

*Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México. Miguel Ángel Fernández-Ortega. <https://orcid.org/0000-0001-5923-0255> Alejandra Chávez-Ciriaco. <https://orcid.org/0009-0005-8415-748X> Itzayana Sánchez-Mendéz. <https://orcid.org/0009-0006-7462-1047>

Recibido: 23-06-2023

Aceptado: 30-06-2023

Correspondencia:

Dr. Miguel Ángel Fernández-Ortega.

Correo electrónico:

miguelaf03@live.com

Depresión e ideación suicida en médicos residentes

Depressão e ideação suicida em médicos residentes

Depression and Suicidal Ideation in Medical Residents

Miguel Ángel Fernández-Ortega*, Alejandra Chávez-Ciriaco,* Itzayana Sánchez-Mendéz.*

Resumen

En el desarrollo de la carrera de medicina se incorporan factores de riesgo que favorecen el desarrollo de patologías relacionadas con la salud mental de los estudiantes; desde la licenciatura hasta la residencia médica. Diversos autores han reportado prevalencias de síntomas depresivos en médicos residentes que oscilan del 21% al 43%, con prevalencia promedio de 29%, lo que corresponde a dos a tres veces más, de lo que ocurre en la población general. Estas prevalencias dependen de la especialidad médica, año académico, carga y clima laboral, cultura y país, entre otros. Estos mismos factores de riesgo, pueden generar otros trastornos, como: ansiedad, síndrome de burnout, fatiga, falta de interés, mayor probabilidad de cometer errores médicos e incluso, el suicidio.

Palabras clave: Residencia médica, Depresión, Ideación suicida.

Resumo

No desenvolvimento da carreira médica são incorporados fatores de risco que favorecem o desenvolvimento de patologias relacionadas à saúde mental dos estudantes; da graduação à residência médica. Vários autores relataram prevalências de sintomas depressivos em médicos residentes variando de 21% a 43%, com prevalência média de 29%, o que corresponde a duas a três vezes mais do que ocorre na população geral. Estas prevalências dependem da especialidade médica, ano letivo, carga horária e clima, cultura e país, entre outros. Esses mesmos fatores de risco podem gerar outros transtornos, como: ansiedade, síndrome de burnout, cansaço, falta de interesse, maior probabilidade de cometer erros médicos e até suicídio.

Palavras-chave: Residência médica, Depressão, Ideação suicida.

Abstract

Throughout the medical career, various risk factors are incorporated and their presence increase the probability of mental health illness of students. The prevalence of depressive symptoms among medical students ranges between. 21% to 43%, with an average of 29%. This prevalence doubles the occurrence in

the general population. The prevalence of depressive symptoms depends on the medical specialty, academic year, workload, working environment, culture and country, among others. These same risk factors can generate other disorders, such as: anxiety, burnout syndrome, fatigue, lack of interest and even suicide. There is also a greater probability of medical errors.

Keywords: Medical Residency, Depression, Suicidal ideation.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la depresión como “[...] un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.¹ La depresión es una causa importante de discapacidad en todo el mundo e incide directamente en la carga de enfermedad de cada país. En 2011, fue considerada la primera causa de discapacidad y años de vida productiva perdidos a nivel global. Según el *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) en 2019, el 3,8% de la población mundial (aproximadamente 280 millones) padecía depresión. Más aún, según el reporte global de suicidios de la OMS, más de 700 000 personas mueren por esta causa cada año, de ellos, el 77% ocurren en países de bajos y medianos ingresos. En 2019, fue la causa número 17 de muertes a nivel global, representando la cuarta causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años.¹

En el caso de México, la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado, informó que la población con síntomas de depresión asciende a 15.4%; teniendo las mujeres una proporción mayor (19.5%) y hombres de 10.7%, siendo los Estados de Guerrero, Tabasco y Durango los que presentan los mayores índices.² Según Gómez-Dántes, el 8.5% de los años perdidos por enfermedad son debidos a este trastorno.³

