

Los conocimientos de los estudiantes de medicina y del personal médico relacionados con el síndrome depresivo

Mónica Y. Flores-Gutiérrez^{1,2,4}
Francisco Páez^{2*}
Jesús Ocampo-Castañeda³
Fernando Corona-Hernández^{2,4}

Summary

The aim of this study is to evaluate and compare the knowledge about major depression among 4th year Medical students, interns, family medicine residents and family medicine physicians.

Method: In a cross-sectional comparative observation study, all candidate subjects fulfilling the selection criteria, and working at the Family Medicine Unit of the Psychiatric Hospital # 10 "Dr. Guillermo Dávila", and at The Regional General Hospital #98, both from the Mexican Institute for Social Security, in Mexico City, were selected. The items of the instrument used were selected from two basic self-evaluation texts on psychiatry.

Results: The final groups were: 40 fourth year medical students, 33 medical interns, 30 family medicine residents and 30 family medicine physicians. Medical students rated significantly higher than the rest of the groups in the total number of correct answers and in the total ratings ranging from 1 to 100.

Conclusion: This work suggest the need of providing continuous education in major depression to interns, residents and family medicine physicians.

Key words: Depression, continuous education, knowledge, medical education.

Resumen

El objetivo de este estudio fue el de evaluar y comparar los conocimientos sobre el síndrome depresivo en los estudiantes de medicina, en los internos, en los residentes de medicina familiar y en los médicos familiares.

Método: En un estudio de observación transversal comparativo se censó en una muestra a los grupos de pregrado y posgrado de la Unidad de Medicina Familiar con Hospital Psiquiátrico número 10 "Dr. Guillermo Dávila" y del Hospital General de Zona número 98 del Instituto Mexicano del Seguro

Social (IMSS). Los reactivos del instrumento fueron seleccionados de las preguntas sobre depresión mayor de dos textos básicos de autoevaluación en psiquiatría.

Resultados: Se estudiaron 40 estudiantes de medicina de pregrado, 33 internos de pregrado, 30 médicos residentes de medicina familiar y 30 médicos adscritos a medicina familiar. Los estudiantes de medicina de pregrado calificaron significativamente más alto que el resto de los grupos en el número total de aciertos y en la escala de calificación del 1 al 100.

Conclusión: Este trabajo sugiere la necesidad de actualizar continuamente a los médicos residentes y a los médicos adscritos a medicina familiar sobre este trastorno.

Palabras clave: Depresión, educación continua, conocimiento, educación médica.

Introducción

La depresión mayor constituye un problema relevante en el primer nivel de atención médica, que a menudo no es reconocida ni se atiende eficientemente (7,8). Como quiera que se defina (como un síntoma, un síndrome, una enfermedad única o un espectro con diferentes manifestaciones), es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, tanto en los países desarrollados como los que están en vías de desarrollo. Su incidencia parece ir en aumento y se relaciona con el mayor uso de servicios médicos y con una amplia gama de incapacidades (16).

Se han sugerido diversas razones por las que el médico de primer nivel no logra detectar adecuadamente la depresión: su incapacidad para reconocer los síntomas y para manejarlos, así como para detectar las alteraciones afectivas, cognitivas y somáticas que se relacionan con este diagnóstico y el no tomar en consideración la posibilidad de darlo. Las instituciones académicas encargadas de preparar al médico deben enseñarlo a diagnosticar las enfermedades psiquiátricas, y procurar que en su práctica médica tenga una visión congruente del estado emocional del paciente; familiarizarlo con las entrevistas dirigidas, y entrenarlo para que sea mejor su contacto visual y auditivo con el paciente (18).

La mayoría de los pacientes acuden principalmente al ámbito de la atención primaria, en donde siempre hay exceso de trabajo y falta tiempo para evaluarlos,

¹ Curso de Posgrado. Facultad de Medicina, UNAM.

² Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". Secretaría de Salud.

³ Unidad de Medicina Familiar con Hospital Psiquiátrico No. 10 "Dr. Guillermo Dávila", IMSS.

⁴ Hospital Psiquiátrico "San Fernando", IMSS.

* Correspondencia: Dr. Francisco Páez. Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". Servicio de Investigación. Calle Niño Jesús 2 esquina San Buenaventura. Tlalpan, 14000, México, D. F. Correo electrónico: paezfc@prodigy.net.mx

Primera versión: 21 de junio de 2000.

Segunda versión: 28 de agosto de 2000.

Aceptado: 18 de septiembre de 2000.

lo que dificulta aún más la posibilidad de que el médico logre identificar adecuadamente el cuadro depresivo y, mucho menos, que lo pueda tratar adecuadamente (2,19).

