

11241  
9  
2 ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

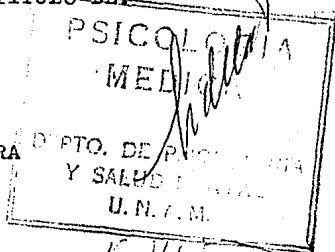
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSI-  
QUIATRIA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

NIVELES DE DEPRESION EN RESIDENTES DE  
PSIQUIATRIA

TESIS CON  
VALIA DE ORIGEN

TESIS PRESENTADA CON OPCION AL TITULO DE:  
PSIQUIATRA



ALUMNO: ALVAR COLONIA CABRERA

TUTOR: DR. HECTOR ORTEGA SOTO

ASESOR: DR. HECTOR ORTEGA SOTO

*Alvar Colonia*

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.

NIVELES DE DEPRESION EN RESIDENTES DE  
PSIQUIATRIA

## INDICE

1.- INTRODUCCION

2.- ANTECEDENTES

3.- OBJETIVOS

4.- PROBLEMA

5.- HIPOTESIS

6.- DISEÑO

7.- METODO

8.- RESULTADOS

9.- DISCUSION

10.- BIBLIOGRAFIA

## **INTRODUCCION**

El término depresión es relativamente nuevo, apenas - tiene un cuarto de siglo y practicamente es contemporáneo de - los psicofármacos, sin embargo, el cuadro clínico es conocido - desde la antigüedad en su forma más grave, la melancolía.

Hipócrates en el siglo IV a de C. afirmaba que esta - melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis; Celsus y Areteo de Capadocia ya la reconocían como problema médico; Sorano de Efeso fue quién por primera vez hizo una descripción -- detallada del cuadro clínico y durante la edad media se pensaba que era producida por demonios e influencias astrales.

A principios de siglo XIX Pinel identificó causas --- psicológicas ( miedo a los desengaños amorosos, dificultades fa- miliares, etc) y causas físicas ( amenorrea y puerperio ) como- originadoras de la melancolía.

En 1896, Kraepelin, con su primera nosografía psiquiá- trica, logró una diferenciación entre la depresión y la "demen- tia praecox", en la actualidad el DSM III R y el ICD 10 logran- hacer una delimitación precisa del padecimiento y sus variables.

En las últimas décadas se ha encontrado un importan-- te incremento de los trastornos depresivos, llegando a conside- rarse por los expertos como el problema más frecuente de salud- mental.

Las magnitudes epidemiológicas, las repercusiones so- ciales y psicológicas y su acccesibilidad diagnóstica cada día - más exacta hacen dela depresión un problema que tenemos la obli- gación de conocer profundamente.

Mención aparte merece el hecho de que la depresión -- puede afectar cualquier nivel socioeconómico, cultural, académi- co y profesional, al grado que Gerald Klermann, en la década de los sesentas describió que nos encontrabamos en "la era de . -

la melancolía.

El hombre es un ente biopsicosocial, por lo tanto, - no es fácil entender lo que le afecta, dado que estas afecciones no son unicasuales sino tienen pluricausalidad y son generalmente una mezcla de factores de tipo biológico, psicológico y social.

La depresión será difícil de entender con una visión tubular, hace falta tener una perspectiva y un panorama más amplios, que nos lleven a una integración de los factores antes mencionados.

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

La hipótesis monoaminérgica de la depresión postula que ésta es determinada por una baja de norepinefrina en la hendidura sináptica.

La hipótesis serotoninérgica de la depresión se refiere a que en este padecimiento, están alterados los metabolismos de la 5-hidroxitriptamina (serotonina) a nivel del SNC, básicamente existe una deficiencia de la mencionada serotonina y una hipoactividad del sistema.

Otros datos que apoyan esta hipótesis es que los compuestos que potencian la 5-HT, como los precursores del triptófano tienen utilidad terapéutica en algunas formas de depresión.

Otro neurotransmisor involucrado en la depresión es la acetilcolina, se propuso que existe un aumento del tono colinérgico y una baja del tono noradrenérgico en la depresión.

Otros datos importantes, en sentido neurofisiológico en la depresión es un acortamiento en la latencia del primer episodio del sueño de movimientos oculares rápidos.

También se han reportado estudios que mostraron una baja importante en los niveles del GABA (ácido gamaaminobutírico) en los pacientes deprimidos.

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

Las explicaciones psicológicas más generalmente aceptadas de la depresión derivan del hecho 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 un ser querido, de dinero, 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 de un ser querido existen sentimientos de ira y resentimiento contra él, esto llevó a Freud a postular la "teoría de la ira retrorefleja".

