

11241

15

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

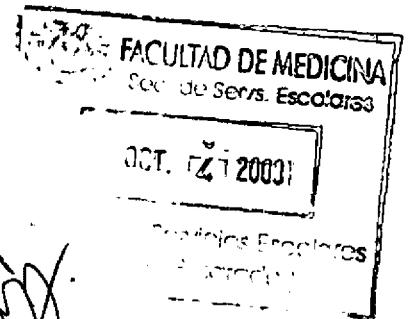
TÍTULO:

IDENTIFICACIÓN DEL SÍNDROME DEPRESIVO EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE PRIMER CONTACTO

283970

ALUMNA:

Mónica Yolanda Flores Gutiérrez



01/01/03

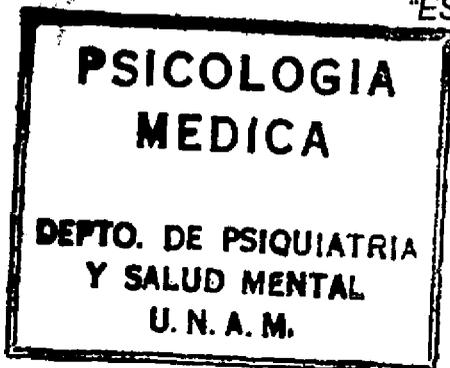
TUTOR TEÓRICO:

TUTOR METODOLÓGICO:

Dr. Fernando Corona H.

Dr. Jesús Ocampo C.

TÉSIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA"



FEBRERO 1999

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA "SAN FERNANDO"

SIGLO XXI

TUTORES

TEÓRICO:
DR. FERNANDO CORONA HERNÁNDEZ
MÉDICO ADSCRITO
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA "SAN FERNANDO"
SIGLO XXI

METODOLÓGICO:
DR. JESÚS OCAMPO CASTAÑEDA
MÉDICO ADSCRITO
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA CON U.M.F. N° 10
"DR. GUILLERMO DÁVILA"

AGRADECIMIENTOS

*A EDUARDO, POR TU PACIENCIA
Y APOYO INCONDICIONALES*

*A DANIEL, POR EL TIEMPO QUE NO PUDE
DEDICARTE Y EL AMOR QUE SIEMPRE ME DAS*

*A MI FAMILIA, POR AYUDARME A
ALLANAR EL CAMINO*

*A JOSÉ LUIS Y CÉSAR, POR SER MUCHO
MÁS QUE MIS COMPAÑEROS: HERMANOS Y AMIGOS*

*A MIS PROFESORES, POR TODO EL APOYO, ENSEÑANZA
Y LA AMISTAD QUE ME BRINDARON DURANTE ESTOS AÑOS*

A ENRIQUE, POR DIEZ AÑOS DE AMISTAD

A JORGE, POR TU TIEMPO Y ESFUERZO

ÍNDICE

I. Antecedentes.....	1
II. Planteamiento del Problema	5
III. Objetivo	6
IV. Justificación	7
V. Material y Métodos	8
VI. Resultados	13
VII. Discusión	15
VIII. Conclusiones	16
IX. Anexos	17
X. Bibliografía	23

DEPRESIÓN.

Síndrome caracterizado por diversas manifestaciones y síntomas afectivos de la esfera intelectual que a su vez originan trastornos de la conducta y manifestaciones orgánicas. El trastorno depresivo se caracteriza por alteraciones emocionales persistentes, mal funcionamiento ocupacional y social y pérdida general del interés o del placer en el resto de las actividades (1). Tema de estudio de gran importancia internacional en los últimos años (2), destaca de manera significativa la frecuencia con la que aparecen los rostros de la depresión y la ansiedad en la práctica clínica general. Este tipo de trastornos conllevan tanta amargura y tristeza entre los pacientes y repercusiones en el medio familiar y comunitario (3). Y son consecuencia de la interacción entre la predisposición genética y los factores psicosociales del entorno (4). Los mecanismos neuroquímicos y neuroanatómicos median el proceso cognitivo y pueden jugar un papel integral en la fisiopatología de la depresión (5).

La enfermedad depresiva comprende un espectro continuo que va desde trastornos relativamente leves hasta alteraciones psicóticas muy graves. De todas formas, incluso los menos graves afectan la función social de las personas que los padecen (6). Es resultado de un mal balance entre los diferentes sistemas reguladores y la consecuente sobreactividad de transmisores en algunas regiones cerebrales. La relación causa-efecto aún no es clara, involucra trastornos funcionales graves de los sistemas reguladores endocrinos. (7).

En el sistema taxonómico se le clasifica en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado, trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar no especificado y trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y/o inducido por sustancias (8). Se ha estimado que implica la interacción de factores biológicos y psicosociales, algunos signos y síntomas típicos reflejan una disfunción de funciones bioquímicas y neurofisiológicas y no son comúnmente encontradas en otras formas de alteraciones psíquicas (7). Un trastorno común en la población general, que los médicos de atención primaria observan con mayor frecuencia, estudios epidemiológicos han demostrado que es más frecuente en mujeres que en hombres, sin embargo todavía no se cuenta con una explicación coherente de la preponderancia en las mujeres, ni está claro como es que el sexo del paciente afecta la respuesta a los antidepresivos ni cómo cambian los requerimientos de éstos durante el ciclo menstrual. Las mujeres comienzan a manifestar una tasa mayor de este padecimiento en los primeros años de la adolescencia, y permanece elevada durante toda la vida (9).

La media gira alrededor de los 40 años. El 50% de los pacientes se encuentra entre los 20 y 50 años. Es más frecuente en personas separadas o divorciadas, en áreas rurales que urbanas y en personas con menor escolaridad (10).

