

4º CONGRESO NACIONAL DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA, ENFERMERIA Y TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO

INSTRUCCIONES

ESPECIALISTAS EN SALUD MENTAL



**1 AL 5 DE MAYO DEL 2003
HOTEL SHERATON CENTRO HISTÓRICO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**

PROGRAMA GENERAL



MESA DIRECTIVA 2001

MESA DIRECTIVA 2001-2002

Ψ



DR. ROGELIO GALLEGOS CAZARES

PRESIDENTE

DR. ALEJANDRO CORDOVA CASTAÑEDA

SECRETARIO GENERAL

DR. WAZCAR VERDUZCO FRAGOSO

TESORERO

DR. ENRIQUE CAMARENA ROBLES

COORDINADOR GENERAL



EXPRESIDENTES:

Dr. Luis José Vargas Elías (Fundador de la ESAME)

Dr. Francisco M. Lorenzo Martínez

JLER

CIUDAD DE MÉXICO A 1 DE MAYO DE 2003

**CONGRESISTA
PRESENTE**

QUERIDO COLEGA Y AMIGO, ES PARA MÍ Y TODO MI EQUIPO DE TRABAJO UN PLACER CONTAR CON TU ASISTENCIA A ESTE MAGNO EVENTO, PRODUCTO DE UN INCANSABLE ESFUERZO DE NEGOCIACIÓN, UNA TITÁNICA LABOR DE CONVENCIMIENTO DE LAS INSTITUCIONES PARTICIPANTES, DE LA INDUSTRIA Y LO MÁS IMPORTANTE, LOS CONGRESISTAS, YA QUE UN CONGRESO NACIONAL CON UNA OBVIA CONNOTACIÓN INSTITUCIONAL, SIEMPRE ES PUESTO EN DUDA, SIN EMBARGO LOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE NUESTRA INSTITUCIÓN, DE LA **ESAME Y EN CONCRETO DE LOS CONGRESOS ANTERIORES, HAN DADO PRESTIGIO Y RELEVANCIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL, POR ESO ES TAN IMPORTANTE TU PARTICIPACIÓN, PUES ESO FORTALECE NUESTRA VIDA SOCIETARIA.**

QUISIERA ASÍ COMENTARTE QUE LA ASOCIACIÓN DE ESPECIALISTAS EN SALUD MENTAL DEL IMSS (ESAME**), ES UNA ORGANIZACIÓN CREADA CON UNA FILOSOFÍA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS INDIVIDUOS QUE LA FORMAN Y DE LA SALUD MENTAL EN SU CONJUNTO, FORJANDO UN ESPÍRITU SOCIETARIO, BASADO EN LA ACADEMIA, EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIA, CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN, LA PROMOCIÓN DE LA EDUCACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN.**

ES ASÍ COMO NACEN LAS REUNIONES NACIONALES DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA, ENFERMERÍA Y TRABAJO SOCIAL PSIQUIÁTRICO, CUYO FIN FUNDAMENTAL ES QUE TODOS LOS TRABAJADORES DE LA SALUD, TANTO DEL **IMSS, COMO DE TODO EL SECTOR PÚBLICO Y PRIVADO, CUENTEN CON UN FORO PARA EL APRENDIZAJE Y LA CAPACITACIÓN.**

INSTRUCCIONES

- Oprima F5 [para ver el índice de resúmenes]
- Oprima Ctrl y L [para obtener vista en pantalla completa y presione Esc para cancelar la función]
- Oprima Ctrl y + [para aumentar el tamaño de la presentación]
- Oprima Ctrl y – [para disminuir el tamaño de la presentación]

ESTE OBJETIVO SE ALCANZA CON LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, REPORTES DE LA EXPERIENCIA CLÍNICA CON LOS ENFERMOS MENTALES Y REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS, RECURRIENDO A DIFERENTES FORMATOS DE EXPOSICIÓN, COMO ES EL SIMPOSIO, EL PANEL, CURSO, TALLER, ETCÉTERA.

ESTE PROGRAMA LO HEMOS DISEÑADO PARA QUE LOS ASISTENTES RECIBAN INFORMACIÓN ORDENADA, SISTEMATIZADA, VALIDADA Y ACTUALIZADA, PROVENIENTE DE PROFESORES, CONFERENCISTAS E INVESTIGADORES EXPERTOS EN CADA MATERIA Y RECIBAN ASÍ TANTO EL BENEFICIO DIRECTO DE LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS COMO EL INDIRECTO AL FACILITARSE Y SER MÁS EFICIENTE SU QUEHACER PROFESIONAL COTIDIANO Y FAVORECER A LOS ENFERMOS, OBJETIVO ÚLTIMO Y MÓVIL FUNDAMENTAL DE NUESTRA MODESTA PERO SÓLIDA INICIATIVA.

CON ESTE PREÁMBULO, ME COMPLACE DARTE LA MÁS CORDIAL Y CÁLIDA BIENVENIDA, ESPERANDO QUE TU ESTANCIA SEA ENRIQUECEDORA ACADÉMICA, SOCIAL Y CULTURALMENTE.

ATENTAMENTE

**DR. ROGELIO GALLEGOS CÁZARES
PRESIDENTE DE LA ESAME**

CURSO 1: SALÓN DON ALBERTO II

TÍTULO

TRASTORNO DE PÁNICO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

DIRIGIDO A:

- ❖ **MEDICOS GENERALES**
- ❖ **MEDICOS FAMILIARES**
- ❖ **MEDICOS DE OTRAS ESPECIALIDADES**
- ❖ **PSICOLOGOS**
- ❖ **ESTUDIANTES Y RESIDENTES DE MEDICINA**

INTRODUCCIÓN

EL TRASTORNO DE PÁNICO ES UN TIPO ESPECÍFICO DE LOS TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD, TIENE UNA PREVALENCIA CONSIDERABLE EN LA POBLACIÓN GENERAL, A PESAR DE ELLO ES POCO DIAGNOSTICADO. UN NÚMERO IMPORTANTE DE PERSONAS SUFREN DE DICHO TRASTORNO Y NO TIENEN UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO, SE HA ESTIMADO QUE SOLAMENTE UN TERCIO DE PERSONAS QUE PADECEN DE PÁNICO, RECIBEN TRATAMIENTO.

CUANDO EL TRASTORNO ES MUY SEVERO, GENERA EN LAS PERSONAS QUE LO PADECEN UNA DISFUNCIONALIDAD GRAVE Y UN IMPACTO NEGATIVO EN LA CALIDAD DE VIDA, ASÍ COMO EN LA DINÁMICA FAMILIAR. POR LO ANTERIOR ES DE GRAN IMPORTANCIA QUE EL MÉDICO DE PRIMER NIVEL CUENTE CON LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA QUE A ESTE TRASTORNO SE LE IDENTIFIQUE Y DIAGNOSTIQUE CERTERAMENTE Y SE PUEDA PROPORCIONAR EL MANEJO ADECUADO.

PROFESORES

TITULAR: M EN C JOSÉ LUIS ESQUINCA RAMOS. MÉDICO PSIQUIATRA Y MAESTRO EN CIENCIAS, ASESOR EN INVESTIGACIÓN DE LA FES ZARAGOZA.

ADJUNTOS: NEUROPSIC. DULCE MARÍA RODRÍGUEZ GALINDO. PSICÓLOGA, MAESTRÍA EN NEUROPSICOLOGÍA.

DRA. ARACELI GARCÍA AMÉRICA. MEDICO PSIQUIATRA, ESPECIALISTA EN PSICOTERAPIA DE GRUPO.

PROGRAMA ACADÉMICO

PRESENTACIÓN E INTRODUCCIÓN.

EPIDEMIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y FISIOPATOLOGÍA.

DR. JOSÉ LUIS ESQUINCA RAMOS

ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

NEUROPSIC. DULCE MARÍA RODRÍGUEZ GALINDO

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO.

DR. JOSÉ LUIS ESQUINCA RAMOS

TERAPIA GRUPAL Y MANEJO COGNITIVO-CONDUCTUAL.

DRA. ARACELI GARCÍA AMÉRICA

TÉCNICA Y SESIÓN DE RELAJACIÓN.

NEUROPSIC. DULCE MARÍA RODRÍGUEZ GALINDO

CURSO 2: SALÓN DON ALBERTO III

TITULO

TALLER DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD PARA EL MÉDICO NO PSIQUIATRA.

INTRODUCCIÓN

LA ANSIEDAD ES PARTE DE LA DIMENSIÓN ONTOLÓGICA DEL SER HUMANO, PERO TAMBIÉN PUEDE ENTENDERSE COMO UN SIGNO DE PATOLOGÍA HUMANA, CADA VEZ MÁS FRECUENTE Y MEJOR CONOCIDA.

CONSIDERANDO ESTO Y EL ECHO DE QUE LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES QUE PADECEN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD ACUDEN PRIMERO CON EL MÉDICO NO ESPECIALISTA, QUIEN FRECUENTEMENTE NO DIAGNOSTICA Y TRATA ADECUADAMENTE ESTA PERTURBACIÓN, ES POR ESO QUE SE PROGRAMA ESTE TALLER, AL FINAL DEL CUAL LOS ASISTENTES CONTARÁN CON LAS BASES NECESARIAS PARA IDENTIFICAR ADECUADAMENTE LA ANSIEDAD PATOLÓGICA, DEFINIR EL TRASTORNO ESPECÍFICO DEL QUE SE TRATA Y ESTABLECER UN MANEJO INTEGRAL ADECUADO Y EN CASO NECESARIO PODER PRECISAR CUANDO DEBE CONSULTAR A UN PSIQUIATRA.

PROFESORES

TITULAR: DR. LEOPOLDO ZÁRATE HIDALGO.

ADJUNTOS: DR. WAZCAR VERDUZCO FRAGOSO.

DR. FERNANDO CORONA HERNÁNDEZ.

TODOS ELLOS ESPECIALISTAS EN PSIQUIATRÍA, CON UNA AMPLIA EXPERIENCIA CLÍNICA TANTO INSTITUCIONAL COMO PRIVADA, CONOCEDORES PROFUNDOS DEL TEMA DE LA ANSIEDAD Y SU MANEJO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO, ASIMISMO CON UNA LARGA TRAYECTORIA EN LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

PROGRAMA ACADÉMICO

LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

DR. LEOPOLDO ZÁRATE HIDALGO

REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

DR. LEOPOLDO ZÁRATE HIDALGO.

DR. WAZCAR VERDUZCO FRAGOSO.

DR. FERNANDO CORONA HERNÁNDEZ.

CURSO 3: SALÓN DON ALBERTO IV

TITULO

LA SEXUALIDAD HUMANA Y SUS PRINCIPALES TRASTORNOS

DIRIGIDO A

PSQUIATRAS, PSICÓLOGOS, MÉDICOS FAMILIARES Y GENERALES Y TRABAJADORES DE LA SALUD MENTAL.

OBJETIVOS

QUE EL MÉDICO Y LOS TRABAJADORES DE LA SALUD MENTAL, TRATEN EN FORMA INTEGRAL Y MANEJEN LA PROBLEMÁTICA SEXUAL DE LOS PACIENTES QUE ABORDEN EN LA PRACTICA CLÍNICA, MEDIANTE:

- **IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES TRASTORNOS QUE SE DETECTAN EN EL PRACTICA CLÍNICA DIARIA.**
- **DESARROLLAR HABILIDADES Y DESTREZAS PARA ABORDAR ESTOS TRASTORNOS.**
- **AMPLIAR LA BASE CIENTÍFICA EN EL CONOCIMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES QUE AFECTAN LA SEXUALIDAD HUMANA.**
- **PROPORCIONAR BIBLIOGRAFÍA BÁSICA SOBRE EL TEMA.**

PROGRAMA ACADÉMICO

- **¿QUÉ ES LA SEXUALIDAD?**
- **¿QUÉ ES LA SENSUALIDAD?**
- **¿QUÉ ES EL EROTISMO?**
- **CLASIFICACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES**
- **ETIOLOGÍA DE LOS ASPECTOS BIOGENÉTICOS Y PSICOGÉNICOS.**
- **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES**

PROFESORES

JOSÉ DÍAZ MARTÍNEZ

PSQUIATRA Y TERAPEUTA SEXUAL. MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA, EXSECRETARIO DE ASUNTOS INTERNOS DE LA MISMA ASOCIACIÓN. PROFESOR DE POSTGRADO DE LA UNAM. CONFERENCISTA NACIONAL E INTERNACIONAL SOBRE DIVERSOS TEMAS RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD HUMANA. MÁS DE 25 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA PRACTICA CLÍNICA.

GABRIELA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

LIC EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, TERAPEUTA SEXUAL, PROFESORA EN DIVERSOS FOROS NACIONALES E INTERNACIONES SOBRE SEXUALIDAD HUMANA, CON MÁS DE 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

YOLANDA PARROQUÍN A

PSICOTERAPEUTA Y TERAPEUTA SEXUAL, PROFESORA DE PREGRADO DE LA UNAM, CON MÁS DE 15 AÑOS DE EXPERIENCIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.

CURSO 4: SALÓN DON GENARO

TITULO

PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN CON EL PACIENTE MORIBUNDO.

INTRODUCCIÓN

¡LA MUERTE! EL ENIGMA MÁS INTRINCADO Y PROFUNDO AL QUE SE HAN ENFRENTADO LOS CIENTÍFICOS, LOS FILÓSOFOS, LOS ARTISTAS Y EN GENERAL LOS SERES HUMANOS, LO HAN TRATADO DE DILUCIDAR Y EN TÉRMINOS ESTRUCTOS HAN FRACASADO, SIN EMBARGO, EL FENÓMENO NO SÓLO EXISTE, SINO QUE EN CONDICIONES NORMALES, HAY SÓLO DOS CIRCUNSTANCIAS QUE SON UNIVERSALES PARA LOS SERES VIVOS, ENVEJECER Y MORIR. ESTO ÚLTIMO, CONFORMA EL SENTIDO INELUDIBLE DE LA VIDA, PARAFRASEANDO AL EGREGIO ESCRITOR ESPAÑOL, MIGUEL DE UNAMUNO, LA MUERTE ES EL SENTIDO TRÁGICO DE LA VIDA.

RESALTA LA IMPORTANCIA DE ASUMIR QUE PARA LOS INDIVIDUOS MORIBUNDOS, AUNQUE EL PROCESO Y EL ACTO DE MORIR SON CONOCIDOS Y APARENTEMENTE ENTENDIDOS POR ÉL MISMO Y SU FAMILIA, ENFRENTARLO ES SUMAMENTE DIFÍCIL, POR LO QUE EN MUCHOS CASOS ES IMPORTANTE HACER UNA INTERVENCIÓN SENSIBLE, CERCANA, CÁLIDA Y CON GRAN SENTIDO HUMANÍSTICO.

EN ESTE CURSO LOS ASISTENTES PODRÁN ENTENDER EL SIGNIFICADO DE LA MUERTE, LA CONDICIÓN AGONIZANTE DEL MORIBUNDO Y SUS NECESIDADES DE APOYO INTEGRAL, PUDIENDO ASÍ PLANEAR LA ESTRATEGIA BIOPSIICOSOCIAL DE APOYO PARA LA ACEPTACIÓN Y SUPERACIÓN DEL HECHO DE MORIR.

DIRIGIDO A

TODO EL PERSONAL DE SALUD QUE ATIENDE Y ENFRENTA LA CIRCUNSTANCIA DE LA MUERTE EN SU ACTIVIDAD PROFESIONAL.

PROFESORES

TITULAR: DR. ALEJANDRO CÓRDOVA CASTAÑEDA.

ADJUNTOS: PSIC. E. ARMANDO TÉLLEZ LOZANO.

LIC. AREADNE GARCINI URIBE.

TODOS ELLOS CUENTAN CON FORMACIÓN Y EXPERIENCIA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD, EN ESPECIAL LA ATENCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES ANCIANOS Y ENFERMOS TERMINALES, CON ÉNFASIS EN LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y EMOCIONAL DEL PACIENTE Y SUS FAMILIARES.

PROGRAMA ACADÉMICO

INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS.

DR. ALEJANDRO CÓRDOVA CASTAÑEDA

LA INTERVENCIÓN TANATOLÓGICA ANTE LA MUERTE DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

PSIC. E. ARMANDO TÉLLEZ LOZANO

LA VISIÓN TANATOLÓGICA Y EL APOYO INTEGRAL DE LA MUERTE DE UN ADULTO EN LA ETAPA MEDIA DE LA VIDA.

DR. ALEJANDRO CÓRDOVA CASTAÑEDA

LA ATENCIÓN ACTIVA DEL ANCIANO MORIBUNDO, EL ACOMPAÑAMIENTO Y EL APOYO Y ORIENTACIÓN A LA FAMILIA.