Katon y González (13) revisaron las metodologías de los estudios controlados para que en el primer nivel de atención se identifiquen adecuadamente los trastornos mentales, incluso los que se deben al consumo de sustancias. Por ejemplo, cuando en un estudio, Shapiro y cols. (17) aplicaron el Cuestionario General de Salud (GHQ) (instrumento diseñado para detectar posibles casos con trastornos mentales) en el ámbito de la consulta externa, no se tradujo en un mayor número de prescripciones para tratar dichos trastornos ni se enviaron más pacientes para consultar con profesionales de la salud mental. Los autores de la revisión (13) comentan que las estrategias que actualmente se están probando para que los trastornos mentales se identifiquen y se traten en el primer nivel de atención es enseñar estrategias psiquiátricas específicas (como psicoterapia interpersonal) a los médicos de atención primaria.

Diversos estudios como los de Coyne y cols. (3), evaluaron los conocimientos de los médicos sobre depresión, y encontraron que los médicos familiares no la detectaban por lo que es necesario que le den más atención a los síntomas de los pacientes, a su funcionamiento, a su historia clínica y a los patrones temporales de la depresión.

El objetivo de este estudio fue el de evaluar y comparar los conocimientos que tienen sobre el síndrome depresivo los estudiantes de medicina, los internos, los residentes de medicina familiar y los médicos familiares.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio de observación transversal comparativo en el que se censó en una muestra a todos los estudiantes de medicina de 4o. año, a los médicos residentes de medicina familiar y a los médicos familiares en el ejercicio de su profesión que laboraban en la Unidad de Medicina Familiar con Hospital Psiquiátrico número 10 "Dr. Guillermo Dávila", del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Con el fin de contar con una muestra de médicos internos de pregrado y en virtud de que en esta clínica no se rotan, se obtuvo información de los médicos que laboraban en el Hospital General de Zona número 98, en Coacalco,

estado de México, también perteneciente al IMSS.

El único criterio de selección fue que aceptaran contestar el instrumento. Se les garantizó la confidencialidad de la información al no exigirles que pusieran su nombre en el instrumento.

El instrumento para evaluar los conocimientos de los médicos sobre el síndrome depresivo se desarrolló a partir de los reactivos que se sugieren en la sección de evaluación del Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10a. edición (15), en la prueba preliminar de autoevaluación y repaso (14), y del libro de Preguntas y Respuestas en Psiquiatría, de Chan y Prosen (10). La selección de los reactivos se hizo con la finalidad de incluir los siguientes aspectos de la depresión (se anotó entre corchetes el número de reactivos de cada apartado): definición [1], prevalencia [1], etiopatogenia [3], cuadro clínico [6], evolución [3], diagnóstico diferencial [2], pronóstico [2] y tratamiento [6]. (Anexo).

Para analizarlos se anotó el número de aciertos, y se transformaron en una escala de calificación del 0 al 100%. A los sujetos que calificaron por arriba de 80% se les recodificó para uno de los análisis como "concedores adecuados" del síndrome depresivo.

Para el análisis de resultados se describieron las variables continuas con media y desviación estándar y las discretas con frecuencias y porcentajes. Como prueba de hipótesis se utilizó un análisis de varianza unidireccional con corrección de Bonferroni en comparaciones múltiples, y como pruebas de correlación se usaron la de Pearson y la Chi cuadrada (X²).

Resultados

Se incluyeron 40 estudiantes de medicina de 4o. año, 33 internos de pregrado, 30 médicos residentes de medicina familiar y 30 médicos adscritos de medicina familiar. En la cuadro 1 se describen las variables demográficas por grupo.

Los alumnos del 4o. año de medicina obtuvieron un número significativamente mayor de aciertos que los internos, residentes y médicos familiares. Lo mismo sucedió en el ajuste a calificación en la escala del 1 al 100. En el cuadro 2 se ilustran las calificaciones obtenidas en cada uno de los apartados del estudio.

