incertidumbre que se genera se convierte en una fuente potencial de estrés y vulnerabilidad para trastorno depresivo o ansioso en individuos predisuestos.²⁷

El objetivo de este estudio fue medir los síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en residentes de medicina en diferentes momentos del ciclo académico. Al hacer esta medición, esperamos encontrar incrementos en etapas intermedias que, de manera indirecta, confirmarían lo reportado en otros estudios sobre el malestar asociado a la actividad inherente al proceso de entrenamiento (demanda asistencial, académica, etcétera). También buscamos correspondencia entre estos síntomas y la presencia de patología, además de correlación entre depresión, ansiedad y riesgo de suicidio. Incluimos un análisis cualitativo en los residentes con trastorno mental para explorar la asociación con factores psicosociales.

Métodos

Se realizó un estudio de prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio. Incluimos a los residentes de especialidad médica que iniciaron su

segundo año de adiestramiento (primero en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza). Como parte de sus trámites administrativos antes de iniciar el año lectivo, se les pidió que completaran un formato de información sociodemográfica y las escalas de medición. Los datos sociodemográficos que se solicitaron fueron: edad, sexo, estado civil, especialidad, antecedentes psiquiátricos familiares y personales. Los instrumentos de medición que se aplicaron fueron:

- El inventario de depresión de Beck:^{28,29} escala autoaplicable para medir la depresión, que ha sido adaptada y validada al español, y es de utilización libre. Existen tres versiones (de 42, 21 y 13 ítems); se utilizó la versión abreviada por permitir una aplicación y una calificación rápidas, y porque cuenta con puntos de corte propuestos para la severidad de síntomas depresivos (0-4 = ausente, 5-7 = leve, 8-15 = moderada, > 15 = grave), a diferencia de las otras versiones, en las que no existen puntos de corte establecidos.
- El inventario de ansiedad rasgo-estado:^{30,31} diseñado para evaluar la ansiedad como estado (condición emocional transitoria, 20 ítems) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable, 20 ítems). Es autoaplicable. En nuestro caso, únicamente utilizamos la subescala de ansiedad estado por su característica de transitoriedad. Las puntuaciones obtenidas se clasifican de la siguiente manera: 20-31 = ansiedad mínima; 32-43 = ansiedad baja; 44-55 = ansiedad media; 56-67 = ansiedad alta; 68-80 = ansiedad muy alta.
- La escala de riesgo suicida de Plutchik:³² escala diseñada para evaluar el riesgo suicida. Es autoaplicable. Está adaptada y validada al español, y es de utilización libre. Se propone un punto de corte de 6.

Cuadro I Frecuencias simples de las variables demográficas de los sujetos estudiados

Variable demográfica	n	%
Especialidad		
Cirugía general	40	37.04
Anestesiología	30	27.78
Medicina interna	30	27.78
Anatomía patológica	4	3.70
Urología	4	3.70
Género		
Femenino	38	35.19
Masculino	70	64.81
Estado civil		
Soltero	87	80.56
Casado	21	19.44
Antecedente personal de depresión		
Sí	7	6.48
No	101	93.52
Antecedente familiar de depresión		
Sí	9	8.33
No	99	91.67

Preferimos evaluar riesgo de suicidio y no ideación suicida exclusivamente, porque la escala utilizada incluye cuestionamientos sobre intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza, y otros aspectos relacionados con las tentativas que permitirían una valoración completa en caso de requerirse intervención.

Estas escalas se aplicaron nuevamente a la mitad y al final del ciclo académico. Todos los residentes firmaron carta de consentimiento informado para su participación en la investigación.

También se llevaron a cabo entrevistas a aquellos que acudieron a valoración psiquiátrica/psicológica, fuera de manera espontánea o por petición nuestra debido a los puntajes altos de las escalas. Durante la consulta se abordaron temas sobre el rendimiento académico, las relaciones interpersonales, el ambiente laboral y su asociación con el estado emocional. Se les pidió que respondieran nuevamente las escalas. Además, se contó con un listado de preguntas que permitió estandarizar las entrevistas que estuvieron basadas en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM IV).⁸ La valoración estuvo a cargo de uno de los investigadores.