LIC. AREADNE GARCINI URIBE

CURSO 5: SALÓN DON JULIÁN

TITULO

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE LA ATENCIÓN NUEVAS APORTACIONES A SU NOSOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

INTRODUCCIÓN

EN ESTE CURSO EL EDUCANDO PODRÁ TENER LOS ELEMENTOS NECESARIOS (CLÍNICOS Y CLINIMÉTRICOS) QUE SE APLICAN EN LA PRACTICA DIARIA PARA ELABORAR EL DIAGNOSTICO DÉFICIT DE LA ATENCIÓN. PODRÁ DEFINIR QUE TIPO DE TRATAMIENTO REQUIERE EL PEQUEÑO AFECTADO Y DEFINIR LOS ELEMENTOS DE INTERACCIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO. PODRÁ DISCERNIR CUANDO EL NIÑO DEBEN SER TRATADO CON PSICOTERAPIA Y TERAPIA EDUCATIVA, PSICOTERAPIA Y FARMACOTERAPIA O SÓLO FARMACOTERAPIA Y ORIENTACIÓN FAMILIAR.

SE HARÁ ENTREGA DE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO Y SE HARÁ UN ENSAYO CLÍNICO CON DOS CASOS.

PROFESORES

TITULAR: DR. ENRIQUE CAMARENA ROBLES

**ADJUNTOSOS: DRA. ROSA ISELA MÉZQUITA.
DR. JESÚS DEL BOSQUE GARZA.
DR. MIGUEL PALOMAR.**

TODOS LOS PONENTES SON PSIQUIATRAS CON ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA, CON MÁS DE 20 AÑOS DE EXPERIENCIA CON NIÑOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE LA ATENCIÓN, MAESTROS DE POSTGRADO EN LA UNAM.

PROGRAMA ACADÉMICO

INTRODUCCIÓN:

DR. ENRIQUE CAMARENA ROBLES

HISTORIA DEL CONCEPTO NOSOLÓGICO.

DR. ENRIQUE CAMARENA ROBLES

DIAGNOSTICO: SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN ACTUALES. ESCALAS DE USO COMÚN. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DR. MIGUEL PALOMAR

TRATAMIENTO:

ABORDAJE PSICOSOCIAL: MANEJO DEL AMBIENTE ESCOLAR. PSICOEDUCACIÓN CON LA FAMILIA. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL.

DRA. ROSA ISELA MÉZQUITA

ABORDAJE FARMACOLÓGICO: FÁRMACOS TRADICIONALES. NUEVOS PSICOFÁRMACOS. FUTURO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TDA

DR. JESÚS DEL BOSQUE GARZA

ENSAYO CON DOS CASOS CLÍNICOS

DR. ENRIQUE CAMARENA ROBLES

DR. JESÚS DEL BOSQUE

DRA. ROSA ISELA MÉZQUITA

DR. PALOMAR.

DR. JUAN LUIS VÁZQUEZ HERNÁNDEZ

CURSO 6: SALÓN DOÑA SOL

TÍTULO

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS

INTRODUCCIÓN

LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS EMOCIONALES EN LA INFANCIA ES UNA TAREA QUE REQUIERE DE ENTRENAMIENTO ESPECIALIZADO, PUESTO QUE IMPLICA UN CONOCIMIENTO AMPLIO DEL TEMA, Y EL DESARROLLO DE HABILIDADES DIAGNÓSTICAS TANTO CLÍNICAS COMO PSICOMÉTRICAS. LA CONFUSIÓN ENTRE CONDUCTAS TÍPICAS DEL DESARROLLO INFANTIL NORMAL CON INDICADORES DE PSICOPATOLOGÍA INFANTIL ES FRECUENTE, SOBRE TODO EN EL CASO DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN INFANTIL, POR LO QUE SURGEN DIVERSOS CUESTIONAMIENTOS:

¿CÓMO DISTINGUIR UNA CONDUCTA EXTRAÑA DE UN TRASTORNO ESPECÍFICO? POR EJEMPLO, CÓMO DIFERENCIAR ENTRE UN NIÑO O NIÑA CALLADO, APARTADO, CON POCOS AMIGOS, DE UN SIMPLE RASGO DE INTROVERSIÓN, CON UN TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO? ¿CÓMO DAR LA DIMENSIÓN ADECUADA A LA GRAVEDAD DE UN SÍNTOMA OBSERVADO? ¿CÓMO DIFERENCIAR SI EL BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO DE UNA NIÑA ES OCASIONADO POR PERTURBACIONES EMOCIONALES O POR UN TRASTORNO ESPECÍFICO DE DESARROLLO? ¿QUÉ TANTO LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA REPERCUTE EN EL DESARROLLO ADOLESCENTE Y ADULTO?

DE IGUAL MANERA, CUANDO SE CUENTA CON DIFERENTES ELEMENTOS QUE CONFIRMAN LA PRESENCIA DE DIFICULTADES EMOCIONALES EN UN NIÑO, APARECEN NUEVAS PREGUNTAS: ¿QUÉ HACER?, ¿CON QUIEN CANALIZARLO? ¿ES NECESARIO EVALUARLO CON PRUEBAS PSICOLÓGICAS? ¿QUÉ TRATAMIENTO ELEGIR?

POR LO TANTO, EN EL PRESENTE CURSO SE ANALIZARÁN LOS CUADROS CLÍNICOS DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA, ENFATIZANDO EN LAS CARACTERÍSTICAS DE CADA TRASTORNO, ASÍ COMO SU ETIOLOGÍA, CURSO Y PRONÓSTICO; SE REVISARÁ EL USO DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESTOS TRASTORNOS, ASÍ COMO LA APLICACIÓN DE DIVERSAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO COMO SON LA FARMACOTERAPIA, LA TERAPIA PSICOMOTRIZ, LA PSICOTERAPIA DE JUEGO Y LA PSICOTERAPIA FAMILIAR.

PROFESORES:

TITULAR: DRA. CORAL DÍAZ DE CACHO

**ADJUNTOS: MTRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA
MTRA. PATRICIA AMADOR CORNEJO
MTRA. BERTA MONTAÑO MASSON
DR. ENRIQUE CAMARENA ROBLES
LIC. ROSE MARIE VENEGAS LAFFON.**

TODOS LOS PROFESORES DE ESTE CURSO CUENTAN CON MAESTRÍA O DOCTORADO (TITULAR) O SUBESPECIALIDADES EN PSIQUIATRÍA INFANTIL, PSICOLOGÍA INFANTIL O PSICOPATOLOGÍA INFANTIL. ASÍ MISMO HAN DESARROLLADO PRACTICA CLÍNICA EN LA CLÍNICA ALFA OMEGA SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO, ASÍ COMO EN OTRAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS. ASÍ

MISMO HAN DESARROLLADO ACTIVIDADES DOCENTES EN DIFERENTES ESCUELAS Y UNIVERSIDADES.

PROGRAMA ACADÉMICO

- **PRINCIPALES TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA INFANCIA**
 - **EPIDEMIOLOGÍA.**
 - **SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN.**
- **DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.**
 - **DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.**
 - **DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.**
- **EL USO DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS PARA LA DETECCIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA INFANCIA.**
- **FARMACOTERAPIA DEL NIÑO DEPRIMIDO Y/O ANSIOSO.**
 - **MITOS DEL USO DE PSICOFÁRMACOS EN LA INFANCIA.**
 - **LAS LIMITACIONES EN SU USO.**
 - **SU UTILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.**
- **TERAPIA PSICOMOTRIZ Y SUS APLICACIONES TERAPÉUTICAS.**
- **PSICOTERAPIA DE JUEGO Y SUS APLICACIONES TERAPÉUTICAS**
- **PSICOTERAPIA FAMILIAR SUS INDICACIONES EN EL MANEJO DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL.**

CEREMONIA DE INAUGURACIÓN

**9:00 A 9:20 HORAS
SALÓN DON ALBERTO IV**

SESIÓN PLENARIA INAUGURAL

**“LAS TENDENCIAS MUNDIALES Y LA POSICIÓN DE MÉXICO FRENTE A LAS
RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL EN LA EFICIENCIA Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
EN SALUD MENTAL”**

**DR. GUIDO BELSASSO.
CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES
DR. HUGO COHEN.
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
DR. SALVADOR GONZÁLEZ GUTIÉRREZ.
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL SECRETARÍA DE SALUD
DR. ENRIQUE CAMARENA ROBLES.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**9:15 A 10:45 HORAS
SALÓN DON ALBERTO IV**

CONFERENCIA MAGISTRAL
RESCATANDO LOS VALORES CULTURALES DE MÉXICO
9:00 A 10:00
SALÓN DON ALBERTO III Y IV

CEREMONIA DE CLAUSURA
Y
ENTREGA DE PREMIOS
10:15 A 11:15
SALÓN DON ALBERTO III Y IV

ANALISIS DE LA REFERENCIA DE PACIENTES A PSIQUIATRIA EN EL HGZcMF (HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR) N° 2 DEL IMSS EN SALTILLO, COAHUILA.

Soria Anguiano Domingo Antonio. Rodríguez Aldape Jesús Alfonso.

OBJETIVO: conocer las causas y condiciones en que son referidos los pacientes al Servicio de Psiquiatría.

MATERIAL Y METODO: estudio retrospectivo elaborado a base de datos recabados, de los pacientes que fueron referidos al Servicio de Psiquiatría, mediante la revisión de los expedientes clínicos: nota de envío y nota inicial del Servicio de Psiquiatría. Se aplicó a los resultados obtenidos estadística descriptiva.

RESULTADOS: fueron referidos 295 pacientes, de los cuales el 45.76%(135) son masculinos, y el 54.25%(160) femeninos. La edad promedio en los varones corresponde a la 4ª década de la vida, y en las mujeres a la 5ª. El 48.4%(143) son trabajadores, siendo el 66.43%(95) varones y el 33.56%(48) mujeres. Clínica de procedencia: el 54.23%(160) de los pacientes se encuentran adscritos al HGZcMF N° 2, el 33.98%(100) a la UMF(Unidad de Medicina Familiar) N° 82, el 7.82%(23) a la UMF N° 3, el 4.06%(12) provenían de otras unidades no comprendidas en el área de apoyo de ésta unidad. Servicio de referencia: el 58.98%(174) provienen de su UMF, el 41.01%(121) procedían de otro servicio de 2º Nivel, correspondiendo el 14.91%(44) al Servicio de Urgencias, 6.1%(18) a Neurología, 4.4%(13) a Medicina Interna, 2.7%(8) a ORL, y 2.7%(8) a Jefaturas de Servicios. Diagnóstico: del total de pacientes, sólo el 74.57%(220) tenían diagnóstico de envío, siendo por orden de frecuencia: Neurosis de Angustia 20%(59), Neurosis Depresiva 13.55%(40), Esquizofrenia 8.81%(26), Intento de Suicidio 5.08%(15), Neurosis Conversivas y Problemas de Conducta, ambos con 4.06%(12). Los diagnósticos del Servicio de Psiquiatría, por orden de frecuencia fueron: Trastorno por Angustia 15.59%(46), Depresión 10.16%(30), Depresión Reactiva 9.15%(27), Intento de Suicidio 6.44%(19), T. De Angustia con Somatizaciones y Daño Orgánico Cerebral, ambas con 5.76%(17): Se atendió un 4.06%(12) referido como parte del Protocolo de Transplante Renal, y el 3.72%(11) no se detectó patología psiquiátrica que justificara su referencia. De los diagnósticos de referencia(220), sólo coincidieron el 54.4%(120) con el diagnóstico establecido por el Servicio de Psiquiatría, mientras que el 45.5%(100) no concuerdan. Tratamiento: de los pacientes referidos sólo el 48.47%(143) tenían un tratamiento previamente establecido, siendo el 13.98%(20) el adecuado, mientras que el 86.01%(123) no lo era.

CONCLUSIONES: por los resultados obtenidos, se concluye que es bajo el conocimiento de los trastornos mentales y su manejo por médicos de primer contacto, ya sea en Medicina Familiar, Urgencias y/o Servicios de 2º Nivel.

CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN FUNCIONAL CEREBRAL PRODUCIDOS POR OLANZAPINA EN EZQUIZOFRÉNICOS REFRACTARIOS A TRATAMIENTO.

AUTOR(ES): Cerdán-Sánchez, L.F.; Guevara-Pérez, M.A.; Amezcua, C., Sanz, A.; Ramos- Loyo, J.

OBJETIVO:

El objetivo de la investigación fue identificar los cambios generados en la actividad eléctrica cerebral (EEG) por el tratamiento con olanzapina en pacientes esquizofrénicos que no responden al tratamiento con neurolépticos típicos, así como su posible asociación con las alteraciones psicopatológicas y anatómicas en los lóbulos temporales.

METODOLOGIA:

Se evaluaron 14 pacientes esquizofrénicos refractarios a tratamientos antes (PRE) y después (POST) del tratamiento con olanzapina, en las siguientes funciones y parámetros: la sintomatología psiquiátrica (BPRS y PANSS); los síntomas extrapiramidales (DiMascio) y las características electroencefalográficas durante el estado de reposo. Se registró el EEG en 12 derivaciones de acuerdo al Sistema Internacional 10/20, referidas a orejas cortocircuitadas.

Se les aplicó además, un estudio de Resonancia Magnética Nuclear (RMN) para la identificación de alteraciones morfológicas cerebrales. Se evaluó el área de los lóbulos temporales y del complejo amígdala-hipocámpico, realizándose una comparación con un grupo control.

Para los puntajes de las escalas se realizaron análisis no paramétricos (Prueba de Wilcoxon). Para el caso de las medidas de la RMN y el EEG, se llevaron a cabo análisis de varianza. Con el objeto de ver si la mejoría en la psicopatología estaba asociada a las características anatómicas, se realizó un análisis de correlación de Pearson entre la diferencia PRE-POST de cada uno de los reactivos de las escalas psicopatológicas y las áreas de los lóbulos temporales y del complejo amígdala-hipocámpico.

RESULTADOS:

Los resultados en las escalas psicopatológicas mostraron una reducción significativa después del tratamiento con olanzapina, tanto de los síntomas positivos como de los negativos y de la psicopatología general, así como una disminución de síntomas extrapiramidales.

En lo relativo a las alteraciones anatómicas, se encontró una menor área del complejo amígdala-hipocámpico posterior en los sujetos esquizofrénicos en comparación con los controles.

En el EEG, la olanzapina produjo incremento significativo pre/post en la potencia absoluta y relativa de delta, theta1 y theta2, alfa1 y alfa2, y un decremento en beta1 y beta2. En la correlación intrahemisférica, se observó un incremento entre las áreas prefrontales (Fp1 y Fp2) y derivaciones posteriores en theta1, theta2, alfa1 y alfa2 y entre prefrontales y frontales en beta1 y beta2, sobre todo en el hemisferio izquierdo.

Se encontró además, que una mayor disminución de la hostilidad, estuvo asociada a una menor área del complejo amígdala-hipocámpica posterior izquierda.

CONCLUSIONES

En conclusión, podemos decir que la olanzapina es un fármaco efectivo para el tratamiento de la esquizofrenia refractaria. Su efecto se observa también en el EEG con un incremento de la actividad delta, theta y alfa, así como una disminución de beta. La correlación entre las áreas frontales y otras áreas posteriores y temporales parece indicar una reorganización temporal y funcional que podría estar subyaciendo a los cambios psicopatológicos. Asimismo, es posible que la reducción de la hostilidad dependa, en parte, de la conservación del área amígdala-hipocámpica posterior.

BIBLIOGRAFÍA:

Alper, K., Wüthrich, W., Pritchard, L.S., John, E.R., Brodie, J. 1998. Correlation of qEEG with PET in schizophrenia. *Neuropsychobiology* 38:1, 50-60

Angrist, B.O. & Schulz, Ch. 1990. *The neuroleptic nonresponsive patient: characterization and treatment*. Edit. American Psychiatric Press. Washington D.C. Pp. 163.

Benes, M.F. 2000. Emerging Principles of altered neural circuitry in schizophrenia.. *Brain Research Reviews*. Vol. 35. 251-269.

Brenner, H.D., & Merlo, M.C.G. 1995. Definition of therapy resistant schizophrenia, and its assesment. *European Psychiatry*, 10 (1): 11-18.

Cerdán, L.F.(1999):Características morfológicas y funcionales cerebrales de pacientes esquizofrénicos resistentes a neurolépticos. *Tesis de Maestría. Instituto de Neurociencias Universidad de Guadalajara*

Conley, R.R., Tamminga C.A.,Bartko,J.J.,Richardson, C.,Peszke, M.,Lingle,J., Love, R. Gounaris,C. Zaremba, S..1998. Olanzapine compared with chlorpromazine in treatment resistant schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 155:7914-20

Dursun, S.M.,Gardner, D.M.,Bird,D.C.Flinn,J. 1999. Olanzapine for pacientes with treatment resistant schizophrenia: a naturalistic case-series outcome study. *Canadian Journal Psychiatry* 44(7),701-714

Garver,D.L., Nair,T.R.,Chistenesen, J.D. Holocomb, J.,Ramberg, J.,Kingsbury, S. 1999. Atrophic and static(Neurodevelopmental) Schizophrenic Psychoses: Premorbid functioning, symptoms and neuroleptic response. *Neuropsychopharmacology*. 27, 82-92.

