

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

“PSICOPATOLOGIA EN MEDICOS RESIDENTES”

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:  
PSIQUIATRIA

**PRESENTA:**

**MARTINEZ FRANCO J. DIEGO**

**ASESORES:**

**DR. WAZCAR VERDUZCO FRAGOSO / DR. MIGUEL VILLAVICENCIO CASILDO**  
**TEORICO METODOLOGICO**

**MEXICO, D.F. FEBRERO DE 2005**



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.

# INDICE

<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>3</b>
<b>ANTECEDENTES.....</b>	<b>4</b>
<b>JUSTIFICACION.....</b>	<b>8</b>
<b>OBJETIVO.....</b>	<b>9</b>
<b>HIPOTESIS.....</b>	<b>9</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>9</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>10</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>15</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>16</b>

## **INTRODUCCION:**

La residencia médica, es un proceso educativo, para la formación de médicos especialistas en un área determinada de la medicina.

Como proceso educativo, aproxima al individuo a un conjunto de valores y normas previamente definidas por la sociedad en la cual se desenvuelve.

La educación profesional no se limita a la adquisición de conocimientos y habilidades en un área específica, también se refiere a la capacidad de adaptarse a las situaciones que conlleva su preparación en la misma.

La formación en postgrado, residencia en medicina, se refiere al periodo en el cual el médico continúa su preparación en el afán de convertirse en un profesional competente, mediante la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades en el área elegida.

La residencia “perse” es un periodo de estrés constante en la preparación del medico, como lo fue el internado de pregrado, el contacto con enfermedades graves, el cambio de vivienda en algunos, la situación económica, el contacto con nuevos compañeros y superiores, la realización de guardias entre otros factores mantienen el estrés en un nivel casi permanente.

A esto agregamos los factores psicológicos personales, la situación familiar, así como los antecedentes mórbidos casi siempre subclínicos a la falta de apoyo psicológico durante la preparación de la especialidad.

La selección de médicos para una especialidad, se realiza mediante la competencia de un examen a nivel nacional, este solo se basa en evaluar los conocimientos académicos y no los emocionales. Es cuando entran en contacto con la institución o la universidad que se evalúa los aspectos psicológicos, muchas veces pasando por alto este aspecto y en muy raras ocasiones son derivados a una atención profesional.

## **ANTECEDENTES:**

El ejercicio de cualquier residencia médica, implica el involucramiento emocional para el estudiante asociado este a la responsabilidad durante su práctica médica, el proceso de aprendizaje, la competencia y el contacto mismo con el paciente.

Arstein y cols, 1986 (1), encontraron que existen factores que condicionan problemas emocionales en los estudiantes de medicina, la necesidad de ser aceptados en una Universidad de renombre, su permanencia en ella, la 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 deben día a día manejar con perfección, son generadoras de altos niveles de ansiedad y depresión.

Mencionan en el mismo estudio que los rasgos de personalidad en muchas ocasiones aumentan, en un momento dado los niveles de ansiedad y depresión, siendo los rasgos obsesivos los que mas frecuentemente te relacionan.

Bendell, 1988, demostró una prevalecía significativa de enfermedades mentales y suicidio en médicos graduados de la escuela de medicina del Hospital John Hopkins. El autor encuentra la relación entre suicidio y rasgos de personalidad.

Kris, en el mismo año en una serie de estudios menciona que los problemas emocionales y mentales de los estudiantes de medicina se hacen patentes durante su rotación por los servicios de psiquiatría. El mismo autor propone que se debe a procesos de identificación del estudiante con los pacientes, siendo la situación más notoria de mujeres con historia de abuso sexual.

En 1972, Flekcles (2), en un estudio con residentes de psiquiatría encuentra que durante la formación existe un número importante de factores que afectan emocionalmente el futuro del psiquiatra.

Se refiere a situaciones como el cambio de vivienda 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 la relación ambivalente que se guarda con la institución.

