

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel

*Coping strategies and their relation with depression and anxiety in pediatric residents in a third level pediatric hospital*Ana Carolina Sepúlveda-Vildósola,¹ Ana Laura Romero-Guerra,² Leonel Jaramillo-Villanueva³

RESUMEN

Introducción. La depresión y la ansiedad son comunes entre los residentes. Las estrategias de afrontamiento son esfuerzos cognitivos y conductuales encaminados a manejar el estrés. El empleo de estas estrategias de tipo activo está asociado con la menor frecuencia de depresión y ansiedad. El objetivo del presente trabajo fue identificar si existe una relación entre la depresión y la ansiedad y las estrategias de afrontamiento empleadas por los médicos residentes.

Métodos. Previo consentimiento de los médicos residentes, se aplicaron los inventarios de depresión y ansiedad de Beck y el de estrategias de afrontamiento. Los datos se analizaron mediante la prueba de χ^2 .

Resultados. Se incluyeron en el estudio 112 sujetos. Se identificó depresión en 39.6%, ansiedad en 25.6% y ambas coexistieron en 21.4%. Se encontró asociación entre la ansiedad y el tipo y grado de la residencia. Dos de las subescalas de afrontamiento pasivas se asociaron con depresión y tres de ellas con ansiedad.

Conclusiones. La presencia de síntomas depresivos y ansiosos es frecuente entre los residentes. Las estrategias de afrontamiento más empleadas son de predominio mixto. El empleo de estrategias de afrontamiento pasivas se asocia con la depresión y ansiedad.

Palabras clave: depresión, ansiedad, residentes, estrategias de afrontamiento.

ABSTRACT

Background. Depression and anxiety are common among medical residents. Coping strategies are cognitive and conductual efforts in order to manage stress and specific individual demands. The use of active strategies has been associated with a lower frequency of anxiety and depression. Our objective was to determine if there is an association between depression and anxiety and the coping strategies used by medical residents.

Methods. Previous consent, Beck anxiety and depression inventory and coping strategies inventory were completed. Data were analyzed using χ^2 test.

Results. A total of 112 residents were included. Depressive symptoms were identified in 39.6% and anxiety in 25.6%, with coexistence of both symptoms in 21.4%. Anxiety was associated with the type and year of residence. Two of the passive subscales of coping strategies were associated with depression and three with anxiety.

Conclusions. Depressive and anxiety symptoms are frequent among medical residents. Mixed coping strategies are most commonly used. Passive coping strategies are associated with depression and anxiety.

Key words: depression, anxiety, medical residents, coping strategies.

¹ Dirección de Educación e Investigación en Salud

² Servicio de Pediatría

³ Servicio de Salud Mental

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría,
Centro Médico Nacional Siglo XXI
Instituto Mexicano del Seguro Social
México D.F., México

Fecha de recepción: 24-05-12

Fecha de aceptación: 05-09-12

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales ejercen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida,¹ y que para el año 2020 la

depresión será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial.² En México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, y son indicador de muerte prematura y días vividos con discapacidad.³ La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2002) concluyó que la prevalencia de depresión en adultos en México fue de 4.5%, y que los trastornos afectivos se ubican en tercer lugar de frecuencia.⁴

Las profesiones de servicio ligadas a la vida, entre las que se encuentran la medicina, se han relacionado con la mayor prevalencia de dichas patologías, debido a una serie de estresores profesionales aunados a los de la vida diaria. Según estos sean vividos, resueltos y afrontados, determinarán la respuesta individual al estrés. Esto puede originar comportamientos adaptativos o desadaptativos, que provocan desgaste e insatisfacción personal, y se reflejan en el desempeño profesional y salud mental.

