

11241
8
2 ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

"ESTUDIO COMPARATIVO DE NIVELES DE DEPRESIÓN EN RESIDENTES
DE TRES ESPECIALIDADES MÉDICAS"

TESINA PRESENTADA PARA OBTENER:
EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN :

PSIQUIATRÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

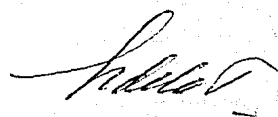
ALUMNA: ESTHER DEL CARMEN CETINA GARCÍA

PSICOLOGÍA
MÉDICA
DPTO. DE PSIQUIATRÍA
Y SALUD MENTAL
U. N. A. M.

TUTOR: DR. CARLOS J. CASTAREDA GONZÁLEZ

ASESOR: DR. CARLOS TORNER AGUILAR

V. b. Alejandro Sís



1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

INDICE

1. INTRODUCCION.
2. ANTECEDENTES.
3. OBJETIVOS.
4. PROBLEMA.
5. HIPOTESIS.
6. DISEÑO.
7. METODO.
8. RESULTADOS.
9. DISCUSION.
10. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION:

La educación es un proceso complejo mediante el cual se intenta aproximar la conducta de los individuos a un conjunto de valores y normas definidas socialmente.

Es mediante la educación que el individuo se prepara para entender la vida y actuar de acuerdo con los valores por él escogidos.

De acuerdo con estos conceptos la educación profesional no se reduce a la adquisición de conocimientos y habilidades, sino que influye también en la esfera afectiva, el desarrollo de actitudes que lleven al ejercicio ético humanista y ampliamente comprometido con objetivos institucionales.

El entrenamiento de postgrado es un período durante el cual los jóvenes médicos continúan su tarea para convertirse en profesionales competentes; es precisamente la etapa en que se termina de formar una identidad personal y se espera que se puedan establecer relaciones interpersonales íntimas y estrechas y por lo mismo se espera sea el momento de iniciar la formación de una familia y de tener independencia económica.

Algunos estudios sugieren que es entonces, (durante la residencia), cuando se encuentran altos índices de depresión. Existen algunos estudios que examinan la relación entre la depresión y la educación médica de postgrado; sin embargo están limitados a pequeños ejemplos en un solo hospital o una sola especialidad.

Los síntomas y síndromes depresivos son comunes, no obstante, son infrecuentemente reconocidos y tratados. Las razones abarcan desde la gran diversidad de medidas y definiciones hasta la misma ignorancia del fenómeno clínico.

A pesar de las necesidades, ha sido difícil hacer comparaciones o análisis objetivos entre los estudios ya reportados sobre el fenómeno depresivo en residentes debido a una gran variedad de limitaciones metodológicas; entre ellas la falta de una definición estándar de la depresión, la falta de instrumentos de tamizaje adecuadamente validados, la selección sesgada de los grupos a estudiar, la heterogeneidad de las poblaciones y la ausencia de grupos control.

ANTECEDENTES:

El cuadro clínico de la depresión es conocido desde la antigüedad en su forma más grave: la Melancolía. Hipócrates en el siglo IV, Celso y Aretico de Capadocia ya la reconocían como problema médico. Sorano de Efeso fué el primero en describir detalladamente el cuadro clínico.

En la Edad Media se pensaba que la depresión era un mal producido por demonios, brujas o influencias astrales.

A principios del siglo XIX Pinel identificó causas que daban origen a la melancolía y que podían ser psicológicas como es el caso del miedo a los desencantos amorosos, dificultades familiares, etc.; o bien a causas físicas tales como los abortos, puerperio, amenorrea, etc.

En 1898 Kraepelin, logró una diferenciación entre la depresión y lo que hasta entonces se conocía como "Demencia precoz"; en la actualidad con el DSM-III-R y el ICD 10 se logra hacer una delimitación precisa del padecimiento y sus variables.

En las últimas décadas ha existido un importante incremento de los trastornos depresivos, a tal grado que ha llegado a considerarse como el problema más frecuente dentro de Salud Mental. Por lo antes mencionado tenemos la obligación de conocer profundamente esta entidad, ya que la magnitud epidemiológica, las repercusiones sociales y psicológicas y su accesibilidad diagnóstica cada día es más exacta.

La depresión puede afectar a cualquier nivel socioeconómico, cultural, académico y profesional por lo que se ha dicho que nos encontramos en la era de la Depresión.

El hombre es un ser biopsicosocial, por lo tanto, es difícil entender lo que le afecta, ya que existe una pluricausalidad multifactorial en donde se puede mencionar una mezcla de factores biológicos psicológicos y sociales, por ello hace falta tener una perspectiva y un panorama más amplio que nos lleven a una integración de los factores antes mencionados.

Existen una serie de observaciones que validan el papel y la participación de sistemas bioquímicos cerebrales en la génesis de la depresión.

La hipótesis serotoninérgica se refiere a que en este padecimiento hay una alteración de los metabolitos de la 5-hidroxitriptamina a nivel del Sistema Nervioso Central consistente en una deficiencia de serotonina y la hipocatividad del sistema, lo que se ve apoyado por que los compuestos que potencian la 5-hidroxitriptamina como por ejemplo su precursor, el Triptófano, tienen utilidad terapéutica en algunas formas de depresión.

La hipótesis noradrenérgica de la depresión postula que ésta está determinada por una baja de Norepinefrina en la hendidura sináptica.