Sacks, 1980 (3), refiere en un estudio que la relación directa con los pacientes condiciona en los estudiantes una respuesta, reflejo de conflictos propios y que repercuten en una mayor incidencia de ansiedad y depresión. En este trabajo Sacks hace mención de los conflictos que él encontró como de mayor importancia como los problemas no resueltos de sexualidad infantil, experiencias de privación emocional y la rivalidad fraterna grave.

Friedman y cols, 1973 (4), examinaron los efectos de la privación de sueño sobre el rendimiento de los médicos internos en período de especialización, ya que solían trabajar cada 2 noches y cada 2 fines de semana. En un hospital universitario de mucha actividad podían llegar a trabajar durante 48 a 72 horas con periodos de descanso muy cortos.

De forma retrospectiva, se constata que esta práctica era evidentemente negativa no solo para el paciente sino para los propios médicos. Se solicitó examinar un estudio de ECG, para aquellos que salían después de un fin de semana de guardia hubo significativamente mayor número de errores que aquellos que su interpretación fue después de un día de descanso.

En 1986, Hays (5), menciona la necesidad que tienen los estudiantes de medicina de recibir atención emocional y de ser necesaria terapia psiquiátrica cuando son detectados problemas emocionales.

Menciona el mismo autor que la mayoría de los estudiantes logran superar estas situaciones, sin embargo es de gran importancia que los académicos y personal universitario reconozcan la problemática y su repercusión en el rendimiento del médico.

Meltzar, 1973 (6), documenta en un estudio que si el estudiante logra superar la crisis que implica la rotación por los servicios de psiquiatría, será beneficioso para ellos, logrando ser menos autoritarios y restrictivos con sus pacientes y tener mayor tolerancia a sus propios conflictos emocionales.

Vaillant, 1972 (7), sugiere que la presencia de ansiedad y depresión son necesarias para el desarrollo de una competencia e identificación y esta relacionado con los cambios que exigen el proceso de adaptación individual ante el entrenamiento.

Sin embargo cabe mencionar que las afectaciones emocionales ya mencionadas pueden relacionarse con una mayor incidencia de trastornos mentales, adicción a drogas y suicidio.

Garfinkel y Waring, 1981 (8), condujeron una serie de pruebas psicológicas a médicos en entrenamiento de dos programas de residencia médica. Una muestra de 70 residentes contestaron el Cuestionario General de salud (GHQ), el MMPI, el inventario de personalidad de Eysenck y el Strong Vocational Interest Bank. De los evaluados con el GHQ 9% tuvieron enfermedad emocional no psicótica y 5% fueron casos probables. Se obtuvieron resultados altos en neurosis, depresión, aislamiento social, esquizofrenia, psicastenia e hipocondriasis en el MMPI.

Los mismos autores encontraron que este 9% de los residentes exhibían trastornos emocionales al corto tiempo de iniciado la residencia. Este porcentaje presentaba altos niveles de depresión, esquizofrenia, hipocondriasis, aislamiento social y psicastenia en las subescalas del MMPI.

En 1976 Bech y cols realizó un estudio valorando niveles de depresión en estudiantes de medicina utilizando el inventario de Beck (9)

Clarck, 1988 por su parte aplico en inventario de Beck a estudiantes cuya edad promedio era de 26 años, encontrando una prevaencia de 12 % de síntomas depresivos.

Russel y cols, 1975, encontraron que los médicos que abandonaron el entrenamiento secundario a problemas emocionales, eran “residentes problema”, significativamente eran mayores de edad, con historial de separación marital o divorcio, usaban drogas o alcohol y con historial de psicoterapia.

Cetina, 1992 (10), realizo un estudio, comparando los niveles de depresión en médicos residentes de tres especialidades. Aplico inventarios de Beck y Carroll para depresión en 48 residentes; urgencias medico-quirúrgicas, psiquiatría y oncología.