Los médicos en periodo de adiestramiento de una especialidad están sujetos adicionalmente a otros estresores relacionados con este periodo formativo, como jornadas laborales prolongadas, privación del sueño, exigencias académicas y laborales, conflictos con otro personal, sensación de inseguridad laboral futura y situaciones como muerte de pacientes, conflictos con la familia o amigos, dificultades financieras o mudarse a una nueva ciudad, entre otros, que los hacen aún más susceptibles a patologías psiquiátricas, particularmente depresión y ansiedad. Otras patologías descritas en este grupo son conductas adictivas y somatizaciones, así como conflictos familiares.⁵ En 2010, investigadores de la Universidad de California encontraron que hasta 60% de los residentes médicos cumplían los criterios del DSMIV para depresión mayor.⁶ En 2005, en el Hospital de Pediatría (HP), Centro Médico Nacional Siglo XXI (CMNSXXI), se encontró 64% de prevalencia de depresión y 47% de ansiedad entre los residentes de pediatría, cifras mucho mayores a las de la población general.⁷ Otro estudio realizado en Canadá entre residentes de medicina familiar describió una menor prevalencia de depresión y ansiedad (20 y 12%, respectivamente), aunque esto representó 3 a 4 veces más que la población general de ese país.⁸

El estrés es un fenómeno resultante de la relación entre la persona y los eventos de su medio, que son evaluados como desmesurados o amenazantes para sus recursos y pueden poner en riesgo su bienestar. El individuo debe

implementar estrategias que le permitan afrontar dicho estrés. El afrontamiento es un esfuerzo cognitivo y conductual dinámico, orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar dichas demandas externas e internas que generan estrés.⁹ El afrontamiento es un aspecto muy relevante del funcionamiento personal¹⁰ y se divide en estilos y estrategias de afrontamiento. Según Pelechano, dichos conceptos son complementarios.¹¹ Los primeros son predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones, son estables —temporal y situacionalmente— y consistentes, y determinan el uso de ciertas estrategias.¹² Las estrategias son procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes, dependiendo de las condiciones desencadenantes.¹³ La estrategia presenta ventajas, como su modificabilidad y mayor capacidad predictiva, convirtiéndose en más atractiva desde la perspectiva de la intervención. Factores personales, como relaciones de pareja estables y la presencia de hijos, se han asociado con una mejor aplicación de las estrategias de afrontamiento.⁷

Las estrategias de afrontamiento se clasifican en escalas primarias y escalas secundarias o subescalas.¹⁴ Las estrategias primarias son:

- Activas. Comportamientos relacionados al problema, análisis de las circunstancias para saber qué hacer, reflexión de posibles soluciones, búsqueda de información, estrategias de anticipación a un desastre, control de las emociones y circunstancias, así como la búsqueda de apoyo social.
- Pasivas. Utilización de estrategias como retraimiento, tratar de no pensar en el problema, tratar de no sentir nada, ignorar, negar o rechazar el evento, bromear y tomar las cosas a la ligera y aceptación pasiva.

Las estrategias activas o adaptativas tienen un asiento neurobiológico en las áreas del pensamiento lógico-formal (áreas frontales); mientras que las pasivas dependen de mecanismos más instintivos (sistema límbico).

A su vez, estas estrategias se dividen en 8 subescalas o estrategias secundarias (Cuadro 1). Se ha descrito que la evitación predice estrés y depresión en el futuro.⁶ Esta estrategia de afrontamiento se observa con mayor frecuencia en personas menos familiarizadas con el adecuado manejo de la adversidad. Algunos estudios reportan que los individuos con trastornos de ansiedad presentan predominantemente enfoques focalizados en la emoción