Otro neurotransmisor involucrado en las teorías bioquímicas de la depresión es la Acetil colina, ya que se propone que existe un aumento del tono colinérgico y una baja del tono noradrenérgico en esta entidad.

Otros datos importantes en el sentido neurofisiológico de la depresión es un acortamiento en la latencia del primer episodio del sueño REM.

También se han reportado estudios en los que se muestra una disminución importante en los niveles del GABA en los pacientes deprimidos.

En la actualidad los hechos demostrados que apoyan la participación de mecanismos cerebrales en la depresión son contundentes y hoy por hoy, la gran expectativa que empieza a cumplirse es conocer y actuar sobre la mente a través del cerebro.

Las explicaciones psicológicas más generalmente aceptadas en la depresión derivan del hecho de que el afecto depresivo no es cualitativamente diferente del que ocurre en una reacción de pena normal.

En toda situación depresiva puede identificarse una pérdida, que puede ser de una persona querida, de un empleo, un fracaso social, la disminución de la propia autoestima, los cambios en la imagen corporal o la pérdida de la salud. Esta pérdida puede ser real o imaginaria.

Los estudios de la relación del paciente deprimido con su "objeto perdido", demuestran la presencia de marcada ambivalencia que muchas veces se refleja en el duelo normal cuando junto con las expresiones de pena por la pérdida, lo que postula Freud en su teoría de la "Ira refleja".

Es evidente que que la experiencia decisiva que forma la base de las reacciones depresivas ulteriores está centralizada en las primeras experiencias del niño y su adaptación a la pérdida de la madre (separación).

En la reacción depresiva siempre están presentes la desesperación, el sufrimiento y la autoacusación y pueden ser entendidas como representantes del "justo castigo" deseado inconscientemente por el objeto perdido, previo proceso de incorporación.

Existe otro tipo de factor que interviene en la aparición de la depresión y que es el Factor Social.

En la psiquiatría social se aborda en forma primaria al grupo y posteriormente al individuo en forma secundaria; esto significa pasar de una preocupación restringida a la salud mental individual hacia un interés en la salud mental pública.

Durante muchos años los sistemas de apoyo social más importante han sido la familia, la iglesia y comunidad; pero desde que se han formado las grandes metrópolis es evidente la desintegración de esas tres fuentes de apoyo social.

Los lazos familiares se han debilitado en los últimos tiempos, las familias se reúnen en contadas ocasiones, el número de divorcios se ha incrementado notablemente, los hijos luchan por su independencia, los ancianos son marginados y en muchas ocasiones abandonados.

La iglesia durante mucho tiempo, dió un sustento cognoscitivo a la vida brindando consuelo ante la desesperación, pero actualmente la religión va perdiendo fuerza y mucha gente se enorgullece de un materialismo ateo donde el sujeto solo depende de si mismo.

La comunidad de vecinos disminuye en forma paulatina inmersa en una época de acentuada movilidad personal y humana que impide establecer contacto y amistades, pierde fuerza el apoyo que se encontraba en las relaciones de vecindad.

Lo mencionado anteriormente es un breve bosquejo de los elementos que tenemos para tratar de entender esa compleja entidad que es la depresión, que como ya se ha mencionado puede afectar cualquier nivel social, económico y profesional, derivando de todo ello su gran trascendencia.

Los médicos en general, no estamos exentos de sufrir sintomatología depresiva en algún momento de nuestra formación o nuestra vida.

El proceso de formación de postgrado, es decir, la residencia, como ya se mencionó, es un período muy difícil, el contacto con enfermos graves o difíciles, el cambio de vivienda para los foráneos, los nuevos compañeros y jefes de trabajo, los nuevos deberes institucionales y académicos, y desde luego, los factores psicológicos personales son elementos capaces de generar cambios y uno de éstos podría ser la aparición de síntomas depresivos.

Por todo lo anterior se pretende medir comparativamente los niveles de depresión en tres especialidades médicas : Urgencias Médico Quirúrgicas, Cancerología y Psiquiatría.

Junto a la escala para la Depresión de Zung, el inventario para la Depresión; de Beck es una de las escalas autosolicables para medir la intensidad sintomatológica en pacientes deprimidos.

La validez concurrente de dicho inventario es aceptable aunque se evidencia mejor en muestras homogéneas de pacientes con depresión endógena $r=0.77$ (Beck et al, 1976) y en estudiantes (Beck et al, 1976) que en las muestras más heterogéneas de Beck et al, (1971).

El inventario de Beck para la depresión ofrece ciertas ventajas en su uso con propósitos de investigación, primeramente, evitando el problema de la variabilidad del juicio clínico además de que nos provee de un medio estandarizado y consistente de medición que no varía con la orientación teórica del individuo que lo aplica; en segundo lugar, el inventario puede ser fácilmente aplicado por un entrevistador entrenado para ello; en tercer lugar, dado que el inventario provee una marca numérica, facilita su comparación con otros datos o escalas cuantitativas, (como en el caso de nuestro estudio en relación con la escala de Carrol); finalmente, el inventario nos da un instrumento objetivo y adecuado para valorar la efectividad de los tratamientos (9).

Una limitación en la utilización de este instrumento y que debe tomarse en cuenta, es que su aplicabilidad depende de la cooperación del entrevistado, así como de su capacidad para comprender los diferentes reactivos.