En este estudio se encontró que los residentes de cancerología y psiquiatría no tuvieron diferencias significativas en los niveles de depresión, catalogada esta como de leve y moderada en algunos casos como severa, pero si lo hubo con los residentes de urgencias medico-quirúrgicas, quienes los niveles de depresión fueron menores.

Sin embargo en este mismo estudio se mencionan algunos factores que contribuyen a ver estas diferencias, como lo son el tipo de pacientes que maneja cada especialidad, con sus particularidades, la gravedad de la enfermedad y el tiempo de contacto con los pacientes, los médicos de urgencias si bien manejan casos graves, estos pacientes para ellos son solo transitorios.

El tipo de pacientes en oncología y psiquiatría, el diagnóstico, el pronóstico y el involucramiento con el enfermo son mayores.

Lara, 2000 (11), comparo niveles de depresión en residentes de cuatro especialidades; psiquiatría, anestesiología, pediatría y medicina interna, aplicando los inventarios de Carroll y Beck para depresión.

Se encontró en este estudio que los puntajes más altos en depresión en ambas escalas correspondieron a los residentes de psiquiatría y anestesiología. Los residentes de medicina interna y pediatría resultaron con puntajes mas bajos en depresión que los grupos anteriormente mencionados.

Los comentarios en este estudio nuevamente mencionan como factores las enfermedades mentales graves, la cronicidad del padecimiento en el caso de los residentes de psiquiatría y el estrés en la sala de cirugías para los de anestesiología.

Menciona comentarios como que los residentes de anestesiología y psiquiatría se mostraron más interesados en el momento de contestar los cuestionarios, no así el caso de los de la especialidad de medicina interna y pediatría. Aunque menciona también que esto

solo es subjetivo de su parte.

Morales, 2002 (12), correlaciona los rasgos de personalidad y variables sociodemográficas en residentes de psiquiatría. Utilizó un cuestionario sociodemográfico y el Inventario Multifásico de la personalidad Minnessota 2 (MMPI 2).

El autor encontró una relación alta en las escalas clínicas del MMPI-2 y variables sociodemográficas como son; el estado civil y pareja estable con histrionicidad e histeria conversiva, y vivencia de estrés dentro del hospital, entrenamiento presionado con escalas altas para depresión.

Las correlaciones más altas que encontró fueron entre depresión e hipocondriasis y bajas entre depresión e histeria conversiva. Menciona además que los grupos más vulnerables fueron los residentes de primer año en primer lugar, seguidos por los residentes de tercer año y en menor frecuencia los de segundo año.

Los factores encontrados en los residentes de primer año, es el periodo adaptativo al ingreso a la especialidad, el contacto con el paciente. En los de tercer año la responsabilidad dada a la jerarquía y el término de la especialidad.

## **JUSTIFICACION:**

Existen estudios que señalan la incidencia elevada de trastornos afectivos en estudiantes de medicina y algunos más señalan la necesidad que se tiene de ofrecer apoyo psicológico a los futuros médicos o especialistas.

En la década de los 70s y 80s se examinó la calidad de vida personal y profesional del médico residente, estudios pequeños no randomizados encontraron mayor incidencia de depresión, enojo y hostilidad en residentes que en población general (13,14 y 15), atribuido principalmente a la privación de sueño y fatiga (4).

En respuesta los directores de los programas de residencia sugirieron e implementaron procedimientos de identificación y manejo con el fin de reducir el estrés en el residente (16 y 17).

En México se han evaluado de manera parcial, la presencia de psicopatología y estrés en el médico residente (10, 11 y 12), sin embargo mucho menos o ni un estudio a evaluado a los residentes de recién ingreso a las instituciones.

La selección de un candidato a especialidad, se basa solo en evaluar un historial académico y el resultado de un examen nacional. Es cuando están en contacto con la institución que se realiza en algunas más en otras menos una evaluación psicológica. Sin embargo estos resultados pocas veces son tomados en cuenta y en raras ocasiones los médicos detectados con niveles de psicopatología son derivados a atención especializada.