Cuadro 1. Subescalas del Inventario de Afrontamiento

Estrategias activas	Resolución de problemas	Estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés, modificando la situación que lo produce
	Reestructuración cognitiva	Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante
	Apoyo social	Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional
	Expresión emocional	Estrategias encaminadas a liberar emociones que acontecen en el proceso de estrés
Estrategias pasivas	Evitación de problemas	Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante
	Pensamiento desiderativo	Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante
	Retirada social	Estrategias de retirada de amigos, familiares, personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante
	Autocrítica	Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante y el manejo inadecuado

y en la evitación-escape (estrategias pasivas), mientras que los individuos sin patologías psiquiátricas obtenían puntuaciones más altas en las dimensiones centradas en el problema y en la evaluación (estrategias activas).¹⁵ En estudios realizados en otros países, con médicos residentes, se encontró que ellos tienden a utilizar estrategias inadecuadas hasta en 32.7%, principalmente los más jóvenes o los que cursaban el primer año de la especialidad.¹⁵

Existen pocos instrumentos para evaluar las estrategias de afrontamiento. El inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) es un instrumento validado y confiable (alfa de Cronbach 0.76-0.86) que recoge información cualitativa y cuantitativa sobre la frecuencia de la utilización de ciertas estrategias de afrontamiento. El instrumento consta de 40 preguntas, cinco para cada estrategia secundaria.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) se utiliza a escala mundial para cuantificar la presencia y severidad de los síntomas de depresión. Fue adaptado y validado en español en 1975 (coeficiente alfa 0.81-0.86).¹⁶

Por último, el Inventario de Ansiedad de Beck evalúa la severidad de los síntomas de ansiedad y los diferencia de los de depresión. Puede utilizarse tanto en población psiquiátrica como normal. El índice de confiabilidad para la escala total es 0.83.¹⁷

En el HP, CMNSXXI, se ha observado un incremento en la depresión y crisis de ansiedad en algunos residentes de pediatría y especialidades de la rama durante los últimos tres años, por lo que se quisieron conocer las estrategias de afrontamiento que emplean, así como su frecuencia de síntomas de depresión y ansiedad. También, establecer si existe relación entre dichas estrategias de afrontamiento y la frecuencia de síntomas depresivos y de ansiedad.

MÉTODOS

Previo aprobación por el Comité Local de Investigación y Ética, se invitó a participar a todos los residentes adscritos al hospital, durante el mes de diciembre de 2011. Se excluyeron aquellos que se encontraban de vacaciones o en rotaciones externas. Se aplicó una encuesta de datos socio-demográficos, en la que se solicitó que manifestaran si en ese momento se encontraban en tratamiento médico por depresión o ansiedad; de ser el caso, se excluían del estudio. El resto de los residentes procedió a contestar los inventarios de Estrategias de Afrontamiento, de Depresión y de Ansiedad de Beck. Se eliminaron aquellos que no contestaron completo alguno de los instrumentos. Los residentes utilizaron un pseudónimo.

El Inventario de Depresión de Beck se calificó en una escala de 0-63 puntos, cada respuesta con valor de 0-3 puntos. Se obtuvo la suma total y se interpretó de la siguiente manera: ≤ 9 , sin síntomas depresivos; de 10-16, sintomatología leve; de 17-29, moderada; y ≥ 30 puntos, sintomatología depresiva severa.

El Inventario de Ansiedad de Beck se calificó en una escala de 0-63 puntos, cada respuesta con valor de 0-3 puntos. Aquellos con ≤ 15 , sin sintomatología de ansiedad; de 16-21, sintomatología leve; de 22-35, moderada; y ≥ 35 , ansiedad severa.

El Inventario de Estrategias de Afrontamiento se evaluó de la siguiente manera: para cada respuesta “en absoluto” se dio puntuación de 0; para “poco”, 1; para “bastante”, 2; para “mucho”, 3; y para “totalmente”, 4. Se consideró presente la estrategia cuando de las cinco preguntas de cada subescala, tres se reportaban con respuestas de 2 a 4 (de

“bastante” hasta “totalmente”), y se consideró que presentando 3 de 4 áreas estaba presente predominantemente la subescala activa o pasiva correspondiente. Se consideraron estrategias mixtas en aquellos que presentaron más de 2 subescalas de cada estrategia primaria simultáneamente. Aquellos que presentaron respuestas entre 0 y 1 en las diferentes subescalas fueron considerados como “ninguna”.