Los primeros estudios de validez de este inventario fueron publicados por Eck et al en 1961 (1); en 1976, Eck et al realizó un estudio aplicando y validando dicha escala en pacientes diagnosticados clínicamente con una depresión endógena y posteriormente (1978) con un grupo de estudiantes de medicina.

En 1980 Nielsen (5) realizó un estudio en una población ambulatoria de pacientes no psiquiátricos con una edad que osciló entre los 21 y 80 años, encontrando una prevalencia del síndrome depresivo del 12%, llegando a la conclusión de que el inventario de Beck es una prueba sensible y específica.

En 1988 Clark (4) aplicó este instrumento a estudiantes con una edad promedio de 23,6 años y encontró síntomas depresivos en 12% de los casos.

En 1989 Louka (6) encontró predominancia en los reactivos cognitivos del inventario de Beck hasta en un 61% y para el factor vegetativo hasta en un 58%, dependiendo de la muestra.

Por otra parte, existen varios estudios a cerca de problemas emocionales de los estudiantes de medicina en general y en los diferentes grupos de residentes en particular.

En 1988, Arstein et al, en la Universidad de Yale (12) realizaron un estudio encontrando que existen factores que condicionan problemas emocionales en los estudiantes de medicina, la necesidad de ser aceptado en una Universidad de renombre y su permanencia en ella, la gran competitividad que se desarrolla durante la formación del médico, muchas veces fomentada y estimulada por los sistemas académicos, la gran cantidad de información científica que día con día deben manejar con perfección son generadoras de altos niveles de ansiedad y depresión en muchos estudiantes en etapa de formación.

En el mismo estudio antes citado, se menciona que en muchas ocasiones los rasgos caracterológicos y de personalidad son factores que aumentan, en un momento dado, tanto los niveles de ansiedad como los de depresión, siendo los rasgos obsesivos los que más frecuentemente se relacionan con este fenómeno.

En otro estudio, Hays en 1988 (12) propone un programa de atención emocional y, de ser necesaria, terapia psiquiátrica para los estudiantes de medicina con problemas emocionales.

En 1988 Bendell (12) demostró una prevalencia significativa de enfermedades mentales y suicidio en médicos graduados en la Escuela de Medicina del Hospital John Hopkins. También existe literatura acerca de los suicidios en estudiantes de medicina y nuevamente aparece la competitividad y los rasgos caracterológicos como posibles causas.

Los estudios de Kris (12), también de 1988, mencionan los problemas emocionales y mentales de los estudiantes de medicina que se hacen patentes especialmente durante su rotación por los servicios de psiquiatría. El autor propone que se debe a procesos de identificación del estudiante con los pacientes, siendo la situación más notoria en mujeres con historia de haber sido víctimas de abuso sexual.

También en 1986 Hays (23) refiere que la mayoría de los estudiantes logran superar estas situaciones, pero que es de vital importancia para los educadores y los administradores de las Universidades el reconocimiento de esta problemática, que seguramente influye en el rendimiento escolar de los estudiantes.

Meltzer (13) en 1973, documenta con un estudio, que si el estudiante de medicina logra superar la crisis descrita anteriormente, la rotación por los servicios psiquiátricos les será beneficiosa, dado que logran ser menos autoritarios y restrictivos con sus pacientes y toleran mejor sus propios conflictos emocionales.

En 1972, Feckles (16) hace un estudio con residentes de psiquiatría y encuentra que durante la formación existe un número importante de factores que afectan emocionalmente el futuro del psiquiatra.

Se refiere a situaciones como desplazamientos a otras ciudades en busca de la especialización, a factores inconscientes que surgen en el continuo trato con enfermos mentales, a la expectativa de trabajo al terminar y a la relación ambivalente que se guarda con la institución.

Los síntomas y síndromes depresivos no son raros, sin embargo, pocas veces son reconocidos y tratados en forma temprana; lo anterior se debe a varias razones entre ellas, la gran diversidad de medidas y definiciones, la subjetividad para observar y reportar los síntomas e incluso, la ignorancia parcial o completa del problema.

En cuanto a depresión es difícil hacer comparaciones por falta de una definición completamente aceptada, la relativa falta de instrumentos para su medición (adecuadamente validados), la heterogeneidad de las poblaciones y la falta de un grupo control.

Entre los instrumentos más adecuados y mejor validados en sus versiones en español, para medir la depresión están las escalas de Hamilton (21), de Zung (22), la de Beck (1) y la de Carrol (24).

El inventario de Beck para la depresión, es un cuestionario autocalificable desarrollado en 1969 por Beck y sus colaboradores; consta de 21 reactivos que evalúan el mismo número de categorías sintomático-conductuales y que se eligieron en el curso del tratamiento de pacientes deprimidos (9).

Se hicieron observaciones sistemáticas tomándose registro de las actitudes y síntomas característicos; se seleccionaron solo los que mostraron ser específicos para pacientes con depresión y que eran consistentes y correlacionables con las descripciones de la enfermedad depresiva contenida en la literatura psiquiátrica (9).

Los 21 reactivos quedan de la siguiente manera:

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| 1) Animo | 2) Pesimismo |
| 3) Sensación de fracaso | 4) Insatisfacción |
| 5) Sentimientos de culpa | 6) Sensación de castigo |
| 7) Descontento | 8) Autoacusación |
| 9) Deseos autopunitivos | 10) Llanto |
| 11) Irritabilidad | 12) Aislamiento |
| 13) Indecisión | 14) Imágen corporal |
| 15) Inhibición laboral | 16) Trastornos del sueño |
| 17) Fatigabilidad | 18) Pérdida de apetito |
| 19) Pérdida de peso | 20) Preocupación somática |
| 21) Pérdida de la libido | |

Los primeros 14 reactivos valoran síntomas afectivo-cognitivos y los 7 restantes valoran síntomas vegetativos-somáticos.