Este estudio pretende revisar la presencia de psicopatología en residentes del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) que en el examen psicométrico de ingreso presentaron alto riesgo de presentar psicopatología, ya que como se ha observado en estudios previos la residencia médica implica altos niveles de estrés y riesgo de desarrollar psicopatología.

## **OBJETIVO:**

Determinar la presencia de psicopatología en 20 médicos residentes quienes en el examen psicométrico de ingreso al IMSS reportó alto riesgo de presentarla.

## **HIPÓTESIS:**

Si se corrobora la presencia de psicopatología en residentes con alto riesgo.

## **METODOLOGIA:**

20 médicos residentes de diferentes especialidades del IMSS que fueron evaluados con un examen psicométrico en febrero de 2003 presentaron alto riesgo de presentar psicopatología, esta evaluación consistió en la aplicación de pruebas psicométricas a los residentes aceptados en la delegación sur del DF del IMSS. Los resultados de la evaluación inicial no se dieron a conocer, solo se informó que del grupo de aceptados 20 presentaron alto riesgo de presentar patología mental.

20 médicos residentes se presentaron a una entrevista en el servicio de Psiquiatría del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Los criterios de inclusión fueron: 1.- Ser médico residente del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2.- Ser de nuevo ingreso a la residencia, 3.- Haber sido evaluado previamente en el examen psicométrico general al ingreso a la residencia. Los criterios de exclusión fueron: 1.- Residentes que no hayan presentado el examen psicométrico de ingreso, 2.- Residentes que no se hayan sido aceptados al programa de especialización en el IMSS.

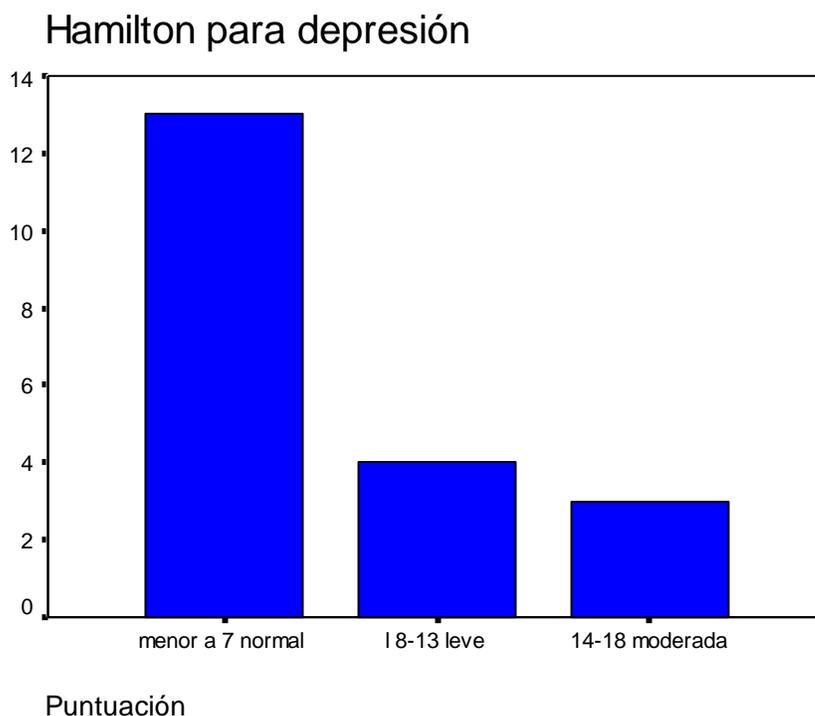
A un grupo de 20 médicos residentes se aplicaron inventarios de depresión y ansiedad de Hamilton. La entrevista fue personal realizada por psiquiatras del IMSS. Se solicitó información adicional como la especialidad, edad, sexo, estado civil y lugar de origen.

