

## Depresión en madres médicas en México: un estudio transversal

*Depression among physicians who are mothers in Mexico: a transversal study*

Sandra López-León,\* Karen Rosales-Mariscal,† Cipatli Ayuzo Del Valle,‡  
Luz Odette Villegas-Pichardo,§ Alejandra Huante-Salceda¶

### RESUMEN

Los trastornos mentales son comunes en la comunidad médica, especialmente en las mujeres. En México, hay estudios que demuestran que estudiantes de medicina y residentes presentan con mayor frecuencia depresión, comparadas con la población general. En este estudio se describe la prevalencia de depresión en un grupo de madres médicas hispanas. **Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo con base en encuestas a un foro en línea de mujeres con título de Médico Cirujano que son madres y residen en México, con el objetivo de estimar la prevalencia puntual de depresión en este grupo. El cuestionario incluía la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). Una calificación igual o mayor a 8 o el uso de algún antidepresivo fueron usados para definir depresión en este estudio en particular. **Resultados:** Un total de 1,170 médicas que son madres fueron incluidas en este estudio. La prevalencia puntual de depresión fue de 10.9%. El grupo que presenta depresión fuma más y toma más píldoras para dormir que el grupo que no presenta síntomas de depresión.

**Palabras clave:** Depresión, médicos, salud mental, medicina, conducta materna.

### ABSTRACT

Mental disorders are prevalent in medical doctors, especially among females. In Mexico, there are studies showing that medical students and residents present a higher frequency of depression compared to the general population, however there are no studies in medical doctors at a later stage. **Material and methods:** A questionnaire was sent in an online forum for physicians that are mothers based in Mexico with the objective of estimating the point prevalence of depression among this group. The questionnaire included the hospital and anxiety scale (HADS) which assess symptoms of depression. A cut-off score of  $\geq 8$  or use of antidepressants was used to define depression. **Results:** A total of 1,170 physicians that are mothers were included in this study. The point prevalence of depression was 10.9%. The group that had depression smoked more and took more sleeping pills that the group that did not present symptoms of depression. The point prevalence of symptoms of depression in this group of physicians in Mexico was estimated to be of 10.9%, which is similar to what is seen in the general population but lower than the estimates for medical interns and residents.

**Keywords:** Depression, physicians, mental health, medicine, maternal behavior.

\* Epidemióloga Senior.  
Novartis Pharmaceuticals  
Corporations, New Jersey  
US.

† Neonatóloga Hospital  
Español de México.  
Postgrado Universidad La  
Salle, México.

‡ Academia Mexicana de  
Pediatria. Departamento  
de Pediatria del Hospital  
Ángeles. Monterrey,  
México.

§ Nutrióloga y Homeópata  
en Centro SUMA para  
Labio y Paladar Hendido  
en la Ciudad de México.

¶ Departamento de  
Medicina Interna en el  
Hospital San Ángel Inn en  
la Ciudad de México.

**Correspondencia:** CAV,  
cipatlimd@yahoo.com

**Conflicto de intereses:**  
Las autoras declaran que  
no tienen.

**Citar como:** López-León S,  
Rosales-Mariscal K, Ayuzo-  
Del Valle C, Villegas-  
Pichardo LO, Huante-  
Salceda A. *Depresión  
en madres médicas  
en México: un estudio  
transversal.*

Rev CONAMED 2019;  
24(supl. 1): s3-s7.

**Financiamiento:**  
Ninguno.

Recibido: 30/09/2019.  
Aceptado: 19/11/2019.