Resultados

Se estudiaron 108 residentes, 35.19 % eran mujeres. Las especialidades que participaron fueron Cirugía

Cuadro II Comparación del puntaje y mediciones de los síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en los sujetos de estudio en los tres momentos de evaluación

Medición de síntomas	n	Media	Mediana	DE	p*
Edad	108	26.39	26	1.78	
Depresión					
Basal	108	0.81	0	1.26	
Intermedia	100	2.99	1	4.39	< 0.001
Final	101	1.23	1	1.70	
Ansiedad					
Basal	108	30.60	30	6.65	
Intermedia	98	37.81	35	11.50	< 0.001
Final	100	31.84	31	7.96	
Riesgo de suicidio					
Basal	108	0.69	0	1.36	
Intermedia	99	1.70	1	2.40	< 0.001
Final	101	0.60	0	0.96	

*Se empleó el análisis unilateral de varianza por rangos de Friedman
DE = desviación estándar

General (37.04 %), Anestesiología (27.78 %), Medicina Interna (27.78 %), Anatomía Patológica y Urología. El estado civil más frecuente fue soltero con 80.56 %; los antecedentes personales de depresión se encontraron en siete personas y los antecedentes familiares en nueve (cuadro I).

El promedio de edad de los sujetos del estudio fue 26.39 (con una DE de 1.78). Al comparar el puntaje y las mediciones de los síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio el promedio de depresión basal fue 0.81, mientras que el intermedio fue 2.99 ($p < 0.001$), el promedio basal del puntaje de ansiedad fue 30.6, el intermedio 37.81 y el final 31.84 ($p < 0.001$). Finalmente, el puntaje para riesgo suicida basal fue 0.69 y 1.70 en la medición intermedia ($p < 0.001$) (cuadro II). En la medición basal los síntomas de depresión estuvieron ausentes en el 96.3 % de los sujetos estudiados y en la medición final, un año después, los síntomas de depresión estuvieron ausentes en el 88 %, con un descenso a 70.4 % en la medición intermedia ($p < 0.001$). Los síntomas de ansiedad media basal estuvieron presentes en 3.7 % de los estudiados; ese porcentaje subió a 19.4 % en la medición intermedia y

en la medición final estuvieron presentes en el 9.3 % ($p < 0.001$). Los síntomas de riesgo de suicidio se presentaron en el 2 % en la medición basal y en la intermedia en 7.4 %; en la medición final ninguno de los sujetos estudiados presentó sintomatología de riesgo de suicidio ($p = 0.003$) (cuadro III).

Al buscar relación con el antecedente personal de depresión se observó que quienes tenían antecedente de depresión presentaban una razón de momios (RM) de 5.44 (IC 95 % 0.49-60.53, $p = 0.125$) para tener síntomas de depresión. Este riesgo aumentó a 25 (IC 95 % 2.83-220.85, $p < 0.001$) después de seis meses. La RM del antecedente personal de depresión para presentar síntomas de ansiedad fue 5.44 (IC 95 % 0.49-60.53, $p = 0.125$). A los seis meses no hubo aumento. La RM del antecedente de depresión para presentar síntomas suicidas fue de 12.13 (IC 95 % 2.37-62.12, $p < 0.001$ a los seis meses de seguimiento) (cuadro IV).