El diseño del estudio fue observacional y transversal.

## RESULTADOS:

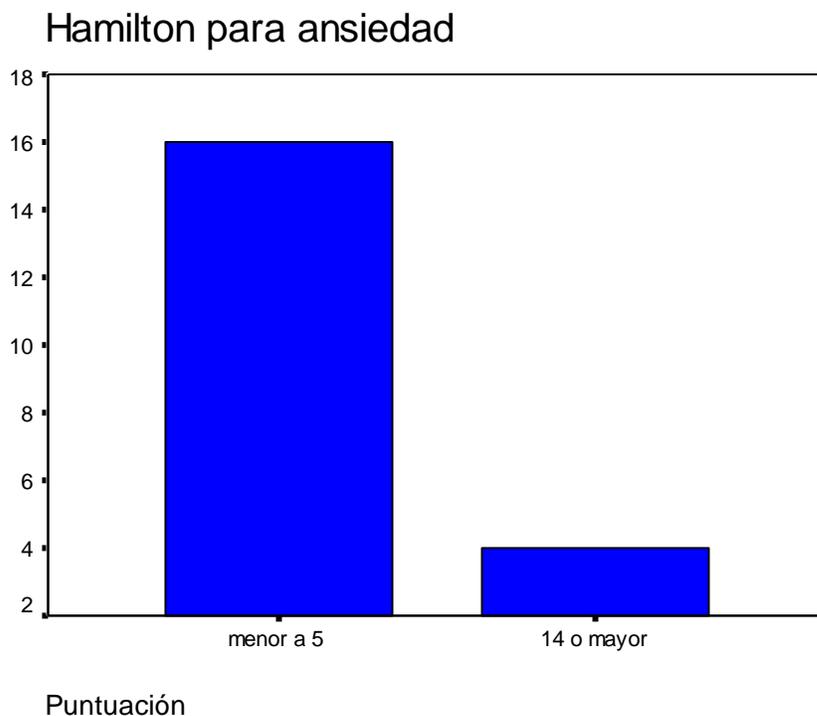
20 médicos residentes del IMSS previamente evaluados en el examen psicométrico de ingreso, presentaron alto riesgo de presentar psicopatología, 20 médicos residentes (100%) se presentaron a una entrevista en el servicio de Psiquiatría del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. 8 hombres y 12 mujeres con una media de edad de 26.7 ( $\pm 1.51$  DS) fueron evaluados con las escalas Ansiedad y Depresión de Hamilton además se obtuvieron otros datos relevantes como; estado civil, 15 solteros, 4 casados y 1 en unión libre y lugar de origen: locales (DF) 11, foráneos (provincia) 7 y 2 extranjeros.

La escala de Hamilton para Depresión (HD), consiste en 17 rubros que abarcan principalmente manifestaciones clínicas del padecimiento (Hamilton, 1967), la traducción al español fue realizada por Berlanga y cols. (1992), los rubros son calificados numéricamente entre rangos del 0 al 4, mientras que otros obtienen una calificación de 0 a 2. La calificación depende del criterio del investigador, 0 si el síntoma esta ausente y 2 a 4 si es severo o incapacitante, los grados leves a moderados en calificaciones intermedias. Existen además 4 rubros adicionales con un valor pronóstico. La versión original fue publicada en 1960, la calificación mínima es 0 y la máxima de 50, un valor menor a 7 se considera normal, de 8 a 13 leve, de 14 a 18 moderado, de 19 a 22 severo y mayor de 23 muy severo. Los resultados en los 20 médicos residentes fueron los siguientes (figura 1), una calificación mínima de 0 y una máxima de 16 con una media de 5.45 ( $\pm 6.00$  DS), de acuerdo a esta escala 13 (65%) médicos residentes fueron evaluados como normales (HD <7), 4 (20%) con síntomas leves (HD 8-13) y 3 (15%) con síntomas moderados (HD 14-18), ni uno presento síntomas severos o muy severos