El análisis descriptivo de los datos cualitativos se expresó en porcentaje, y para los cuantitativos, promedio y desviación estándar. El análisis estadístico inferencial se realizó a través de la prueba de χ^2 . Se consideró diferencia significativa cuando se obtuvo un valor $p \leq 0.05$.

Se publicaron los resultados con los pseudónimos de aquellos sujetos que se identificaron con cuadros de depresión o ansiedad, y los que lo solicitaron fueron derivados al servicio de salud mental del hospital.

RESULTADOS

De un total de 202 residentes adscritos al hospital (incluidos los residentes de pediatría de primer grado que se encuentran en subsección) se excluyeron 90 residentes por los siguientes motivos: 9 por estar en tratamiento psiquiátrico, 12 por estar en rotación de campo, 18 por vacaciones o rotaciones externas, 16 que no aceptaron contestar la encuesta y 34 que no se presentaron a la reunión para la aplicación de los instrumentos. Se eliminó uno porque no completó el cuestionario.

Se incluyeron finalmente 112 participantes (55.44%), cuyas características demográficas se detallan en el Cuadro 2. El 53.6% fueron de pediatría y el resto de especialidades de rama. Veinte residentes (17.8%) cursaban el primer grado (pediatría y genética), 15 (13.3%) el segundo (pediatría y genética), 18 (16%) de tercero (pediatría, cirugía pediátrica y genética), 12 (10.7%) de cuarto (pediatría y cirugía pediátrica), 25 (22.3%) de quinto (segundas especialidades y cirugía pediátrica), 21 (18.7%) de sexto (segundas especialidades y cirugía pediátrica) y uno de séptimo (neurocirugía pediátrica). El mayor porcentaje de sujetos incluidos correspondió a los de tercer año (66%), y el grupo con mayor porcentaje de pérdida fue el de cuarto año (49%), por encontrarse físicamente fuera de la unidad en rotación de campo.

Cuatro de los nueve alumnos excluidos por presentar patología previa fueron de pediatría (44.4%), y el resto de especialidades de rama. Se identificó una frecuencia

de síntomas depresivos en el 37.5% ($n=42$) de los sujetos estudiados, de los cuales el 73.8% padece sintomatología depresiva leve ($n=31$), el 26.1% ($n=11$) sintomatología moderada, sin identificar ningún sujeto con sintomatología depresiva severa.

Para la ansiedad, se reportó una frecuencia de síntomas de 24.1% ($n=27$), con 33.3% con síntomas leves ($n=9$), 59.3% con síntomas de ansiedad moderada ($n=16$) y 7.4% con sintomatología de ansiedad severa ($n=2$). La coexistencia de ambas sintomatologías se identificó en 22.3% de los sujetos ($n=25$). Al analizar globalmente a los sujetos incluidos y a aquellos eliminados por presentar patología psiquiátrica previa, la prevalencia de síntomas de ansiedad fue de 25.6%, síntomas depresivos del 39.6% y la coexistencia de ambas del 21.4%.

No se encontró asociación entre el sexo ($p = 0.65$), la edad ($p = 0.46$), el grado de la residencia que se cursa ($p = 0.258$), la especialidad que se cursa ($p = 0.412$), el estado civil ($p = 0.157$), la presencia de hijos ($p = 0.622$) o el servicio de rotación ($p = 0.66$), con la presencia o gravedad de los síntomas de depresión. A pesar de no encontrar una asociación estadísticamente significativa, 55% de los residentes de primer año, 53.3% de los de segundo y 41.6% de los de cuarto presentaron síntomas depresivos, en contraste con 27.7% de los de tercer año, 24% de quinto y 33% de sexto.