Cada reactivo consiste en una serie de enunciados en diferentes grados de un mismo rubro sintomático se pide al paciente que seleccione el que más se acerque a su condición actual (en el momento de la evaluación), y se asignan a cada enunciado los valores numéricos (0,1,2,3) el resultado total se obtiene de la suma de los 21 ítems.

Las calificaciones propuestas por Beck fueron: 0-13= sin depresión; 14-24=depresión leve a moderada; 25 ó más= depresión severa.

La escala para depresión de Carroll es un inventario apareado y validado en relación con la escala de Hamilton por su autor B.J. Carroll en 1981 quien demostró que su escala tiene una coherencia interna similar al Hamilton presentando una alternativa autoaplicable que va más allá de inventario para autoaplicación de Beck el cuál no es predictivo; Carroll ofrece ventajas por su correspondencia con la escala de Hamilton ya que dentro de sus ítems contiene la misma información. En el estudio antes mencionado se demuestra además una correlación entre la escala de Beck en relación con la de Carroll con la ventaja de que esta última presenta una dimensión subjetiva de la depresión, lo que no es valorado del todo por Hamilton.

En otro estudio realizado por Smouse y cols. en 1981 (28), los principales hallazgos que se encontraron fueron la correlación del inventario de Carroll con su contraparte en la escala de Hamilton en diferentes grados, apareando reactivos de ambas escalas que mostraron un comportamiento similar y una correlación muy alta, lo que sugiere que ambas escalas extraen sustancialmente la misma información con la ventaja de ser autoaplicable y con menos número de preguntas lo que facilita su aplicación.

La escala de Carroll cuenta con 52 items que evalúan los siguientes puntos:

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 1) Animo depresivo | 2) Sentimientos de culpa |
| 3) Ideación suicida | 4) Insomnio inicial |
| 5) Insomnio intermedio | 6) Insomnio tardío |
| 7) Interés en el trabajo | 8) Retardo psicomotor |
| 9) Agitación psicomotriz | 10) Ansiedad psicógena |
| 11) Ansiedad somática | 12) Síntomas GI |
| 13) Síntomas somáticos | 14) Libido |
| 15) Hipocondriasis | 16) Pérdida de insight |
| 17) Pérdida de peso. | |

Se califica según si la respuesta es Afirmativa o negativa para cada ítem con la siguiente puntuación:

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| de 0 a 25 puntos = | sin depresión; |
| de 26 a 32 puntos = | depresión leve |
| de 33 a 38 puntos = | depresión moderada |
| de 40 a 46 puntos = | depresión severa |
| de 47 a 52 puntos = | depresión muy severa. |

En 1967 su et. al realizaron un estudio (29) en Toronto Canadá que consistió en medir los niveles de depresión en un amplio grupo de residentes de diferentes especialidades médicas e internos de diferentes hospitales de dicho estado concluyendo que existen factores existenciales que determinan la presencia de depresión sobre todo durante el primer año de residencia que es el año de adaptación, según dicho estudio la tendencia a presentar índices más elevados de depresión se presentó en las especialidades de medicina interna, psiquiatría y en los internos de pregrado sobre todo en individuos del sexo femenino y solteros lo que el autor analiza como factores predisponentes.

En 1980, Seeks (15) hace una revisión de problemas, principalmente de índice emocional en estudiantes de medicina, y los asocia con el tercer año de la carrera, período en el que aumentan las responsabilidades ya que se inicia la práctica clínica lo que condiciona aumento en los niveles de estrés.

que la familia legó al estudiante, las motivaciones personales para elegir dicha carrera y los conflictos latentes que por identificación se despiertan en algunos estudiantes.

El mismo Sacks (15) en otro estudio encuentra elevación en los niveles de ansiedad y depresión en los estudiantes de medicina cuando el trabajo con los pacientes provoca situaciones que hacen resonancia con con los conflictos emocionales del propio estudiante como por ejemplo, los problemas de la sexualidad infantil no resueltos, las experiencias de privación afectiva y la rivalidad fraterna, lo que muchas veces se hace tributario de ayuda psiquiátrica

Con todo lo anterior tenemos un panorama general para entender que existen suficientes referencias donde se mencionan los procesos de ansiedad y depresión a los que puede estar sometido el médico en formación y durante el entrenamiento de postgrado y aun los médicos especialistas.

Entre los factores más importantes destacan el hecho del enfrentamiento continuo con la muerte en los enfermos en etapas terminales; el hecho de manejar la salud de otra persona, la gran cantidad de información científica que se debe manejar y la gran competitividad que existe en el medio médico.

En el terreno de la salud mental se añade el contacto directo y continuo con enfermos mentales lo que seguramente aviva conflictos no resueltos e inconscientes en los residentes de psiquiatría; en oncología el manejo y el continuo estar en contacto con pacientes terminales lo que enfrenta al médico directamente con la muerte; en ambos casos, la aceptación de las limitaciones de la participación terapéutica curativa lo que es un duro golpe al orgullo y a la omnipotencia médica que tiene la expectativa de curar y por último los rasgos caracterológicos propios de cada personalidad, ya que el hecho de ser médico, cualquiera que sea la especialidad que se haya elegido, no garantiza una salud emocional.