**Figura 1.**

La escala de Hamilton para ansiedad (HAM-A) es una de las más utilizadas y se encuentra traducida al español, es utilizada para valorar sintomatología de ansiedad generalizada sin embargo también se ha empleado para valorar la ansiedad del ataque de pánico. Ha sido utilizada para valorar severidad. Consta de 14 preguntas cada una de ellas se califica de 0 a 4, siendo la calificación mínima de 0 y una máxima de 56. Una calificación menor a 5 indica presencia “típica” de síntomas ansiosos o “normales”, una calificación de 14 o mayor sugiere ansiedad significativa. 20 médicos residentes fueron evaluados con la HAM-A (figura 2), la puntuación mínima fue de 0 y la máxima de 16 con una media de 5.25 (DS±5.702), 16 (80%) de ellos obtuvieron una puntuación menor a 5 y 4 (20%) obtuvieron una puntuación de 14 y mayor.



**Figura 2.**

En relación a la escala de Hamilton para depresión y el estado civil, se encontró la siguiente relación: en solteros, 9 presentaron una puntuación menor a 7 (normal), 4 con puntuación de 8 a 13 (leve), 2 con puntuación de 14 a 18 (moderado). En casados, 3 obtuvieron una puntuación menor a 7, uno de ellos obtuvo una puntuación de 14 a 18 (moderado), solo uno se encontraba en unión libre y obtuvo una puntuación menor a 7 (tabla 1). En relación a la escala para ansiedad de Hamilton, se encontró lo siguiente: de los solteros 12 obtuvieron una puntuación menor a 5 (normal), 3 con una puntuación de 14 o mayor (presencia significativa de ansiedad), en los casados 3 con puntuación menor a 5, y uno con una puntuación de 14 o mayor, uno en unión libre obtuvo una puntuación menor a 5 (tabla 2).

**Tabla 1.** (Hamilton para depresión y estado civil)

	menor a 7 normal	8-13 leve	14-18 moderada	Total
soltero	9	4	2	15
casado	3		1	4
union libre	1			1
	13	4	3	20

**Tabla 2.** (Hamilton para ansiedad y estado civil)

	menor a 5	14 o mayor	Total
soltero	12	3	15
casado	3	1	4
union libre	1		1
	16	4	20

En relación al sexo, se observó mayores grados de ansiedad y depresión en mujeres que en hombres: en el sexo masculino 7 obtuvieron una puntuación menor a 7 en la escala de Hamilton para depresión (normal), uno de ellos obtuvo una puntuación de 14 a 18 (moderado). En mujeres 6 con puntuación menor a 7, cuatro de ellas con puntuación de 8-13 (leve) y 2 con una puntuación de 14 a 18 (Tabla 3). En relación a la escala de Hamilton para ansiedad, 7 del sexo masculino con una puntuación menor a 7 (normal) y uno con una puntuación de 14 o mayor (presencia significativa de ansiedad). En el sexo femenino 9 obtuvieron una puntuación menor a 7 y 3 con una puntuación de 14 o mayor (Tabla 4).

**Tabla 3.** (Hamilton para depresión y sexo)

		menor a 7 normal	8-13 leve	14-18 moderada	total
SEXO	masculino	7		1	8
	femenino	6	4	2	12
	Total	13	4	3	20