Hellewell,J.S. 1999. Treatmente resistant schizophrenia: reviewing the options and identifying the way forward. *Journal Clinical Psychiatry* 60 suppl. 23,14-19.

Hirayasu, Y., Shenton, M.E., Salisbury, D.F., Dickey CH.C., Fischer,I.A., Mazzoni,P., Kisler, T., Arakaki,H., Kwon,J.S., Anderson, J.E.,Todd, D.Y.,Tohen, M., Mc Carley R.W. 1998. Lower left temporal lobe MRI volumes in patients with first episode schizophrenia compared with psychotic pacientes with first episode affective disorder and normal subjects. *American Journal of psychiatry*. 155, 1384-1391

Jalenques, I.(1996). Drug-resistant Schizophrenia. Treatment options. *CNS Drugs, Clinical review*.5(1),8-23

John, R., Prichep, L.S., Kenneth, R., Francis, G., Cancro, R., Easton, P. y Esverdlof, I. 1994. Quantitative electrophysiological characteristics and subtyping of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 36, 801-826

Lieberman, J.A., Alvir, J.A., Koren, A. 1996. Psychobiologic correlates of treatment response in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 14, 13S-21S.

Ohaeri, J.U. 2000. Naturalistic study of olanzapine in treatment resistant schizophrenia and acute mania, depression and obsessional disorder. *East African Medical Journal*. 77, 286-292

Ramos, J., Cerdà, L.F.; Guevara, M.A.; Amezcua, C. Sanz, A. (2001) Abnormal EEG Patterns in treatment resistant schizophrenic patients. *International J. Of Neuroscience*. 109, 47-59

Schuld, A.; Kuhn, M.; Krous, T.; Hinze Selch, D.; Lechner, C. Polimacher, T. 2000. A comparison of effects of Clozapine and Olanzapine on the EEG in patients with Schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*, 33, 109-111.

Tauscher, J., Schindler, S., Rappelsberger, P. y Kasper, S. 1995. EEG-Vergänderungen bei schizophrenen Erkrankungen eine kritische Übersicht. *Fortsch. Neurol. Psychiat.*, 63, 162-169

Tauscher, J., Fischer, P., Neumeister, A., Rappelsberger, P. y Kasper, S. 1998. Low frontal electroencephalographic coherence in neuroleptic-free schizophrenic patients. *Biological Psychiatry* 44, 438-47

BASES BIOLÓGICAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE LA ATENCIÓN E
HIPERACTIVIDAD (TDAH)
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Dra. María del Carmen Lara Muñoz, Dra. Teresita Romero Ogawa, Dr. Narciso Barreda
Ortega. Departamento de Psiquiatría y Departamento de Genética de La Benemérita
Universidad Autónoma de Puebla

RESUMEN

ANTECEDENTES

El trastorno por Déficit de la Atención e Hiperactividad es un padecimiento psiquiátrico que afecta en promedio al 6% de niños en edad escolar, y se asocia a bajo rendimiento y fracaso escolar, distress intrafamiliar y menor éxito social. No obstante que desde inicios del siglo pasado se reconocieran factores biológicos dentro de su etiología, todavía nos encontramos ante un amplio desconocimiento de tales factores, lo que propicia tratamientos y diagnósticos erróneos, así como resistencia a la medicación con estimulantes en niños, no solo por parte de organismos no gubernamentales sino también por personal médico. La difusión de las bases biológicas de este trastorno podría contribuir a dar un mejor manejo los pacientes con TDAH y a disminuir su riesgo de fracaso social, académico y profesional.

MÉTODOS

Se obtuvieron por vía internet todos los artículos publicados acerca de la etiología del TDAH desde 5 años anteriores. Se seleccionaron aquellos que presentaran asociación entre el padecimiento y alguna causa netamente biológica, y se agruparon en cuatro categorías: Generalidades, Estudios Familiares, Genética Molecular, e Imagen y Electroencefalografía. Se descartaron causas como traumatismos, agentes obstétricos y perinatales, adicciones paternas y/o maternas y otras ambientales, debido principalmente a que su escaso número no proporcionó información suficiente para definir un capítulo. Se procedió a la traducción resumen y análisis de los artículos lo que permitió de inmediato la definición de los capítulos: Antecedentes en la Búsqueda de las Bases Biológicas, Disfunción Motora, Disfunción Cognitiva, Imagen, Imagen Funcional y Electroencefalografía. Se intentó en lo posible no incluir estudios sin resultados significativos o contradictorios a una mayoría. Todas las aseveraciones fueron revisadas por los asesores expertos.

HALLAZGOS

Desde que fuera descrito al inicio del siglo pasado, el TDAH fue asociado con disfunción cerebral. En las últimas décadas el TDAH se logró asociar con marcadores genéticos del sistema de la dopamina, motivado inicialmente por el descubrimiento fortuito de que la administración de anfetaminas, cuyo efecto es el incremento de los niveles cerebrales de esta monoamina, paradójicamente produce un efecto calmante en estos pacientes. Estas asociaciones han derivado en la teoría de la subsensibilidad a la dopamina endógena, la cual impediría la autoinhibición fisiológica de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra, mecanismo que se considera fundamental para inhibir respuestas impulsivas. La línea de investigación de norepinefrina se ha enfocado principalmente hacia el deterioro de las funciones cognitivas (funciones ejecutivas de la corteza prefrontal) en el paciente con TDAH. Se ha implicado a los receptores alfa-1 y alfa-2 de norepinefrina cuya acción

desequilibrada, mas que una alteración específica, condiciona defectos en el mecanismo y maduración de la autorregulación. Los estudios de imagen e imagen funcional que son realizados simultáneamente con la aplicación de exámenes neuropsicológicos parecen unir y complementar ambas teorías: El paciente con TDAH presenta una disfunción e incluso hipoplasia del circuito frontosubcortical, condicionado posiblemente durante su desarrollo por una deficiente entrada de información proveniente del origen del sistema dopaminérgico de dicho circuito: cerebro medial, sustancia negra y ganglios basales. Esta teoría se apoya en los hallazgos de que adultos con TDAH diagnosticado en la niñez actual activan circuitos alternativos durante pruebas cognitivas, en lugar de activar las áreas consideradas normales y mas eficientes para el proceso de información. Los estudios electroencefalográficos y de potenciales evocados (estos últimos no incluidos) parecen corroborar esta teoría.

narbarort@hotmail.com

COLESTEROL Y RECEPTORES 5-HT₂ EN PLAQUETAS DE PACIENTES CON DIVERSOS GRADOS DE DEPRESIÓN.

Dra. Rivera Mendoza Hilda^o; Dr. Quezada Ortega Rafael¹; Dr. Garduño Espinosa Juan²; Dr. Villalobos Molina Rafael³. Unidad Metabólica HECMR (IMSS)^o, CAEST Ecatepec (IMSS)¹, Unidad de Investigación CMN Siglo XXI (IMSS)², CINVESTAV-IPN Coapa³, Hospital Psiquiátrico Dr Guillermo Dávila con UMF (IMSS). México DF.

Introducción: Se ha informado que el uso de hipocolesterolemiantes y que niveles de colesterol sanguíneo (CS) ≤ 184 mg/dL se asocian con un incremento en muertes violentas y se argumenta que es por depresión, posiblemente por cambios en la respuesta serotoninérgica. Sin embargo no existen estudios publicados que informen un posible mecanismo de esta asociación.

Objetivos: Se evaluó si la concentración de CS tiene relación con la concentración de colesterol en membranas (CM), así como con el número (Bmax) y afinidad (Kd) de receptores 5-HT₂ en plaquetas. Este modelo se utilizó por razones éticas, pues se considera que las plaquetas son el modelo más aceptado para estudiar el número y funcionalidad de estos receptores en SNC, principales involucrados en la fisiopatología de la depresión.

Material y métodos: Durante 1998 se incluyeron a 137 individuos sanos, que no hubieran tomado fármacos 15 días anteriores al estudio, 81 sin depresión, 29 con depresión mayor, 9 moderada y 17 con depresión leve, según la clasificación de las escalas para depresión de Hamilton y Calderón Narváez. A todos se les midió CS. A 6 con depresión mayor y a 7 sin depresión, se les determinó también CM, Bmax y Kd de receptores 5-HT₂ en plaquetas, por medio de la técnica de saturación de receptores con ketanserina (antagonista 5-HT₂) y serotonina.

Análisis estadístico: se usó t de student y correlación de Pearson.

Resultados: La depresión predominó en la 5ª década de la vida, en el sexo femenino, en individuos desempleados, en menopausicas. El antecedente de intento de suicidio en familiares de primer grado fue más frecuente en la depresión mayor. Se registró también reducción del apetito proporcional al grado de depresión, sin embargo en todos los grupos la obesidad predominó. No hubo diferencia en la concentración de CS en ningún grupo y estuvo en los rangos epidemiológicos informados para la población mexicana. Tampoco hubo diferencia en la concentración de CM, pero sí fue significativamente **menor** la Bmax y la Kd de los receptores a 5-HT₂ en los individuos con depresión depresión mayor, comparados con los sujetos no deprimidos.

Conclusiones: El estudio demuestra participación del sistema serotoninérgico en la depresión mayor de sujetos mexicanos, pero no hay asociación del colesterol con la depresión ni con la Kd y Bmax de los receptores 5-HT₂ plaquetarios.

Palabras clave: Depresión , colesterol, receptores 5-HT₂, plaquetas.

Tabla 1. COLESTEROL SÉRICO

<u>Grupo</u>	<u>mg/dL</u>	<u>valor de p</u>
<u>Control</u>	190 ± 5	ns
<u>Depresión</u>		
<i>Leve</i>	189 ± 35	ns
<i>Moderada</i>	180 ± 28	
<i>Mayor</i>	193 ± 38	

Tabla 2. CS, Kd y Bmax DE RECEPTORES 5-HT₂

<u>Controles</u>	<u>Depresión mayor</u>	<u>valor de p</u>
Sexo		
Hombres	1	2
Mujeres	6	4
*Edad (años)	33 ± 6	49 ± 13
*IMC (kg/m²)	23 ± 2.5	23 ± 2.7
*CS (mg/dL)	184 ± 29	227 ± 70
**CM(μg/μg prot)	0.344 ± .05	0.304 ± .01
**Kd (nM)	0.89 ± 0.58	0.143 ± 0.1
**Bmax fm/μg)	436 ± 234	156.5 ± 51-

* valores expresados en promedio y ± desviación estándar, ** promedio ± error estándar
 B_{max} = unión o saturación específica de los receptores 5-HT₂, (con ketanserina tritiada)
 K_d = constante de disociación de los receptores 5-HT₂ expresa la afinidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan. Trastornos del estado de ánimo. Sinopsis de Psiquiatría, ciencias de la conducta psiquiátrica clínica, 7ª. Edición, editorial Panamericana, 1996; 15: 530-570.
2. Joseph R Hibbeln and Norman Salem Jr. Dietary polyunsaturated fatty acids and depression: When cholesterol does not satisfy. Am J Clin Nur 1995; 62: 1-9.
3. Arlene S, Eison and U Lena Mullins. Regulation of central 5-HT₂ receptors: a review of in vivo studies. Behav Brain Res 1996; 73: 177-181.
4. Ghanshayan N Pandey Ph D, Subhash C Pandey Ph D, Yogesh D. Platelet serotonin 2 A receptors: A potential biological marker for suicidal behavior. Am J Psychiatry 1995; 152 (6): 850-55.
5. Sheline YI, Bardgett ME, Jackson JL, Newcomer JW, Csermanský JG. Platelet serotonin markers and depressive symptomatology. Biol Psychiatry 1995; 37 (7): 442-447.

6. David Bakish, Patricia Cavazzoni, Jerzy Chudzik. Effects of selective serotonin reuptake inhibitor on platelet serotonin parameters in major depressive disorder. *Biol Psychiatry* 1997; 41: 184-190.
7. Hrdina PD, Bakish D, Chudzik J, Lapierre YD. Serotonergic markers in platelets of patients with major depression: upregulation of 5-HT₂ receptors. *J Psychiatry Neurosci* 1995; 20 (1): 11-19.
8. Hrdina PD, Bakish D, Ravindran A, Chudzik J, Cavazzoni P, Lapierre YD. Platelet serotonergic indices in major depression: upregulation of 5-HT₂ receptors unchanged by antidepressant treatment. *Psychiatry Res* 1997; 66 (2-3): 73-85.
9. McBride PA, Brown RP, De Meo M, Keilp J, Mieczkowski T, Mann JJ. The relationship of platelet 5-HT₂ receptor indices to major depressive disorder, personality trait, and suicidal behavior. *Biol Psychiatry* 1994; 35 (5): 295-308.
10. Lowther S, De Paermentier F, Crompton MR, Katona CL, Horton RW. Brain 5-HT₂ receptors in suicide victims: violence of death, depression and effects of antidepressant treatment. *Brain Res* 1994; 642 (1-2): 281-9.
11. Lowther S, De Paermentier F, Cheetham SC, Crompton MR, Katona CL, Horton RW.. 5-HT_{1A} receptor binding sites in post-mortem brain samples from depressed suicides and controls. *J Affect Disord* 1997; 42 (2-3): 199-207.
12. Kaneko M, Mishiko J, Yagiuchi T, Osuka N, Kumashiro H.. 5-HT₂ receptor mediated function in depressed patients: investigation by measuring 5-HT induced shape change of blood platelets. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1992; 46 (1): 169-74.
13. Coccaro EF, Kavoussi RJ, Shelton DL, Lish JD, Csemansky JG. Impulsive aggression in personality disorder correlates with tritiated paroxetine binding in the platelet. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(6): 531-6.
14. Wallin MS, Rissanen AM. Food and mood: relationship between food, serotonin and affective disorders. *Acta Psych Scand* 1994; Suppl 377: 36-40.
15. Van Doornen L J, Orlebeke K F. Stress, personality and serum-cholesterol level. (Review). *J Human Stress* 1982; 8 (4): 24-9.
16. Bajwa WK, Asnis GM, Sanderson WC, Irfan KA, Van Praag HM. High cholesterol levels in patients with panic disorder. *Am J psychiatry* 1992; 149 (3): 376-8.
17. Hawthorn K, Cowen P, Owens D, Bond A, Elliot M. Low serum cholesterol and suicide. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 818-25
18. Modai I, Valevski A, Dror S, Wizman A. Serum cholesterol levels and suicidal tendencies in psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry* 1994 ; 55 (6): 252-4.
19. Juha Pekkanen MD PhD, Aulikki Nissinen MD PhD, Sven Punsar MD PhD, Martti J Karvonen MD Ph. Serum cholesterol and Risk of accidental or violent death in a 25 year follow-up. The finnish cohorts of the seven countries study. *Arch Intern Med* 1989; 149: 1589-1591.
20. Matthew F Muldoon, Stephen B Manuck, Karen A Matthews. Lowering cholesterol concentrations and mortality: a quantitative review of primary prevention trials. *Br Med J* 1990; 301: 309-14.
21. Mahmoud Zureik, Dominique Courbon, Pierre Ducimetière. Serum cholesterol concentration and death from suicide in men: Paris prospective study I. *BMJ* 1996; 313 (14): 649-664.
22. Morgan R E, Palinkas L A, Barrett Connor E L, Wingard D L. Plasma cholesterol and depressive symptoms in older men. *Lancet* 1993; 341 (8837): 75-79.