## INTRODUCCIÓN

La depresión se caracteriza por un sentimiento persistente de tristeza, pérdida de interés, cambios en el apetito, alteraciones del sueño, pérdida o falta de energía y alteraciones neurocognitivas. Otros síntomas incluyen la pérdida de confianza y de autoestima, culpa inapropiada y pensamientos de muerte o suicidio.<sup>1</sup>

Los médicos tienen un riesgo mayor de presentar desórdenes mentales como la depresión comparadas con la población general.<sup>2</sup> Diversos factores han sido propuestos para explicar esta predisposición: la relación médico-paciente, múltiples horas de guardia, sueño insuficiente, horas de estudio extenuantes y limitaciones financieras como préstamos bancarios.<sup>3</sup> Las mujeres médicas están en un mayor riesgo de depresión comparadas con sus colegas masculinos.<sup>4</sup> Algunos motivos de estrés que son más prevalentes en las profesionistas mujeres incluyen: ser minoría, discriminación, falta de modelos a seguir, falta de apoyo, presión social del rol de la mujer, y el poder combinar la carrera con la maternidad.<sup>4</sup>

La depresión tiene una prevalencia alta a nivel mundial, la cual ha ido aumentando a través del tiempo.<sup>5</sup> La prevalencia es aproximadamente dos veces mayor en mujeres comparada con los hombres.<sup>6</sup> La Organización Mundial de la Salud estima una prevalencia puntual de depresión en la población general de 1.9% para hombres y 3.2% para mujeres.<sup>6</sup> Una encuesta nacional representativa señaló la prevalencia puntual en 7% en los Estados Unidos, y en México de 15%.<sup>7,8</sup> Estas estimaciones pueden variar dependiendo de la edad, la proporción entre hombres y mujeres, y los criterios diagnósticos usados.

Estudios muestran que los médicos tienen una tasa mayor de depresión cuando se les compara con la población general.<sup>7</sup> Con base en la preocupación por la prevalencia de la depresión en la comunidad médica, algunos estudios se han enfocado en los estudiantes de medicina, internos y residentes tales como Mata y sus colaboradores, quienes en el 2015 condujeron un metaanálisis con el objetivo de dar un resumen estimado de la depresión en los residentes médicos. El estudio muestra una prevalencia de 28.8% (95% CI. 25.3-32.5%). La prevalencia de la depresión varía entre

estudios, oscilando entre 20.9 y 43.2% dependiendo del instrumento usado.<sup>9</sup> En este metaanálisis se incluyeron dos estudios de México que eran transversales.<sup>10,11</sup> Ambos incluían al menos 100 médicos o residentes quirúrgicos, uno mostraba una prevalencia estimada de 16.2% (95% CU 8.9-26.2)<sup>10</sup> y el otro estimaba una prevalencia de 44.4% (95% CI 34-55.3).<sup>11</sup> El hecho de que cada vez existen más mujeres en la carrera de Médico Cirujano<sup>4</sup> nos llevó a realizar una investigación acerca de la prevalencia de los síntomas de depresión en mujeres médicas que, además de su papel como médicos, cumplen también el rol de madres de familia como guía para las futuras generaciones que aspiran a ser médicos y también a ser madres.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron resultados de encuestas realizadas a mujeres con carrera de medicina y que sean madres de hijos naturales o adoptivos. No se incluyeron médicas que no son madres. Los datos para los análisis fueron obtenidos de un cuestionario realizado en marzo del 2017. El consentimiento informado se solicitó al inicio del cuestionario basado en las guías de la OMS. La participación se realizó de forma anónima y voluntaria.

El cuestionario contenía tanto preguntas de opción múltiple, como abiertas. Se recolectó información de edad, estado civil, detalles profesionales, medicación usada, maternidad, salud y bienestar.