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

La desesperación, el sufrimiento y la autoacusación -- en la reacción depresiva siempre están presentes y pueden ser



entendidas como el representante del "justo castigo" deseado inconscientemente por el objeto perdido, previo proceso de incorporación.

Aunque a grandes rasgos, estas son las explicaciones de índole psicológica que se proponen para entender y aproximarnos en forma integral a la depresión.

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

En la psiquiatría social se aborda primariamente al grupo y secundariamente al individuo, esto significa pasar de una preocupación restringida de la salud mental individual a un interés en la salud mental pública.

Durante muchos años, los sistemas de apoyo social -- más importantes han sido la familia, la Iglesia y la comunidad de vecinos, pero desde que se han formado y proliferan -- las grandes metrópolis es característica la desintegración -- de estas tres fuentes de apoyo social.

Los lazos familiares se han debilitado en los últimos tiempos, las familias ya sólo se reúnen en contadas ocasiones y festividades, el número de divorcios se ha incrementado, los hijos luchan por su independencia y los ancianos, -- en los países industrializados, viven prácticamente solos.

La Iglesia durante mucho tiempo dió un sustento cognoscitivo a la vida y brindaba consuelo ante la desesperación, pero la religión pierde fuerza y mucha gente se enorgullece -- de un materialismo ateo, donde el sujeto sólo depende de sí mismo.

La comunidad de vecinos disminuye en forma paulatina, inmersa en una época de acentuada movilidad personal y urbana que impide establecer contacto y amistades pierde fuerza,

el apoyo emocional que se encontraba en las relaciones de vecindad se ha perdido en gran cantidad.

Hasta aquí, un breve esbozo de los elementos que tenemos para entender ese complejo fenómeno que es la depresión - y recordando lo mencionado anteriormente, éste puede afectar - cualquier nivel social, económico y profesional, de esto deriva mucho de su trascendencia.

Los médicos en general, y los psiquiatras en particular, no están exentos de sufrir sintomatología depresiva en algún momento de sus vidas.

El psiquiatra en formación, conocido como residente, atraviesa un período difícil, el contacto con los enfermos mentales graves, el cambio de vivienda (para los foráneos), los nuevos compañeros de trabajo, los nuevos deberes institucionales y académicos y desde luego, los factores psicológicos personales, son elementos capaces de generar cambios y uno de estos podría ser la aparición de síntomas depresivos.

## **ANTECEDENTES**

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: La gran diversidad de medidas y definiciones, el criterio subjetivo para reportar los síntomas, e incluso, la ignorancia 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 validados para medir depresión están las escalas de Hamilton (21), de Zung (22) y la de Beck (1).

El inventario de Beck para depresión, es un cuestionario autoaplicable, desarrollado en 1959 por Beck y sus colaboradores, consta de 21 reactivos, que evalúan el mismo número de categorías sintomática-conductuales y que se escogieron en el curso del tratamiento de pacientes deprimidos (9).

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

Los 21 reactivos quedan de la siguiente forma:

- 1) Animo
- 2) Pesimismo
- 3) Sensación de fracaso
- 4) Insatisfacción
- 5) Sentimientos de culpabilidad

- 6) Sensación de castigo
- 7) Descontento
- 8) Autoacusación
- 9) Deseos autopunitivos
- 10) Llanto
- 11) Irritabilidad
- 12) Aislamiento
- 13) Indecisión
- 14) Imagen 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

Síntomas afectivo-cognitivos son valorados por los primeros 14 reactivos y los 7 restantes valoran síntomas vegetativo-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 se acerque más a su condición en el momento de la evaluación, los valores numéricos (0,1,2,3) - son asignados a cada enunciado y el resultado total se obtiene de la suma de los 21 anteriormente referidos.

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

El inventario de Beck para la depresión ofrece ciertas ventajas en su uso para propósitos de investigación, primero, evita el problema de la variabilidad del juicio clínico y nos provee de un medio estandarizado y consistente de medición que no varía con la orientación teórica del individuo que lo administra; segundo, el inventario puede ser fácilmente aplicado por un entrevistador entrenado para ello; tercero, dado que el inventario provee una marca numérica facilita su comprobación con otros datos cuantitativos; finalmente, el inventario nos dá un instrumento objetivo y adecuado para valorar la efectividad de los tratamientos (9).

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

Los primeros estudios de validez de este inventario fueron publicados por Beck y sus colaboradores en 1961 (1), -- otro estudio de trascendencia fue realizado por Bouman en 1987 (23) en Holanda.

En 1980 Nielsen (8) 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 para la depresión es una prueba sensible y específica.