23. Glueck C J, Tieger M, Kunkel R, Hamer T, Tracy T, Speirs J. Hypcholesterolemia and affective disorders. *Am J Med Sci* 1994; 308 (4): 218-25.
24. Lindberg G, Learsson G, Setterlind S, Rastam L. Serum lipids and mood in working men and women in Sweden. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48(4):360-3.
25. David S Freedman, Tim Byers, Drue H Barrett, Nancy Stroup, Elaine Eaker, Heather Monrow B. Plasma Lipids levels and psychologic Characteritics in men. *Am J of Epidemiology* 1995; 141: 507-17.
26. Weidner G, Connor S L, Hollis J F, Connor W E. Improvements in hostility and depression in relation to dietary change and cholesterol lowering. The Family Heart Study. *Ann Intern Med* 1999; 117 (10): 820-3
27. Brown S L, Salive M E, Harris T B, Simonsick EM, Guralnik JM, Kohout FJ. Low cholesterol concentrations and severe depressive symptoms in elderly people. *Epidemiology, Demography and Biometry program, Bethesda. BMJ* 1994; 308 (6940): 1328-32.
28. McCallum J; Simons L, Simons J, Friedlander Y. Low Serum cholesterol is not associated with depression in the elderly: data from an Australian community study. *Aust N Z J Med* 1994; 24 (5): 561-4.
29. Iribarren C; Reed D M, Wergowske G, Burchfiel CM, Dwyer JH. Serum cholesterol level and mortality due to suicide and trauma in the Honolulu Heart Program. *Arch Intern Med* 1995; 155 (7): 695-700.
30. J R Kaplan Ph D, S B Manuck Ph D. The effects of fat and cholesterol on aggressive behavior in monkeys. *Psychosomatic Med* 1990; 52: 222-246.
31. Hyman Engelberg. Low serum cholesterol and suicide. Hypothesis. *Lancet* 1992; 339: 727-29.
32. Paul H A, Steegmans, Durk Fekkers, Arno W Hoes. Low serum cholesterol concentration and serotonin metabolism in men. *BMJ* 1996; 312 (27): 221.
33. G Hartmann, H Stahelin. Influencias fisiológicas. Libro hiperlipidemias, ed. Manual Moderno, 1987; 7: 47-55.
34. Eduardo Zorrilla Hernández. Hiperlipoproteinemias secundarias. Libro, "Lípidos séricos" ed. Interamericana 2ª ED 1989; 7: 77-99.
35. Harol I Kapplan. El desarrollo humano a lo largo del ciclo vital. Sinopsis de Psiquiatría ed. Panamericana, 7ª ed. 1996: 63.
36. Karen A, Matthews. Influence of the perimenopause on cardiovascular risk factors and symptoms of middle age healthy women. *Arch Intern Med* 1994; 154 (24): 2349-55.
37. George A Bray M D. Clasificación y valoración de las obesidades. *Clin Med North Am* 1989; 1: 191-218.
38. Bronfman M. La medicina de la desigualdad. Estrategia metodológica, análisis de las características socioeconómicas de la muestra. *Arch Invest Med (Mex)* 1988; 19: 351-60.
39. Laguna Piña. Metabolismo de los lípidos. Libro de Bioquímica, 3ª ed. Prensa Medica Mexicana 1979; 11: 359-411.
40. Eduardo Zorrilla Hernández. Método práctico de diagnóstico de las hiperlipidemias. Libro, "Lípidos Séricos", Interamericana 2ª ed. 1989; 8:100-110.
41. Carlos Posadas Romero, M C Jaime Sepúlveda, Roberto Tapia. Valores de colesterol sérico en la población Mexicana. *Salud Pública Mex* 1992; 34: 157-167.
42. Paul T Williams MS. Coffee intake and elevated cholesterol and apolipoprotein B levels in men. *JAMA* 1985; 253 (10): 1407-11.
43. Diagnostic and statical manual of mental disorder (DSM IV), Mood disorder4ª ed. Am Psychiatry Association 1994; 317-49: 1407-11.

44. DSM IV .Anxiety disorders, 4^a ed, Am Psychiatry Association 1994; 393-444.
45. Jean Claude Alvarez Ph D. Decreased platelet serotonin transporter sites and increased platelet inositol triphosphate levels in patients with unipolar depression: Effects of clomipramine and fluoxetine. Clin Pharm & Ther 1999; 1: 617-24.
46. C.A. Marsden. Neurofarmacología de la serotonina en el sistema nervioso central. Libro Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, editorial Wiley & sons 1991; 1(1): 11-37.
47. Jonson. Propiedades farmacológicas comparativas de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en animales. Libro Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, editorial Wiley & sons 1991; 1(2): 39-74.
48. W.F. Boyer y J.P. Feighner. La hipótesis serotoninérgica: necesaria pero insuficiente. Libro Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, editorial Wiley & sons 1991; 1(3): 75-84.

**Estudio Piloto de un Instrumento Psicológico para Medir
Características de Perfeccionismo, Ansiedad Competitiva,
Motivación de Logro y Dependencia al Ejercicio en Mujeres
Deportistas.**

Alfredo Hernández Alcántara
alcantara2001mx@yahoo.com.mx
Tel. 5115-9962
Doctorado en Psicología
Facultad de Psicología UNAM

El trabajo pertenece a un proyecto de investigación más amplio intitulado “*Factores de Riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria en Gimnastas Mexicanas*” inscrito en el Plan de Estudios de Doctorado en Psicología 5028 de la Facultad de Psicología UNAM

RESUMEN

El **Propósito** de este trabajo fue evaluar la estructura, contenidos y supuestos estadísticos y psicométricos de los items de la primera versión de un instrumento (piloto) cuyo objetivo es detectar y estimar características de perfeccionismo, ansiedad competitiva, motivación de logro y dependencia al ejercicio en mujeres deportistas de alto rendimiento. **Sujetos.** La muestra fue intencional no probabilística constituida por N=230 chicas de entre 9 y 16 años que practican deporte (n=108) y que no lo practican (n=122) Las deportistas pertenecen a instituciones reconocidas en el ámbito nacional, compiten en torneos nacionales e internacionales, y entrenan un mínimo de 20 horas semanales. **Diseño.** El tipo de investigación fue de campo transversal, constituido por dos grupos con observaciones independientes. Se emplearon estadísticas descriptivas para conocer el comportamiento de cada variable por grupo, estadística inferencial para la comparación entre grupos (prueba t), Análisis Factorial de Componentes Principales (preliminar) para validez de constructo. **Resultados.** Finalmente quedaron 38 items de un total original de 85, con un nivel de significancia $\alpha \leq .05$ con respecto a su capacidad de discriminación. La consistencia interna para la Escala A fue .6613, conservando 11 items, para la Escala B .7837 conservando 14 items, para la Escala C .7125 conservando 13 items, y para la Escala global .8810 La Rotación VARIMAX convergió en 16 iteraciones para extraer 11 factores que explican el 64.065% de la varianza. Se descartaron 3 factores al no cumplir los criterios, el modelo final quedo integrado por 8 factores que explican el 55.773 % de la varianza. Esta escala final obtuvo un alpha de .8751.

CONDUCTAS PROBLEMA DENTRO DEL SALON DE CLASE EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO Y LICENCIATURA

María Elena Rivera Heredia *.
Angeles Enriquez ****

**Centro de consulta Familiar y atención Clínica “Alfa Omega”
Universidad del Valle de México, Campus Tlalpan**

El presente estudio tiene como objetivo describir a través de la percepción del docente las conductas problema que presentan los estudiantes de bachillerato y licenciatura dentro del salón de clase. Participaron 300 docentes que evaluaron el comportamiento dentro del salón de clase de 1257 estudiantes de bachillerato y 2009 estudiantes de licenciatura tanto hombres como mujeres, cuyas edades variaron entre los 15 y los 24 años, todos ellos miembros de una institución educativa privada. Se utilizó una lista de cotejo que incluye 15 indicadores (conductas problema) de comportamientos del estudiante dentro del salón de clase. En bachillerato los docentes reportan que las conductas problema que se presentan en mayor porcentaje son: “se pelea con sus compañeros”, “no pone atención en clase” y “no hace las tareas”, mientras que en los estudiantes de licenciatura se encuentran: “no participa en clase”, “frecuentemente falta a la escuela” y “se aísla de sus compañeros”. Asimismo se presenta un análisis de las 15 conductas problema agrupadas en las siguientes categorías: impulsividad, depresión, problemas académicos y consumo de sustancias.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia, con sus diferentes etapas (preadolescencia, adolescencia y adolescencia tardía) es una periodo de transición entre la niñez y la vida adulta, en donde se experimentan cambios profundos en el crecimiento; se encuentra acompañada de múltiples transformaciones tanto a nivel físico, como psicológico y social, por lo que es considerada como un periodo de extrema vulnerabilidad ante los estresores, tanto de tipo biológico (cambios hormonales), como psicosocial, relacionados con el contexto social, familiar, círculo de amigos y escuela (Duggal, Malkoff-Schwartz, Birmaher, Anderson, May, Houk, Bailey-Orr, Williamson, & Frank, 2000; Gonzalez Forteza, 1992; Gonzalez Forteza, Andrade Palos y Jiménez, 1997). Los grandes retos de la etapa adolescente son el alcanzar la madurez sexual, el lograr un tránsito adecuado de la dependencia de la familia a la independencia personal, así como la transición de la escuela al trabajo (Harrington, 2001).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en América latina y el caribe se calcula que 17 millones de adolescentes de 14 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención (Programa Nacional de Salud 2001-

2006, dentro del Programa de Acción sobre Salud Mental). Entre los problemas de salud mental que presentan los adolescentes para los cuales se desarrollaron estrategias nacionales de intervención específicas están la Depresión, el Trastorno por déficit de atención y los Trastornos del desarrollo infantil, entre los que destacan las dificultades para la lectura, escritura y cálculo aritmético.

Con frecuencia se considera a la depresión durante la adolescencia como una fase “normal del desarrollo”, asociada con la “edad de la confusión”. Sin embargo hoy en día se tiene evidencia de severos trastornos depresivos durante esta etapa. Más del 3% de los adolescentes sufren condiciones depresivas tan graves que pueden ocasionar disfunciones sociales, incrementándose la probabilidad acumulativa de padecer un trastorno depresivo en la adolescencia tardía de un 10 al 20%, así mismo existe una relación estrecha entre la presencia de episodios depresivos en la adolescencia con la vida adulta, debidos al fenómeno de “cicatrización” la cual es considerada como una habituación psicobiológica a este trastorno del estado de ánimo (Harrington, 2001)

Al investigar depresión en estudiantes universitarios Rosas (1985), encontró que los jóvenes deprimidos se caracterizan por ser solitarios, poco afectos a reuniones sociales y a relacionarse interpersonalmente, son impulsivos, no se apegan adecuadamente a las normas sociales, tienen dificultades para adaptarse, se preocupan constantemente, la presión los bloquea realizando con ello conductas inadecuadas, son inseguros e inmaduros.

Durante la adolescencia los conflictos con el mejor amigo(a) se relacionan con ánimo deprimido, la tendencia a somatizar y a reportar malestar; las mujeres reportan con mayor frecuencia que los varones el que se sienten mal en sus relaciones interpersonales (González-Forteza y Andrade Palos, 1993). Desde una perspectiva de diagnóstico de problemas de salud mental en adolescentes que cursan secundaria en una escuela privada de la ciudad de México, De la Peña, Estrada, Almeida y Páez, (1999), encontraron una prevalencia del 12% del Trastorno Depresivo Mayor y del 7.5% para la distimia, destacando la existencia de diferencias significativas en el aprovechamiento escolar entre los estudiantes encontrados sanos y los que presentan trastornos depresivos, siendo más bajo en los últimos. Diversos estudios han encontrado asociación entre la depresión en los adolescentes con la ideación e intención suicida (Ruchkin, Leckman, Deboutte, y Schwab-Stone, 2002; Harrington, 2001; González, Andrade, Jiménez, 1997; Medina Mora, López, Juárez, Carreño, Berenzon, Rojas, 1994; y Rosas, 1985).

Las conductas impulsivas son asociadas con frecuencia a la etapa de la adolescencia. Paez, Jiménez, López, Ortega y Nicolini (1996) hacen la referencia que los trastornos en el control de los impulsos se caracterizan por la incapacidad de resistir los impulsos deseos o tentaciones de cometer un acto dañino para la propia persona o para las demás, el individuo siente una creciente tensión o excitación antes de cometer el acto y después al cometerlo tiene experiencias placenteras, de gratificación de alivio. Las conductas impulsivas se han relacionado con una gran variedad de problemas psiquiátricos entre los que se

incluyen el abuso y dependencia de sustancias, los trastornos de la alimentación, la conducta suicida y la criminalidad.

La principal causa de muerte dentro de la población adolescente son los accidentes automovilísticos (SISVEA 1994-1997), los cuales pueden estar asociados ya sea con sintomatología depresiva, impulsiva, déficit de atención, estrés, y consumo de alcohol y/o drogas. Los adolescentes se hacen uso del alcohol y otras drogas por múltiples razones: para abrirse al mundo, para escapar a las preocupaciones, evitar sentimientos de insuficiencia, imitar a los adultos, protestar contra las normas sociales y de los padres, dedicarse a la autoexploración, pasar por experiencias estéticas, entre otras (Grinder 1992).

En la encuesta sobre Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal realizada por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Mexicano de Psiquiatría (Villatoro, Medina-Mora, Cardiel y Néquiz, 1997) se reporta que 12 de cada 100 estudiantes que asisten a una institución educativa de nivel medio y medio superior han experimentado con alguna droga ilegal, siendo las drogas de preferencia la marihuana, la cocaína y los inhalables. También reportan que el 54% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez en su vida y un 30% lo ha consumido en el último mes.

La influencia del grado de violencia en el entorno social en el que se desarrolla el adolescente en el comportamiento del mismo específicamente la comunidad circundante, ha sido analizado por Vermeiren, Ruchkin, Leckman, Deboutte y Schwab-Stone, (2002) quienes confirman que se asocia de a diversos problemas de salud mental incluyendo los síntomas internalizados, el estrés postraumático, la conducta externalizada, y la aprobación de la agresión con la consecuente conducta agresiva y antisocial, señalando que el riesgo gradualmente aumenta según el nivel de exposición. Todo ello ha incrementado el interés por analizar el papel del estrés en el desarrollo adolescente (Duggal; Malkoff-Schwartz, Birmaher; Anderson; Matty Houk, Bailey-Orr, Williamson, Frank, 2000).

Una de las principales tareas del adolescente escolarizado, de la ciudad de México es precisamente el estudio, tanto asistir a clases como aprobar satisfactoriamente las asignaturas correspondientes, por lo que cuando su desempeño es deficiente, con frecuencia genera situaciones de tensión que afectan su autoconcepto y autoestima así como la relación con sus padres. Las dificultades académicas son señaladas por Medina Mora, Berenzon, Rojas, Mariño, Carreño, y Juárez (1993) como un factor de riesgo al consumo de drogas y a la deserción escolar en la población adolescente. Un estudio realizado por Mariño, Medina Mora, Mondragón, Doménech y Díaz, (1999), reporta que el 7.2% de los adolescentes encuestados, los cuales desertaron de la escuela dijo haberla dejado por problemas escolares; analizando sus características se encontró que su ambiente familiar y social es difícil y conflictivo, con escasas actividades de convivencia; proceden de un nivel socioeconómico bajo, en donde las carencias de tipo económico afectan directamente.

Un adolescente que presente problemas de salud mental tales como sintomatología depresiva, sintomatología impulsiva, dificultades de aprendizaje o problemas de rendimiento académico, así como consumo de sustancias, debe ser detectado de manera temprana pues requiere apoyo oportuno que le permita transitar esta etapa sin mayores conflictos, hecho que le facilitará incrementar la posibilidad de un óptimo desarrollo en su vida adulta. Es por ello que este trabajo pretende desarrollar una estrategia de tamizaje accesible y rápida para detección oportuna de adolescentes en riesgo a partir de las conductas problema dentro del salón de clase.

METODOLOGÍA.

SUJETOS

Participaron en este estudio 1257 estudiantes de bachillerato y 2009 estudiantes de licenciatura tanto hombres como mujeres, cuyas edades variaron entre los 15 y 24 años. Las conductas de los estudiantes fueron identificadas por 300 docentes. Todos ellos miembros de una institución educativa privada.

DISEÑO

El presente estudio tiene un diseño de dos muestras independientes y es de tipo descriptivo, de campo, transversal y ex-post-facto.

INSTRUMENTOS.

Se utilizó un cuestionario desarrollado especialmente para esta investigación, que presenta 15 indicadores (conducta-síntoma) de comportamientos del estudiante dentro del salón de clases, los cuales podían calificarse como ausentes (0) ó presentes (1). Estos indicadores se agruparon para medir 4 áreas: depresión, impulsividad problemas académicos y consumo de sustancias.

Depresión: se clasifica en este rubro al estudiante que es evaluado por el docente con tres o más de las siguientes conductas-síntoma dentro del salón de clase:

- Se aísla de sus compañeros.
- No participa en clases.
- Se duerme durante las clases.

Impulsividad: se clasifica en este rubro al estudiante que es evaluado por el docente con tres o más de las siguientes (conductas-síntomas) dentro del salón de clase:

- Se pelea con sus compañeros.
- Con frecuencia distrae al grupo.
- No pone atención en clase.
- Pierde el control.
- Habla excesivamente.
- Presenta conflicto con la autoridad (docente).

Problemas académicos: se clasifica en este rubro al estudiante que es evaluado por el docente con tres o más de las siguientes (conductas-síntomas) dentro del salón de clase:

- Frecuentemente falta a la escuela.
- No hace tareas.
- Tiene bajas calificaciones
- Presenta dificultades para expresar sus ideas con claridad.

Consumo de alcohol y drogas: se clasifica en este rubro al estudiante que es evaluado por el docente con tres o más de las siguientes (conductas-síntomas) dentro del salón de clase:

- Se presenta a clase habiendo consumido alcohol.
- Se presenta a clase habiendo consumido drogas.

PROCEDIMIENTO.

Procedimiento en bachillerato:

Por cada asignatura que el docente impartió durante el semestre se le proporcionó un cuestionario en el cual escribió el nombre de los estudiantes que detectó con problemas dentro del salón de clases e indicó la presencia o ausencia de los síntomas en cada uno de los estudiantes por él mencionados. Se solicitó marcar con 1 cuando había la presencia del síntoma y 0 cuando éste estuviera ausente.

Procedimiento licenciatura:

Por cada asignatura se le proporcionó a los docentes un cuestionario junto con las listas de asistencia de su grupo; sobre dicha lista se solicitó marcar con 1 cuando se presentaba la (conducta-síntoma) y 0 cuando estuviera ausente. Igual que en la población de bachillerato. Participaron las carreras de : Derecho, Comunicación, Psicología, Ciencias de la Educación y Relaciones Internacionales.