Con respecto a los síntomas de ansiedad, tampoco se encontró asociación con el sexo ($p = 0.10$), la edad ($p = 0.515$), la especialidad ($p = 0.287$), el estado civil ($p = 0.687$), el número de hijos ($p = 0.778$) o el servicio de rotación ($p = 0.70$). Sin embargo, si hubo asociación entre la presencia de síntomas de ansiedad y el grado que se cursa de la residencia ($p = 0.012$), encontrando que 35% y 40% de los residentes de primer y segundo grado, respectivamente, presentaron ansiedad. Respecto a la severidad de los síntomas de ansiedad, se observó que para el primero, segundo y tercer grados hubo predominio de síntomas moderados y severos.

Al analizar por tipo de especialidad, se encontró que 33% de los residentes de pediatría presentaban síntomas depresivos, en contraste con 13.4% de los residentes de otras especialidades ($p = 0.012$). Lo mismo ocurrió para la ansiedad, ya que se encontró que 45% de los residentes de pediatría presentaron sintomatología de este espectro, mientras que solo 28.8% de los residentes de segunda especialidad la presentaban ($p = 0.058$). No se encontró

Cuadro 2. Características demográficas del grupo de residentes de pediatría y segunda rama de la especialidad

		<i>Excluidos por patología psiquiátrica previa</i>		<i>Incluidos</i>		<i>Valor de p</i>
		<i>N= 9</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>N= 112</i>	<i>Porcentaje</i>	
Sexo	Femenino	6	66.7	76	67.9	NS
	Masculino	3	33.3	36	32.1	
Grado	Primero	0	0	20	17.9	NS
	Segundo	1	11.1	15	13.4	
	Tercero	0	0	18	16.1	
	Cuarto	3	33.3	12	10.7	
	Quinto	2	22.2	25	22.3	
	Sexto	3	33.3	21	18.8	
	Séptimo o mayor	0	0	1	0.9	
Estado civil	Soltero	6	66.7	77	68.8	NS
	Casado	3	33.3	22	19.6	
	Unión libre	0	0	13	11.6	
Hijos	No	6	66.7	91	81.3	NS
	Sí	3	33.3	21	18.8	
Edad en años 30.67 ± 1.225 (media \pm DS)			mín 29, máx 33	29.27 ± 2.617	mín 25, máx 37	NS

NS: no significativo; DS: desviación estándar

diferencia estadísticamente significativa, pero fue evidente que casi el doble de los residentes de pediatría presentaron síntomas de ansiedad.

El análisis de los porcentajes de alumnos que presentaron estrategias de afrontamiento primarias se detalla en el Cuadro 3.

Contrario a lo esperado, no se encontró una asociación significativa entre las estrategias primarias de afrontamiento (activas vs. pasivas) con la frecuencia de síntomas depresivos. Sin embargo, cualitativamente, se observó que 25% de los que utilizan estrategias activas presentaron síntomas depresivos, a diferencia de 40% de los que utilizan estrategias predominantemente pasivas o 44% de los que utilizan estrategias mixtas, como se esperaba.

Respecto a los síntomas de ansiedad, solo 7% de los alumnos que utilizan estrategias activas tuvieron síntomas de ansiedad, mientras que 40% de los que utilizan estrategias predominantemente pasivas y 31.9% de los que utilizan las estrategias mixtas tuvieron algún grado de ansiedad.

Las estrategias de afrontamiento no se relacionaron con otras variables socio-demográficas o relacionadas

Cuadro 3. Estrategias de afrontamiento primarias de los residentes del Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Estrategias activas	28	25
Estrategias pasivas	5	4.4
Estrategias mixtas	72	64.2
Ninguna	7	6.3
Total	112	100

con su especialidad [sexo ($p = 0.72$), grado ($p = 0.630$), estado civil ($p = 0.250$) o presencia o ausencia de hijos ($p = 0.486$)].