El síndrome depresivo puede ser diagnosticado con frecuencia en pacientes con enfermedades médicas, ya que las características cardinales pueden deberse a otras causas. Por ejemplo, alteraciones del dormir pueden deberse a dolor; trastornos en el apetito, a náusea; fatiga, a anemia; concentración deficiente a efectos de fármacos como la teofilina (6). Aunque la clasificación y descripción de los trastornos afectivos aún se encuentran en un proceso controvertido y en evolución, tres son los sistemas

diagnósticos que han dominado los campos clínicos y de investigación: los criterios clínicos de Feighner(11), los criterios diagnósticos de investigación (12), y el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (8). Este último incluye criterios diagnósticos y específicos para síntomas transversales, especificadores del curso y especificadores longitudinales. El tratamiento de este padecimiento se dirige a diferentes objetivos: garantizar la seguridad del paciente, llevar a cabo una evaluación diagnóstica completa y el abordaje terapéutico, que debe iniciarse con la intención no solo de tratar los síntomas inmediatos, sino de ofrecer, en la medida de lo posible, el bienestar posterior del paciente y la familia; las estrategias terapéuticas, incluyen: hospitalización, terapia cognitiva, psicodinámica, conductual, interpersonal y familiar; farmacoterapia (antidepresivos tricíclicos, ISRS, IRMA, etc.), educación del paciente, TEC y fototerapia. Los trastornos del estado de ánimo suelen tener un curso prolongado y los pacientes suelen recaer, lo que significa una interferencia importante en la vida del sujeto. La identificación precoz y tratamiento de estos síntomas iniciales pueden prevenir el desarrollo de un episodio depresivo completo (10).

La depresión crónica se presenta en forma intermitente por un lapso de 2 años o más. Los pacientes que se consideran recuperados son los que no presentan síntomas o presentan uno o dos de ellos en un grado menor y por un periodo de al menos 8 semanas consecutivas. Las modalidades del tratamiento varían según los componentes agudos y crónicos de la enfermedad (13). Episodios leves, ausencia de síntomas psicóticos, un buen funcionamiento social y familiar y una hospitalización corta se consideran indicadores de buen pronóstico. El mal pronóstico se incrementa con la coexistencia de trastorno distímico, abuso de alcohol y otras sustancias, síntomas de ansiedad y una historia de más de un episodio de depresión previo (14).

Este padecimiento actualmente es preocupación del médico general pero a menudo no es reconocida y recibe un trato deficiente sobre todo en ancianos y en pacientes cuya presentación es predominantemente somática. Goldberg (1981) encontró grandes discrepancias en la capacidad del médico general para reconocer la morbilidad psiquiátrica descubierta por medio de cuestionarios. Tal capacidad guarda relación con la técnica de la entrevista y propone atributos deseables para la facilidad del reconocimiento: prestar oídos a sus problemas, explorar síntomas que se consideren más molestos y aflictivos, técnicas de manejo y evitación de la tensión, considerar disfunción sexual, discutir efectos secundarios del tratamiento y rehabilitación. Entre 5 y 10 % de las depresiones observadas por el médico general se vuelven crónicas (9).

Como quiera que se defina (como un síntoma, un síndrome, una enfermedad única o un espectro de diferentes manifestaciones), éste es en el momento actual el trastorno psiquiátrico más frecuente tanto en países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, su presencia sigue aumentando y se asocia con un mayor uso de los servicios médicos y una amplia gama de incapacidades (15). Johnson et al. (1992) encontró que tanto la depresión, entendida como categoría diagnóstica definida, como la presencia aislada de algunos síntomas que no satisfacían todos los criterios diagnósticos, se asociaban con mayor uso de los servicios médicos generales o del servicio de urgencias, como consecuencia de problemas emocionales y un aumento en el uso de sustancias psicotrópicas con un amplio abanico de efectos adversos (15).

Múltiples estudios comunitarios han demostrado que de 2 a 4 % de las personas sufren este trastorno y se ha asociado a más incapacidad funcional que la gran mayoría de enfermedades crónicas, estos individuos usan los servicios de salud tres veces más, han

sido vistos en alguna clínica de primer nivel y solo el 20% ha sido valorado por especialistas en salud mental (14).

Hay necesidad de identificar grupos de alto riesgo en comunidades donde la incidencia y prevalencia de la depresión sean altas. Se precisa de instrumentos epidemiológicos que se puedan aplicar en la población mediante escalas y entrevistas diagnósticas. Los instrumentos a utilizar deben tener, además de confiabilidad y validez, funciones tales como medición cuantitativa de gravedad, identificación cualitativa de complejos y patrones sintomáticos y clasificación de características personales que faciliten la predicción del riesgo y respuesta al tratamiento. La mayoría de las escalas elaboradas (como Hamilton, Beck y Zung) tienen como objetivo medir intensidad, sin embargo no proporcionan un diagnóstico específico, sino una cuantificación del malestar psicológico (16). Diversos instrumentos se han utilizado en la consulta general para hacer diagnósticos psiquiátricos en la comunidad (17). El método más recientemente desarrollado para el estudio de su prevalencia son las entrevistas psiquiátricas estructuradas que generan diagnósticos de acuerdo al marco teórico de manuales diagnósticos. Un porcentaje de pacientes diagnosticados como deprimidos lo son sin un conocimiento previo de los criterios diagnósticos (14).

Conforme un campo es mejor comprendido, aumenta la necesidad de cuantificación o medición (Kuhn, 1961). Recientes estudios de Paykel (1990) han probado que las partidas de la escala de Hamilton son más congruentes en el escenario de la práctica general que en el de la psiquiatría hospitalaria (18).

Es notorio que los indicadores de prevalencia de "posible" o "probable" entre los pacientes atendidos por médico general, difieren marcadamente cuando el investigador administra escalas autoaplicables. Estos instrumentos generan puntos de prevalencia en grados que van del 20 al 58%.

Se ha observado que las características clínicas se incrementan de acuerdo a gravedad del episodio, a alta comorbilidad agregada y a que no sean diagnosticadas oportunamente, y esto está significativamente relacionado con la persistencia del padecimiento (14).

Harrison y Maguire han identificado como factores de riesgo para el desarrollo de depresión una historia pasada de enfermedad psiquiátrica, baja autoestima, apoyo social inadecuado, problemas relacionados con el tratamiento o complicaciones, severidad de síntomas físicos y alteraciones persistentes sin resolver como la autoimagen corporal (19), o el duelo durante la infancia (20), y es común en todas las condiciones médicas. El trastorno de adaptación precipitado por una enfermedad física es confundido comúnmente con episodios depresivos mayores por las manifestaciones somáticas presentes, es importante diferenciar a estas dos entidades diagnósticas (21).

Lipowski 1984 refiere que existe evidencia de alteraciones psiquiátricas y enfermedades mentales que, aún siendo lo suficientemente intensas, no son detectadas por los diferentes servicios clínicos (50 al 80%) (22). Aquellos médicos generales hábiles para reconocer el padecimiento suelen ser más sistemáticos en las características o en su conducta al consultar pero se dificulta en pacientes reacios a discutir sus problemas psicosociales y que somaticen extensamente (23).