Posteriormente se llevó a cabo análisis descriptivo de los datos identificándose la frecuencia y porcentaje con la que se presentan cada uno de los 15 indicadores de conductas-síntomas dentro del salón de clase, así como la frecuencia con la que los estudiantes mostraron conductas de riesgo en las áreas estudiadas: depresión, impulsividad, problemas académicos y síntomas asociados al consumo de sustancias.

RESULTADOS.

De acuerdo a los objetivos planteados en este estudio, se presentan los siguientes resultados:

TABLA No. 1: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS EN LAS CONDUCTAS PROBLEMA EN LOS ESTUDIANTES DE BACHILLERATO Y LICENCIATURA

CONDUCTAS DENTRO DEL SALON DE CLASE	PORCENTAJE		DIFERENCIA
	BACHILLERATO	LICENCIATURA	
1. Frecuentemente falta a la escuela.	7.71	11.9	4.19
2. Se aísla de sus compañeros	3.89	18.1	14.21
3. No participa en clases.	11.7	13.6	1.9
4. Se duerme durante clases.	4.61	4.78	0.17
5. No hace tareas.	12.4	13.6	1.2
6. Tiene bajas calificaciones.	11.6	9.3	2.3
7. Se pelea con sus compañeros.	19.0	4.72	14.28
8. Frecuentemente distrae a sus compañeros.	10.1	9.09	1.01
9. No pone atención en clases.	13.0	12.5	0.5
10. Pierde el control.	4.69	9.65	4.96
11. Habla excesivamente.	10.5	4.79	5.71
12. Presenta dificultad para expresar sus ideas.	4.61	6.66	2.05
13. Presenta conflicto con la autoridad.	3.81	4.77	0.96
14. Se presenta a clase habiendo consumido alcohol	3.81	0.15	3.66
15. Se presenta a clase habiendo consumido drogas	0	0.05	0.5

Las conductas en donde se encontró similitud en el comportamiento de los estudiantes de bachillerato y de licenciatura fueron las ubicadas en los reactivos 4, 5, 8, 9 y 13: “Se duerme durante clases”, “No hace tareas”, “Frecuentemente distrae a sus compañeros”, “No pone atención en clases”, y “Presenta conflicto con la autoridad”.

En contraste, se encontraron marcadas diferencias en el comportamiento de los estudiantes de bachillerato y licenciatura en los reactivos 2 y 7. La conducta de “Se aísla de sus compañeros” es más frecuente en los estudiantes de licenciatura, mientras que la de “Se pelea con sus compañeros” es más frecuente en los estudiantes de bachillerato.

TABLA No. 2: COMPARACIÓN DE LAS ÁREAS PROBLEMA EN LOS ESTUDIANTES DE BACHILLERATO Y LOS DE LICENCIATURA

ÁREAS PROBLEMA	PORCENTAJE		DIFERENCIA
	BACHILLERATO	LICENCIATURA	
PROBLEMAS ACADÉMICOS	9.08	10.3	1.22
IMPULSIVIDAD	10.1	5.62	4.48
DEPRESIÓN	6.76	10.45	3.69
CONSUMO DE SUSTANCIAS	1.9	.072	1.83

Los estudiantes de bachillerato presentan como principal área problema a la Impulsividad (10.1%), seguida por los problemas académicos (9.08%). Con menor porcentaje se encuentra la Depresión (6.76), y en último lugar aparece el consumo de sustancias. Para los estudiantes de licenciatura, en cambio, La depresión es la principal área problema (10.45%), seguida por los problemas académicos (10.3%), encontrándose en un nivel intermedio la Impulsividad (5.62) y con bajo porcentaje el consumo de sustancias (.072%). Resalta la coincidencia en ambos niveles escolares de un alto porcentaje de problemas académicos.

DISCUSIÓN

Las edades correspondientes a la educación media superior (bachillerato y/o preparatoria) y a la educación superior (licenciatura) corresponden a dos fases distintas de la adolescencia, la primera de ellas estaría ubicada dentro de la adolescencia en sí y la segunda en la adolescencia tardía e inicio de la vida adulta. Los resultados de esta investigación demuestran que existen diferencias en las conductas en cada una de estas etapas, siendo la presencia de sintomatología impulsiva la principal característica de las conductas problema en estudiantes de bachillerato, coincidiendo con lo planteado por Paez et al (1996) mientras que es la sintomatología depresiva aparece con mayor frecuencia en los estudiantes de licenciatura. A mayor edad y escolaridad mayor control de impulsos.

Como similitudes en ambas poblaciones se encontraron los problemas académicos los cuales se presentan en el 9.08% de la población de bachillerato y en el 10.3% de la población de licenciatura. Estos con frecuencia son producto de una historia de dificultades académicas desde la infancia; en futuras investigaciones podría identificarse cuántos de los estudiantes con problemas académico tienen antecedentes de trastornos de aprendizaje (lectura, escritura y cálculo aritmético), así como Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

El consumo de sustancias especialmente alcohol es detectado por los maestros con mayor frecuencia en los estudiantes de bachillerato, lo cual puede explicarse por su asociación con las conductas impulsivas en donde disminuye su capacidad de controlar su conducta frente al maestro y ante sí mismos, al no lograr evitar el consumo en general y especialmente cuando se asiste a clases.

Por el contrario la sintomatología depresiva aparece con mayor frecuencia en los estudiantes de licenciatura. La detección e intervención oportuna en los trastornos del estado de ánimo, específicamente en el caso de la depresión es una de las prioridades del Programa Nacional de salud, programa de acción en salud mental (2001-2006). La detección de un 10.3% de los estudiantes con síntomas asociados con la depresión, confirma la importancia de atender este problema,

que parece sostenerse e incrementarse, tal como lo señala Harrington (2001) a medida que aumenta la edad.

No obstante el consumo de alcohol y drogas detectado por los docentes es notablemente inferior a los índices reportados por los propios alumnos en autoreportes, en las encuestas nacionales sobre adicciones en la población escolar en donde se describe que el 30% de los adolescentes ha consumido alcohol en el último mes como lo señala Villatoro et al. (1999).

Un aspecto central de la metodología de esta investigación es la participación del docente en la detección de conductas problema en los estudiantes. Dicha participación facilita la obtención de información rápida y oportuna sobre las características de los estudiantes y deberá ser canalizada a los servicios de psicología u orientación educativa correspondientes. En contraste tiene la desventaja de que la habilidad de los docentes para la detección de conductas problema es muy variable. De igual manera el uso que sobre esta información dé el docente es fundamental pues deberá ser confidencial, y no una forma de presión o de colusión con los estudiantes.

El salón de clase es el escenario obligado para la mayor parte de los individuos escolarizados a lo largo de su trayectoria académica. En ese espacio, y en la interacción entre estudiantes y docentes se manifiestan diversas dimensiones de la experiencia humana, entre ellas, la personalidad de los individuos y el comportamiento grupal. El docente en el contacto continuo con estudiantes tiene la capacidad de percibir alguna(s) conducta(s) que pueden ser un importante indicador de algún problema potencial del estudiante, los resultados de esta investigación demuestran que existe la posibilidad de realizar una detección temprana apoyándose en los docentes, misma que podrá facilitar una intervención oportuna.

REFERENCIAS.

- De la Peña, F.; Estrada, A.; Almeida, L.; y Páez, F. (1999). Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. Salud Mental. 22, 4, 9-13.
- Duggal, S.; Malkoff-Schwartz, S; Birmaher, B.; Anderson B.P.; Matty, M. K.; Houk, P. R.; Bailey-Orr, M. Williamson, D. & Frank, E. (2000). Assessment of life stress in Adolescents: Self-Report versus Interview Methods. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39.4, 445-452.
- Gonzalez, F, C.F. (1992). Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis maestría en psicología social, Facultad de Psicología UNAM.
- González-Forteza, C., Andrade- Palos, P., Jiménez, A. (1997). Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en

- adolescentes mexicanos, Acta Psiquiátrica Psicológica, 43, 4., Buenos Aires Argentina
- Grinder, R. E. (1992). Adolescencia. México: Ed. Limusa.
- Harrington, R. (2001). Consecuencias psicosociales de la depresión adolescente. Psiquiatría y salud Integral, 1,2, 48-52.
- Informe del SISVEA (1997). Secretaría de Salud.
- Mariño, M. C.; Medina Mora, M.E.; Mondragón, L.; Domenech, M.; Diaz, L. (1999). ¿Quiénes son los adolescentes que no van a la escuela? Encuesta de hogares en la ciudad de Pachuca Hidalgo. Salud Mental 22, 3.
- Medina Mora, M.E., Berenzon, S., Rojas, E.; Mariño, M.C.; Carreño, S; y Juárez, F. (1993). Guía para la interpretación de los resultados de la encuesta nacional sobre el uso de drogas entre la comunidad escolar: estudiantes de enseñanza media y media superior. Programa educativo de prevención contra las adicciones. Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de Psiquiatría
- Medina, Mora, M.E.; López, E. K.; Juárez, F.; Carreño, S.; Berenzon, S.; Rojas, E (1994). La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias resultados de una encuesta en la población estudiantil. 6, reseña de la IX reunión de investigación. México.
- Paez, F.; Jiménez, A.; López, A., Ortega, S, H.; Nicolini, H. (1996). Estudio de la validez al castellano de la escala de impulsividad de Plutchik. Salud Mental, 19. México D.F.
- Programa Nacional De Salud 2001-2006. Programa De Acción- Salud Mental, México: SSA, IMSS, CONADIC, ISSSTE.
- Rosas, E, A. (1985). Un estudio sobre depresión exógena en estudiantes de nivel superior en la Universidad Nacional Autónoma de México. Tesis de Licenciatura en Psicología. México D.F.
- Vermeiren, R. Ruchkin, V. Leckman, P. Deboutte, D. y Schwab-Stone, M. (2002). Exposure to violence and suicide risk in adolescents: a community study. Journal of abnormal Child Psychology, 30, 5, 529-537.
- Villatoro, J; Medina Mora M. E; Cardiel, H; Alcántar, E; Fleiz, C; Hernandez, S; Parra, J; Nequiz, G. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México. Medición de otoño de 1997. Salud mental, 22, 2.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un ingreso hospitalario además de generar altos costos sólo trata la agudización de los síntomas psiquiátricos, por ésta causa surge el programa de Hospital de Día que pretende reducir costos y tratar por más tiempo a un paciente, para lograr su rehabilitación y evitar por ende un reingreso hospitalario . Empíricamente se conoce que los pacientes que intervienen en éste programa son beneficiados, sin embargo, no existe e antecedente de una investigación por lo tanto, se deriva el siguiente problema de investigación

El no-reingreso hospitalario de pacientes de Hospital de Día prueba su eficacia en comparación con los pacientes tratados tradicionalmente.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General.- Comprobar que el no-reingreso hospitalario de pacientes de Hospital de Día prueba su eficacia en relación con los tratados tradicionalmente.

Objetivos Específicos.-Comprobar que se obtuvieron las habilidades necesarias para el control de los síntomas de su enfermedad psiquiátrica.

Comprobar la reinserción familiar, social y laboral del paciente.

HIPÓTESIS

¿ El no reingreso hospitalario de pacientes de Hospital de Día prueba su eficacia en comparación con los pacientes tratados tradicionalmente?

METODOLOGÍA

Observacional analítico

Prospectivo

Escala nominal

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes psiquiátricos con trastornos depresivos, neuróticos, y de personalidad en tratamiento el Hospital Regional de Especialidades # 22 del IMSS.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterio de inclusión.-

-Todos los pacientes del programa de Hospital de Día que concluyan el programa, y sean dados de alta por mejoría clínica.

-Todos los pacientes que sean egresados de internamiento hospitalario por mejoría clínica que cumplan con los mismos requisitos de los pacientes que se integran al programa de Hospital de Día.

Criterio de exclusión.-

-Los pacientes que no concluyan el programa de Hospital de Día, ya sea por abandono, internamiento o baja administrativa.

-Los pacientes que no reúnan los requisitos para integrarse al programa de Hospital de Día.

Criterios de eliminación.-

-Los pacientes que sean elegidos y fallezcan durante la investigación.

-Los pacientes que tengan o cambien su domicilio de manera foránea (fuera del área metropolitana) .

-Los pacientes que durante la investigación sean dados de baja administrativa por suspensión del servicio de seguridad y social.

TÉCNICA MUESTRAL

Por cuota, durante seis meses

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

No necesario ya que se evaluará a los pacientes comprendidos en el tiempo marcado.
(ambos grupos)

VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	CONCEPTUALIZACION	OPERACIONALICAZION	ESCALA MEDICION	FUENTE DE INF
El no reingreso hospitalario (D)	Paciente que no se hospitaliza	Aquellos pacientes que no se han hospitalizado posterior a su intervención en el programa	Nominal Si y no	Expediente clínico
Eficacia del programa (I)	Es la virtud para lograr un efecto determinado en un proyecto determinado de actividades	Lograr los objetivos del programa propuestos para los pacientes	Reingreso o no reingreso del paciente	430-29 censo diario de ingresos y egresos

PLAN DE ANÁLISIS.-

Primero hablaremos de la estadística descriptiva, donde se analizarán los porcentajes, promedios etc. De cada una de las variables estudiadas del estudio

Posteriormente analizaremos las medidas de tendencia central como son la moda, la mediana y la media así como la desviación estándar.

Enseguida en la estadística inferencial analizaremos la χ^2
 Donde si la $\chi^2_c > \chi^2_t$ se rechaza la hipótesis nula.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION

Para el área de psicología será el inventario de Beck.

Y para el área de trabajo social será la Escala de Evaluación Global EEG.

ASPECTOS ETICOS

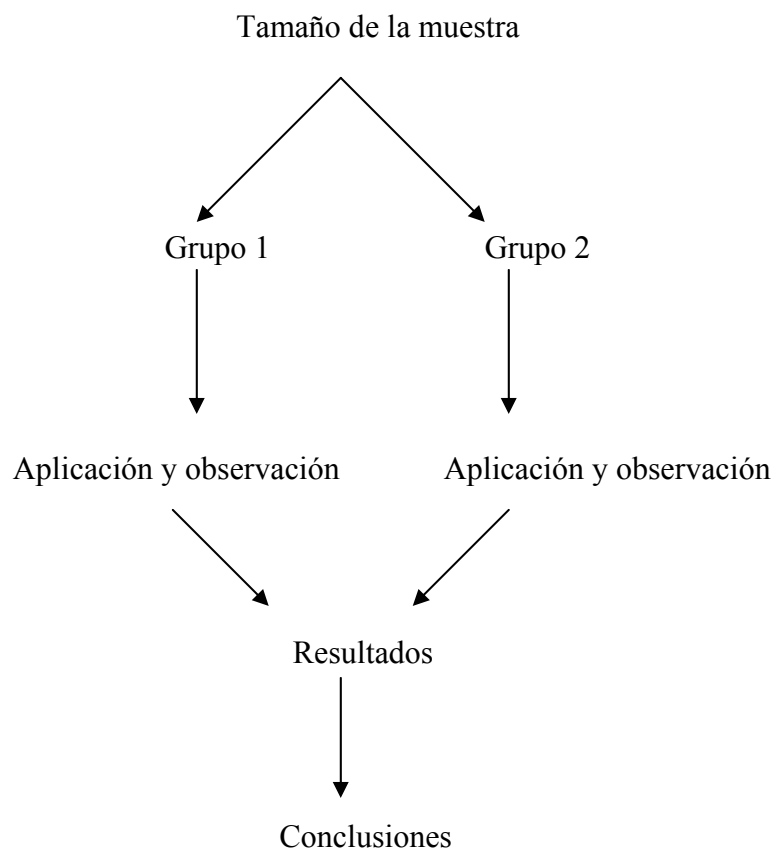
Será la carta de responsabilidad del programa de Hospital de Día ya estipulada en él.

PRODUCTOS ESPERADOS

Aporte a la teoría actual.

Publicación

FLUJOGRAMA DE ACTIVIDADES



PERSONAL PARTICIPANTE.-

Lic. Ma . Rosa Nelda Santos Lara
Psicóloga clínica.

Lic. Martha A. Jiménez Chora
Trabajadora social

REFERENCIAS

- 1.-Kaplan, Harold, Benjamin Sadok. *Terapia de grupo*, 3a edición, Madrid, Ed Médica Panamericana. 1998. Pág. 678.
- 2.- Kaplan ,Harold, Benjamin Sadok. *Tratado de Psiquiatría* 2ª Ed Barcelona, Ed Salvat, 1989. Pág. 1578.
- 3.- Kaplan, Harold; *Sinopsis de psiquiatría; Ciencias de la conducta, psiquiatría clínica*/ por Harold I Kaplan y Benjamín J Sadok.- 8ª Ed----Madrid; Ed : Médica Panamericana, 1999.Pág. 1680.
- 4.-Kaplan Harold; Benjamin Sadok. *Terapia de grupo*, 3a edición, Madrid, Ed Médica Panamericana,198.Pág.678
- 5.-IMSS, Hospital Regional de Especialidades # 22, *Programa Hospital de Día*, 1998
- 6.- Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano, Tyrer. *Hospital de Día contra cuidado de pacientes externos por desórdenes psiquiátricos*. (Resumen Cochrane) En Biblioteca Cochrane.Volumen 2, 2002, Oxford actualizado.
- 7.- Thompson , Larry W, Coon, David W. *Comparación de la desipramina y la terapia cognitivo/ conductual en el tratamiento de pacientes ambulatorios ancianos con depresión leve a moderada*, American Journal Geriatric Psychiatry, 2001; 9: 225-240

ESTRÉS LABORAL O DISFUNCIÓN DEL AUTOMATISMO CARDÍACO EN MÉDICOS ESPECIALISTAS DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DURANTE LAS HORAS DE CONSULTA CLÍNICA.