**Tabla 4.** (Hamilton para ansiedad y sexo)

		menor a 5	14 o mayor	total
SEXO	masculino	7	1	8
	femenino	9	3	12
	Total	16	4	20

En relación al lugar de origen, no se encontró una diferencia significativa en relación a la ansiedad y depresión: en los originarios del Distrito Federal (locales), 11 del total de la muestra, 8 obtuvieron una puntuación en la escala de Hamilton para depresión menor a 7 (normal), 2 con puntuación de 8 a 13 (leve) y uno con puntuación de 14 a 18 (moderada), de los que eran originarios de los estado de provincia, 4 obtuvieron una puntuación menor a 7, dos con puntuación de 8 a 13 y uno con puntuación de 14 a 18, de origen extranjero uno obtuvo una puntuación menor a 7 y uno con puntuación de 14 a 18 (Tabla 5). En relación a la escala de Hamilton para ansiedad, 11 eran locales (DF), 10 con puntuación menor a 5 (normal) y uno con puntuación mayor a 14 (presencia significativa de ansiedad), de los procedentes de provincia, 5 con puntuación menor a 5 y 2 con puntuación de 14 o mayor, en relación a los extranjeros 1 de ellos con una puntuación menor a 5 y uno con puntuación de 14 o mayor (Tabla 6).

**Tabla 5.** (Hamilton para depresión y origen)

	menor a 7 normal	8-13 leve	14-18 moderada	total
Distrito Federal	8	2	1	11
Provincia	4	2	1	7
Extranjero	1		1	2
	13	4	3	20

**Tabla 6.** (Hamilton para ansiedad y origen).

	menor a 5	14 o mayor	Total
Distrito Federal	10	1	11
Provincia	5	2	7
Extranjero	1	1	2
	16	4	20

## **CONCLUSIONES:**

Los resultados obtenidos de la evaluación de 20 médicos residentes de diferentes especialidades del IMSS aplicando las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton, corroboraron la presencia de psicopatología en 7 (35%) para depresión con síntomas leves a moderados y en relación a la presencia de ansiedad 4 (20%) de los 20 obtuvieron una calificación de 14 y más en la escala de Hamilton para ansiedad (presencia clínicamente significativa de ansiedad).

Estos resultados se relacionan con estudios previamente realizados que investigaron la presencia de psicopatología en médicos residentes y estudiantes de medicina. Estos estudios señalan una incidencia elevada de trastornos afectivos en estudiantes de medicina y algunos más señalan la necesidad que se tiene de ofrecer apoyo psicológico a los futuros médicos o especialistas.

Los médicos residentes de diferentes especialidades del IMSS están sometidos, como en cualquier otra sede a altos niveles de estrés, las exigencias propias de la especialización, la competencia académica, la asignación de guardias, así como los factores psicológicos previos son solo algunos de los factores que favorecen o desencadenan la presencia de síntomas depresivos o ansiosos.

El presente estudio solo corrobora la presencia de psicopatología en residentes aceptados en la delegación sur del D.F. en el 2003. La muestra fue pequeña, sin embargo solo 20 de los médicos residentes de diferentes especialidades de nuevo ingreso al IMSS se encontraban en alto riesgo de presentar psicopatología.