OBJETIVOS:

- 1.- Evaluar los niveles de depresión en los residentes de 3 especialidades médicas : Urgencias Médico Quirúrgicas, Psiquiatría y Oncología.
- 2.- Determinar si existen diferencias significativas entre los niveles de depresión de los residentes de psiquiatría en relación con los de Urgencias Médico Quirúrgicas y los residentes de oncología

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se busca conocer las diferencias que existen en los niveles de depresión entre los residentes de psiquiatría, los de Urgencias Médico Quirúrgicas y los de Cancerología.

HIPOTESIS

- 1.- Existen niveles detectables de depresión en los residentes de psiquiatría.
- 2.- No existen niveles detectables de depresión en los residentes de Urgencias Médico quirúrgicas.
- 3.- Existen niveles detectables de depresión en los residentes de Cancerología.
- 4.- Los niveles de depresión detectables en los residentes de Cancerología y de Psiquiatría son más o menos semejantes.

METODOLOGIA:

- 1.- Se aplicaron los inventarios de Beck y Carroll para medir niveles de depresión a un grupo de 48 residentes de la especialidad de Urgencias Médico Quirúrgicas, del hospital de urgencias de Balbuena del departamento del Distrito Federal.
- 2.- La aplicación de los mismos se realizó cuando se encontraban reunidos residentes de los 3 grados de dicha especialidad al concluir una sesión clínica.
- 3.- Se les pidió que marcaran su especialidad, su edad, su sexo y el grado que cursan y posteriormente que respondieran los reactivos en forma individual.
- 4.- Se siguieron exactamente los mismos pasos con 27 residentes de los 3 grados de especialidad en Cancerología (Oncología médica y quirúrgica) en el Centro Médico Nacional y en el Centro Médico la Raza del IMSS.
- 5.- Se siguieron exactamente los mismos pasos con 36 residentes de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico 'Fray Bernardino Alvarez'.
- 6.- Se utilizó Análisis de Varianza totalmente aleatorizado para detectar diferencias en los promedios de los puntajes de Beck entre los 3 grupos, los cuales quedaron divididos por especialidad (Cancerología C. Psiquiatría P. y Urgencias U) y subdivididos por

7.- Las comparaciones entre trios de medias se realizarán mediante la prueba estadística de Chi cuadrada.

8.- Los resultados fueron sometidos a un Analisis de Varianza Aleatorizado.

Se elaboraron 9 grupos para manejo estadístico:

Grupo 1:	R3 de Cancerologia	(C1)
Grupo 2:	R4 de Cancerologia	(C2)
Grupo 3:	R5 de Cancerologia	(C3)
Grupo 4:	R1 de Psiquiatria	(P1)
Grupo 5:	R2 de Psiquiatria	(P2)
Grupo 6:	R3 de Psiquiatria	(P3)
Grupo 7:	R1 de Urgencias	(U1)
Grupo 8:	R2 de Urgencias	(U2)
Grupo 9:	R3 de Urgencias	(U3)

DISEÑO:

Comparativo.
Abierto.
Observacional
Prospectivo.
Transversal.

RESULTADOS

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BECK

GRUPO	PRO- MEDIO	DESU- STD.
C3	23.4	+ - 14.7
C4	11.7	+ - 9.2
C5	15.5	+ - 13.4
P1	6.1	+ - 5.9
P2	11.6	+ - 7.4
P3	4.5	+ - 4.8
U1	4.3	+ - 4.2
U2	3.4	+ - 3.6
U3	3.25	+ - 6.4

CARROLL

GRUPO	PRO- MEDIO	DESU- STD.
C3	38	+ - 14.7
C4	18.7	+ - 13.1
C5	21.8	+ - 12.9
P1	9.3	+ - 7.8
P2	15.9	+ - 9.8
P3	7.2	+ - 4.9
U1	8.1	+ - 5.7
U2	7.6	+ - 4.5
U3	7.9	+ - 9.2

$P < 0.9$ No hay diferencias significativas entre los grupos C, P, U; sin embargo existe la tendencia a que sean diferentes. (El analisis se realizo por medio de Chi cuadrada)

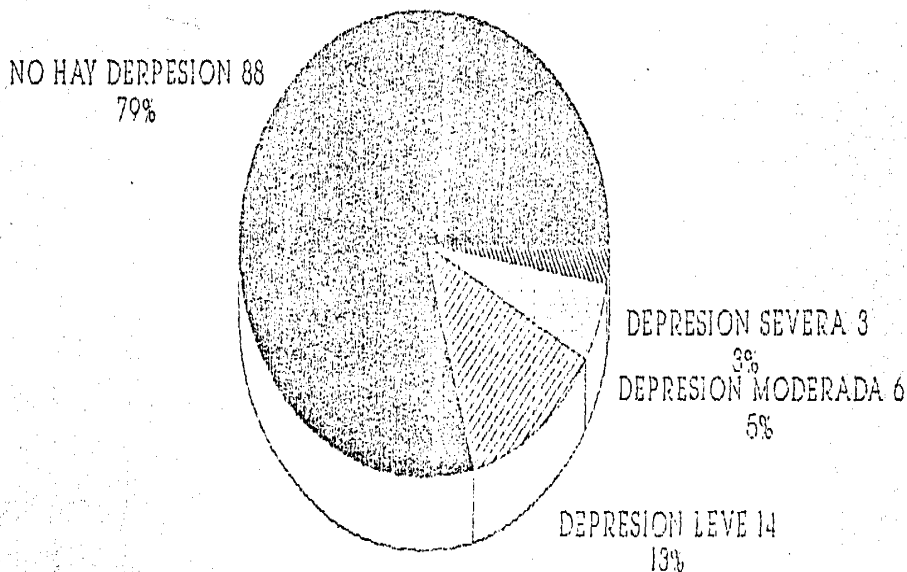
RESULTADOS

GRUPO	PROMEDIO	DESU. ESTANDAR
C	16.86	+ - 12
U	3.65	+ - 4.8

Entre el grupo C y el U si existe diferencia significativa con una $P < 0.05$. (Análisis por medio de Chi cuadrada)