Se elaboró un análisis con los sujetos que no tuvieron antecedente de depresión. Al comparar el puntaje y las mediciones de los síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio, el promedio de

Cuadro III Comparación de proporciones por categoría de síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en los sujetos de estudio en los tres momentos de evaluación

Trastorno	Basal		Intermedia		Final		p^*
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Depresión							
Ausente	104	96.3	76	70.4	95	88	< 0.001
Leve	4	3.7	12	11.1	6	5.6	
Moderada			9	8.3			
Grave			3	2.8			
Ansiedad							
Mínima	63	58.3	36	33.3	55	50.9	< 0.001
Baja	41	38	33	30.6	34	31.5	
Media	4	3.7	21	19.4	10	9.3	
Alta			7	6.5	1	0.9	
Muy alta			1	1			
Riesgo de suicidio							
Ausente	106	98.1	91	84.3	101	93.5	0.003
Presente			8	7.4	0	0	

*Se empleó χ^2

Cuadro IV Relación del antecedente personal de depresión en médicos residentes con síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio evaluados al inicio, a los seis meses y al año de ingreso

	Síntomas de depresión basales		RM	IC	p*
	Sí	No			
Antecedente de depresión					
Sí	1 (25)	6 (5.8)	5.44	0.49-60.53	0.125
No	3 (75)	98 (94.2)			
Antecedente de depresión A los 6 meses					
Sí	6 (25)	1 (1.3)	25	2.83-220.85	< 0.001
No	18 (75)	75 (98.7)			
Antecedente de depresión Al año					
Sí	0 (0)	7 (7.4)	1.07	1.01-1.13	0.49
No	6 (100)	88 (92.6)			
Síntomas de ansiedad basales					
Antecedente de depresión					
Sí	1 (25)	6 (5.8)	5.44	0.49-60.53	0.125
No	3 (75)	98 (94.2)			
Antecedente de depresión A los 6 meses					
Sí	3 (10.3)	4 (5.8)	1.88	0.39-8.96	0.43
No	26 (89.7)	65 (94.2)			
Antecedente de depresión Al año					
Sí		7 (7.9)			0.34
No	11 (100)	82 (92.1)			
Síntomas de riesgo suicida basal					
Antecedente de depresión					
Sí	2 (100)	5 (4.7)			
No		101 (95.3)			
Antecedente de depresión A los 6 meses					
Sí	4 (28.6)	3 (3.2)	12.13	2.37-62.12	< 0.001
No	10 (71.4)	91 (96.8)			
Antecedente de depresión Al año					
Sí		7 (6.9)			
No	7 (100)	94 (93.1)			

*Se empleó χ^2 de Mantel y Haenzel

depresión basal fue 0.72, mientras que el intermedio fue 2.45 ($p < 0.001$); el promedio basal del puntaje de ansiedad fue 30.28, intermedio 37.10 y final 32.12 ($p < 0.001$); finalmente, el puntaje para riesgo suicida fue 0.49 basal y 1.36 en la medición intermedia ($p < 0.001$) (cuadro V).

En la medición basal los síntomas de depresión estuvieron ausentes en el 97.03 de los sujetos estudiados y en la medición final, un año después, los síntomas de depresión estuvieron ausentes en el 88 % ($p = 0.001$). Síntomas de ansiedad media basal estuvieron presentes en 2.97 de los estudiados; ese porcentaje subió a 21.98 en la medición intermedia y en la medición final estuvieron presentes en el 10.75 ($p < 0.001$). Los síntomas de riesgo de suicidio se presentaron en el 4.35 en la medición intermedia y en la medición final ninguno de los sujetos estudiados presentó sintomatología de riesgo de suicidio ($p = 0.014$) (cuadro VI).

Tanto en la evaluación intermedia como en la final hubo residentes que no respondieron las escalas por encontrarse en rotaciones fuera de la unidad (menos del 10 % de la muestra). No se excluyó a ningún residente.