Freeling y cols. encontraron que no hay diferencias demográficas entre los pacientes en los que es reconocida, de aquellos en los que no fue detectada (24); el nivel de reconocimiento de ansiedad fue mejor que para depresión (25); la mayoría de los médicos generales detectan a los pacientes cuando éstos dicen sentirse deprimidos,

reportan síntomas asociados o el médico "siente" que el paciente está deprimido (29). Se han postulado como fallas del médico para detectar la depresión : un pobre reconocimiento de síntomas y su manejo, no considerar el diagnóstico y errores en la evaluación de causas relevantes debido a la preocupación de posible alteración orgánica; errores en la detección de alteraciones afectivas, cognitivas y/o síntomas somáticos relevantes al diagnóstico, un bajo indicador de severidad de síntomas o un pobre tratamiento después de considerar el diagnóstico. El papel del médico general, la estructura de la práctica clínica, el proceso de decisión, el conocimiento de niveles de atención y las actitudes; la edad y experiencia se han visto asociadas con la agudeza diagnóstica, médicos mejor preparados académicamente poseen conceptos apropiados de enfermedades psiquiátricas y ven su práctica médica con una visión congruente del estado emocional, tienden a usar entrevistas apropiadamente dirigidas, a tener más contacto visual con el paciente, interrumpen menos la entrevista y no muestran signos de apuro o tener prisa, son mejores escuchas (26). La identificación de trastornos psiquiátricos en la práctica médica general depende tanto del patrón sintomatológico del paciente, así como de la cronicidad de sus molestias e implícito en esto el tiempo que ha tenido el médico para conocer al paciente (27). La severidad, razones psicológicas de la consulta, aparición temprana, categoría diagnóstica y comorbilidad psiquiátrica se relacionan con un mejor reconocimiento y pronóstico. Si el médico general conoce la diversidad de síntomas puede preguntar sobre ellos y hacer un diagnóstico adecuado mediante la entrevista directa ya que la depresión es una condición común , eminentemente tratable si es reconocida oportunamente (26) y no es tan difícil de identificar siempre y cuando se considere dentro del diagnóstico diferencial. El problema principal es el tiempo: Tiempo suficiente para formular preguntas que permitirán que este trastorno se describa, tiempo para escuchar las respuestas del paciente y tiempo para iniciar, vigilar y ajustar la terapéutica.

En todos los casos el síndrome completo aparecerá, si se formulan las preguntas correctas. Los médicos de atención primaria están identificando cada vez más casos aunque el error más frecuente es el atribuir los síntomas al estrés o ansiedad cuando la depresión es la verdadera causa (9).

El proceso de búsqueda de ayuda cuenta con múltiples pasos incluyendo el reconocimiento de que se tiene un problema, decidir si la ayuda externa es necesaria y contactar con el sector de servicio. Una gran proporción de personas mentalmente enfermas que buscan servicios profesionales lo hacen solamente en el sector de medicina general (28). Los pacientes en atención primaria con depresión mayor y trastornos de ansiedad se presentan con más psicopatología que los que tienen depresión únicamente (32). El problema en primer nivel de atención es particularmente elusivo por la frecuente confusión o diferencias de opinión y apreciación insuficiente de que la naturaleza de los cuidados es únicamente para el sector especialista en salud mental (21).

El médico de primer nivel detecta estos pacientes basándose en la aplicación de esquemas de la literatura psiquiátrica (29,9). Se considera conveniente crear un marco conceptual que capture y actualice el proceso de cómo los clínicos de primer nivel identifican y tratan problemas depresivos (30). En los servicios básicos de salud debe incluirse la atención mental, no solo porque muchos trastornos se presentan enmascarados bajo una enfermedad orgánica o porque constituyen el antecedente que motiva la consulta u hospitalización, si no porque la atención integrada de la salud así lo requiere (31).

II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es conceptualizado adecuadamente el síndrome depresivo por el médico de primer contacto?

III

OBJETIVO

Evaluar el nivel de conceptualización sobre el síndrome depresivo en el médico de primer contacto.

IV JUSTIFICACIÓN

Una forma en la que el reconocimiento de la depresión puede mejorar es si se hace una asociación entre ésta y síntomas específicos (insomnio, fatiga, pérdida de el interés, falta de concentración, desesperanza, etc) y , de estar presentes, explorar más profundamente (35). Ya que es un problema de salud pública que cada día llama más la atención de clínicos e investigadores (2), pues comprende un espectro continuo que va desde trastornos relativamente leves hasta alteraciones psicóticas muy graves que afectan la función social de las personas que lo padecen (6); y gran parte de ella no llega a reconocerse ni tratarse, sobre todo en ancianos y en pacientes cuya presentación es predominantemente somática (15,33).

La identificación depende por una parte, de la forma en que los médicos de atención primaria formulan sus diagnósticos, mientras que la presentación, severidad, y evolución están influenciados por una serie de variantes individuales y medio-ambientales tales como antecedentes familiares, experiencias tempranas, eventos en la vida y autoestima entre otros (34), y no sería tan difícil de identificar siempre y cuando se considere en el diagnóstico diferencial (9,14). Estudios han demostrado que el médico de primer contacto tiene dificultad en reconocer los síntomas a través de la entrevista clínica, las condiciones médicas asociadas e identificarla como enfermedad, así como poca tolerancia y apertura a otro punto de vista y pocas habilidades para evaluar la interacción entre lo social, cultural y humanístico (37).

La percepción que tengan el médico y el paciente sobre la enfermedad y la conducta misma del enfermo juegan papeles importantes en el proceso del diagnóstico. Diversos factores (edad, sexo, nivel intelectual, clase social, actitudes del médico, etc) serán significativas en el moldeamiento, expresión, presentación y detección del malestar psicológico (34).

La mayoría de los pacientes son tratados dentro de un ámbito de atención primaria, pero la limitación en cuanto al tiempo disponible para una consulta individual en una práctica general atareada obliga a que la posibilidad de reconocer síntomas depresivos, así como su diagnóstico y tratamiento, requiera de vigilancia y sensibilidad del médico tratante (32,36). Actualmente hay programas y diseños educativos en depresión para médicos generales, con el fin de obtener un mejor conocimiento de los trastornos depresivos y eficacia en su diagnóstico, así como el entendimiento por el médico general de su función en el abordaje integral y la visión de alternativas en atención primaria con los beneficios correspondientes (37).

V MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Transversal: Recolecta datos en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Descriptivo: Analiza como se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que es sometido a análisis

Observacional: Registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conducta manifiesta, no hay intervención ni manipulación.

No experimental: Los sujetos ya pertenecían a un grupo o nivel determinado de la variable independiente por autoselección

UNIVERSO DE TRABAJO

Estudio realizado en médicos estudiantes de pregrado de 4o año (40), médicos internos de pregrado (33), médicos residentes de medicina familiar (30) y médicos familiares en el ejercicio de su profesión (30).

VARIABLES

Variable independiente:

- Grado de conocimientos sobre el síndrome depresivo

Variable dependiente:

- Resultados obtenidos en el instrumento de evaluación por cada uno de los grupos de estudio

DESCRIPCION OPERATIVA

Entrevista médico familiar: entrevista en la que el médico pretende llegar en un breve lapso de tiempo al juicio diagnóstico, pronóstico y terapéutico y para ello se sirve de la captación sistemática y completa de aquellos signos y síntomas que le puedan informar sobre las causas y naturaleza de la enfermedad. Usualmente se trata de datos objetivos que, además, suelen poder ser contrastados con pruebas complementarias (análisis, radiografías, etc.)

Entrevista psiquiatra: entrevista clínica y exploración médica general que recaba información esencial que debe enfocarse tanto a lo que dice el paciente como a lo que hace, teniendo en cuenta el punto de vista sincrónico y diacrónico de la conducta explorada, es decir, el momento de la exploración o el motivo de la consulta y los cambios ocurridos a lo largo del tiempo. Los síntomas son subjetivos y los signos objetivos y detectables para el observador.

Sx. Depresivo: síndrome caracterizado por diversas manifestaciones y síntomas afectivos como indiferencia, tristeza, inseguridad, pesimismo, miedo, ansiedad e irritabilidad; de la esfera intelectual como disminución de la senso-percepción, de la atención y concentración, trastornos de memoria y pensamiento, ideas de culpa o fracaso que a su vez originan trastornos de conducta como disminución de actividad y productividad, impulsos suicidas e ingesta de alcohol y drogas; y trastornos orgánicos del sueño, apetito, deseo sexual, decaimiento físico, trastornos digestivos y vasculares.

SELECCION DE LA MUESTRA

Tamaño de la muestra: Dos diferentes grupos de estudiantes de 4o año, un grupo de médicos internos, médicos residentes de medicina familiar y médicos especialistas en medicina familiar, los cuales formaron cuatro grupos comparativos. La muestra fué determinada de acuerdo al número de médicos especialistas de la unidad con una proporción representativa de los demás grupos

CRITERIOS DE SELECCION

- 1) C. de inclusión: médicos estudiantes de pregrado (4o año) con preparación básica de cuatro años.
 médicos internos de pregrado con un año de ejercicio de actividad clínica.
 médicos residentes de medicina familiar con uno a tres años de actividad clínica de posgrado.
 médicos familiares de la consulta externa de ambos turnos con varios años en el ejercicio de su profesión.
- 2) C. de no inclusión: médicos que rehusen participar
- 3) C de exclusión: instrumentos incompletos

PROCEDIMIENTOS

Estudio efectuado en personal médico de pregrado y posgrado. Se diseñó un instrumento de 29 reactivos sobre el tema del síndrome depresivo creado ad hoc y en base a revisión de literatura y bibliografía de autoevaluación la cual se centró en temas relacionados con la descripción clínica y los criterios diagnósticos, alternativas para aclarar el tema, las ventajas e inconvenientes de cada opción para proporcionar información amplia y adecuada mediante una base racional y una revisión sistemática de datos relevantes. Se formuló por categorías por ser el método habitual de organizar y transmitir información y ser el enfoque funcionalmente empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico y con base en el sistema dimensional que aumenta la fiabilidad y proporciona mayor información clínica y con el fin de cubrir el nivel mínimo de conocimientos para el ejercicio médico, se ponderó por áreas: definición (4.1%), prevalencia(4.1%), etiopatogenia (12.5%), cuadro clínico(25%), evolución (12.5%), diagnóstico diferencial (8.3%), pronóstico (8.3%) y tratamiento (25%), dándole más peso a las categorías de cuadro clínico y tratamiento por considerarlas más importantes por ser los rubros de más dificultad para su conceptualización. Se decidió a hacerlo de opción múltiple para proporcionar un puntaje a los aciertos, hacerlo más homogéneo y de cierta manera, facilitar el reconocimiento del concepto (38,39,40,41). El instrumento fue sometido a un consenso de expertos (8 médicos psiquiatras), para cada reactivo mediante un análisis y discusión interobservadores, evaluaron omisión de variables importantes e inclusión de variables inadecuadas y se hicieron las correcciones necesarias, el instrumento quedó con 25 preguntas, se tomaron en cuenta nuevas observaciones y se modificó nuevamente para quedar en 24 reactivos, se aplicó a un grupo de estudiantes de medicina de 4o año, a un grupo de médicos internos de pregrado, a un grupo de médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar en sus tres años de residencia y a médicos familiares que se encuentran ya en el ejercicio de su profesión en ambos turnos de la consulta externa de una UMF, y así poder hacer las comparaciones respectivas, a los 3 primeros grupos se les reunió por separado y se les proporcionó de 30 a 40 minutos para responder el instrumento, a los médicos especialistas se les aplicó al inicio o final de su jornada laboral por consultorio. A todos ellos se les explicó el motivo de el estudio el cual fue avalado por el comité local de investigación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se analizaron 4 grupos ya que se buscaba el comparar conocimientos y el que si en realidad no hay diferencia entre ellos ¿Con cuanta frecuencia el resultado se presentaría simplemente por casualidad?. Se seleccionaron estos grupos ya que la variabilidad de las medias decrece conforme el tamaño de la muestra aumenta y, por consiguiente, también el error estándar de la media disminuye. Es necesario cuadruplicar, no duplicar, el tamaño de la muestra con el propósito de reducir a la mitad el error estándar, se aplicaron pruebas descriptivas como la desviación estándar que define cual es la variabilidad que puede esperarse entre sujetos. El teorema de límite central nos indica que la media de una muestra presenta distribución normal (cuando la muestra es de 30 o más). El estudio es descriptivo-analítico. Se realizó una comparación de la variable dicotómica (acierto- no acierto), evaluando de acuerdo a la distribución binominal, es decir una media en la que acierto es igual a 1 y error a 0. Se utilizaron estimados de intervalos o intervalos de confianza que definen un límite superior y uno inferior con una probabilidad relacionada, estos indican que un porcentaje determinado por ejemplo 95% de tales intervalos de confianza contiene el valor verdadero de la media (o la proporción) en la población. La consistencia interna del instrumento se evaluó con el alfa de Crombach. Se aplicó ANOVA para la correlación inter ítem, ya que determina si hay o no cualquier diferencia entre 2 o más grupos de sujetos en uno o más factores. Para la variabilidad entre grupos se utilizó la prueba de Pearson por ser una medida de la relación lineal entre 2 mediciones numéricas hechas con el mismo conjunto de sujetos.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Humanos: Un grupo de médicos psiquiatras expertos en el tema (8 sujetos)
Un médico residente de psiquiatría (investigador)
Médicos estudiantes de 4o año de la carrera de medicina (40 sujetos)
Médicos internos de pregrado (33 sujetos)
Médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar (30 sujetos)
Médicos familiares de la consulta externa de ambos turnos de una UMF
(30 sujetos)