NIVELES DE DEPRESION

ESCALA DE CARROLL EN LOS TRES GRUPOS

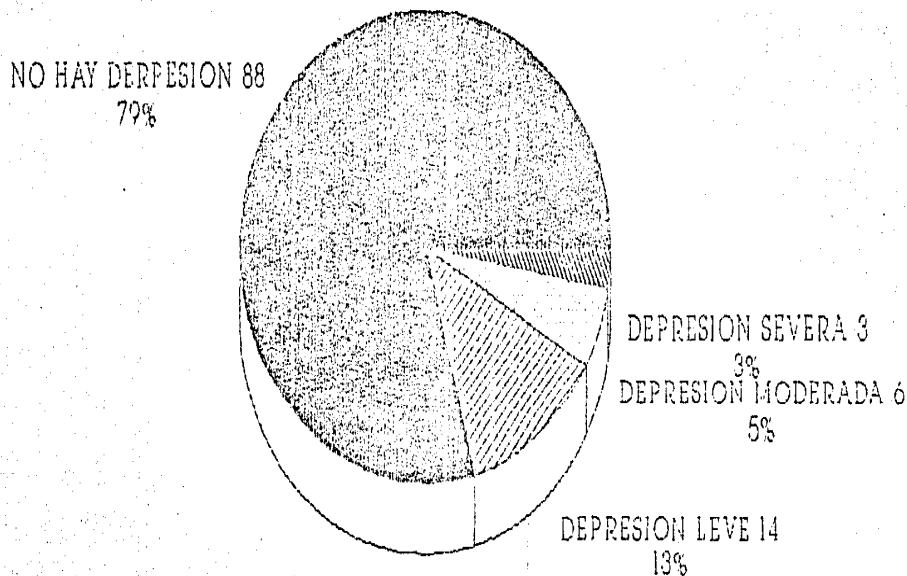


GRAFICA I

MUESTRA TOTAL = III

NIVELES DE DEPRESION

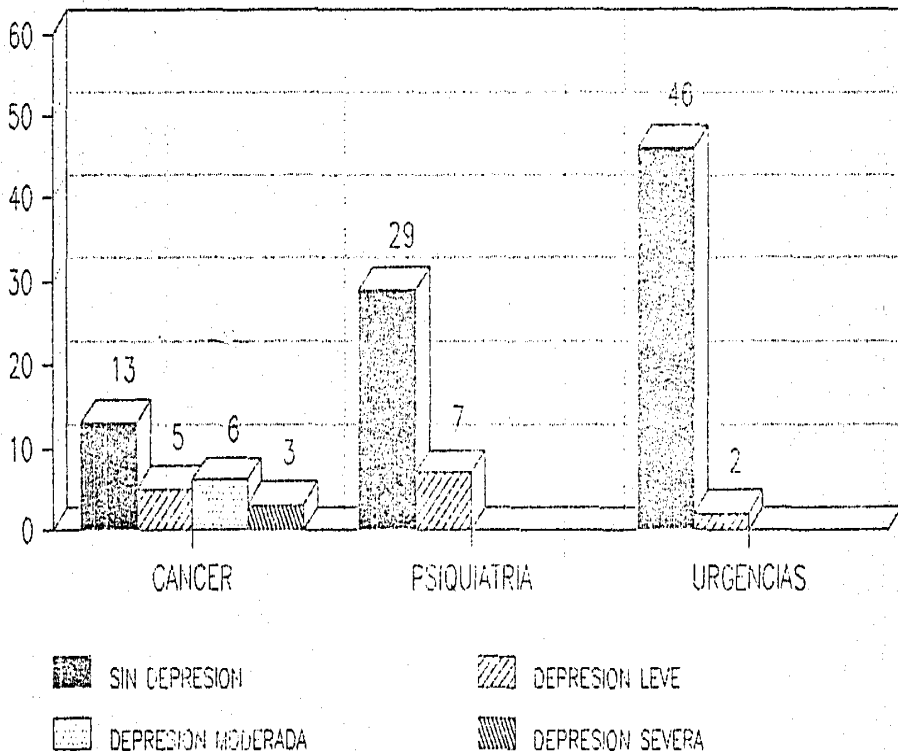
ESCALA DE BECK EN LOS TRES GRUPOS



GRAFICA 2

MUESTRA TOTAL = 111

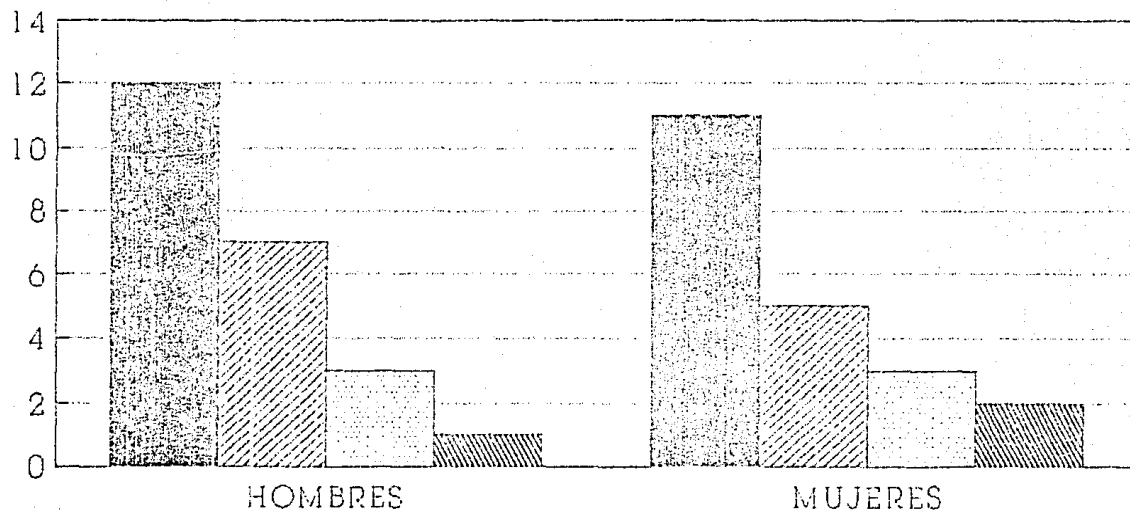
NIVELES DE DEPRESION POR ESPECIALIDAD MEDICA







MUESTRA TOTAL 111

GRAFICA 3

NIVELES DE DEPRESION POR SEXO



GRAFICA 4

- | | |
|--|--|
|  SIN DEPRESION |  DEPRESION LEVE |
|  DEPRESION MODERADA |  DEPRESION SEVERA |

DISCUSION:

Existen dentro del estudio algunos puntos que hay que considerar.

Solo existieron diferencias significativas entre los grupos C y U, (residentes de Oncología y de Urgencias), estadísticamente significativas, siendo los niveles de depresión mayores en Oncología.

En lo que respecta al grupo de Psiquiatría, estadísticamente no existieron diferencias significativas en relación a los otros grupos, a pesar de que si existieron casos de depresión leve a moderada en 7 de los 38 estudiados.

Los niveles más altos de depresión fueron encontrados en los grupos de Oncología correspondientes a R5 y R4.

También llama la atención, los puntajes tan bajos que presentaron los residentes de Urgencias.

A lo anterior podrían atribuirse algunas explicaciones: Que no se respondió con veracidad, que el estudio despertó poco interés en los entrevistados para el grupo de Urgencias en especial y de ahí las respuestas apresuradas, otro factor de importancia podría ser que fueron aplicados durante el horario de trabajo justo cuando terminaban una sesión clínica y tenían que ir a continuar con su trabajo en sus respectivos servicios.

Es rescatable del estudio, los datos de depresión encontrados tanto en los residentes de Psiquiatría y principalmente los de Urgencias.

En el caso de los residentes de Psiquiatría, la bibliografía consultada propone que se debe a factores como el contacto prolongado con enfermos mentales graves, el estrés que genera la responsabilidad clínica, los propios problemas emocionales no resueltos lo que trae como consecuencia en muchos casos, llevan al estudiante a identificarse con los pacientes.