La sintomatología depresiva no se asoció con las estrategias de afrontamiento primarias de tipo activas/adaptativas ni con las estrategias secundarias (resolución de problemas $p = 1.0$, reestructuración cognitiva $p = 0.364$, apoyo social $p = 0.532$, expresión emocional $p = 0.432$). Los síntomas de ansiedad tampoco tuvieron asociación con las citadas estrategias primaria y secundarias ($p = 0.448$, $p = 1.0$, $p = 1.0$ y $p = 1.0$, respectivamente).

No se encontró asociación entre la depresión y el predominio de estrategia primaria pasiva, ni para dos de sus escalas secundarias, evitación de problemas ($p = 0.517$) y retirada social ($p = 0.171$); mientras que el pensamiento desiderativo y la autocrítica sí se asociaron significativamente ($p = 0.005$ y $p = 0.003$, respectivamente). Tampoco se encontró asociación entre ansiedad y estrategia primaria predominantemente pasiva ni con la subescala de retirada social ($p = 0.80$). Sin embargo, sí se encontró asociación significativa con el resto de las estrategias pasivas (evitación de problemas, $p = 0.027$; pensamiento desiderativo, $p = 0.011$; y autocrítica, $p = 0.002$). El número de estrategias secundarias empleadas también se asoció significativamente con la presencia de síntomas de ansiedad ($p = 0.016$). El uso de tres o más estrategias pasivas se presentó en 92.5% de los alumnos con sintomatología de ansiedad (Cuadro 4).

DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que la frecuencia de síntomas depresivos fue de 39.6%, cifra mucho mayor que la encontrada en 2005 por Belló y colaboradores en población de adultos mexicanos (4.5%),⁴ pero menor que la encontrada hace 7 años entre residentes del mismo hospital (60%). Estos resultados podrían explicarse por el uso de diferentes instrumentos de medición, y las medidas que se han tomado para detectar y tratar en forma temprana los síntomas depresivos entre los residentes. Del total de residentes con síntomas depresivos, tres cuartas partes correspondieron al grado leve, y ninguno presentó depresión severa, por lo que en ellos se requeriría solamente la intervención no farmacológica. Los residentes de primero y segundo grado fueron quienes presentaron síntomas

depresivos y ansiosos en mayor proporción, seguidos por los residentes de cuarto año. Estos hechos pueden estar dados porque los residentes de primer grado tienen una gran incertidumbre respecto a su profesión al ser novatos en este periodo formativo, pero ya con inicio en las responsabilidades diagnósticas y terapéuticas de los pacientes. Los de segundo grado estarían ansiosos y deprimidos por ser el grado académico de menor jerarquía en la pirámide del hospital, con gran carga académico-asistencial, el tipo de rotaciones por terapias intensivas, guardias más frecuentes y la constante supervisión del resto del personal médico. Por último, los residentes de cuarto grado, próximos a egresar de su especialidad, tienen la incertidumbre de su futuro laboral y académico, además de la presión de los exámenes de certificación, egreso y selección. Los residentes de pediatría se encuentran más deprimidos que los de la segunda especialidad, probablemente por ser de menor edad, solteros y por ser su primera experiencia lejos de casa y de sus familiares.

Contrario a lo reportado en la literatura mundial, no se encontró asociación entre el sexo femenino y la presencia de síntomas depresivos.

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, y sus efectos traen consigo un desgaste físico y emocional. El comportamiento ansioso afecta muchos aspectos de la vida cotidiana de una persona, como por ejemplo la eficiencia para resolver problemas, las interacciones con otras personas, la manera como se describen a sí mismos, su capacidad de relajación, su calidad de vida y, por ende, su salud. En nuestra población de estudio estas alteraciones pueden favorecer la presencia de errores en el manejo y evaluación de los pacientes, impactando negativamente al mismo tiempo

Cuadro 4. Frecuencia de estrategias secundarias de afrontamiento presentes en los alumnos