Materiales: Literatura y bibliografía de autoevaluación
Diseño de el instrumento
Lápices
Hojas blancas de papel bond para fotocopias del instrumento
Computadora
Impresora

Financieros: Propios del investigador

VI RESULTADOS

Se aplicó el instrumento de 24 ítems (anexo 1) para detectar el grado de identificación del síndrome depresivo a 133 individuos en total, divididos en cuatro grupos: A.- estudiantes (40), B.- internos (33), C.- residentes (30) y D.- médicos familiares (30). Se contemplaron las siguientes categorías: definición (1 ítem), prevalencia (1 ítem), etiopatogenia (3 ítems), cuadro clínico (6 ítems), evolución (3 ítems), diagnóstico diferencial (2 ítems), pronóstico (2 ítems) y tratamiento (6 ítems). En el grupo total se presentaron 61 hombres (45.9%) y 72 mujeres (54.1%) con un rango de edad de 20 a 62 años ($X=28.65, dS=9.98$) con un mínimo de 0 años de experiencia profesional a un máximo de 30 años ($X=4.36, dS=7.47$). La puntuación mínima de aciertos para el instrumento fue de 10 y la máxima de 24 ($X=18.44, dS=2.66$), con respecto a calificación se obtuvo una mínima de 41.6 y una máxima de 100 ($X=76.8, dS=11.20$).

La distribución de edad, aciertos, calificación y experiencia profesional por grupos se expresa en la tabla 1 (Anexo 2). Al evaluar la frecuencia y porcentaje de respuesta según el tipo de reactivo, este se encontró mayor en los que se refieren a definición (93.2%), pronóstico (91.7%), prevalencia (85.7%) y diagnóstico diferencial (81.2%), que son los que tienen menor cantidad de reactivos; y menor porcentaje de respuesta en los de más número de ítems como son; cuadro clínico (9.8%) y tratamiento (22.6%) expresado en tabla 2 (Anexo 3).

La consistencia interna (coeficiente alfa) del instrumento resultado del análisis de los 8 tipos de ítems fue de .37. La medida de correlación intraclass individual fue de .062 con un IC del 95% y la medida de correlación intraclass promedio para el grupo fue de .34 con IC del 95%. El total de la escala tuvo una media de 18.16 ($dS=2.44$) con una media por ítem de 2.27 (varianza 1.84), la covarianza inter-ítem muestra una media .032 (varianza .006) y la correlación inter-ítem una media .068 (varianza .014). El alfa para cada tipo de ítem fue el siguiente: para definición .33, etiopatogenia .30, prevalencia .30, cuadro clínico .28, evolución .40, diagnóstico diferencial .34, pronóstico .31 y tratamiento .17.

Con el ANOVA se observó que la edad ($F=2.9, P=.001$) y la experiencia profesional ($F=3.5, P=.000$), influyeron en el número de aciertos y calificación; no así, el sexo, en donde no hubo diferencias significativas. Para la experiencia profesional no se encontraron diferencias entre los ítems de diagnóstico diferencial ni etiopatogenia pero si las hubo para definición ($F=2.4, P=.001$), prevalencia ($F=1.8, P=.024$), cuadro clínico ($F=1.6, P=.050$), evolución ($F=2.6, P=.001$), pronóstico ($F=4.5, P=.000$) y tratamiento ($F=2.9, P=.000$).

Con respecto a la edad observamos que si influye y se encontraron diferencias significativas en las variables definición ($F=2.3, P=.001$), prevalencia ($F=1.6, P=.036$), cuadro clínico ($F=1.8, P=.008$), evolución ($F=2.3, P=.001$) y pronóstico ($F=4.6, P=.000$), no así para etiopatogenia, diagnóstico diferencial y tratamiento.

Mediante al prueba de Pearson entre los 4 grupos se encontró que hay una alta correlación entre los resultados obtenidos por los médicos estudiantes (.997), internos (.998) y residentes (.998) y que no la hay entre estos 3 grupos y el de médicos especialistas de medicina familiar.

VII DISCUSIÓN

Recientemente se ha incrementado el interés de autoridades educativas y sanitarias, clínicos e investigadores en que los padecimientos de tipo afectivo, sean reconocidos oportunamente por el personal de atención primaria. Al diseñar el instrumento de este estudio, se pretendió obtener un instrumento de fácil aplicación, que ofreciera una idea sobre el nivel de conceptualización que se tiene sobre el síndrome depresivo en diversos grados académicos, el cual tiene varios aspectos positivos, como, el que para ser un instrumento de reciente creación y de tipo experimental, mostró resultados significativos en ciertas áreas y entre los diferentes grupos evaluados, aunque si bien su consistencia interna no es muy alta, no contamos con un instrumento que pueda ser utilizado como standard de oro y determinar un punto de corte y una adecuada sensibilidad y especificidad.