Clasificación de la depresión

La Clasificación Internacional de Trastornos Mentales CIE-10 Código F32 para Episodio depresivo, 10ª revisión (2016), refiere al episodio depresivo como aquel donde el paciente sufre decaimiento del estado de ánimo, disminución en la energía y actividad reducida, acompañado de alteraciones en la capacidad de

disfrutar, el interés y la concentración, cansancio y cambios en el ciclo de sueño, decaimiento de la autoestima y aparición de ideas de culpa o sentimiento de inutilidad, pérdida de apetito y de la lívido. De acuerdo con la sintomatología se puede clasificar en leve, moderado o grave.⁴

Según esta clasificación, la depresión se clasifica en leve, moderada y severa. La primera corresponde a la integración de al menos tres de los síntomas descritos en el párrafo anterior, sin incluir la ideación suicida. El episodio depresivo moderado corresponde a la presencia de cuatro o más síntomas, sin la ideación suicida y el episodio depresivo grave se diagnostica con tres o más síntomas, además de la idea de intento suicida. En los tres tipos de episodios depresivos será indispensable que los síntomas persistan por lo menos las últimas dos semanas para integrar el diagnóstico.⁴

En la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), la depresión se considera como un trastorno del estado de ánimo y se divide de acuerdo con los síntomas en: trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente (distimia) y trastorno depresivo no especificado. El trastorno depresivo mayor es la principal forma de depresión y se caracteriza por episodios depresivos recurrentes, con duración de por lo menos dos semanas con más de cinco síntomas y deterioro funcional. Si este episodio no se resuelve durante extensos periodos de tiempo, se describe como depresión crónica. Si los síntomas depresivos están presentes la mayor parte de los días, por dos años mínimo y con periodos de remisión no mayores a dos meses, se considera un trastorno depresivo persistente o distimia.⁵

Etiología y fisiopatología de la depresión

La etiología de la depresión es multifactorial y ha sido apoyada por diferentes hipótesis, una de ellas es sobre el papel de las monoaminas: serotonina (5HT), noradrenalina (NA) y dopamina (DA), lo que se considera el fundamento de los medicamentos antidepressivos.⁶ Otra teoría más reciente, es acerca de la inflamación, que está implicada en el desarrollo de depresión por la producción de citocinas inflamatorias en la microglía y proteínas de fase aguda como factor de necrosis tumoral (TNF) e interleucina 6 (IL-6). La alta concentración de citocinas podría explicar por qué las personas con enfermedades autoinmunes e infecciosas graves tienen más probabilidades de tener depresión.

Asimismo, el sistema nervioso simpático y el eje hipotálamo-pituitario suprarrenal (HPA), participan en la respuesta al estrés y en la regulación del ciclo circadiano (parte de la sintomatología de la depresión tiene que ver con el sueño-vigilia). las personas refieren un aumento del sueño y mala calidad de este.

Estos cambios en el ciclo del sueño-vigilia, activan el sistema nervioso simpático y la señalización B-adrenérgica, lo que produce activación de mediadores inflamatorios como IL6 y TNF.⁷

El metaanálisis realizado por Harmer y colaboradores, identificó un total de 11 estudios observacionales, que reportaron que los trabajos por turnos afectan el ciclo sueño-vigilia y se observan tasas más altas de trastorno depresivo, lo cual se explica por mecanismos biológicos y ambientales. Así mismo, el estrés puede asociarse a la metilación de la proteína SCL6A4 que se encarga de transportar serotonina a las neuronas presinápticas, la metilación de esta proteína ocasiona disminución de la cantidad de serotonina extracelular en la hendidura sináptica y aumenta el riesgo de trastornos del estado de ánimo.⁸

Un área etiológica emergente es la genética, que señala que se han encontrado polimorfismos del gen FKBP5 que están asociados con el riesgo de trastornos depresivos y tendencias suicidas. Incluso, se ha encontrado la variante del gen FKBP5 rs3800373 en las autopsias de personas que se han suicidado.⁸

En el metaanálisis desarrollado por Franklin en 2017, donde se incluyeron 365 estudios publicados en los últimos 50 años, en relación con la identificación de factores de riesgo para el suicidio, encontraron que casi el 80% de los resultados se podían integrar bajo las siguientes categorías:

- a) psicopatología interna (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, del sueño; desesperanza y desregulación emocional)
- b) factores demográficos (edad, educación, empleo, etnia, género, estado civil, religión, estado socioeconómico)
- c) pensamientos y comportamientos suicidas previos (autolesiones previas, intento de suicidio, ideación suicida)
- d) psicopatología externa (conductas agresivas, impulsividad, antecedentes de haber estado en prisión, conductas antisociales, abuso de sustancias, entre otras)
- e) factores sociales (historia de abuso, problemas familiares, aislamiento, problemas con los compañeros, eventos estresantes de vida).⁹

Acercas del suicidio

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), define al suicidio como la muerte causada por una acción perjudicial autodirigida con

la intención de morir como resultado del comportamiento. A su vez, define el intento de suicidio como un comportamiento no mortal, autodirigido y potencialmente perjudicial con la intención de morir. Finalmente, considera la ideación suicida como el hecho de pensar, considerar o planificar el suicidio.

Actualmente no está bien definida la fisiopatología y factores genéticos del suicidio, se ha podido constatar que en muchos de los casos es similar a la de pacientes con depresión severa o crónica, que puede tener factores psicológicos asociados, como lo plantea Joiner en la teoría Interpersonal-Psicológica del Suicidio (IPTS), que asocia la sensación de ser una carga para los demás (“carga percibida”) y al mismo tiempo no sentirse parte importante del grupo (“pertenencia frustrada”) producirá deseos de muerte o ideación suicida. Sin embargo, las personas no actuarán a menos que superen el mecanismo de autoconservación y miedo a la muerte, lo que se conoce como adquirir (“la capacidad”) de morir. Esta capacidad se puede desarrollar con la exposición repetida a eventos dolorosos que reafirmen la carga percibida y la falta de pertenencia.⁸

Otra teoría importante que trata de explicar la ideación suicida es la de los Tres Pasos, que propone que el dolor y la desesperanza son los principales factores que generan la ideación suicida.¹⁰ En un primer paso debe existir algún tipo de dolor (psicológico, espiritual, interpersonal y/o físico), con la esperanza de que el dolor disminuirá o desaparecerá. El segundo paso ocurre cuando el dolor no disminuye y se afecta el sentido de conexión con sus seres queridos, amigos, compañeros, así como con sus roles o actividades que el individuo considere importantes. Si el dolor es mayor que la conexión, aumentará la ideación suicida, pudiendo convertirse en activa, en cuyo caso se concretaría el tercer paso de intento de suicidio.⁸

Residencia Médica y la salud mental

Algunos estudios han señalado la existencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina. En un metaanálisis, con 195 estudios, que incluyeron un total de 129,123 sujetos de 47 países, se encontró que en 43 de esos ellos tuvieron prevalencia promedio de depresión o síntomas depresivos de 27,2%, con rango de 4,9% a 35,6%, dependiendo del país y su cultura. Así mismo, en un metaanálisis de 24 estudios para identificar ideación suicida, la prevalencia de síntomas durante las últimas dos semanas en los últimos 12 meses fue de 11,1%. Estos resultados sugieren que la prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina es mayor que en personas del mismo grupo de edad de la población general.¹¹ Incluso, algunos autores han reportado que el segundo año de la Carrera de Medicina y el internado médico de pregrado presentan, mayor riesgo de estrés y depresión.

En el caso de la etapa de especialización, la selección de médicos residentes se hace a través de un proceso que tiene tres etapas: La primera corresponde a la realización del Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM) para competir por un lugar en la especialidad deseada. En 2022 se registraron 49,000 médicos aspirantes al examen nacional y estuvieron disponibles únicamente 18,147 plazas para todas las especialidades. En caso de haber obtenido el puntaje necesario para realizar alguna residencia médica, los aspirantes deben realizar los trámites de ingreso a las instituciones de salud receptoras en dos rondas de selección, teniendo el riesgo de no ser aceptados en ninguna sede académica. Después de ser seleccionados, deben realizar la inscripción correspondiente en las instituciones de educación superior que avalan los programas.

Al igual que lo reportado en los estudiantes de medicina, los médicos residentes también presentan mayor prevalencia de síntomas depresivos que la población general. En una revisión sistemática se reportaron tasas de prevalencia de depresión o síntomas depresivos en residentes, que oscilaron entre el 20,9 % y el 43,2 %.¹² Mata, en otro metaanálisis realizado en 2015, señaló una prevalencia similar con promedio de 28.8%. Así mismo, en 7 estudios longitudinales se encontró que el primer año de residencia incrementaron los síntomas depresivos en 15,8 % (rango, 0,3%-26,3%), independientemente de la especialidad o país.¹³ En otro estudio realizado en Ohio, Estados Unidos, encontraron que el 19% presentaba datos compatibles con depresión moderada y de ellos, 31.1% tenía ideas suicidas, muchos de ellos sin tratamiento.