En 1988 Clarck (4) aplicó el inventario de Beck a -- estudiantes con una edad promedio de 23.6 años y encontró al -- 12 % con síntomas depresivos.

Louks en 1989 (6) encontró predominancia en el inventario de Beck de reactivos cognitivos hasta en un 81 % y un se

gundo factor vegetativo en un porcentaje hasta de 58 %, dependiendo de la muestra, esto se relaciona con el punto de vista teórico de Beck.

Por otra parte, existen varios estudios acerca de - problemas emocionales de los estudiantes de medicina en general y de los residentes de psiquiatría en particular.

En 1986, Arstein y sus colaboradores en 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 - que desarrolla durante la formación del médico, muchas veces fomentada y estimulada por los sistemas académicos, la gran - cantidad de información científica que día a día deben manejar con perfección los estudiantes son generadoras de ansiedad y depresión en ellos.

Ese mismo estudio encontró que en muchas ocasiones los rasgos caracterológicos y de personalidad son factores para aumentar las mencionadas ansiedad y depresión, siendo los rasgos obsesivos los que más frecuentemente se encontraron.

En otro estudio de Hays en 1986 (12) se propone un programa de atención emocional y de ser necesaria terapia psiquiátrica para los estudiantes de medicina con problemas emocionales.

En 1986 Bedell (12) demostró una prevalencia significativa de enfermedad mental y suicidio en los médicos graduados en la Escuela de Medicina del Hospital John Hopkins, - también existe literatura acerca de los suicidios en los estudiantes de medicina y nuevamente aparecen la competitividad y los rasgos caracterológicos como posibles causas.

Los estudios de Kris (12) también en 1986 mencionan los problemas emocionales y mentales del estudiante 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 sufrido violencia de índole sexual.

En ese mismo año, Hays (11) refiere que la mayoría de los estudiantes logran superar estas situaciones, pero que es de vital importancia para los educadores y los administradores de la Universidades el reconocimiento de esta problemática, que seguramente influye en el rendimiento escolar del estudiante.

Meltzer (13) en 1973 documenta con un estudio, que si el estudiante de medicina logra superar la crisis descrita anteriormente, la rotación por 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, Feckless (16) hace un estudio con residentes de psiquiatría y encuentra que durante la formación existe un número importante de factores que afectan emocionalmente al futuro 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.



En 1980, Sacks (15) hace una revisión de problemas - en los estudiantes de medicina, principalmente de tipo emocional, y los asocia con el tercer año de la carrera, donde aumentan las responsabilidades (por la práctica clínica) y que puede condicionar una situación estresante.

También se refiere a las complejas interacciones entre el bagaje que la familia legó al estudiante, las motivaciones personales para realizar la carrera y los conflictos latentes que por identificación, despiertan algunos pacientes.

El mismo Sacks (15) en otro estudio encuentra ansiedad y depresión en los estudiantes de medicina cuando el trabajo con los pacientes provoca situaciones que hacen resonancia con los conflictos emocionales del propio médico.

Entre las anteriores podemos encontrar los problemas no resueltos de sexualidad infantil, las experiencias de deprivación emocional y la rivalidad fraterna que muchas veces son graves y tributarias de ayuda psiquiátrica.

Por todo lo anterior podemos entender que existe suficiente bibliografía donde se mencionan los procesos de ansiedad y depresión a los que puede estar sometido el médico, de pregrado, posgrado y aun el especialista.

Entre los factores más aceptados están el hecho de manejar la salud de otras personas, intrínsecamente estresante, la gran cantidad de información científica que es necesario poseer, la gran competitividad que existe en el medio médico.

Ya específicamente en el terreno de la salud mental a los anteriores se pueden añadir otros factores, el contacto directo y continuo con enfermos mentales que seguramente avivan conflictos no resueltos inconscientes en el residente de psiquiatría, la aceptación de la limitación de la participación

terapéutica curativa común en muchos casos psiquiátricos que será un duro golpe al orgullo médico que tiene la expectativa de curar y por último los rasgos caracterológicos propios de cada personalidad, porque el ser médico y particularmente psiquiatra no garantizan una salud emocional.

## OBJETIVOS

1.- Determinar el nivel de depresión en los residentes de psiquiatría.

2.- Determinar si existen diferencias entre los niveles de depresión de los residentes de psiquiatría y los de otra especialidad no psiquiátrica.

## **PROBLEMA**

¿ Son diferentes los niveles de depresión entre los residentes de Psiquiatría y los residentes de otra especialidad (no psiquiátrica)?

## HIPOTESIS

- 1.- Existen niveles detectables de depresión en los residentes de psiquiatría.
- 2.- Los niveles de depresión detectables son mayores en los residentes de psiquiatría que en otras especialidades.