Los síntomas de depresión fueron evaluados usando la escala de depresión y ansiedad (HADS-D).<sup>12</sup> Esta escala fue originalmente diseñada para evaluar a pacientes hospitalizados, pero ha sido validada para ser usada en la población general. Las propiedades psicométricas de esta escala han sido demostradas en varias poblaciones.<sup>13</sup> Este estudio usó la versión traducida por López Alvarenga. El HADS en español ha sido usado en estudiantes de medicina demostrando una adecuada consistencia interna ( $\alpha > 0.80$ ), y buena especificidad para detectar depresión.<sup>14</sup>

El HADS-D consiste en siete puntos con calificaciones que varían de 0 a 21. Una mayor calificación indica un mayor número de síntomas de depresión. El punto de corte usado fue igual o mayor a 8, lo cual indica una posible depresión mayor o síntomas de desorden de ansiedad clínica. En nuestro

estudio, la depresión se definió como una calificación igual o mayor a 8 en la escala HADS o uso de antidepresivos, aún cuando éstos sean utilizados por otras indicaciones médicas. La prevalencia puntual fue calculada como el número de personas con síntomas de depresión dividido entre el total de participantes multiplicado por 100. Los intervalos de confianza fueron construidos usando Clopper-Pearson.<sup>15</sup> Los datos categóricos y continuos fueron resumidos en frecuencia y porcentaje, desviación media y estándar (DE) respectivamente.

Con el objetivo de evaluar si alguna de las variables estaba asociada con síntomas de depresión, se hizo una comparación de proporciones con el estadístico de  $\chi^2$ , considerando como estadísticamente significativo una  $p \leq 0.05$ . Los análisis estadísticos fueron hechos usando el sistema SAS versión 9.3.

## RESULTADOS

Nuestra población incluyó 1,170 médicas que son madres. La edad promedio fue de 36.1 (DE 5.1). Un total de 6.2% tuvo una calificación igual o mayor a 8 en la escala de HADS. El punto estimado de depresión fue de 10.9%.

La *Tabla 1* muestra las variables que fueron estadísticamente significativas en relación con la depresión. Las médicas con depresión fumaban más (16.5 vs 9%  $p = 0.01$ ) y tomaban más medicamentos para dormir (21.3 vs 3%  $p = 0.00$ ) en comparación con aquéllas que no tenían depresión. También se observó que quienes no tenían depresión se ejercitaban más que aquéllas deprimidas, aunque este

valor no fue estadísticamente significativo (38.3% vs 30.7%  $p = 0.06$ ). Las doctoras con especialidad de Anestesiología tuvieron una incidencia mayor de uso de medicamentos antidepresivos y consumo de alcohol. Dermatología reportó más horas de trabajo y menor número de horas de sueño.

## DISCUSIÓN

La prevalencia puntual de depresión en este estudio, en el cual se incluyeron 1,170 médicas que son madres, fue estimada en 10.9%. Se observó que las participantes que tenían depresión fumaban más y tomaban más pastillas para dormir que el resto de las médicas que no tenían depresión.

Este estimado es similar a lo que ya se ha reportado en la población general en México.<sup>8</sup> Sin embargo, es menor que lo observado en el metaanálisis mundial de médicos en el cual se estimó el 28.8% (IC<sub>95%</sub> 25.3-32.5%).<sup>9</sup>

El hallazgo de que el tabaquismo y el uso de pastillas para dormir es mayor en el grupo de mujeres deprimidas no es nuevo. Hay varios estudios que reportan la comorbilidad entre depresión y tabaquismo, y entre depresión y alteraciones del sueño.<sup>15,16</sup> Con relación al tabaquismo, hay diversas hipótesis para esta correlación, como el que los individuos fuman para aliviar los síntomas de la depresión, que el tabaquismo aumenta el riesgo de depresión y de la que existen genes comunes entre la adicción y la depresión.<sup>16</sup> Cualquiera que sea el caso, existe mayor riesgo que beneficio al fumar, ya que se ha visto que el fumar reduce la

**Tabla 1:** Características generales de la población de madres que son doctoras.

	N = 1,170 %	Sin depresión (n = 1,043) %	Depresión (n = 127) %	p
Edad, media (DE)	36.1 (5.1)	36 (4.9)	37 (6.3)	0.04*
Cigarro diario	9.8	9.0	16.5	0.01*
Alcohol diario	12.7	12.2	17.3	0.70
Café diario	69.4	69.9	65.4	0.17
Pastillas para dormir	5.0	3.0	21.3	0.00*
Ejercicio	37.4	38.3	30.7	0.06