Valenzuela Flores G., García, JL., Esquinca R., JL., Vázquez Rubiel D, Montero Hernández J, Valenzuela Flores A, Arango Ramírez MJ, Mena Cruz F, Morales A, Ordóñez G, Orozco E, Ortega Ramírez JA, Paniagua Sierra JR, Pérez-Campos JP, Rodríguez A, Venegas A,

Consulta Externa de Cardiología, Hospital Regional Gabriel Mancera y Servicio de Cardiología Nuclear, Hospital de Cardiología, CMN.

Objetivo: Observar si durante las horas de jornada laboral existía incremento en el nivel de estrés de médicos cardiólogos y médicos cirujanos de un hospital de segundo y tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y métodos: A todos ellos se les realizó historia clínica, monitoreo de Holter continuo de 24 horas, ecocardiograma Modo M, bidimensional y doppler continuo así como se les aplicó una escala de evaluación de trastornos ansiosos de Hamilton (HAM-A, en español. Y sólo aquellos enfermos en donde los resultados fueran sugestivos de cardiopatía se enviaron a realización de centelleografía con Talio y/o MIBI. Las lecturas de los holters, ecocardiogramas fueron realizadas por cardiólogos independientes entrenados para tal fin. Las Mediciones de Medicina Nuclear fueron llevadas a cabo por un Cardiólogo Nuclear y un Médico Nuclear cegados a las características clínicas de los enfermos y las lecturas de las encuestas fueron realizadas por dos psiquiatras independientes.

Resultados: Se incluyeron 17 médicos especialistas, de edad media 43.94 ± 8.82 años, 14 hombres y 3 mujeres. Con AHF presentes en 11 casos y personales patológicos en 6 casos. Dos de ellos tenían hipertensión arterial sistémica controlada. Religión católica, estado civil 4 solteros, el resto casado, tabaquismo en el 41.2%, predominando el hábito en el grupo de cirujanos generales. En el monitoreo de Holter se encontró con presente de extrasístoles ventriculares en el 76.5% de los casos (13), Sólo en 4 casos la Medicina Nuclear fue positiva, 1 caso para ectasia coronario, dos para isquemia miocárdica leve y 1 caso con hipertrofia ventricular concéntrica. En cuanto al Ecocardiograma se encontró con alteraciones en los parámetros siguientes.

	PPVID	PPIVS	REA	TRIVI	TAP	TDP	PDVT
Media	1.0425	1.4964	1.4618	105.6667	122	277.1	145.8
Desviación estándar	0.1701	0.1605	0.3823	19.9423	17.5119	85.3079	69.0665

La lectura e interpretación de las encuestas no se ha completado. Sin embargo se encontró que al menos el 75% de los encuestados tenían angustia de grado leve, y solo 1 caso en grado severo.

Conclusiones: En una muestra de médicos especialistas de segundo y tercer nivel se encontró aumento en el automatismo ventricular en al menos el 75% de los casos durante las horas de CONSULTA este hallazgo aunado con LAS alteraciones por ECO en la función diastólica nos hacen teorizar que probablemente se trate de alteraciones en la relajación diastólica del VI. Sin embargo se requieren estudios posteriores para verificar tales inferencias.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Delegación 2 Noreste del D.F.

Hospital General "Gaudencio González Garza"

Centro Médico La Raza

Higiene Mental

Psicología

Errores, Aciertos y Desafíos del Psicólogo Clínico

Michel Calabia Márquez

Resumen

Se comentan brevemente algunos errores de los psicólogos clínicos, como son la ausencia de elaboración de escritos, la ausencia de medición del progreso del paciente, la ausencia de pertenencia a una organización gremial, la ausencia en actividades de investigación, favorecer una representación deficiente y deformada del Psicólogo Clínico a nivel institucional; pero hay que reconocer que por otro lado tenemos aciertos como son el ejercicio de la docencia, la asistencia a cursos de postgrado y capacitación.

Por la conjunción de errores y aciertos nuestra labor profesional es controversial, y por ello se proponen una serie de desafíos que lleven a mejorar la imagen y la labor profesional del psicólogo clínico y que son: Por ello les convoco a enarbolar una bandera llena de desafíos, y que resumiendo son los siguientes: 1. Escribir, imprimir y difundir sus experiencias, conocimientos e investigaciones, 2. Cuantificar el beneficio alcanzado en sus pacientes, 3. Asociarse y pertenecer a un gremio, 4. Realizar investigaciones, 5. Demostrar nuestra productividad con números, 6. Realizar un análisis de necesidades en nuestras unidades y con base a ellas elaborar programas de capacitación y educación, 7. Continuar superándonos con cursos de postgrado y apoyar a quienes se retrasen

Introducción

La psicología con su menos de 150 años de vida, ha avanzado y alcanzado de manera contundente, la creación de decenas de modelos teóricos, psicopatológicos y técnicos,

agrupados en diversos paradigmas, ha venido a ser revolucionaria en la ciencia, la cultura y hasta en la vida cotidiana

No obstante su desarrollo y el desempeño de sus profesionistas ha sido desigual, en México no ha alcanzado ni remotamente lo que en otros países, debido a diversos factores, algunos son por errores de los propios profesionistas, como son:

Ausencia de elaboración de escritos

Uno muy importante es que no tenemos la cultura de escribir, la cultura de poder expresarnos con libertad, y al no escribir perdemos la oportunidad de pensar, y de reflexionar al escribir, lo que limita dramáticamente a cualquier disciplina que desee desarrollarse

En Francia con una cultura que incita a la población a la lectura y a la escritura, permite el despliegue de ideas por toda la sociedad

André Green psicoanalista francés expresa la idea de que sólo en Francia podría haberse dado la obra de Lacan, ya que los psicoanalistas franceses cultivan una forma complicada de pensamiento, demasiado teórica, de comprensión difícil muchas veces y excesivamente alejada de la experiencia clínica y práctica cotidiana, debido a una tradición cultural que no es la del mundo anglosajón donde el empirismo y pragmatismo se consideran virtudes¹

En cambio en nuestra cultura nacional el temor a la ridiculez, a la crítica, aunado a los pocos estímulos para hacerlo y quizá hasta a la baja autoestima, evitan esta propagación de ideas que podrían crear un avance nacional en nuestra disciplina

El desafío será para quienes quieran "agarrar al toro por los cuernos", entrar al ruedo de la publicación, al pensar, reflexionar, escribir, imprimir y difundir sus experiencias, reflexiones e ideas creadoras o confirmatorias

Y si es necesario hasta creando sus propios instrumentos como sería una revista, un periódico, un boletín electrónico en Internet, lo cual si no es fácil tampoco es imposible

Ausencia de medición del progreso del paciente

Otro error en los psicólogos clínicos, es la falta de medición del impacto de su trabajo, ya que poca gente sabe que hacemos, como lo hacemos, para que lo hacemos y si alguien lo sabe no sabe sobre todo si lo logramos y en que medida

El no medir los progresos de nuestros pacientes es una paradoja, que se burla de nosotros mismo, ya que si la psicología ha logrado desarrollar la estadística, las pruebas psicométricas, los diseños experimentales, los experimentos y cuasiexperimentos, de manera simultánea a como avanza nuestra disciplina, lo paradójico es que en nuestro país reneguemos de la cuantificación, y nos atengamos a un "para que" si de todos modos suponemos que de algo le servirá la terapia al paciente

En los Estados Unidos Americanos,² un pilar del avance de la psicología clínica, ha sido el conductismo, el cual al medir la conducta antes y después de la intervención^{3 4} permite demostrar claramente las relaciones de causa-efecto, y ha satisfecho a las instituciones que demandan "claridad" y "costo efectivo"

Para que pudieran las aseguradoras pagar a los usuarios un psicoterapia, tenían nuestros colegas que demostrar la utilidad de una psicoterapia, y lo hicieron, pero además lo hicieron en un país donde "el tiempo es dinero", donde todo servicio lo cuantifican y valoran con base a su costo y su beneficio

En México, las instituciones que no cuentan con psicólogos clínicos, desconocen la importancia de los servicios psicológicos, porque aunque conozcan el costo de creación y mantenimientos del servicio, desconocen el beneficio aportado

Y para las instituciones que ya cuentan con los servicios psicológicos y también para nosotros como psicólogos clínicos desconocemos el producto de nuestro trabajo, y de como podemos corregirlo con el fin de mejorarlo, y eso a pesar de que el Contrato Colectivo del Trabajo lo especifica "Participa [el psicólogo] en la evaluación del impacto psicológico de las acciones curativo rehabilitatorias tanto a mediano como a largo plazo"⁵

Por ello el desafío es claro, el cuantificar el beneficio alcanzado a corto, mediano y largo plazo mediante instrumentos validos y confiables, haciendo de esto una aplicación sistemática con todos los pacientes

Ausencia de pertenencia a una organización gremial

Un error es no pertenecer a una agrupación gremial porque evita el compartir información, evita estar cercano a cursos de capacitación continua, evita retroalimentación del propio trabajo, evita conocer los aspectos éticos del ejercicio profesional, evita enriquecerse con un grupo de profesionistas, y hasta evita el participar en mejoras laborales

El desafío es asociarse, es pertenecer a un gremio, superar los celos, la envidia, y participar activamente aceptando la retroalimentación con objeto de ofrecer un ejercicio profesional ético

Ausencia en actividades de investigación

El término investigación no es sinónimo de experimentación, pero esta asociación dificulta la investigación, ya que el procedimiento de investigación experimental parece no gozar de aprecio por nuestro gremio nacional, principalmente por el entretreído con la estadística, la cual no es grata en una mayoría de nosotros

Esto limita la adquisición de conocimiento, no sólo teórico, sino también de un conocimiento que nos permita tomar decisiones en cuanto a psicoterapias propias para una problemática especial como son los casos de violación, estrés postraumático, neurosis, trastornos psicosomáticos, problemas conductuales, trastornos fronterizos, narcisistas o psicosomáticos

Por ello el desafío será la realización de investigaciones, la cuales podrán ser clínicas,⁶ experimentales,⁷ descriptivas, exploratorias, cuasi-experimentales,⁸ investigación-acción, de perfiles epistemológicos como los que plantea Bachelar,⁹ de actitudes, bibliográficas, y muchas más, que permitirían en quien la realiza un crecimiento personal y un mejor servicio profesional

Y para ello contamos con cantidad de programas de computo de estadística¹⁰

Favorecer una representación deficiente y deformada del Psicólogo Clínico a nivel institucional

Para aquellos que reciben una representación simbólica de nuestro trabajo mediante un indicador obtenido por las popularmente denominadas hojas verdes, es decir el formato 4-30-6P/90 "sabrás" y los digo entre comillas "sabrás" que no tenemos ejercicio profesional es decir no tenemos productividad, ya que hemos tenido un indicador promedio nacional de alrededor de 3.1 que representa que en una jornada de 8 hrs vemos únicamente 3.1 pacientes, algo así como 3 horas de trabajo por un pago de 8 hrs.

Para los directivos que tienen carencias de personal médicos, somos muchas veces algo inútil, ya que la labor principal considerados por ellos es la atención médica y nosotros la obstaculizamos presupuestariamente hablando,

somos un gasto superfluo, habiendo necesidades más importantes

Y para algunos o quizá muchos de la competencia somos profesionistas de segunda, sin los suficientes conocimientos y posiblemente le agregarían que además no respetamos la jerarquía institucional

Por ello el desafío es hablar con números, con bases de la importancia de nuestra profesión para la salud del paciente, y de lo básico que es un tratamiento bio-psicosocial, y de múltiple impacto como fue bien señalado por el QPD Dr. Pucheo en el "Plan General de Psiquiatría y Salud Mental"¹¹

En cuanto a los aciertos, también tenemos algunos que permiten el reconocimiento de algunos sectores de la sociedad y las instituciones, como son:

Ejercicio de la docencia

Esta área es una donde sin lugar a dudas la participación es mayor, ya que cantidad de disciplinas nos solicitan apoyo para sus cursos

Es un acierto el aceptar y apoyar la docencia

El desafío será el de ir más allá, sería el de realizar un análisis de necesidades en nuestras unidades y con base a ellas elaborar programas de capacitación y educación relevantes en nuestras unidades, y en lugar de quedarnos girando como la luna, podríamos ser el sol e iluminar con una derrama de conocimientos a los auditorios

Asistencia a cursos de postgrado y capacitación

Este punto es otro acierto y una de las mayores virtudes del gremio, donde es fácil encontrar que la mayoría se encuentra en capacitación permanente, no sería difícil que si se hiciera un estudio en el IMSS y en otras instituciones, una de las disciplinas que tuviera un mayor número de profesionistas con postgrados en maestrías y doctorados, fueran los psicólogos

La pulsión epistémica es intensa en los psicólogos clínicos

El desafío es continuar como vamos y apoyar a quienes se retrasen

Por último he dejado para el final lo controversial de la **Imagen del ejercicio profesional del psicólogo clínico**, constituido de errores, aciertos y también de desafíos

Imagen del ejercicio profesional del psicólogo clínico

Por ello hay que reconocer que la imagen que tenemos depende de quien hable y de cómo les ha ido en la feria con nosotros o sin nosotros

Para una gran cantidad de gente intra y extra muros no existimos porque no tenemos presencia, primero porque para posibles usuarios les es difícil llegar a nuestros consultorios para ser atendidos, segundo para otros desconocen de nuestra estancia en la Institución porque no dejamos memoria al no dejar testimonio en revistas o publicaciones, tercero porque generalmente no pertenecemos a sociedades de profesionistas, cuarto al no tener investigaciones tenemos bien poco que comunicar y de hacer presencia, quinto, para quienes forman su juicio con base a datos de productividad no somos productivos, sexto, para algunos de la competencia podemos ser deficientes

En cambio si existimos para aquellos que requieren de nuestros servicios, sea a través de la participación en cursos y eventos académicos, y también para los pacientes que son bien atendidos y que tienen como garante de la calidad sus estudios de postgrados

Por ello les convoco a enarbolar una bandera llena de desafíos, y que resumiendo son los siguientes:

1. Escribir, imprimir y difundir sus experiencias, conocimientos e investigaciones
2. Cuantificar el beneficio alcanzado en sus pacientes
3. Asociarse y pertenecer a un gremio
4. Realizar investigaciones
5. Demostrar nuestra productividad con números
6. Realizar un análisis de necesidades en nuestras unidades y con base a ellas elaborar programas de capacitación y educación
7. Continuar superándonos con cursos de postgrado y apoyar a quienes se retrasen

Referencias Bibliográficas

- ¹ Green André. **De locuras provadas**. Amorrortu editores, 1990, Argentina
- ² Stumphauzer Jerome S. **Terapia conductual: manual de entrenamiento para psicólogos, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, pedagogos, maestros**. Trillas, 1983, México
- ³ Pineda Flores LA, López Reséndiz MA, Torres Gutiérrez N, Romano H. **Modificación de conductas problema en el niño: programa de entrenamiento para padres**. Trillas, 1987, México
- ⁴ Peine HA, Howart R. **Padres e hijos: problemas cotidianos de conducta**. Siglo XXI, 1996, 9º edición, México
- ⁵ IMSS, SNTSS. **Contrato colectivo de trabajo, 1999 – 2001**. IMSS, 2000, México
- ⁶ UNAM División de estudios profesional Fac Psicología CU. **Antología metodológica, introducción a la psicología científica**. S/D, UNAM, México
- ⁷ McGuigan FJ. **Psicología experimental, enfoque metodológico**. Trillas, 1983, 3º edición, México
- ⁸ Campbell DT, Stanley JC. **Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social**. Amorrortu, 1973, Argentina
- ⁹ Bachelard G. **La filosofía del no, ensayo de una filosofía del nuevo espíritu científico**. Amorrortu, 1973, Argentina
- ¹⁰ Ferrán Aranaz M. **SPSS para windows, análisis estadístico**. Osborne McGraw-Hill, 2001, España
- ¹¹ IMSS Subdirección General Médica, Coordinación de Psiquiatría y Salud Mental. **Plan general de psiquiatría y salud mental**. IMSS, 1987, México

ELABORACIÓN DE RELATORÍAS PSICOANALÍTICAS DE SESIONES DE GRUPO CON PACIENTES PSICÓTICOS

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

El propósito de la investigación consistió en generar, probar y analizar un protocolo para <elaborar relatorías psicoanalíticas de grupo con pacientes psicóticos> que permitiera recabar información de lo sucedido en la clínica grupal, dando énfasis a lo escuchado y lo observado en el vínculo grupal, desde la óptica psicoanalítica, ya que esta perspectiva, pone el acento en las formaciones grupales promovidas por el <inconsciente y la realidad psíquica> que estructuran la experiencia clínica, por lo que se considera necesario hacer un registro y transcripción de las sesiones, para finalmente analizarlas e interpretarlas. Genéricamente el formato se denominó <Protocolo de registro de sesiones de grupo>, y en su especificidad se le asignó el título de <Relatorías psicoanalíticas de sesiones de grupo con pacientes psicóticos>. El protocolo permite informar los sucesos clínicos básicos que se podrían observar, escuchar, analizar e interpretar en los tratamientos grupales.