Los datos obtenidos al analizar los resultados entre grupos muestran que no hay variación entre la calificación obtenida con respecto a sexo, pero en edad y experiencia profesional si hubo diferencias observándose que los sujetos más jóvenes tienen más claro el concepto que aquellos de mayor edad, e incluso a más años de experiencia profesional hay menor reconocimiento del síndrome. Así mismo vemos mayor frecuencia en acertabilidad en los ítems de menor complejidad, como son definición y pronóstico y una menor en los de más peso, como lo son cuadro clínico y tratamiento. Por medio de la revisión visual de los resultados del instrumento en los diferentes grupos, se evidenció una puntuación y una correlación más alta entre los tres primeros (los más jóvenes) en comparación con el de médicos especialistas en medicina familiar, los cuales obtuvieron un menor puntaje.

En base a los resultados obtenidos se observa que el papel del médico general, la estructura de la práctica clínica, el proceso de decisión, el conocimiento de los niveles de atención, la edad y la experiencia se ven asociadas con la agudeza diagnóstica, y que la identificación de trastornos psiquiátricos en la práctica médica general depende tanto del patrón sintomatológico como del tiempo que ha tenido el médico para evaluar al paciente.

Este estudio es el primero en un terreno fértil de investigación para la elaboración de otros posteriores que le dé continuidad y así aportar mayor consistencia interna al instrumento.

CONCLUSIONES

1.- Se observó menor acertibilidad en los ítems que se ponderaron más (cuadro clínico y tratamiento) que en los de menor complejidad.

2.- Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la influencia de la edad y la experiencia profesional en el número de aciertos, pero no las hubo en cuanto a sexo.

3.- Hay una gran correlación entre los resultados de los grupos más jóvenes a diferencia de los obtenidos por los médicos de mayor edad, siendo estos últimos los de menor puntaje de aciertos.

4.- El instrumento proporcionó datos significativos resaltando la ausencia de un estándar de oro que pudiera proporcionar mayor consistencia interna.

ANEXO 1 DEPRESIÓN

Fecha: Edad: Sexo: (M) (F)
Grado de estudio:
Médico General () Médico Familiar () Médico certificado ()
Años de ejercicio profesional: _____

Preguntas:

1. Todos los siguientes son síntomas de depresión mayor, EXCEPTO:

- a.- Desorientación en persona y circunstancia
- b.- Ideas delirantes
- c.- Descuido en el cuidado de la higiene personal
- d.- Trastornos del dormir
- e.- Énfasis en las cosas desagradables de la vida

2. En la entrevista detallada el paciente puede presentar quejas como:

- a.- Trastornos de la conciencia, agresividad física y verbal
- b.- Estado de ánimo bajo, culpabilidad, astenia y falta de concentración
- c.- Trastorno del apetito, lumbalgia, náuseas y mareos
- d.- Taquicardia, diploplia, hipertensión arterial
- e.- Diaforesis, palpitaciones y sensación opresiva en el pecho

3. La frecuencia de la depresión mayor en la población general es:

- a.- Como la hipertensión arterial
- b.- Similar a la esquizofrenia
- c.- Tan frecuente como la diabetes mellitus
- d.- Muy baja
- e.- Mayor en mujeres que en hombres y entre los 20 y 50 años de edad

4. Las siguientes son enfermedades degenerativas que con frecuencia se asocian a la depresión mayor EXCEPTO:

- a.- Diabetes mellitus
- b.- Osteoartritis
- c.- La enfermedad de Parkinson
- d.- Esclerosis múltiple
- e.- La deficiencia por vitamina B₁₂

5. El trastorno endocrino más frecuentemente asociado a la depresión es:

- a.- El hipotiroidismo
- b.- El hipertiroidismo
- c.- El feocromocitoma
- d.- La enfermedad de Addison
- e.- El síndrome carcinoide

6.- *Los siguientes medicamentos pueden producir síntomas de depresión:*

- a.- Antiparasitarios, analgésicos, anticomiciales
- b.- Anticonceptivos orales, diuréticos, antiinflamatorios
- c.- Antihistamínicos, inhibidores de la bomba de protones
- d.- Antihipertensivos, bloqueadores H₂, corticoesteroides
- e.- Anticolinérgicos, laxantes y antihemorroidales

Respuesta (verdadero) (falso) cruzando con una "X" la respuesta correcta.

7.- *La depresión en un trastorno que puede ser mortal* (V) (F)

8.- *El impacto económico de la depresión es muy bajo* (V) (F)

9.- *La siguiente es una pregunta necesaria para evaluar los síntomas esenciales del síndrome depresivo:*

- a.- *¿Alguna vez ha tenido pensamientos desconcertantes, pavorosos o ridículos, que han invadido su mente una y otra vez, como si alguien se los implantara?*
- b.- *¿Ha tenido temporadas en las que se sentía vacío, triste o desesperanzado durante días o semanas?*
- c.- *¿Ha estado preocupado en exceso o disgustado los últimos 3 meses con alguien de su familia en particular?*
- d.- *¿Ha sufrido alguna vez ataques o periodos inesperados de nerviosismo, pánico o miedo intenso, o percibido presencias de tras de usted?*
- e.- *¿Ha tenido la sensación de que ya vivió el momento o reconoce lugares donde nunca había estado?*

10.- *¿Cuál de los siguientes es MENOS característico en el cuadro clínico de los episodios de depresión mayor?:*

- a.- Alucinaciones
- b.- Humor displacentero
- c.- Ideación suicida
- d.- Autoreproches
- e.- Despertar temprano

11.- *La sintomatología depresiva en los niños tiene las siguientes manifestaciones EXCEPTO:*

- a.- Disminución en la ganancia normal de peso
- b.- Molestias físicas
- c.- Inquietud, agitación y llanto frecuente
- d.- Deterioro psicosocial
- e.- Preocupaciones hipocondriacas

12.- La sintomatología depresiva en ancianos se caracteriza por lo siguiente, EXCEPTO:

- a.- Tristeza, baja autoestima
- b.- Sentimientos de minusvalía y culpa
- c.- Quejas somáticas y preocupaciones hipocondriacas
- d.- Alteraciones de la concentración y la memoria
- e.- Conducta hipersexual

Respuesta (verdadero) (falso) cruzando con una "X" la respuesta correcta

13.- La depresión y la angustia son sinónimos (V) (F)