Depresión = síntomas de depresión o toma de antidepresivos, DE = desviación estándar, \* = estadísticamente significativo.

expectativa de vida asociada con enfermedades mentales.<sup>17</sup>

Con relación al sueño, hay una relación causal entre el sueño y las funciones emocionales cerebrales. Existe evidencia de que la mayoría de los pacientes con depresión tienen uno o más desórdenes del sueño.<sup>18</sup> A pesar de que se ha hecho un progreso considerable en el entendimiento de la relación entre el sueño y la función cerebral afectiva, falta mucho aún por investigar. Los médicos tienen acceso a prescripciones médicas y es común que tomen medicamentos para dormir sin un diagnóstico apropiado, más aún en especialidades con accesos a los medicamentos como anestesiología.<sup>18</sup> Una encuesta de médicas mostró que al menos 50% creían tener los criterios de enfermedad mental, pero no buscaron tratamiento porque sentían que ellas podían manejarlo por sí solas o tenían miedo de reportarlo a sus instituciones.<sup>19</sup> Es importante recalcar que si una persona tiene alteraciones del sueño o cambios de humor debe contactar a un especialista para evaluar si la alteración del sueño está causando depresión, o si la depresión está causando el desorden del sueño. En cualquiera de los casos, ambas alteraciones deben ser tratadas como si fueran factores de riesgo para otro tipo de enfermedades que amenacen la vida.

Existe evidencia sólida de que la actividad física es tanto un factor de riesgo como una estrategia en el tratamiento para la depresión. Sin embargo, la evidencia de la eficacia de la actividad física no está en guías, por lo que muchas veces los médicos han negado la actividad física como un plan terapéutico.<sup>20</sup> Otras publicaciones, como un metaanálisis de resultados de ensayos clínicos controlados aleatorios, concluyeron que el ejercicio es altamente efectivo como tratamiento en la intervención de la depresión.<sup>21</sup> Una limitante de este estudio es que la depresión fue evaluada usando un autorreporte tras un cuestionario, en lugar de diagnosticarla por entrevistas clínicas elaboradas por psiquiatras que son el estándar de oro. Mientras que el uso de autorreporte a través de cuestionarios es altamente aceptado en estudios epidemiológicos,<sup>17</sup> estas escalas tienen limitantes. Los ítems y las escalas de respuesta difieren entre las diferentes escalas de depresión, por lo que se estima haya diferencia entre los diversos grupos estudiados. Otra limitante es la inclusión en la definición de depresión, a los

individuos que estuvieran tomando antidepresivos. Los antidepresivos también pueden ser usados para tratar trastornos obsesivos compulsivos, ansiedad o estrés postraumático; por lo que existe la posibilidad de que algunas de las participantes estuvieran tomando antidepresivos para tratar alguno de estos desórdenes. Estas limitantes deben de tomarse en cuenta al momento de hacer comparaciones con otras poblaciones.

El hecho de que los médicos tengan acceso a prescripciones médicas hace que tiendan a automedicarse. La sobredosis es el método de suicidio más común, y su uso es significativamente mayor en médicos comparado con la población general.<sup>22</sup> Los médicos tienen un mayor riesgo de suicidio y la depresión es uno de los factores de riesgo mayores.<sup>23</sup> En comparación con la población general, los suicidios reportados son 40% más frecuentes en hombres y 30% más en médicas.<sup>24</sup> La maternidad es un factor de riesgo adicional en el que se incluyen la depresión postparto y la carga de trabajo derivada de la propia maternidad, lo que lo convierte en un grupo vulnerable. La depresión en los médicos puede estar subdiagnosticada y no tratada adecuadamente. El riesgo de suicidio se puede reducir con una mejor detección y adecuado tratamiento de la depresión.<sup>25</sup>

## CONCLUSIÓN

Los resultados muestran que 10.9% de las mamás médicas que participaron en este cuestionario presentaban síntomas de depresión o bien estaban bajo medicación de algún antidepresivo (5.8%). Este porcentaje es similar a lo reportado en otros estudios en la población general pero menor a lo reportado en médicos internos y médicos residentes. Hay especialidades de mayor riesgo para depresión como anestesiología.