También habría que considerar que la Psiquiatría, por si misma, es una de las ramas de la medicina, que lleva al estudiante a perder paulatinamente sus capacidades medicas tradicionales por que no se ejercita continuamente. Esto es debido entre a otras cosas a los altos grados de subjetividad que se manejan en ella, por las limitaciones de la terapéutica que es lejana a ser curativa, por que en comparación con otras especialidades medicas, el adelanto es menor, y por que en ella los procesos inconscientes del médico en su relación con el paciente son de importancia capital.

En el caso de Oncología importa mucho el tipo de paciente que se maneja, en gran parte de los casos, en etapas terminales ocasiona una relación médico-paciente muy conflictiva dado que lleva al médico a enfrentarse de lleno con la muerte y es poco lo que se puede ofrecer objetivamente rompiendo ello con la idea de omnipotencia de la medicina y por tanto del médico; lo que de alguna manera explicaría los altos niveles de depresión encontrados en este grupo.

En el caso de los médicos de Urgencias, el tipo de entrenamiento y de acciones que deben efectuar, los alejan del hecho de poder establecer algún tipo de relación médico-paciente en la gran mayoría de los casos, ya que a ellos lo que les interesa en primer lugar es "Tener un paciente vivo" y no se involucran en el proceso, lo que de algún modo podría explicar que no manejen elevados niveles de depresión, aunque probablemente sí manejen altos niveles de ansiedad.

La autora del presente trabajo no deja de reconocer su propia subjetividad en la percepción de la problemática, así como lo hipotético de las aseveraciones anteriores; sin embargo sería muy interesante poder ampliar el estudio a otras poblaciones de residentes para poder obtener un panorama más amplio de hasta que grado la depresión puede ser un problema que se presente durante la formación de postgrado en la población médica en general y hacer un estudio comparativo más completo, con muestras más amplias y mejor seleccionadas.