**DISEÑO**

- = COMPARATIVO
- = ABIERTO
- = OBSERVACIONAL
- = PROSPECTIVO
- = TRANSVERSAL

## METODO

- 1.- Se aplicó el Inventario de Beck para Depresión a todos - los residentes de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico- "Fray Bernardino Alvarez".
- 2.- Se les pidió que unicamente marquen su grado.
- 3.- Se escogieron al azar 10 de primer año, 10 de segundo año y 10 de tercer año.
- 4.- Se siguieron exactamente los pasos anteriores con resi- dentes no psiquiatras en el Hospital General "Balbuena"- del Departamente del Distrito Federal.
- 5.- Se utilizó Análisis de Varianza totalmente aliatorizado- para detectar diferencias en los promedios de los punta- jes de Beck entre los grupos.
- 6.- Las comparaciones entre pares de medias se realizó me--- diante la prueba estadística T de Student.

## RESULTADOS

Los resultados fueron sometidos a un ANALISIS DE VA-  
RIANZA TOTALMENTE ALIATORIZADO.

Se elaboraron 6 grupos para manejo estadístico:

Grupo 1 : R1 de psiquiatría

Grupo 2 : R2 de psiquiatría

Grupo 3 : R3 de psiquiatría

Grupo 4 : R1 no psiquiatras

Grupo 5 : R2 no psiquiatras

Grupo 6 : R3 no psiquiatras

GRUPO	PROMEDIO	DESVIACION ESTANDAR
1	10.4 $\pm$	8.7
2	11.0 $\pm$	8.6
3	7.9 $\pm$	7.4
4	3.2 $\pm$	2.1
5	4.5 $\pm$	4.8
6	5.6 $\pm$	5.3

+++

+++  $p < 0.05$  vs gpo. 1 y 2

Diferencias significativas entre los grupos 1 y 4  
( $T=2.5$ ) y entre los grupos 2 y 4 ( $T=2.8$ )

$F = 2.24$  con 5 y 54 gl  $p = 0.06$

Existieron diferencias significativas entre los grupos 1 y 4 ( $T=2.5$ ) y entre los grupos 2 y 4 ( $T=2.8$ ).

$F = 2.24$  con 5 y 54 gl.

$p = 0.06$ .



## DISCUSSION

Existen algunos datos de importancia en el estudio - que pueden ser discutidos.

Sólo existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos 1 ( residentes de primer año de psiquiatría ) y 4 ( residentes de primer año no psiquiatras ) y -- los grupos 2 ( residentes de segundo año de psiquiatría ) y -- 4 ( residentes de primer año no psiquiatras ), siendo los niveles de depresión mayor en los psiquiatras.

Los niveles más altos de depresión fueron encontrados en los residentes de segundo año de psiquiatría.

También es llamativo los puntajes tan bajos que presentaron los residentes no psiquiatras, lo cual es inusual.

A lo anterior podrían encontrarse varias explicaciones: Que no se respondió con veracidad, que el estudio despertó poco interés en los entrevistados y de ahí las respuestas -- apresuradas, otro factor de importancia es que fueron aplicadas en horario de trabajo.

Sin embargo, es rescatable del estudio, los datos de depresión encontrados en los residentes de primero y segundo -- año de psiquiatría.

La bibliografía referida 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 en cuanto a sexualidad infantil y experiencias emocionales de deprivación temprana y -- que por identificación con el paciente se recrudecen en el residente de psiquiatría.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Existe un elemento de importancia pero de naturaleza hipotética, que el autor quisiera comentar brevemente, sin la intención de afirmarlo como verdadero.

El siguiente comentario se basa en el hecho de encontrarse niveles más altos de depresión en residentes de psiquiatría de segundo año.

La psiquiatría, por sí misma, es una de las ramas de la medicina, por algunos elementos como los altos niveles de subjetividad que se manejan en ella, por las limitaciones de la terapéutica que es lejana a ser curativa, porque, en comparación con otras ramas médicas, el adelanto es menor y porque en ella los procesos inconscientes del médico, en su relación con el paciente son de importancia capital.

El residente, con el devenir de su formación psiquiátrica, pierde paulatinamente sus capacidades tradicionales como médico en el área de la medicina interna, precisamente por no ejercitarlas continuamente; no digo que esto sea lo adecuado ni tampoco lo ideal, sino que simplemente sucede así en muchos casos.

En el segundo año de la residencia, aún no se ha logrado una identidad como psiquiatra, porque todavía existen muchas dudas y temores en la ciencia y arte psiquiátrico, pero tampoco se será médico porque se habrá perdido mucho del bagaje del médico al no ejercitarse continuamente en la clínica.