No se encontraron diferencias significativas en la calificación final de acuerdo con el sexo (hombres 75.9611.6 vs mujeres 77.3610.5, T 2.77 gl 131, p 5 0.44). La edad se correlacionó en forma débil pero sig-

CUADRO 1
Variables demográficas

	<i>Estudiantes de medicina (n 540)</i>	<i>Internos de pregrado (n 533)</i>	<i>Médicos residentes (n 530)</i>	<i>Médicos familiares (n 530)</i>	<i>p</i>
Sexo (No. y %)					
Masculino	14 (35%)	15 (45%)	13 (43%)	19 (63%)	n.s.
Femenino	26 (65%)	18 (55%)	17 (57%)	11 (37%)	
Edad					
Media±DE	22±1.0	23±1.1	27±1.5	44.5±7.7	p, 0.000 1

CUADRO 2
Resultados obtenidos para las dimensiones relacionadas con los conocimientos sobre depresión
y totales entre estudiantes de medicina y médicos

	<i>Estudiantes de medicina</i> (n=40) G1	<i>Internos de pregrado</i> (n=33) G2	<i>Médicos residentes</i> (n=30) G3	<i>Médicos Familiares</i> (n=30) G4	ANOVA
Definición	0.956.22	1.06.00	1.06.00	0.806.40	p<0.001 G4, G1, G2, G3
Prevalencia	0.906.30	0.816.39	0.936.25	0.806.40	n.s.*
Etiopatogenia	2.06.85	1.36.91	1.96.66	1.66.71	p<0.0006 G2, G1, G3
Cuadro clínico	4.76.96	4.06.98	3.861.0	3.961.1	p<0.003 G1, G2, G3, G4
Evolución	2.765.7	2.56.50	2.36.60	2.26.76	p<0.0009 G1, G3, G4
Diagnóstico diferencial	1.86.40	1.76.43	1.76.43	1.96.30	n.s.
Pronóstico	1.96.22	1.96.29	2.06.00	1.86.48	n.s.
Tratamiento	5.26.88	3.861.1	4.56.86	4.161.3	p, 0.0001 G1, G2, G4
Total de aciertos	20.362.4	17.261.8	18.361.5	17.263.0	p, 0.0001 G1, G2, G3, G4
Calificación (escala del 1 al 100)	84.7610.3	71.667.5	76.366.6	71.8612.8	p, 0.0001 G1, G2, G3, G4

* n.s.5 No significativo.
G1-G4 5 Grupos de estudio.

nificativa con la calificación final ($r = 0.33$, $p = 0.0001$). Al recodificar la calificación a aquellos que sobrepasaron el 80%, se encontró que los estudiantes de 4o. año de medicina superaron el límite significativamente más frecuentemente que los otros 3 grupos (estudiantes 67.5%, internos 9.1%, residentes 23.3%, médicos familiares 20%) (Chi cuadrada 33.9, $gl = 3$, $p = 0.0001$).

Discusión

Los conocimientos de los estudiantes de medicina sobre la depresión resultaron ser más adecuados en la mayoría de las dimensiones que se midieron, que los de los residentes de medicina familiar y de los adscritos e internos. En las dimensiones de definición, prevalencia, evolución y pronóstico (4 de 8 dimensiones) los médicos adscritos a la institución obtuvieron los resultados más bajos. En etiopatogenia, diagnóstico diferencial y tratamiento, los internos obtuvieron los resultados más bajos, mientras que los residentes obtuvieron los resultados más bajos en el cuadro clínico y en el diagnóstico diferencial.

En este estudio se intentó evaluar y comparar los conocimientos de los médicos sobre el síndrome depresivo. Es claro que si durante el proceso de formación académica no se dan los elementos necesarios para poder dar este diagnóstico y luego reconocerlo, los pacientes recibirán un subtratamiento o un tratamiento inadecuado (18).

La incapacidad de los médicos para detectar y reconocer este trastorno tan frecuente, les acarrea consecuencias negativas a los pacientes y a los servicios de

atención médica, que se traducen en un incremento general de los costos para la salud. La incapacidad para reconocer las enfermedades mentales dan por resultado el uso excesivo de evaluaciones (estudios de gabinete y de laboratorio) y de consultas innecesarias, complicaciones por el manejo inadecuado del paciente y en más sufrimiento para los pacientes y sus familiares (12,20).

El hallazgo en este estudio de que los estudiantes de medicina tienen más conocimientos que los que ya ejercen la profesión, permite afirmar que en la educación médica universitaria, los programas relacionados con la salud mental incluyen la enseñanza adecuada para detectar y reconocer la depresión mayor (5), no obstante, indudablemente hay una estrecha relación entre el tiempo transcurrido desde que salen de la universidad y la etapa de la práctica médica en que se encuentran. Esta es la causa directa de su mal desempeño profesional, ya que no cuentan con programas de educación médica continua que les permitan mantener un buen nivel educativo a lo largo de su ejercicio profesional que sea congruente con su carga de trabajo institucional.