Sin embargo existe la necesidad de un proceso de identificación de psicopatología en médicos residentes de nuevo ingreso, así como la necesidad de apoyo psicológico a los que ya se encuentran en formación y así enfrentar con mayor eficacia el proceso de especialización.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- 1.-Arstein R. L., Emotional problems of medical students. Am J. of Psychiatry 143:11, 1986.
- 2.-Fleckles C: The making of a Psychiatrist The resident's View of the Process of his Professional Development. Am J Psychiatry 128:9, 1972.
- 3.-Saks MH, Brosch WA, Kesselman M, et al: Psychiatric Problems in Third-Year Medical Students. Am J Psychiatry 132: 7,1980.
- 4.-Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. J Med Educ. 1973;48:436-41.
- 5.-Hays L.R. Lesley R. Dickson M.D. et al: Treating Psychiatry Problems in Medical Students. Am J Psychiatry 143:11, 1986.
- 6.-Meltzer M.L., Griogorian H.M: Effects of Psychiatric problems on attitudes of Medical Students to Mental Illness. Psychiatry 35: 195,1972.
- 7.-Vaillant, G.E: Some Psychological Vulnerabilities of Physicians. New Eng J Med, 287-372, 1972.
- 8.-Waring E.M: Emotional Illness in Psychiatric Trainees. Brit J Psychiat 125, 10-11, 1974.
- 9.-Beck A.T. Ward D. H Mendelson M et al., An Inventory for measuring Depression. Arch Gen Psychiatry. 4:561, 1961.
- 10.-Cetina E.C., Estudio comparativo de los niveles de depresión en residentes de tres especialidades médicas. Tesis Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental UNAM (1992).
- 11.-Lara M. A., Niveles de depresión en médicos residentes de cuatro especialidades. Tesis Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental UNAM (2000).
- 12.-Morales A., Correlación entre rasgos de personalidad y variables sociodemográficas durante el entrenamiento en psiquiatría. Tesis Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental UNAM (2002).
- 13.- ValkoRJ, Clayton PJ. Depression in the internship. Dis Nerv Syst. 1975;36: 26-9
- 14.- Girard DE, Elliot DL, Hickam DH, Sparr L, Clarke NG, Warren L, et al. The internship-a prospective investigation of emotions and attitudes. West J Med. 1986; 144: 93-8.
- 15.- Gordon GH, Hubbell FA, Wyle FA, Charter RA. Stress during internship: a prospective study of mood states. J Gen Intern Med. 1986; 1: 228-31.

- 16.- Green MJ. What (if anything) is wrong with residency overwork? *Ann Intern Med.* 1995; 123:512-7.
- 17.- Reynolds PP. Professionalism and residency reform. *Bull N Y Acad Med.* 1991;67:369-77.
- 18.-Apiquian R, Fresán A, Nicolini H: Evaluación de la Psicopatología. Escalas en Español. JGH Editores. México.
- 19.-Barnes G.E., et al: Depresión en Canadian General Practice Attenders. *Can J Psychiatry* 1984: 2-10.
- 20.-Beck A.T., Gram F.L., et al. The W.H. O. depression Scale, Relation to Newcastle Scale. *Acta Psychiatry Scand.* 16:140,1980.
- 21.-Beitman B.D., Maxim P. , A survey of Psiquiatric Practice Implications for psychiatric Training. *J. Psychiat Education* 135:22,1978.
- 22.-Bjorksten O, Sutherland S, et al: Identification of Medical Student Problems and Comparison with Those of Other Students. *J Med Educ* 58: 759,1983.
- 23.-Blachly PH, Disher W, Roduner G: Suicide by Physicians. *Bull Suicidology.* Dec 1968 1-18.
- 24.-Craig A.G., Pitt F.N: Suicide by Physicians. *Dis Nerv Syst,* 29: 763-772, 1968.
- 25.-Grinker R., Miller J., Sabshim., et al: Dimension of Manifest Depression. *Psychiatry Res* 1:1239, 1962.
- 26.-Halleck, S.L. Woods, S.M: Emotional Problems of Psychiatric Residents. *Psychiatry,* 25, 339-46, 1962.
- 27.-Kandener S.H., Fuller M., e t al: The Tness: View Point of Psychiatry Residency. *Am J Psychiatry* 126: 1132, 1970.
- 28.-Klein H. Mumford E: The bent Twing: Psychiatric Medical Education, *Am J Psychiatry* 1978; 135: 320-324, 1976.
- 29.-Lucio E, Reyes I. La Nueva Versión del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota MMPI-2 para estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología* 11 (1) 45-54, 1994.
- 30.-Pitts F.N. Jr, Winokur G, Steward M.A: Psychiatric syndromes, anxiety symptoms and response to stress in medical studens. *Am J Psychiatry* 188:333-340, 1961.
- 31.-Usu Mad Marshall V: Prevalence of Depression and Distress in a Large Sample of Canadian Residents, Interns and Fellows. *Am J Psychiatry* 144:12, 1561, 1987