Además de la depresión, otros autores han reportado síntomas de ansiedad, estrés y síndrome de burnout hasta en 63% de los residentes, con datos de agotamiento emocional y despersonalización, hasta en 63% de los residentes,¹⁴ eso, sin dejar a un lado que las exigencias laborales durante extensas jornadas de trabajo generan fatiga, falta de interés y apatía, con un horizonte reflexivo estrecho, con escasas horas de sueño y de descanso.¹⁵⁻¹⁷

Los síntomas derivados de este estrés físico, psicológico y laboral pueden incluir falta de concentración, cambios en los patrones de sueño y fatiga, lo que, en los profesionales de la salud, pueden derivar en errores médicos y mala calidad de la atención, por fallas en la seguridad del paciente.^{12,15, 17-18}

Conclusiones

Es indispensable contar con protocolos de detección e intervención oportuna para la atención psiquiátri-

ca y psicológica de los alumnos de pre y posgrado, sobre todo durante la residencia. Además, será muy importante impulsar cambios en la regulación de las residencias médicas y de la cultura laboral, que viole la formación médica en los diferentes niveles educativos.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [internet] OMS. 2023; [citado 2 junio 2023] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) [internet]. 2021; [citado 31 octubre 2022]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enbiare/2021/default.html>
3. Gómez-Dantés H, Fullman N, Lamadrid-Figueroa H, Cahuana-Hurtado L, Darney B, Ávila-Burgos L, et al. Dissonant health transition in the states of Mexico, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* [internet]. 2016;12:388(10058):2386–2402. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31773-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31773-1)
4. CIE-10 código F32, Episodio depresivo. 2022. [citado 5 junio 2023]. Disponible en: <https://icdcode.info/espanol/cie-10/codigo-f32.html>
5. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 2014. [citado 8 junio 2023]. Disponible en <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
6. Zakaria FH, Samhani I, Mustafa MZ, & Shafin N. Pathophysiology of Depression: Stingless Bee Honey Promising as an Antidepressant. *Molecules* (Basel, Switzerland) [internet]. 2022;27(16): 5091. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/molecules27165091>
7. Fang H, Tu S, Sheng J, & Shao A. Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *Journal of Cellular and Molecular Medicine* [internet]. 2019;23(4): 2324–2332. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcmm.14170>
8. Harmer B, Lee S, Duong TVH, Saadabadi A. Suicidal Ideation. 2023 Apr 24. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 33351435.
9. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Musacchio KM, Jaroszewski AC, Chang BP & Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin* [internet]. 2017;143(2): 187–232. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
10. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology* [internet] 2016;12(1):307–30. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>.
11. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. *JAMA* [internet]. 2016;316(21):2214–2236. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>
12. Schipper S. High prevalence of depression in medical residents: the sad reality of medical training. *Evidence-based Medicine* [internet]. 2016;21(3):118. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110381>
13. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians. *JAMA* [internet]. 2015;314(22):2373–2383. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2015.15845>
14. asqualucci PL, Damaso LLM, Danila AH, Fatori D, Neto FB, Koch VH. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in medical residents of a Brazilian academic health system. *BMC Medical Education* [internet]. 2019;19(1):193. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1621-z>
15. West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of Resident Fatigue and Distress with Perceived Medical Errors. *JAMA* [internet]. 2009;302(12):1294. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1389>
16. Aguirre Hernández R, López Flores JF, Flores Flores RC. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente* [internet]. 2011;3(8):28–33. Disponible en: <http://dspace.uan.mx:8080/jspui/handle/123456789/754>
17. Clarke D, Currie K. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *The Medical Journal of Australia* [internet]. 2009;190(S7):S54–S60. Disponible en: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2009.tb02471.x>
18. Saldaña IO, López OVM. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. *Secretaría de Salud del Distrito Federal. Evid Med Invest Salud*[internet]. 2014;7(4):169–177. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56587>