El mal desempeño de los médicos que ocupan los puestos superiores, especialmente el de los especialistas en medicina familiar, demuestra que deben ponerse al día. En el proceso de selección que se sigue en México para los residentes médicos, la especialidad en medicina familiar es considerada, equivocadamente, como un carrera de menor rango (9), por lo que los candidatos a estos puestos se seleccionan de los que obtuvieron menores calificaciones académicas, por lo tanto, tienen menos posibilidades de obtener éxito en una investigación como la que se llevó a cabo.

Por otro lado, no hay que olvidar que los servicios de medicina familiar del IMSS generalmente están saturados, y tanto los residentes como los adscritos a los servicios de medicina familiar, tienen excesivas cargas de trabajo, lo que les impide dedicar más tiempo a actualizarse (6).

Los conocimientos sobre los problemas de salud mental están sólidamente integrados a la mayoría de los planes de estudio de las universidades, pero una vez que ocupan un puesto en alguna institución, los médicos dejan de estudiar, lo que les impide darle una buena atención a los pacientes.

Como no hay programas que proporcionen suficiente información sobre el manejo de los trastornos mentales, especialmente los que tienen una gran prevalencia en los servicios del primer nivel de atención, como la ansiedad y la depresión (11), los médicos familiares

se concentran en otras áreas de la patología médica.

Finalmente, el proceso de actualización médica requiere de los esfuerzos del individuo y de la institución por lo que las mismas instancias formativas deberían impartir cursos de educación continua relacionados con la salud mental que, indudablemente, recibirán con entusiasmo los médicos comprometidos con su profesión (5,11).

Actualmente se están diseñando programas educativos sobre depresión para los médicos de primer nivel, con el fin de que conozcan mejor estos trastornos y sean más atinados en su diagnóstico (1). En los planes de estudio se deberán incluir los métodos de reconocimiento clínico que les ayuden a reconocer los cambios que origina la depresión, así como a detectarlos y a diagnosticarlos para que puedan darle a los pacientes un tratamiento médico eficiente (4,12).

Anexo

<p>DEPRESION Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: (M) (F) Grado de estudio: _____ Médico general () Médico familiar () Médico certificado () Años de ejercicio profesional: _____</p> <p>Preguntas:</p> <p>1. Todos los siguientes son síntomas de depresión mayor, EXCEPTO:</p> <p>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.</p> <p>2. En la entrevista detallada el paciente puede presentar quejas como:</p> <p>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, diplopía, hipertensión arterial. e) Diaforesis, palpitaciones y sensación opresiva en el pecho.</p> <p>3. La frecuencia de la depresión mayor en la población general es:</p> <p>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.</p> <p>4. Las siguientes son enfermedades degenerativas que con frecuencia se asocian a la depresión mayor, EXCEPTO:</p> <p>a) Diabetes mellitus. b) Osteoartritis. c) La enfermedad de Parkinson. d) Esclerosis múltiple. e) La deficiencia por vitamina B12.</p>	<p>5. El trastorno endocrino más frecuentemente asociado a la depresión es:</p> <p>a) El hipotiroidismo. b) El hipertiroidismo. c) El feocromocitoma. d) La enfermedad de Addison. e) El síndrome carcinoide.</p> <p>6. Los siguientes medicamentos pueden producir síntomas de depresión:</p> <p>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.</p> <p>Respuesta (verdadero) (falso) cruzando con una "X" la respuesta correcta.</p> <p>7. La depresión es un trastorno que puede ser mortal (V) (F)</p> <p>8. El impacto económico de la depresión es muy bajo (V) (F)</p> <p>9. La siguiente es una pregunta necesaria para evaluar los síntomas esenciales del síndrome depresivo:</p> <p>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 detrás de usted? e) ¿Ha tenido la sensación de que ya vivió el momento o reconoce lugares donde nunca había estado?</p>
---	--

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 hipocondríacas.

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 hipocondríacas.
- 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, adrenérgico 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.

*(Terapia Electro Convulsiva)
(V) (F)

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 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.