DISEÑO DEL PROTOCOLO

El protocolo quedó constituido con siguientes las categorías <los temas, la relatoría, los procesos grupales, la transferencia-contratransferencia, la intervenciones terapéuticas y la supervisión>, El diseño de la investigación fue descriptivo, correlacional y explicativo, como lo proponen Hernández, Fernández y Batapista (1998).

METODO

El protocolo se puso a prueba con tres grupos de pacientes psicóticos, que cumplieron los requisitos de inclusión. De un total de 39, se seleccionaron a 22 participantes de ambos sexos, los cuales se distribuyeron en dos grupos, el A y el B con 11 participantes cada uno, y un tercer grupo el C que se constituyó con 15 participantes de los grupos previos que solicitaron continuar el tratamiento. Los participantes estaban exentos de daño orgánico cerebral. Todos tenían la capacidad de comunicarse verbalmente, eran capaces de seguir instrucciones básicas y se encontraban bajo control médico psiquiátrico. Además ninguno se encontraba bajo un estado de crisis que irrumpiera el tratamiento, con agresiones físicas o intentos suicidas

TECNICA UTILIZADA

El trabajo clínico se llevó a cabo en la modalidad de la <psicoterapia de grupo>. El encuadre fue psicoanalítico donde se expresó la regla de la

<libre asociación de los pacientes y la abstinencia por parte de los integrantes del grupo y analista de toda relación no exigida por la escucha>. Se elaboró un contrato terapéutico de 10 sesiones por grupo con tres etapas de inicio, desarrollo y cierre, respectivamente. En total se registraron 30 sesiones y se cuenta con igual número de protocolos. Estos fueron analizados e interpretados, por rubro, por sesión, por grupo y finalmente, se hizo un escrutinio de los tres grupos para saber si el protocolo cubría con la teoría, el método y la supervisión psicoanalítica.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados principales sustentaron que el protocolo fue suficiente para elaborar "relatorías psicoanalíticas con pacientes psicóticos", y que cumplió con los criterios del método psicoanalítico de grupo. Además posibilita la evaluación y seguimiento del tratamiento. Se concluye que el tratamiento tiene un costo beneficio, que consiste en atender a más pacientes en menor tiempo, también prevé las crisis y recaídas e informa los avances terapéuticos. Además puede utilizarse con otras nosologías en grupos con Sida, alcohólicos, adictos, entre otros.

Mtro. Psicología Clínica

Javier Jaime Espinosa

Categoría: Psicólogo Clínico. Matrícula 5833361. Adscrito al Hospital Regional Psiquiátrico Morelos. Avenida San Juan de Aragón No. 311. Col San Pedro el Chico. Tel: 57 81 75 61 Ext. 123.

EL AUTOCONCEPTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Rosa Ma. Ruiz Venegas, Luciano E. Ruiz Barba
Samuel Jurado Cárdenas

En la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) el paciente sufre pérdida grave de la función renal con la afectación colateral de una serie de funciones metabólicas y endocrinas que normalmente están subordinadas a la integridad del riñón. Como consecuencia y producto de la evolución progresiva de la enfermedad, a menudo se presenta desnutrición grave, alteraciones metabólicas de los carbohidratos, grasas y proteínas, así como una utilización defectuosa de la energía. La IRC, causa también múltiples alteraciones biológicas, psicológicas y/o familiares, lo cual provoca un cambio en el estado físico y emocional de quien la padece.

Entre las causas de la IRC se encuentran enfermedades renales primarias, enfermedades sistémicas que involucran al riñón y las hereditarias (diabetes, hipertensión arterial, glomerulonefritis, quistes, urológicos y otros).

Para su tratamiento médico existen diferentes modalidades tales como: la hemodiálisis, trasplante renal, diálisis peritoneal, en las que cada una requiere de condiciones específicas para su atención.

Desde el punto de vista psicológico el diagnóstico de IRC repercute en aspectos cognitivos y emocionales del paciente, lo cual lleva a generar usualmente ideas catastróficas en general. Por lo anterior el objetivo del presente estudio fue determinar si existen diferencias en la descripción de la imagen que tienen de sí mismos (autoconcepto) entre un grupo de 17 pacientes con IRC y un grupo de 17 personas sin enfermedad física.

El procedimiento consistió en solicitar a todos los participantes que contestaran la escala de Autoconcepto de Tennessee. Los análisis estadísticos preliminares parecen indicar que los pacientes con IRC tienen mayores puntajes en autocrítica, conflicto y yo familiar. En tanto que los puntajes de la escala de identidad, yo físico y yo personal son bajos. En la escala de autosatisfacción y yo ético moral los puntajes son muy similares. En cuanto a las escalas empíricas, los pacientes con IRC tuvieron puntajes mayores en defensividad personal, mal ajuste general y neurosis. Llama la atención que los puntajes de la escala psicosis se observan por debajo de lo normal.

En general los pacientes con IRC informan experimentar mayor conflicto y vulnerabilidad, y no se observa desorden de la personalidad significativo.

Finalmente es importante mencionar que para el logro de un tratamiento integral hay que tener en cuenta no nada más el cuidado médico, sino también el psicológico a través de programas terapéuticos que incorporen la intervención clínica en las áreas de autoconcepto señaladas en el presente estudio.

Efectos del programa PAPI de estimulación temprana en infantes de 1 mes de edad con retraso en el desarrollo^a

Calabia-Márquez M,^b Mendoza-Zanella RM,^c Vázquez-Cortes R,^d
Gerardo-Chong KI,^e Escobar-Cosme SE.^f

Investigador principal Michel Calabia Márquez

E-mail michel_calabia@hotmail.com

Teléfono 5724 5900 extensión 2107 Hospital General
Gaudencio González Garza del Centro Médico
Nacional La Raza del IMSS, Sábados y domingos

Adscripción Higiene Mental del Hospital General Gaudencio
González Garza del Centro Médico Nacional La
Raza del IMSS, Sábados y domingos

^a Registrado ante el IMSS, en el Hospital General Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS

^b Psicoanalista Infantil y Psicólogo Clínico del Hospital General Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS

^c Neonatóloga del Hospital General Gaudencio González Garza del centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS

^d Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 13 del IMSS

^e Trabajadora social del Hospital General Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS

^f Psicóloga clínica del Hospital General Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional "La Raza" del IMSS

Introducción

La O.M.S. considera que 15% de los niños en el mundo padecen de algún tipo de trastorno del desarrollo, donde 41% se generaron en el período perinatal¹ y desembocan en secuelas motoras al término del segundo año de vida²

Se observan modificados los patrones normales de desarrollo de la actividad motriz espontánea,³ y aunque no siempre reportados, también se altera el lenguaje (expresivo y receptivo), cognición (aprendizaje), sentidos (principalmente visual y auditivo), y las esferas emocional y social;⁴ es decir lo que se denomina desarrollo psicosocial⁵

Es frecuente que la detección, el diagnóstico y la atención de lesiones neurológicas invalidantes se realicen tardíamente, cuando ya se han establecido secuelas y las capacidades plásticas del sistema nervioso no son las mejores⁶

Diversos autores han demostrado que aquellos neonatos críticamente enfermos, que reciben un programa de estimulación temprana aplicado lo más tempranamente posible tienen una menor incidencia de retraso en el desarrollo y presentan calificaciones más altas en los índices físicos y mentales que los grupos control a los 12, 24, 36 y 42 meses de edad corregida⁷

En éste estudio intentamos apoyar la idea que desde el cuarto mes se manifiesta mejoría si reciben estimulación temprana

En México se han elaborado diversos programas de intervención temprana dirigidos a niños con daño o probable daño neurológico.^{8 9 10 11 12 13}

El **Programa de atención psicológica a infantes con daño y/o disfunción neurológica perinatal, y/o retraso en el desarrollo (PAPI)**, aplicado en este estudio, está basado en la psicología preventiva, la cual busca la promoción y/o mantenimiento de estilos de vida y formas de interacción familiar y social que favorezcan de manera eficaz el bienestar psicológico del individuo¹⁴

El programa PAPI se aplica en un hospital de tercer nivel del DF, y el cual tiene como objetivo general:

“La Promoción y mantenimiento de la salud mediante la prevención de alteraciones o trastornos, o en su caso, la detección y manejo precoz y oportuno de estas disfunciones; apoyando el incremento del CI, la vinculación afectiva, el aspecto motivacional, el lenguaje, el desarrollo psicomotriz y social”¹⁵

Para ello se basa en el control sistemático del desarrollo infantil,¹⁶ buscando la regulación biológica en el primer año de vida, la interacción diádica armónica, la formación de vínculos y un mayor bienestar familiar con mejor calidad de vida¹⁷

Considerando que es una actividad del Psicólogo Clínico la evaluación del efecto psicológico de sus acciones curativo rehabilitatorias,¹⁸ entonces la presente investigación desea conocer el impacto en los usuarios del programa PAPI al cuarto mes de vida de los infantes que lo han vivido

Planteamiento del problema. Conocer si el programa está funcionando con los pacientes, y por ello la pregunta es: ¿Infantes de un mes de edad con retraso en el desarrollo mejoran al cuarto mes de edad con el programa PAPI?

Material y métodos

El universo de estudio estuvo constituido por todos aquellos infantes captados entre el 1 de enero del 1999 y el 31 de julio del 2001, y de 1 mes de

edad, derivados por el servicio de neonatología del hospital o por el Hospital de Gineco Obstetricia del mismo centro médico, que obtuvieron en el test VANEDELA una calificación de 7 o menos, que aceptaron los padres el tratamiento y aplicar el programa en sus hijos. No se incluyeron a quienes presentaron retraso general del desarrollo, recibieron otro tipo de estimulación temprana o rehabilitación física, síndrome de Down, cianosis o epilepsia no controlada. Se excluyeron a quienes por cualquier motivo, no recibieron el programa de estimulación temprana por 15 días consecutivos. Así la muestra se obtuvo por medio del proceso de muestreo de casos consecutivos¹⁹ y que se captaran en las fechas señaladas.

Diseño. Por consideraciones éticas, -no atender a un grupo de pacientes-, no se creó un grupo control, y por ello no se pudo diseñar un estudio experimental, y se pasó a un estudio cuasiexperimental (diseño “de retazos”),²⁰ prolectivo, prospectivo, y longitudinal, siendo un estudio unilateral con zona de rechazo a la derecha para los puntajes de las Conductas del Desarrollo (CD), e izquierda para los puntajes de los Signos de Alarma (SA), con un nivel de significancia del 0.05

Para alcanzar el objetivo del estudio de poder valorar los resultados del programa PAPI de estimulación temprana en infantes de 1 mes de edad con retraso en el desarrollo al alcanzar estos los 4 meses de edad, se aplicó como análisis estadístico de la información, la prueba de los rangos de Wilcoxon y el coeficiente de correlación de Spearman²¹ y las hipótesis de trabajo fueron:

H₁= Si se aplica un programa de estimulación temprana con duración de 3 meses a infantes de 1 mes de edad con retraso en el desarrollo entonces habrá una diferencia significativa entre los puntajes de la hoja de CD del pretest (1 mes de edad) y posttest (4 mes de edad) en el test de VANEDELA, siendo mayor el puntaje en el posttest

H₂= Si se aplica un programa de estimulación temprana con duración de 3 meses a infantes de 1 mes de edad con retraso en el desarrollo entonces habrá una correlación significativa entre los puntajes de la hoja de CD del pretest (1 mes de edad) y posttest (4 mes de edad) en el test de VANEDELA, siendo mayor el puntaje en el posttest

H₃= Si se aplica un programa de estimulación temprana con duración de 3 meses a infantes de 1 mes de edad con retraso en el desarrollo entonces habrá una correlación significativa entre los puntajes de la hoja de SA del pretest (1 mes de edad) y posttest (4 mes de edad) en el test de VANEDELA, siendo menor el puntaje en el posttest

El objetivo fue identificar las modificaciones de CD y SA, donde en CD se esperó una diferencia significativa entre pretest y posttest, así como una correlación positiva en CD y en SA una correlación negativa

Variables en estudio

* Estimulación Temprana. Es un método que utiliza técnicas rehabilitatorias que se aplicaron del primer mes hasta el cuarto mes de vida por la madre o cuidador, con el fin de evitar que se desarrollen deficiencias o que las ya establecidas perjudiquen en mayor medida la evolución o maduración del desarrollo psicosocial alterado o retrasado

* Desarrollo psicosocial, medido a través de la puntuaciones obtenidas por los infantes en el test Valoración Neuroconductual del Desarrollo del Lactante,²² a través de la Hoja Gráfica de las Conductas del Desarrollo del Lactante (CD) , y la Hoja de Registro de Signos de Alarma (SA) , ambas aplicadas al 1 y 4 mes de vida de los infantes

Instrumento de valoración.

El Test de Valoración Neuroconductual del Desarrollo del Lactante (VANEDELA), consta de 4 formatos que dan cada uno una calificación y son: a) Hoja de somatometrías, b) Hoja gráfica de las conductas del desarrollo del lactante (CD), c) Hoja de registro de reacciones del desarrollo (RD), d) Hoja de registro de signos de alarma (SA); y donde la Hoja CD presenta las características²³ mencionadas en el cuadro 1, que hablan de la excelente sensibilidad (probabilidad de que la prueba resulte positiva cuando el individuo realmente tiene el desarrollo) y de la buena especificidad (probabilidad de identificar a quienes presentan retraso)²⁴

Y aunque el test tiene cortes para las edades de 1, 4, 8, 12, 18 y 24 meses, sólo se utilizaron las del 1 y 4 mes. La hoja de CD consta para cada corte de 10 reactivos, y tiene los siguientes criterios de calificación: Normal si obtiene 10 puntos, Dudoso si obtiene 8 o 9 puntos, Anormal si obtiene 7 o menos puntos

La hoja de SA son datos que pueden ser observados durante la evaluación de la hoja CD, y se asocian habitualmente a alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso, por lo que se denominan de “alarma” señalando una posible alteración de las funciones nerviosas.

Se registra en la hoja de SA solamente aquellos cuya frecuencia y fácil observación permiten reconocerlos sin dificultad, y si se presentan para la edad señalada.

Resultados

La aplicación de la estadística descriptiva (cuadro 2) permitió detectar que la mayoría de los padres contaban con estudios de secundaria o preparatoria, y tenían percepciones mensuales promedio de 3764.13 pesos

Se observa que el rango en el primer mes en CD fue de 3 a 7 pts., y al cuarto mes fue de 4 a 10. Mientras que en SA al primer mes era de 0 a 14 y llegó de 0 a 10 pts.