Si se recuerda la bibliografía, en la génesis de la depresión, en el marco de referencia psicológico, siempre hay una pérdida para que aparezca la depresión.

La pérdida implícita, tácita, subliminal, poco consciente en el residente de psiquiatría es la de su saber médico, y la única responsable de esto (hablando en sentido simbólico-metafórico) es la psiquiatría, que aún no ha proporcionado -- grandes satisfacciones.

En sentido Kleiniano será necesario percibir a la -- psiquiatría como un objeto total, aceptar la ambivalencia ha--cia ella, saber que nos puede frustrar en ocasiones y gratifi--car en otras y sentir el dolor y la pena para poder iniciar la reparación y así sentirnos a gusto en ella.

El autor no deja de reconocer su propia subjetividad en la percepción de este problema así como lo hipotético de las aseveraciones anteriores, sin embargo, es una manera de entender el fenómeno.

Para concluir, el estudio en forma estricta, no --- muestra diferencias estadísticamente significativas de niveles de depresión en residentes de psiquiatría comparados con otros residentes no psiquiatras.

## REFERENCIAS

- 1.- BECK A T, WARD D H, MENDELSON M, et al: "An Inventory - for Measuring Depression" Arch Gen Psychiat 4:561, -- 1961.
- 2.- BECK A T, GRAM F L, REISBY N, et al: "The W. H. O. De-- pression Scale. Relation to the Newcastle Scale" Acta Psychiat Scand 16:140, 1980.
- 3.- GRINKER R, MILLER J, SABSHIM M, et al: "Dimensions of - Manifest Depression" Psychiat Res 1:239, 1962.
- 4.- BOYD J H, WEISSMAN M, " Epidemiology of Affective Di-- sorders: A re examination and future Directions" Arch- Gen Psychiat 38:1039, 1981.
- 5.- CADORET R, WINOKUR G, CLAYTON P, et al: "Family Histo- ry Studies VII: Maniac-Depressive disease versus Depre- ssive Disease" Br J Psychiat 116:625, 1970.
- 6.- WINOKUR G, CADORET R, DORZAB J, et al: "Depressive Di-- sease: A Genetic Study" Arch Gen Psychiat 24:144, 1971.
- 7.- HIRSCHFELD R, CROSS C K, "Epidemiology of affective -- Disorders: Psychosocial Risk Factors" Arch Gen Psy--- chiat 39:35, 1982.
- 8.- KELLER M H, TAYLOR I C, MILLER W C; et al: "¿Are all -- Recently Detoxified Alcoholics Depressed?" Am J Psy-- chiatry 136:586, 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.
- 10.- FINK P J, "A Career in Psychiatry: The necessary Breath-of Training" Psychiat Annals 16:6, 1986.
- 11.- HAYS L R, LESLEY R, DICKSON M D, et al: "Treating Psychiatric Problems in Medical Students" Am J Psychiatry - 143:11, 1986.
- 12.- ARSTEIN R L, "Emotional Problems of Medical Students" -- Am J Psychiatry 143:11, 1986.
- 13.- MELTZER M L, GRIGORIAN H M, "Effectd 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 135:22, 1978.
- 15.- SACKS M H, FROSCHE W A, KESSELMAN M, et al: "Psychiatric - Problems in Third-Year Medical Students" Am J Psychiatry 137:7, 1980.
- 16.- FLECKLESS C, "The Making of a Psychiatrist: The Resident 's View of the process of his Professional Development" Am J Psychiatry 128:9 1972.

- 17.- MILLER A A, BURSTEIN A G, "Professional Development in Psychiatric Residents: Assesment and Facilitation" -- Arch Gen Psychiat 20:385, 1969.
- 18.- KARDENER S H, FULLER M, MENSH I N, et al: "The Train-~~ing~~ness: View Point of Psychiatric Residency" Amer J --- Psychiat 126:1132, 1970.
- 19.- BJORKSTEN O, SUTHERLAND S, MILLER C, et al: "Identification of Medical Students Problems and Comparision with-those of other Students" J Med Educ 58:759, 1983.
- 20.- NOTMAN M T, SALT P, NADELSSON C C, et al: "Stress and - Adaptation in Medical Students: ;Who is most vulnerable?" Compr Psychiatry 23:355, 1984.
- 21.- HAMILTON M, "A Rating Scale for Depression" Neurol -- Neurosurg Psychiat 23:56, 1960.
- 22.- ZUNG W W, RICHARDS C B, SHORT M J, et al: "Self-Rating - Depression Scales" Arch Gen Psychiat 12:63, 1965.