REFERENCIAS

1. BELFORT E: La depresión en la práctica médica. Una propuesta para su reconocimiento y abordaje en Latinoamérica. *Acta Supl Psicofarmacológico*, 1:3-7, 1998.
2. BROWN CH, SCHULBERG H: Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 153:1293-1300, 1996.
3. COYNE JC, FECHNER-BATES S, SCHWENK TL: Non-detection of depression by primary care physicians reconsidered. *General Hospital Psychiatry*, 17:3-12, 1995.
4. COYNE JC, FECHNER-BATES S, SCHWENK TL: Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 16:267-276, 1994.
5. DE LA FUENTE R: *Psicología Médica*. Fondo de Cultura Económica, 2a. Ed. México, 1992.
6. DE SANTILLANA HP, ALVARADO ME: Depresión en población adulta mayor. Tamizaje en unidad de primer nivel de atención médica. *Rev. Med IMSS*, 37(2):111-115, 1999.
7. FREELING P: Diagnosis and treatment of depression in general practice. *British J Psychiatry*, 163 (supl. 20):14-19, 1993.
8. GREENBERG PE: Depression: A neglected major illness. *J Clin Psychiatry*, 54:419-424, 1993.
9. GUTIERREZ GN, AGUILAR E, VINIEGRA VL: Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar. *Rev Med IMSS*, 37(3):201-210, 1999.
10. H CHAN C, PROSEN H: *Psychiatry. Question & Answers*. Medical Examination Publishing Company. Décima edición. Appleton & Lange, Norwalk, 1995.
11. HERRAN A, VAZQUEZ-BARQUERO JL, ARTAL J, GARCIA J, IGLESIAS C, MONTEJO J, DIEZ-MANRIQUE JF: El reconocimiento de la enfermedad mental en atención primaria y sus factores determinantes. *Actas Esp Psiquiatr*, 27(2):87-95, 1999.
12. JONSON B, ROSENBAUN J: Economía de la salud en la depresión. *Perspectivas en Psiquiatría*, Vol. 4, Ed. Wiley: 49-50, Chichester, 1993.
13. KATON W, GONZALEZ J: A review of randomized trials of psychiatric consultation-liaison studies in primary care. *Psychosomatics*, 35:268-278, 1994.
14. NELSON JC, GREENFELD D: *Pretest Autoevaluación y Repaso*. Editorial Masson, Barcelona, 1997.
15. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: CIE 10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Pautas Diagnósticas y de Actuación en Atención Primaria*. Editorial Izquierdo SA, Madrid, 1996.
16. OXMAN TE: New paradigms for understanding the identification and treatment of depression in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 19:79-81, 1997.
17. SHAPIRO S, GERMAN PS, SKINNER EA: An experiment to change detection and management of mental morbidity in primary care. *Med Care*, 25:327-339, 1997.
18. TYLEE A: The recognition and diagnosis of depression in general practice. Review article. *Psychiatry peer selected citations. Current Medical Literature LTD*, 17-23, 1996.
19. WEXLER BE: The outpatient treatment of depression implications of outcome research for clinical practice. *J Nerv Ment Dis*, 180:277-286, 1992.
20. ZUNG WWK, MAGILL M, MOORE J, GEORGE TD: Recognition and treatment of depression in a family medicine practice. *J Clin Psychiatry*, 44:3-6, 1983.



CENTRO DE INFORMACION EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

CISMAD

La Investigación sobre Salud Mental en México

El Centro de Información en Salud Mental y Adicciones está coordinando un proyecto auspiciado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, titulado "La Investigación sobre Salud Mental en México", con el propósito de conformar una base de información estructurada y sistemática sobre la investigación realizada en México en relación con la salud mental, la enfermedad mental y las adicciones.

Para tal fin, invita a todos los investigadores nacionales especializados en estas áreas a participar en dicho proyecto mediante el envío de los artículos, libros, ponencias o reportes de investigación que hayan publicado de 1985 a la fecha, a partir de investigaciones relacionadas con los aspectos epidemiológicos y sociales de la salud mental y las adicciones, a fin de incorporarlos a su acervo documental e incluirlos en la base de datos referenciales que se editará en 1999, tanto en formato impreso como en disco compacto.

Así mismo, el envío de información sobre sus datos personales y una breve descripción de sus líneas de investigación, nos permitirá incluirlos en un directorio nacional de investigadores relacionados con la salud mental y las adicciones, a publicarse también próximamente.

Su colaboración permitirá enriquecer la base de datos referenciales, que incluirá la referencia completa de cada documento registrado, así como un resumen breve de su contenido, en tanto que el texto completo se podrá consultar en el documento original, mismo que estará disponible en el acervo documental.

La integración de la base automatizada y su posterior difusión por diversos canales ofrecerá un triple beneficio a las instituciones e investigadores participantes: facilitarles una vía eficaz y expedita para acceder a la información disponible en el país, apoyarles en la difusión de los resultados de su trabajo y favorecer el intercambio de experiencias y la colaboración entre investigadores interesados en temas afines.

Para mayor información, dirigirse al Centro de Información en Salud Mental y Adicciones.

Calz. México Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Del. Tlalpan, México D.F., C.P. 14370. Tels. 655 28 11 Ext.157, 160, 196. Fax 513 33 09. email: cisma@imp.edu.mx.