## AGRADECIMIENTOS

Grupo Mamás Doctoras México.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Krishnan R. Unipolar depression in adults: epidemiology, pathogenesis, and neurobiology. Up To Date. 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/>

- unipolar-depression-in-adults-epidemiology-pathogenesis-and-neurobiology.
2. Brooks SK, Gerada CCT. Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed? *J Ment Health*. 2011; 20 (2): 146-156.
  3. Levine RE, Bryant SG. The depressed physician: a different kind of impairment. *Hospital Physician*. 2000; 36: 67-73.
  4. Robinson GE. Stresses on women physicians: consequences and coping techniques. *Depress Anxiety*. 2003; 17 (3): 180-189.
  5. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003; 12 (1): 3-21.
  6. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018; 392 (10161): 2299-2312.
  7. Joules D. Depression in resident physicians: a systematic review. *Open J Depress*. 2014; 3 (3): 89-100.
  8. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalence and diagnosis of depression in Mexico. *Salud Publica Mex*. 2005; 47 Suppl 1: S4-S11.
  9. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015; 314 (22): 2373-2383.
  10. Cruz EP. Burnout syndrome as a risk factor of depression in medical residents. *Med Inter Mex*. 2006; 22 (4): 282-286.
  11. Sánchez MJB, Islas CLR, Escobar IV, Rico LES. Symptoms of anxiety and depression in residents physicians at high risk or stress. *Psiquiatr Biol*. 2008; 15 (5): 147-152.
  12. Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67 (6): 361-370.
  13. Bjelland I, Dahl AA. The validity of hospital anxiety and depression scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002; 52 (2): 69-77.
  14. Desu MM Raghavarao D. Nonparametric statistical methods for complete and censored data. Chapman and Hall. 2004.
  15. Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: a systematic review. *Nicotine Tob Res*. 2017; 19 (1): 3-13.
  16. Murphy MJ, Peterson MJ. Sleep disturbances in depression. *Sleep Med Clin*. 2015; 10 (1): 17-23.
  17. Royal College of Physicians RcoP, Smoking and Mental Health. 2013. Disponible en: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/smoking-and-mental-health>
  18. Goldstein AN, Walker MP. The Role of Sleep in emotional brain function. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014; 10: 679-708.
  19. Gold KJ, Andrew LB, Goldman EB, Schwenk TL. "I would never want to have a mental health diagnosis on my record": a survey of female physicians on mental health diagnosis, treatment, and reporting. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016; 43: 51-57.
  20. Jacka FN, Berk M. Depression, diet and exercise. *Med J Aust*. 2013; 199 (S6): S21-S23.
  21. Hoffman BM, Babyak MA, Craighead WE et al. Exercise and pharmacotherapy in patients with major depression: one-year follow-up of the SMILE study. *Psychosom Med*. 2011; 73: 127-133.
  22. Bailey E, Robinson J, McGorry P. Depression and suicide among medical practitioners in Australia. *Intern Med J*. 2018; 48: 254-258.
  23. Center C, Davis M, Detre T, Ford D, Hansbrough W, Hendin H et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA*. 2003; 289: 3161-3166.
  24. Hochberg MS, Berman RS, Kalet AL, Zabar SR, Gillespie C, Pachter HL. The stress of residency: recognizing the signs of depression and suicide in you and your fellow residents. *Am J Surg*. 2013; 205: 141-146.
  25. Middleton JL. Today I'm grieving a physician suicide. *Ann Fam Med*. 2008; 6: 267-269.