Para concluir, el estudio en forma estricta, no muestra diferencias significativas en los niveles de depresión entre residentes de Psiquiatría en relación con Oncología y Urgencias pero sí muestra diferencias significativas entre el grupo de residentes de Urgencias y el de Oncología.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- BECK A.T., WARD D.H., MENDELSON M. et al: "An Inventory for Measuring Depression". Arch Gen Psychiatry 4: 561, 1961.
- 2.- BECK A.T., GRAM F.L., REISEY N. et al.: "The W.H. O. Depression Scale. Relation to the Newcastle Scale". Acta Psychiat. Scand. 18:149, 1960.
- 3.- GRUNBERG A., MILLER J. SAPHIRIM., et al "Dimensions of Manifest Depression". Psychiat. Res 1: 259, 1962.
- 4.- BOYD J.H., WEISSMAN M. "Epidemiology of Affective Disorders : Examination and Future Directions". Arch Gen Psych. 38: 1039, 1961.
- 5.- CADORET R., WINDOUR G., CLAYTON P. et al: "Family History Studies VII: Maniac-Depressive disease versus Depressive Disease". Br J Psychiat 116:625, 1970.
- 6.- WINDOUR G., CADORET R, DORZAB J, et al: "Depressive Disease: enetic Study". Arch Gen Psychiatry 24:144, 1971.
- 7.- HIRSCHFELD R, CROSS CK, "Epidemiology of affective Disorders: Psychosocial Factors". Arch Gen Psychiatry 32:35, 1962.
- 8.- KELLER MS, TAYLOR I C, MILLER W C, et al "Are all Recently Detoxified Alcoholics Depressed?". Am J Psychiatry 138: 558, 1979.
- 9.- TORRES M T "Validez y Reproducibilidad del Inventario de Beck para Depresión en un hospital de Cardiología. Reporte Preliminar". Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1966.
- 10.- RAMOS BRIEVA J A "La Validez Predictiva del Inventario de Beck Para la Depresión, en Castellano". Act Luso-Esp. Neurol, 14, 1 (47-50) 1966.
- 11.- HAYS L R, LESLEY R, DICKSON M D, et al: "Treating Psychiatric Problems in Medical Students". Am J Psychiatry 143:11, 1966.
- 12.- ARSTEIN R L " Emotional Problems of Medical Students". Am J of Psychiatry 143:11 1966.
- 13.- MELTZER M L, GRIORGORIAN H M, " Effects of Psychiatric Education on Attitudes of Medical Students to Mental Illness" Psychiatry 35:195, 1972.
- 14.- BEITMAN B D, MAXIM P, " A Survey of Psychiatric Practice Implications for Psychiatric Training" J Psychiat Education 135 : 28, 1973.
- 15.- SAKS MH, FROSCH WA, KESSELMAN M ET AL : "Psychiatric Plems in Third -Year Medical Student" Am J Psychiatry 137:7, 1960.

- 16.- FLECKLESS C, " The Making of a Psychiatrist : The Resident's View of the Process of his Professional Development". Am J Psychiatry 126:9, 1972.
- 17.-MILLER A A? BURSTEIN A G, Professional Development in Psychiatric Residents : Assessment and Facilitation " Arch Gen Psychiat 126:356, 1970.
- 18.-KARDENER S H, FULLER M, MENSH I N, et al: "The Tress: View Point of Psychiatric Residency"Am J Psychiatry 126: 1152,1970.
- 19.-BJORKSTEN O, SUTHERLAND S, MILLER C et al: "Identification of Medical Student Problems and Comparison ith those of Other Students" J Med Educ 58:762,1953.
- 20.-NOTMAN M T, SALT P, NADELSON C C, et al: "Stress and Adaptation in Medical Sidents :?Who is most Vnorable?"Compr Psychiatry 25:356, 1948.
- 21.-HAMILTON M, "A Rating Scale for Depression" Neurol NeurosurgPsychiat 23:66, 1960.
- 22.-ZUNG W W, RICHARDS C E, SHORT M J, et al: "Self Rating Depression Scales" Arch Gen Psychist 12:63, 1966.
- 23.-FINK P J, " A Career in Psychiatry: The Necessary Breath of Training" Psychiat Annals 16:6, 1966.
- 24.-SMOUSE P E, FINBERG M, et al:"The Carroll Rating Scale for Depression: Factor Analyses of the Feature Profiles". Brit. J Psychiat 136:204,1981.
- 25.-FEINBERG M, CARROLL P, et al: "The Carroll Rating Scale for Depression:III Comparison with Other Rating Instruments".Brit J Psychiat, 133 206, 1981.
- 26.-CARROLL B J FEINBERG M, et al:"The Carroll Rating Scale for Depression : I Development,Reliability and Validation" Bit J Psychiat 136:206, 1981.
- 27.-HSU M D, MARSHALL V. " Prevalence of Depression and Distress in a Large Sample of Canadian Residents, Interns, and Fellows". Am J Psychiatry 144:12 ,1561, 1987
- 28.- BARNES G E,et al "Depression in anadian General Practice attenders".Can J sychiatry 1984: 2-10.
- 29.-KLEIN H, MUMFORD E : " The Bent Twig: Psychiatry and Medical Education". Am J Psychiatry 1978; 135: 320-324.
- 30.-MYERS J KJ, WESSMAN M M : "Use of a Self Report Symptom Scale to Detect Depression in a Community Sample" Am J Psychiatry 1980; 137: 1081-1084. chiat 136:206, 1981.