Acudieron a valoración psiquiátrica ocho residentes, cinco de manera espontánea y tres por solicitud de los investigadores ante los puntajes altos obtenidos en las escalas de riesgo de suicidio y depresión. A cuatro mujeres se les diagnosticó trastorno depresivo mayor con riesgo alto de suicidio, por lo que fueron enviadas al hospital psiquiátrico para valorar internamiento; tres fueron hospitalizadas (dos con depresión grave y una con depresión moderada; pertenecían a la especialidad de Medicina Interna y Anatomía Patológica, respectivamente), la restante inició tratamiento y vigilancia por consulta externa (presentaba depresión leve). De las tres que fueron internadas, dos (solteras) refirieron rupturas

Cuadro V Comparación del puntaje y mediciones de los síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en los sujetos de estudio sin antecedente de depresión en los tres momentos de evaluación

Medición de síntomas	n	Media	Mediana	DE	p*
Depresión					
Basal	101	0.72	0	1.18	
Intermedia	93	2.45	1	3.42	< 0.001
Final	94	1.21	1	1.73	
Ansiedad					
Basal	101	30.28	29	6.54	
Intermedia	91	37.10	35	11.08	< 0.001
Final	93	32.12	31	7.96	
Riesgo de suicidio					
Basal	101	0.49	0	0.90	
Intermedia	92	1.36	0.5	1.83	< 0.001
Final	94	0.61	0	0.95	

*Se empleó análisis unilateral de varianza por rangos de Friedman

de pareja y una (casada) conflictos conyugales como factor desencadenante de la depresión; las tres tenían antecedente personal de este trastorno. La residente (soltera) que no fue hospitalizada calificó con depresión ausente, ansiedad mínima y ausencia de riesgo de suicidio en las evaluaciones basales; tenía antecedente personal de depresión y refirió haber suspendido su tratamiento antidepressivo al iniciar el ciclo académico.

Un residente (hombre, soltero) cumplió criterios clínicos para trastorno depresivo moderado sin riesgo de suicidio, por lo que inició tratamiento psicofarmacológico y seguimiento por consulta externa. No identificó factor psicosocial desencadenante ni refirió antecedente personal de depresión.

A tres residentes (dos mujeres y un hombre) no se les diagnosticó trastorno mental. Refirieron “estrés por la carga de trabajo”; calificaron con ansiedad alta en la medición intermedia.

Dos de las residentes que fueron hospitalizadas presentaban riesgo de suicidio en las evaluaciones basales sin síntomas de depresión. La otra residente hospitalizada presentó depresión leve sin riesgo de suicidio en la evaluación inicial, pero puntajes extremos en las evaluaciones intermedias.

Discusión

Los resultados obtenidos permiten inferir una diferencia entre la presencia de manifestaciones de malestar emocional (ansiedad, depresión) y la presencia de psicopatología propiamente dicha

(trastorno depresivo, trastorno de ansiedad) por la fluctuación presentada en la prevalencia de síntomas depresivos (3.7 %-22.2 %-5.6 %) y de ansiedad (3.7 %-26.8 %-10.2 %) a lo largo del ciclo académico, con valores finales similares a los basales después de un incremento en las mediciones intermedias. Estos datos concuerdan con lo reportado en estudios transversales en los que se observan altas prevalencias de síntomas de ansiedad y depresión; sin embargo, contrastan con lo reportado para trastorno mental, ya que en esta muestra la prevalencia fue de 4.6 % para trastorno depresivo mayor (similar a la reportada en población general), sin diagnosticarse trastornos de ansiedad. Tampoco apoyan la idea de que el estrés o el malestar generado por las exigencias propias de la especialización generen trastornos depresivos y/o ansiosos, puesto que la prevalencia de trastorno depresivo se mantuvo constante durante el año (solo un residente presentó primer episodio depresivo), y los puntajes altos de síntomas de ansiedad y depresión regresaron casi a los niveles de las mediciones basales sin ningún tipo de intervención psicológica. Sin embargo, nuestros resultados concuerdan con los reportes sobre desarrollo de trastorno mental en personas predispuestas²⁷ (cuatro de cinco tenían antecedente personal de depresión). Aunque los puntajes más altos fueron dados por los residentes con trastorno mental, las diferencias en las fluctuaciones se mantuvieron al excluirlos del análisis, lo que hace pensar que efectivamente las exigencias propias de su formación les generan malestar emocional pero no al grado de producirles trastorno mental³³ (probablemente con