14.- El suicidio es uno de los riesgos de la depresión (V) (F)

15.- En el diagnóstico diferencial de la depresión hay que considerar:

- a.- Psicosis aguda y trastorno por consumo de alcohol y drogas
- b.- Retraso mental
- c.- Hipertensión arterial
- d.- Diabetes mellitus
- e.- Faringitis de repetición

16.- Se debe considerar la consulta a especialista en las siguientes situaciones EXCEPTO::

- a.- El paciente lo solicita
- b.- Hay riesgo de suicidio, síntomas psicóticos o persiste la depresión
- c.- Hay mala adherencia al medicamento o demasiados efectos secundarios
- d.- Es paciente senil y/o con patología orgánica asociada
- e.- Hay adecuada respuesta al tratamiento

17.- ¿Cuál de las siguientes situaciones tendría MENOS probabilidades de influir en la decisión de hospitalizar a un individuo deprimido?:

- a.- Adecuada adherencia terapéutica
- b.- Riesgo de suicidio
- c.- Falta de apoyo social
- d.- Trastorno funcional grave
- e.- Falta de respuesta al tratamiento como paciente externo

18.- La siguiente información es esencial para el paciente y sus familiares:

- a.- La depresión es un signo de dejadez o pereza
- b.- La depresión es una enfermedad rara y de difícil tratamiento
- c.- Dejar que el paciente se recupere solo a la autocrítica negativa y al pesimismo
- d.- Es necesario planificar actividades a corto plazo que tengan como finalidad la diversión o afianzar la autoconfianza
- e.- La depresión no tiene consecuencias en la economía familiar y/o laboral

19.- *El siguiente es un criterio para elegir la medicación:*

- a.- En pacientes de edad avanzada o que tienen otra enfermedad orgánica, utilizar tratamientos con pocos efectos secundarios anticolinérgicos y cardiovasculares
- b.- No volver a utilizar medicación ya utilizada en el pasado
- c.- Si los pacientes están ansiosos o son incapaces de conciliar el sueño, dejar que con el tiempo mejoren progresivamente por ellos mismos
- d.- Adaptar el medicamento a la posibilidad económica del paciente
- e.- Probar diversos esquemas hasta encontrar el adecuado

20.- *El mecanismo de acción de los antidepresivos tricíclicos es:*

- a.- Inhibición del ácido araquidónico
- b.- La inhibición de la bomba de protones
- c.- La inhibición de la COX 2
- d.- Activación del ciclo de Cori
- e.- La acción polifilica que muestra con respecto a su acción en el sistema colinérgico, adrenergico e histaminérgico

Respuesta (verdadero) (falso) cruzando con una "X" la respuesta correcta

21.- *La TEC* tiene un perfil de seguridad excelente y produce mejoría significativa en un lapso relativamente breve* (V) (F)
**(Terapia Electro Convulsiva)*

22.- *El procedimiento (TEC) no requiere necesariamente de una valoración médica general previa* (V) (F)

23.- *Las siguientes son indicaciones de la TEC, EXCEPTO:*

- a.- Depresión severa con riesgo suicida
- b.- Pacientes que no toleran antidepresivos
- c.- Pacientes con hipertensión intracraneana
- d.- Pacientes resistentes a otros tratamientos
- e.- Depresión psicótica

24.- *La terapia de mantenimiento a largo plazo del síndrome depresivo incluye lo siguiente EXCEPTO:*

- a.- Sirve para evitar que la sintomatología depresiva inicial reaparezca
- b.- Es útil si se busca evitar la recurrencia
- c.- Debe durar un por lo menos un año en todos los casos
- d.- Es necesaria cuando se trata del primer episodio depresivo para evitar recurrencias
- e.- No es necesaria puesto que los pacientes no presentan recurrencias

ANEXO 2
TABLA 1

GRUPO	VARIABLES	EDAD	ACIERTOS	CALIF	EXP.PROFESIONAL
A (40)	Min	20	15	62.5	0
	Max	24	24	100	0
	X	21.8	20.3	84.7	0
	dS	1.0	2.4	0	0
B (33)	Min	20	14	58.3	1
	Max	26	20	83.3	1
	X	22.8	17.2	71.8	1
	dS	1.1	1.8	7.7	0
C (30)	Min	25	16	66.6	1
	Max	31	21	87.5	3
	X	27.6	18.3	76.4	1.8
	dS	1.5	1.6	6.7	.71
D (30)	Min	30	10	41.6	4
	Max	62	23	97.5	30
	X	45.2	17.2	72.2	16.4
	dS	7.6	3.0	13.3	7.5

**ANEXO 3
TABLA 2**

VARIABLES	No. REACTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Definición (1)	0	9	6.8%
	1	124	93.2%
Prevalencia (1)	0	19	14.3%
	1	114	85.7%
Etiopatogenia (3)	0	9	6.8%
	1	43	32.3%
	2	55	41.4%
	3	26	19.5%
Cuadro clínico (6)	2	9	6.8%
	3	27	20.3%
	4	43	32.3%
	5	41	30.8%
	6	13	9.8%
Evolución (3)	0	1	.8%
	1	9	6.8%
	2	82	61.7%
	3	41	30.8%
Diag. diferencial (2)	1	25	18.8%
	2	108	81.2%
Pronóstico (2)	0	1	.8%
	1	10	7.5%
	2	122	91.7%
Tratamiento (6)	1	1	.8%
	2	7	5.3%
	3	21	15.8%
	4	29	21.8%
	5	45	33.8%
	6	30	22.6%

X BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Greenberg P E et al. **Depression: A Neglected Major Illness.** J.Clin. Psychiatry 1993; 54:419-424
- 2.- Ezband B M & cols. **Aplicación de un cuestionario de detección de casos psiquiátricos en dos poblaciones de la práctica médica general.** Salud Pública Mex. 1985; 27:384-390
- 3.- Padilla Paula **Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica.** Trabajo presentado en la II Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Oct-Nov 1984: 123-132
- 4.- Wolman BB, Stricker G . **Depressive Disorders . Facts, theories and treatment methods.** 1990 Tomo I. Ed. Wiley: 100-101. Tomo III. 265- 285.
- 5.- Roy-Byrne P et al. **Effortful and automatic cognitive processes in depression.** Arch Gen Psychiatry 1986;43:265-267
- 6.- Jönsson B, Rosenbaun J. **Economía de la salud en la depresión. Perspectivas en psiquiatría.** Vol 4 1993 Ed. Wiley: 49-50
- 7.- Syvälahti EKG. **Biological aspects of depression.** Acta Psychiatr Scand 1994 ;supl 377:11-15
- 8.- American Psychiatric Association: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** (4a Ed. DSM-IV) Washington DC.; 1994
- 9.- Freeling Paul **Diagnosis and treatment of depression in general practice.** British Journal of Psychiatry 1993; 163 (supl 20:14-19)
- 10.- Kaplan H, Sadock B, Grebb J. **Sinopsis de Psiquiatría.** 1996 7a Ed. Médica Panamericana; 530-587
- 11.- Feighner J P et al **Diagnostic Criteria for use in Psychiatric Research.** Archives of General Psychiatry. 1972; 26:57-63
- 12.- Spitzer R L et al **Research diagnostic criteria: rationale and reability.** Archives of General Psychiatry 1978; 35:733-782
- 13.- Keller M B et al **"Double depression": Super imposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders.** Am J Psychiatry 1982; 139:438-442
- 14.- Wayne K et al **Epidemiology of depression in primary care.** General Hospital Psychiatry 1992; 14: 237-247
- 15.- Oxman T E **New paradigms for understanding the identification and treatment of depression in primary care.** General Hospital Psychiatry 1997; 19: 79-81
- 16.- Caraveo Anduaga J **Epidemiología de los trastornos depresivos.** Epoca 2, psiquiatría 1997; 13:2-5
- 17.- Campillo Serrano C y cols. **Confiabilidad entre clínicos utilizando la "Entrevista Psiquiátrica estandarizada" de Goldberg en una versión mexicana.** Acta Psychiatr Psicol Amer lat 1981; 27: 44-53
- 18.- Bech P **Uso adecuado de escalas de evaluación en la depresión** Focus on depression 1994:1-11

- 19.- Harrison J et al **Predictors of Psychiatric morbidity in Cáncer Patients** Br J Psychiatry 1994;165:593-598
- 20.- Lloyd Camille. **Life Events and Depressive Disorder**. Reviewed. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 529-535
- 21.- Kessler RC et al **Patterns and Predictors of Treatment Contact after First Onset of Psychiatric Disorders** Am J Psychiatry 1998; 155: 62-69
- 22.- Padilla P y cols **Frecuencia de Trastornos Mentales en Pacientes que asisten a la Consulta General de un Centro de Salud**. Salud Mental 1984; 7:72-78
- 23.- Schulberg HC et al **Major Depression in Primary Medical Care Practice . Research Trends and Future Priorities** General Hospital Psychiatry 1996; 18: 395-406
- 24.- Freeling P et al **Unrecognized Depression in General Practice** Br Med J 1985; 290:1880-1883
- 25.- Tiemens BG et al **Ocurrence, Recognition, and Outcome of Psychological Disorders in Primary Care** Am J Psychiatry 1996; 153: 636-644
- 26.- Tylee A **The Recognition and Diagnosis of Depression in General Practice**. Review Article . Psychiatry Peer Selected Citations 1996 Current Medical Literature LTD :17-23.
- 27.- Caraveo J y cols **Necesidades y demandas de atención en los servicios de Salud Mental** Salud Pública Mex 1986; 28: 504-514
- 28.- Kenneth IH et al **Patterns of Mental Health Service Utilization** Arch Gen Psychiatry 1996;53: 696-703
- 29.- Schwenk TL et al **Differences Between Detected and Undetected Patients in Primary Care and Depressed Psychiatric Patients** General Hospital Psychiatry 1996;18:407-415
- 30.- Klinkman MS **Competing Demands in Psychosocial Care. A Model for the Identification and Treatment of Depressive Disorders in Primary Care** General Hospital Psychiatry 1997; 19: 98-111
- 31.- Gutiérrez Avila H y cols **Morbilidad Psiquiátrica en el Primer Nivel de Atención de la Ciudad de México** Bol of Sanit Panam 1986;101:648-657
- 32.- Brown Ch et al . **Treatment Outcomes for Primary Care Patients with Major Depression and Lifetime Anxiety Disorders** Am J Psychiatry 1996; 153: 1293-1300
- 33.- Sobin Ch et al **Psychomotor Symptoms of Depression** Am J Psychiatry 1997; 154:4-17
- 34.- Caraveo Anduaga J y cols **Confiabilidad y Validez concordante del Diagnóstico Psiquiátrico en un Estudio Epidemiológico** Rev Cienc Bioméd , Sao Paulo 1988; 9: 51-61
- 35.- Wells KB et al **Detection of Depressive Disorder for Patients Receiving Prepaid or fee-for-service Care. Results of the Medical Outcome Study** JAMA 1989;262: 3298-3302
- 36.- Wexler BE et al **The Outpatient treatment of Depression Implications of Outcome Research for Clinical Practice** J Nerv Ment Dis 1992;180: 277-286
- 37.- Belfort E **La depresión en la práctica médica. Una propuesta para su reconocimiento y abordaje en Latinoamérica**. Acta Supl Psicofarmacologico 1998; 1: 3-7

- 38.- CIE 10 **Trastornos Mentales y del Comportamiento. Pautas Diagnósticas y de actuación en atención primaria.** Editorial Izquierdo S.A. Madrid 1996.
- 39.- Nelson JC ,Greenfeld D **Pretest Autoevaluación y Repaso .** Editorial Masson , 1997.
- 40.- H. Chan C, Prosen H **Psychiatry 10 th edition. Questions & Answers.** Medical Examination Publishing Company. Appleton & Lange 1995.
- 41.- Chávez León E. **Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. Depresión.** Intersistemas S.A. de C.V. Primera Edición 1998.
- 42.- Othmer E, Othmer S.C. **DSM -IV La entrevista clínica Tomo I Fundamentos.** Ed. Masson 1996.
- 43.- Hernández Sampieri R , Fernandez Collado C. **Metodología de la Investigación.** Edit. Mc Graw-Hill 1995.
- 44.- Mercado HS **¿Cómo hacer una tesis? 2a edición** Editorial Limusa 1998
- 45.- Vega Franco L **Pensamiento y acción en la investigación biomédica .** Ediciones Científicas. La Prensa Médica Mexicana SA de CV 1991