		Porcentaje	Numero de estrategias utilizadas				
			4	3	2	1	0
Estrategias activas	Resolución de problemas	92					
	Reestructuración cognitiva	88.4					
	Apoyo social	90.2	86 (76.8%)	14 (12.5%)	5 (4.5%)	1 (0.9%)	6 (5.3%)
	Expresión emocional	83.9					
Estrategias pasivas	Evitación de problemas	71.4					
	Pensamiento desiderativo	85.7					
	Retirada social	55.4	41 (36.6%)	36 (32.1%)	17 (15.2%)	9 (8%)	9 (8%)
	Autocrítica	68.8					

en la relación médico paciente. Hay pocos estudios que describan prevalencia de este tipo de enfermedades. En 2005, Virgen-Montelongo y colaboradores reportaron que 14.8% de la población en México padece algún trastorno de ansiedad;¹⁸ y Malagón-Calderón y González-Cabello reportaron una frecuencia de 47%.⁷ En esta población se identificó una frecuencia de síntomas de ansiedad en 25.6%, lo que significa también una disminución con respecto a hace 7 años. Sin embargo, la mayor proporción de residentes estuvieron clasificados en ansiedad moderada, y 22% de los residentes presentaron ambas patologías. Estos datos deben alentarnos a encontrar soluciones al problema, ya que una tercera parte de nuestros residentes presentaron niveles moderados de ansiedad y casi la mitad presentaron algún grado de depresión, lo que necesariamente influye en su rendimiento académico y desempeño laboral.

Es ampliamente conocido que los estresores externos pueden estar relacionados con la presencia de depresión y ansiedad. Sin embargo, en el presente estudio no se encontró dicha asociación, excepto para el tipo de especialidad y grado académico. También se observó que solamente la cuarta parte de los residentes utilizan estrategias activas de afrontamiento, que los protegerían contra la presencia de síntomas de depresión y ansiedad. La hipótesis de trabajo se confirmó, ya que un porcentaje mucho menor de ellos presentaron síntomas depresivos o ansiosos comparados con aquellos que utilizaron estrategias predominantemente pasivas o mixtas (presentó depresión 25% de los de afrontamiento activo vs. 40% y 44% para afrontamiento pasivo o mixto, respectivamente, y para ansiedad 7% vs. 40% y 31%, respectivamente). Sin embargo, la baja proporción de sujetos que utilizan estrategias adecuadas debe alertarnos a establecer programas de entrenamiento para tratar de modificar las estrategias para confrontar el estrés. Aproximadamente 70% de nuestros residentes utilizan estrategias inadecuadas (pasivas y mixtas), lo cual representa el doble de los reportados por V. Pelechano en 1999. Este autor reportó que los más jóvenes y los de primer grado eran los más propensos a presentar estrategias inadecuadas de afrontamiento.¹¹ En nuestra población no se halló asociación con ninguna de estas variables, aunque sí se observó una leve disminución en el porcentaje de los alumnos que utilizan estrategias pasivas o mixtas al ser residentes de segunda especialidad (70, 73, 72, 75, 64 y 62% para primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto grado, respectivamente).

Así mismo, se observó que 36% de la muestra empleaba una o más de las estrategias pasivas, lo cual implica que predominaron las respuestas irracionales. De estas, el pensamiento desiderativo (*wishful thinking*), definido como la formación de opiniones y toma de decisiones basadas en lo que sería más placentero de imaginar en vez de fundamentadas en la evidencia o racionalidad, reflejó el deseo de que la realidad no fuera estresante. Esta estrategia, que es empleada por 85.7% de los sujetos, se asoció con síntomas elevados de ansiedad y depresión, lo cual denota la dificultad para enfrentar las situaciones y, al mismo tiempo, representa un mecanismo compensatorio para disminuir el malestar generado por las condiciones estresantes.