Cuadro VI Comparación de proporciones de categorías de síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en los sujetos de estudio en los tres momentos de evaluación (sin antecedente personal de depresión)

Trastorno	Basal		Intermedia		Final		p*
	n	%	n	%	n	%	
Depresión							
Ausente	97.03	0.97	75	80.65	88	93.62	0.001
Leve	2.97	0.03	9	9.68	6	6.38	
Moderada			8	8.60			
Grave			1	1.08			
Ansiedad							
Mínima	60.40	0.60	36	39.56	52	55.91	< 0.001
Baja	36.63	0.37	29	31.87	30	32.26	
Media	2.97	0.03	20	21.98	10	10.75	
Alta			6	6.59	1	1.08	
Riesgo de suicidio							
Presente			4	4.35			0.014
Ausente	100.00	1.00	92	95.65	94	100.00	

*Se empleó χ^2

excepción de los que son vulnerables, no obstante que en el análisis cualitativo los residentes atribuyeron su trastorno mental a factores psicosociales diferentes al ambiente laboral/académico).

El análisis estadístico para diferencias en los síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio por especialidad mostró que los residentes de Anatomía Patológica mostraban mayor ansiedad y riesgo de suicidio al inicio y a la mitad del ciclo académico, así como depresión intermedia; los de Urología mayor ansiedad basal; y los de Medicina Interna mayor ansiedad a la mitad del año. Cuando se excluyó a los residentes con trastorno depresivo, se mantuvo la diferencia para ansiedad en Anatomía Patológica y Urología al inicio del año, y para Medicina Interna a la mitad. Estos datos pueden sugerir que los residentes de Urología y Anatomía Patológica se presentan con niveles más altos de malestar, manifestado por ansiedad, que el resto de las especialidades lo presentan probablemente por la incertidumbre o predisposición específicas de estos servicios en esta unidad, y que el nivel de exigencia sea mayor para Medicina Interna.^{34,35} También se confirma que es más probable que los síntomas de depresión y de riesgo de suicidio se presenten en personas vulnerables, ya que las diferencias en estas manifestaciones desaparecen cuando los portadores de trastorno depresivo son excluidos, en su mayoría con antecedente personal positivo para este trastorno.

En lo que se refiere al riesgo de suicidio, se confirma lo conocido sobre su correlación con el trastorno

depresivo;¹⁹ cuatro de cinco residentes fueron diagnosticados con trastorno depresivo y riesgo alto de suicidio que ameritó hospitalización. Esta correlación se mantuvo positiva cuando se excluyó a los portadores de este trastorno, aunque los puntajes para síntomas de depresión y ansiedad no alcanzaron niveles patológicos; es decir, a mayores manifestaciones de depresión y/o ansiedad hubo mayor riesgo de suicidio. Este aspecto es de particular interés porque obliga a vigilar a aquellos sujetos que incluso tienen puntajes bajos en la escala de riesgo de suicidio y de depresión y/o ansiedad. La mayor frecuencia de trastorno depresivo en mujeres y solteros también queda confirmada y la ausencia de diferencias estadísticamente significativas por género y estado civil, cuando se excluye a los que cursaban con trastorno depresivo, nuevamente confirma presencia de malestar emocional en ausencia de trastorno.

Una debilidad del estudio es la utilización de escalas de autorreporte que, aunque procuramos identificar a los residentes con sospecha de trastorno mental, no aseguran la ausencia del trastorno. Es posible que algunos residentes eviten ser identificados como portadores de trastorno mental por la estigmatización prevaleciente, incluso en el campo médico. Investigaciones sobre este aspecto reportan que para los estudiantes de medicina buscar ayuda por depresión los haría sentir menos inteligentes,²³ y que un tercio de los médicos no busca cuidado regular para su salud.^{36,37}

La parte cualitativa del estudio le confiere fortaleza al obtener de manera directa factores psicosociales

relacionados con el trastorno depresivo; los sociodemográficos concuerdan con lo conocido desde hace mucho tiempo (mayor prevalencia en mujeres y en solteros); y en lo clínico destaca que se identifica un factor desencadenante, pero que no se relaciona con aspectos propios de la residencia, y que es posible detectar individuos con vulnerabilidad para depresión, además de la correlación, ya mencionada, entre depresión y riesgo de suicidio.

De particular interés para los programas encaminados a la prevención del suicidio es el abordaje del fenómeno como proceso, el cual inicia con pensamientos sobre cómo quitarse la vida (ideas, deseos), continúa con las conductas suicidas (intentos) y finaliza con el suicidio consumado.³⁸ Estudios en México han encontrado que la presencia de un trastorno mental incrementa aproximadamente cinco veces la probabilidad de ocurrencia de ideación suicida, y aproximadamente 10 veces la ocurrencia de un plan o un intento de suicidio.^{21,22} Por otra parte, se ha observado que la edad del primer intento de suicidio sigue una doble distribución gaussiana con una media a los 19.5 + 4.3 años y otra a los 38.5 + 12.4 años, con un punto de corte de 26 años para los dos subgrupos. En el subgrupo de menor edad se encuentra con mayor frecuencia ansiedad y en el subgrupo de edad mayor, depresión.³⁹ Estos datos apoyan la necesidad de programas dirigidos a la pro-

moción de la salud mental y prevención de enfermedades mentales en residentes de medicina.

Conclusiones

Se confirma la noción de que cursar una residencia médica genera malestar emocional. Sin embargo, no se confirma que tal malestar genere trastorno depresivo o ansioso y, mucho menos, riesgo de suicidio; tampoco se identificó una especialidad en particular como generadora de mayor malestar.

Los resultados sugieren la necesidad de crear estrategias de detección de depresión al inicio de la residencia con el objeto de que los alumnos vulnerables reciban atención oportuna que les permita continuar con su adiestramiento. Por otra parte, también sugieren la creación de programas que tengan como objetivo amortiguar el malestar emocional en situaciones de mayor presión (talleres de control del estrés, de motivación, mejora de la autoestima, etcétera), así como la prevención de enfermedades mentales.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno en relación con este artículo.

Referencias

- Reames HR, Dunstone DC. Professional satisfaction of physicians. *Arch Intern Med* 1989; 149: 1951-1956.
- Mechanic D. Physician discontent. Challenges and opportunities. *JAMA* 2003; 290 (7): 941-946.
- Viniestra VL. El desafío de la educación en el IMSS: cómo constituirse en la avanzada de la superación institucional. *Rev Med IMSS* 2005; 43: 305-321.
- Pérez E. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Medicina Interna de México* 2006; 22 (4): 282-6.
- Sepúlveda AC, Flores AA, López G, López E. Insatisfacción durante la residencia de pediatría. Prevalencia y factores asociados. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (5): 423-432.
- Betancourt M, Rodríguez CL, Vallecillo I, Sánchez LE. Síntomas de ansiedad y depresión en residentes de especialización médica con riesgo alto de estrés. *Psiquiatr Biol* 2008; 15 (5):147-52. Disponible en <http://zl.elsevier.es/es/revista/psiquiatria-biologica-46/sumario/vol-15-num-05-13007008>.
- Prieto SE, Rodríguez GB, Jiménez CA, Guerrero LG. Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2013; 51(5):574-9.
- López I, Valdés M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV.TR). Asociación Americana de Psiquiatría. Masson, México, 2003.
- Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336(7642): 488-491.
- Richardson V. Y a nuestros residentes ¿quién los cuida? *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006; 63: 155-157.
- Dyrbye LN, Thomas MR, Power DV, Durning S, Moutier C, Stanford F, et al. Burnout and Serious Thoughts of Dropping Out of Medical School: A Multi-institutional Study. *Academic Medicine* 2010; 85(1):94-102. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20042833>.
- Organización Mundial de la Salud. (Sitio web). Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Disponible en <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>.
- Belló M. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México* 2005; 47: 4-11.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 616-27.
- Sepúlveda AC, Romero AL, Jaramillo L. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y

- ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2012; 69(5):347-354.
16. Dávila JC, Alfaro JA, Padilla J. Prevalencia de depresión y ansiedad en médicos residentes del Hospital de especialidades Centro Médico Nacional La Raza. *Medicina Interna de México* 2006; 22: 73.
 17. Vázquez C. Depresión y grados de la misma durante la residencia de acuerdo a especialidad y año en curso. Tesis de especialidad en medicina interna 1998. UMAE, Hospital de Especialidades, C. M. R.
 18. Martínez P, Medina ME, Rivera E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Salud Mental* 2004; 27 (6): 17-27.
 19. Gutiérrez AG, Contreras CM, Orozco RC. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental* 2006; 29 (5): 66-74.
 20. Lecrubier Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour *Eur Psychiatry* 2001; 16 (7): 395-399. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092493380100596X>
 21. Borges G, Wilcox HC, Medina ME, Zambrano J, Blanco J, Walters E. Suicidal Behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month Prevalence, Psychiatric Factors and Service Utilization. *Salud Mental* 2005; 28 (2): 41.
 22. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock M. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *J American Academy Child Adolescent Psychiatry* 2008; 47(1):41. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18174824>
 23. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in Medical Students. *JAMA* 2010; 304 (11): 1181-1190.
 24. Van Niekerk L, Scribante L, Raubenheimer PJ. Suicidal ideation and attempt among South African medical students. *S Afr Med J* 2012; 102: 372-3. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22668910>.
 25. Fagnanin R, Sueko C, Mosca PC, Albuquerque V, Nogueira LA. Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidad Federal de São Paulo. *Sao Paulo Med J* 2004; 122 (4): 152-7. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v122n4/a04v1224.pdf>.
 26. Van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal Thoughts Among Medical Residents with Burnout. *Arch Suicide Res* 2008; 12: 344-346.
 27. Jiménez A, Mondragón L, González C. Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Mental* 2007; 30 (5): 20-26.
 28. Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol. Med Eur Am* 1975; 12: 217-236.
 29. Torres M, Hernández E, Ortega H. Validez y reproductibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental* 1991; 14:1-6.
 30. Natalicio LF, Natalicio N. (1971). Elaboración de la edición en español del Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado. *Interamerican Journal of Psychology*, 2 (5).
 31. Díaz-Guerrero R, Spielberger CD. IDARE: inventario de ansiedad, rasgo-estado. México: El Manual Moderno. 1975.
 32. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Salvador M, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol (Madr)* 1998; 61: 143-152.
 33. Lebensohn P, Dodds S, Benn R, Brooks AJ, Birch M, Cook P, et al. Resident Wellness Behaviors: Relationship to Stress, Depression, and Burnout. *Fam Med* 2013; 45 (8): 541-9. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24129866>.
 34. Ledford CJ, Seehusen DA, Villagran MM, Cafferty LA, Childress MA. Resident scholarship expectations and experiences: sources of uncertainty as barriers to success. *J Grad Med Educ.* 2013; 5 (4): 564-9. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24455002>.
 35. West CP, Shanafelt TD, Kolars JC. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA.* 2011 7; 306 (9): 952-60.
 36. Gross CP, Mead LA, Ford DE, Klag MJ: Physician, heal thyself? Regular source of care and use of preventive health services among physicians. *Arch Intern Med* 2000; 160: 3209–3214.
 37. Ey S, Moffit M, Kinzie JM, Choi D, Girard DE. "If you build it, they will come": attitudes of medical residents and fellows about seeking services in a resident wellness program. *J Grad Med Educ.* 2013; 5 (3): 486-92. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24404315>.
 38. Van Heeringen K: The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry* 2003; 48(5): 292-300.
 39. Slama F, Courtet P, Golmard JL, *et al.* Admixture analysis of age at first suicide attempt. *J Psychiatr Res* 2009; 43:895–900.