La evitación del problema, que se refiere a las estrategias que incluyen negación y evitación de actos o pensamientos relacionados con el acontecimiento estresante, también presentó una frecuencia de 71.4% y una asociación significativa con los síntomas de ansiedad, lo que es indicativo de respuesta emocionales desadaptativas por la incapacidad para adaptarse a los factores estresores. Se observó que las variables demográficas implicadas en el incremento de los síntomas de ansiedad se encontraron en los residentes de menor jerarquía, por lo que se infiere que los factores estresores de mayor relevancia fueron la falta de experiencia en la atención al paciente pediátrico y el enfrentamiento a un lugar del cual se desconoce la dinámica del trabajo; así mismo, se consideró que este punto es importante debido a que una estrategia de evitación motivada por situaciones de ansiedad pudiera ser malinterpretada por los médicos de base o profesores en un momento dado, como una falta de compromiso o colaboración del residente con la actividades asistenciales, lo que podría generar conflictos laborales.

Por otro lado, la autocritica definida como autoinculpación y la autocritica por la ocurrencia de la situación estresante y su manejo inadecuado,¹ fueron otras estrategias pasivas frecuentemente utilizadas (68%) que se asociaron con la sintomatología de ansiedad y depresión. A diferencia de las dos estrategias ya reportadas, estas se centran en la emoción, denotando un afrontamiento basado en la autoinculpación y las conductas menos frontalizadas, es decir, poco racionales para el abordaje de los problemas.

Finalmente, la retirada social, definida como la estrategia de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas, asociada con la reacción emocional

al proceso estresante, se presentó en 55.4% de la población: Esta estrategia no se asoció con los síntomas de depresión y ansiedad. Sin embargo, es importante mencionar que esta estrategia refleja la falta de redes de apoyo y el riesgo que conlleva: el incremento en el malestar emocional y la posibilidad de abandono de la residencia médica.

Autor de correspondencia: M. en C. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola
Correo electrónico: anacsepulveda@hotmail.com

REFERENCIAS

1. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. *CMAJ* 2002;167:1253-1260.
2. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-1504.
3. Frenk J, Lozano R, González M. Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. México DF: Fundación Mexicana para la Salud; 1999.
4. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex* 2005;47(supl 1):S4-S11.
5. Blandin J, Martínez AD. Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Militar "Dr Carlos Arvelo". *Arch Venez Psiquiatr Neurol* 2005;51:12-15.
6. Satterfield J, Becerra C. Developmental challenges, stressors and coping in medical residents: a qualitative analysis of support groups. *Med Educ* 2010;44:908-916.
7. Malagón-Calderón G, González-Cabello H. Frecuencia y grado de ansiedad y depresión en médicos residentes de pediatría. Tesis de especialidad en Pediatría Médica. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2005.
8. Earle L, Kelly L. Coping strategies, depression, and anxiety among Ontario family medicine residents. *Can Fam Physician* 2005;51:242-243.
9. Castaño E, León del Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *Inter J Psychol Psychol Ther* 2010;10:245-257.
10. Cano-García J, Rodríguez-Franco L, García-Martínez J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35:29-39.
11. Pelechano V. *Psicología Sistemática de la Personalidad*. Barcelona: Ariel; 2000.
12. Manrique SC, Vidal MA. Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Rev Psiquiatr Salud Mental HV* 2006;7:33-39.
13. Nava QC, Ollua MP, Vega VC, Soria TR. Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicol Salud* 2010;20:213-220.
14. Cruz VB, Austria-Corrales F, Herrera-Kiengelher L, Vázquez-García J, Vega VCZ, Salas-Hernández J. Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout o de "desgaste profesional" en trabajadores de la salud. *Neumol Cir Torax* 2010;69:137-142.
15. Sandin B, Chorot P. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 2003;8:39-54.
16. Jurado S, Villegas E, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 1998;21:26-31.
17. Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Rev Mex Psicol* 2001;18:211-218.
18. Virgen-Montelongo VR, Lara ZA, Morales BG, Villaseñor BS. Los trastornos de ansiedad. *Rev Digital Universitaria (online)* 2005;6:2-8. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/int64.htm>