La media en las semanas de gestación fue de 35.63, y el rango de 28 a 40 semanas

En el análisis inferencial se aceptaron las 3 hipótesis de trabajo

Se obtuvieron 32 casos (cuadro 3), donde en la CD resultó una correlación positiva de .534 y en SA una correlación de -.421

También se obtuvo una diferencia significativa entre el pretest y el posttest (cuadro 4 y 5)

Discusión

Los resultados son satisfactorios porque apoyan de diferentes maneras la hipótesis de que la estimulación temprana favorece el desarrollo psicosocial de los pacientes cuando estos al mes ingresan al programa con un retraso en el

desarrollo y al cabo de 3 meses (4to mes de edad) ya obtienen resultados positivos

Porque se acepto la hipótesis 1, lo que implica que en el postest el desarrollo fue mayor en el grupo, y que si no funcionara el programa se podría esperar una calificación en el postest semejante al pretest o hasta menor si pensamos que los problemas de retraso en el desarrollo en el primer mes podrían afectar negativamente el desarrollo de los meses posteriores

Porque se acepto la hipótesis 2 que significa que la correlación de las conductas de desarrollo aumento de manera paralela en la mayoría de los casos, lo cual implica que no fue por algunos casos, sino por el conjunto de ellos y de manera constante

Porque se acepto la hipótesis 3 que significa que desminuyo a la par los signos de alarma

Algunos de los factores de riesgo para el retraso en el desarrollo son tener muchos hijos, problemas económicos, carencia de servicios médicos, baja escolaridad principalmente de la madre, y que en esta investigación ninguno de estos factores de riesgo estuvo presente, lo cual seguramente también influyo en los resultados positivos

Dentro del programa “PAPI” se detecto y trabajo de manera especial la relación madre-hijo, en la cual detectamos alteraciones (madres muy ansiosas, con disminuido apego al hijo, brusquedad en el trato, problemas de comunicación donde la madre no entendía los mensajes del hijo como por ejemplo de cansancio y decía que era llorón) que fueron objeto de trabajo intenso, lo cual favoreció una adecuada díada madre-hijo y consideramos mejoro la relación mutua y el compromiso por parte de la madre para aplicar el programa de manera adecuada

Cuadro 1			
Sensibilidad y especificidad del VANEDELA en sus CD			
Estadísticos	Mes 1 4		Significado
Sensibilidad	.91	1.00	De cada 100 casos captados con desarrollo por la CD, 91 y 100 tienen realmente el desarrollo
Especificidad	.73	.68	De cada 100 casos captados con retraso por la CD, 73 y 68 tienen realmente el retraso

Cuadro 2 Estadística Descriptiva								
	N	Míni- ma	Máxi- ma	Media	Rango	Me- dian a	Varianza	Desvia- ción Estandar
CD 1 mes	32	3	7	6.03	4	6	1.392	1.18
SA 1 mes	32	0	14	4.90	14	4	8.167	2.86
CD 4 mes	32	4	10	6.90	6	7	3.310	1.82
SA 4 mes	32	0	9	3.93	9	4	5.281	2.30
Semanas de Gestación	30	28	40.4	35.63	12.4	36	11.803	3.43
Ingresos Familiares Mensuales	29	1000	10000	3764.13	9000	3000	4819296.5 52	2195.28
Años de estudio de la madre	29	0	16	10.00	16	10	11.695	3.42
Años de estudio del padre	29	2	19	10.41	17	11	12.251	3.50
Número de hermanos	29	0	5	1.34	5	1	1.734	1.32

Cuadro 3				
Correlación de Spearman, del pretest y posttest en el VANEDELA en los Signos de Alarma (SA) y Conductas de Desarrollo (CD), al primer y cuarto mes de edad				
	CD		SA	
	1 mes	4 mes	1 mes	4 mes
CD 1 mes	1.000	.534**	-.263	-.046
CD 4 mes	.534**	1.000	-.367*	-.315*
SA 1 mes	-.263	-.367*	1.000	-.421**
SA 4 mes	-.046	-.315*	-.421**	1.000
* Correlación significativa a nivel del .05 con una cola				
** Correlación significativa a nivel del .01 con una cola				

Cuadro 4				
Prueba de los Rangos de Wilcoxon				
Rangos				
		N	Rango promedio	Suma de rangos
VANEDELA 4 mes - VANEDELA 1 mes	Rangos Negativos	5 ^a	9.30	46.50
	Rangos Positivos	19 ^b	13.34	253.50
	Empates	8 ^c		
	Total	32		
a VANEDELA 4 mes < VANEDELA 1 mes				
b VANEDELA 4 mes > VANEDELA 1 mes				
c VANEDELA 1 mes = VANEDELA 4 mes				

Cuadro 5	
Estadísticos de contraste ^b	
	VANEDELA 4 mes - VANEDELA 1 mes
Z	-3.009 ^a
Sig. asintót. (bilateral)	.003
a Basado en los rangos negativos.	
b Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon	

Referencias.

-
- ¹ Alvarado-Ruiz GA. **Daño neurológico de origen perinatal**. I Congreso de psicología clínica del IMSS; 1997 oct 6-10; México.
 - ² Rivera-González IR. **Signos neurológicos de origen perinatal dentro de un modelo de seguimiento del desarrollo**. I Congreso de psicología clínica del IMSS; 1997 oct 6-10; México.
 - ³ Rivera-González IR. et. al.
 - ⁴ Arines-Angeles G. **Detección de alteraciones en el desarrollo en niños de 1 a 24 meses de edad en una comunidad del estado de morelos**. Tesis Maestría en rehabilitación neurológica, UAM, 1998.
 - ⁵ Atkin-Lucille C. **Paso a paso**. México: Pax México-Unicef; 1987
 - ⁶ Benavidez-González HM, Tesch-Knoch S. **Sistematización de signos tempranos neurológicos para estimulación temprana específica**. Salud mental, 1985;27:375-83.
 - ⁷ Chávez-Torres R, Islas-Ortega MT. **Efectos de la participación materna inmediata en el desarrollo neurológico del recién nacido críticamente enfermo en el Hospital General, Centro Médico "La Raza"**. México:IMSS. S/D
 - ⁸ Calabia-Márquez M. **Programa de atención psicológica a infantes con daño y/o disfunción neurológica perinatal, y/o retraso en el desarrollo (PAPI)**. México: IMSS; 1996. Inedito
 - ⁹ Del Rio N, Ballesteros B. **Programa de intervención temprana para niños con daño neurológico 1**. México: Universidad autónoma metropolitana; 1992.
 - ¹⁰ Del Rio N, Ballesteros B. **Programa de intervención temprana para niños con daño neurológico 2**. México: Universidad autónoma metropolitana; 1992.
 - ¹¹ Del Rio N, Ballesteros B. **Programa de intervención temprana para niños con daño neurológico 3**. México: Universidad autónoma metropolitana; 1992.
 - ¹² Del Río N. **Creciendo juntos, un modelo de intervención temprana para prevenir alteraciones del desarrollo basado en el sistema madre-hijo**. México: Universidad Autónoma Metropolitana-UNICEF; 1999.
 - ¹³ Benavides, H. **Programa de estimulación neuromotora**. SSA Instituto nacional de perinatología, 1988, México
 - ¹⁴ Hernández-Guzmán L, Sánchez-Sosa JJ. **Prevención primaria del deterioro psicológico: factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo**. Revista mexicana de psicología, 1991;8:83-90.
 - ¹⁵ Calabia-Márquez M. et. al.
 - ¹⁶ Vidal-Lucena M, Díaz-Curiel J. **Atención temprana, guía práctica para la estimulación del niño de 0 a 3 años**. ed. Madrid: CEPE;1990.
 - ¹⁷ Del Rio-Lugo N. **Intervención temprana, dinámica teórico-metodológico de un modelo de atención a la salud**. México: Universidad autónoma metropolitana; 1992.
 - ¹⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social (México). **Contrato colectivo de trabajo 1995-1997**. México: Instituto Mexicano del Seguro Social;1996.
 - ¹⁹ Cummings S. Diseño de la investigación clínica. En: Elección de los individuos que participan en el estudio: especificación y muestra. Barcelona España: Ediciones DOYMA; 1983.

²⁰ Campbell T. Donal, Stanley C. Julia. **Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social**. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1973.

²¹ Siegel Sidney y Castellan N. Joh. **Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta**. México: Trillas, 4 ed; 1995.

²² Benavides H., Sánchez MC, Mandujano MA, Rivera IR, Arines G. **Valoración neuroconductual del desarrollo del lactante**. (CBS) Universidad autónoma metropolitana (Xochimilco), México, segunda edición, 1999

²³ Benavides-González HM, Fernández-Carrocer LA, Venta-Sobero JA, Bravo-Cabrera Z, Ibarra-Reyes MP y Barroso-Aguirre J. **Utilidad de una valoración neuroconductual de tamiz en el primer año de vida**. Perinatol Reprod Hum, Vol. 3, No. 4, 1989, p 193-8

²⁴ Benavides-González HM, Fernández-Carrocer LA, Venta-Sobero JA, Bravo Cabrera Z, Ibarra-Reyes MP y Barroso-Aguirre J. et. al.

EFFECTO DE LOS ESTRÓGENOS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Virgen Enciso M*, Barrios De Tomasí E*, Juárez. J. Instituto de Neurociencias Universidad de Guadalajara.

Existen evidencias de que el consumo del alcohol tiene efecto sobre los niveles de hormonas circulantes, pero se han efectuado pocos estudios que evalúen el efecto de las hormonas en la ingestión de alcohol, los cuales además son contradictorios. El experimento se llevó a cabo en dos fases: En la primera se eligieron 16 machos, 8 se castraron. A los 16 se les aplicó 5 µg de Benzoato de estradiol día/macho (por 8 días). Únicamente en la primera fase el alcohol fue adicionado con azúcar. En la segunda etapa se usaron 10 machos, a todos se les castró y se les aplicó 5 µg de benzoato de estradiol (BE) o 0.05 ml. De aceite, día/macho (por 8 días) en forma contrabalanceada. Se midieron consumos de alcohol, total de líquidos, consumos en los ciclos de luz-oscuridad, frecuencia de accesos a los bebederos, además de consumo de alimento y aumento de peso corporal en ambos experimentos los sujetos fueron expuestos al alcohol en condición forzada y voluntaria. El efecto más evidente fue una disminución en el consumo de alcohol durante el tratamiento con BE. Este efecto presentó variaciones dependientes de la condición gonadal de los machos y del tipo de exposición (voluntario o forzado). El consumo de cualquier líquido, en ambos experimentos fue significativamente mayor en la fase de oscuridad; cuando se aplicó estradiol se redujo el consumo del alcohol en esta fase lo cual fue más evidente durante la exposición voluntaria en la segunda fase del experimento, sin afectar el consumo de agua

Los datos apoyan que el BE tiene un efecto inhibitorio en el consumo de alcohol, lo cual podría estar asociado a la acción de los estrógenos sobre el sistema opioide y reducen el número de accesos al alcohol, pero no su distribución durante el día. Además se comprobó que el estradiol inhibe la ingestión de alimento y detiene el aumento del peso corporal en ratas macho.

EFFECTIVIDAD DE GRUPOS TERAPÉUTICOS EN PACIENTES CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS.

AUTOR.

DRA. LIDUVINA GONZÁLEZ HERRERA

LIC. PSIC. ADRIANA ALVAREZ GONZALEZ

LIC. T. S LOURDES PÉREZ ISLAS

RESUMEN

Desde los años sesenta las adicciones han mostrado un crecimiento acelerado y desde entonces hay una constante preocupación tanto por el fenómeno en sí, como en la búsqueda de soluciones.

El tratamiento del adicto es complicado y difícil; las investigaciones dan cuenta de resultados parciales y algunos autores se refieren al fenómeno como un desorden psiquiátrico de recaídas crónicas, dando cuenta las estadísticas de 38% de recuperación, 8% de abandono y 50% de recaídas.

En el IMSS no se tiene referencia de programa de atención integral al problema de trastornos por uso de sustancias. Se ha visto aumentar el número de ingresos y reingresos a hospitalización, a donde van a desintoxicarse, lo cual no es suficiente persistiendo la necesidad de implementar soluciones que sean mas efectivas y se logre la remisión del problema. Tras hacer el diagnóstico y realizar la intervención farmacológica desde su internamiento, se puede dar inicio a la psicoterapia individual y grupal, con un adecuado seguimiento; la intervención terapéutica grupal, al tratar de incidir en los conflictos personales no resueltos en corto tiempo y en forma grupal, busca optimizar los recursos, disminuir las recaídas, e implementar modelos de evaluación y de abordaje grupal en los trastornos por uso de sustancias en centro comunitario de salud mental del IMSS.

Hipótesis: Los pacientes que se incluyen en los grupos terapéuticos para trastornos por uso de sustancias muestran mejores índices de recuperación y remisión de la adicción que aquellos que reciben solo farmacoterapia.

Metodología: En el año 2002 los pacientes que ingresaron a la clínica de trastornos por uso de sustancias con diagnóstico de intoxicación, abstinencia y/o dependencia, inclusive con síntomas psicóticos se incluyeron en el protocolo. Los pacientes se manejaron de acuerdo al cuadro clínico y se comenzó a trabajar en ellos la conciencia de enfermedad incluyéndose en los grupos terapéuticos en proceso de psicoterapia grupal una vez dados de alta. Se compararon resultados de los pacientes que solo continuaron con farmacoterapia.

Resultados: Hubo disminución de reingresos y recaídas en los pacientes que fueron incluidos en los grupos terapéuticos. Los reingresos disminuyeron en más de un 50% y las deserciones al grupo fueron mínimas así como los abandonos de tratamiento. Se logró adherencia terapéutica y mayor apoyo y compromiso familiar al ver los resultados en los pacientes.

Conclusiones: los grupos terapéuticos son una estrategia útil como parte del tratamiento de los pacientes con trastornos por uso de sustancias, al lograr menores índices de reingresos y recaídas, así como mayor cumplimiento de los planes de tratamiento.

LA AUTOPSIA PSICOLOGICA

Dr. Carlos Coronel Caballero Email: **coca5050@aol.com**
Adscripción: Hospital Regional No 20
Dirección: Blvd Díaz Ordaz esquina Lázaro Cárdenas Tijuana BC
Delegación: Baja California
Teléfonos: 664—6 29 63 50 al 59 Fax: 6 29 63 61 y 64

La Psiquiatría Forense es la rama que determina el Estado de Salud Mental de una persona en el momento de la comisión del delito; esta dificultad se acrecienta si ha transcurrido algún tiempo; mas compleja aun es cuando se trata de determinar el Estado Mental de una persona ya fallecida en el momento de su muerte o un periodo determinado de su vida.

Se define el concepto de Necropsia Psicológica, así como la Metodología y Protocolo para realizar la investigación, su Utilidad y Aplicaciones, desde su origen en los años cincuentas en California cuando empezó a utilizarse buscando un acercamiento a la comprensión de las circunstancias que rodearon la muerte de un individuo, investigando retrospectivamente sus características de personalidad y las condiciones que tuvo en vida. En esencia es la reconstrucción de los rasgos mas sobresalientes de la vida de un individuo para obtener una comprensión psicológica acerca de quien era, por que de algunas situaciones se presentaron en su vida.

También puede aplicarse a la investigación de muchos eventos en la vida de una persona, por ejemplo biografías de grandes personajes muchas veces contienen datos que analizados psicológicamente podrían explicar conductas o acciones significativas durante su vida.

También puede aplicarse en estudios de victimologia, con una utilidad diversa; por ejemplo para establecer hasta que punto el occiso pudo provocar las circunstancias en las que murió, colocándose en una situación que podría haber evitado. También puede ser un instrumento de gran valor al establecer políticas de prevención en suicidio, homicidio o accidentes.

Finalmente el estudio psicológico de una víctima de suicidio y el esclarecimiento de sus circunstancias mentales al momento de su muerte pueden arrojar datos terapéuticos para familiares y allegados, e incluso para la comunidad.

Bibliografía:

Healey,K,Smith (1998) Batterer Intervention:Programme Approaches and Criminal Justice Strategies.Washington,DC: US Departament of Justice Programs,National Institute of Justice.

Iwi,K (2000) Working Towards Safety,vol 1 London:Domestic Violence Intervention Project.

Rasanen P (1998) Schizophrenia,alcohol abuse and violent behavior: a 26 year follow-up study of an unselected birth cohort. Schizophrenia Bulletin,24,437-441

Garcia Perez, T La autopsia psicologica como metodo de estudio del suicida.Congreso Internacional de Ciencias Forenses Oct.1993

Garcia Perez ,T La autopsia psicologica como metodo de estudio de las victimas de homicidio. Encuentro Internacional de Técnicas Criminalistas, 1995

DETECCIÓN DE PERSONAS SIMULADORAS A TRAVÉS DEL MMPI – 2 EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EXTERNOS.

Lic. en Psic. G. Leticia Martínez Montemayor * Dr. Jorge Iván Gámez Nava **

* Psicología Clínica . Dpto. de Medicina Interna . ** Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. Hospital de Especialidades CMNO. IMSS , Guadalajara, Jal.

Introducción. La simulación o fingimiento es objeto de estudio en diversas investigaciones. En forma experimental estudiantes universitarios responden al Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota revisado (MMPI – 2) en dos modalidades : con instrucciones normales y que finjan tener psicopatología ó que están muy bien adaptados , sus puntajes se comparan posteriormente con los obtenidos por pacientes psiquiátricos . A partir de estas investigaciones se han obtenido puntuaciones de corte en las escalas de validez que distinguen a los sujetos simuladores de los honestos, sin embargo no ha habido estudios donde se apliquen dichos criterios a poblaciones psiquiátricas externas. También se han creado escalas específicas que identifican a quienes fingen psicopatología , pero aún no han sido validadas en nuestro país.

Objetivo: Comparar los perfiles del MMPI–2 producidos por pacientes psiquiátricos externos , honestos , con aquellos que simulan estar mal ó bien .

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal comparativo con una población de 81 pacientes (40 hombres y 41 mujeres) con diagnóstico de diferentes trastornos mentales no psicóticos , de los servicios de psiquiatría , medicina del trabajo y medicina interna de los Hospitales General de Zona 14 y de Especialidades del CMNO , durante julio de 1997 a junio de 2002 . La edad de los pacientes se encontraba en un rango de 18 a 59 años y la escolaridad entre 6 y 21 años . La edad promedio de las mujeres fue de 31.2 ($\pm$ 8.8) y para los hombres fue de 37.3 ($\pm$ 11.3) años . La escolaridad para ambos fue de 12.2 años ($\pm$ 3.2). Se aplicó la versión traducida al español del MMPI – 2 individualmente en la consulta externa posterior a la entrevista clínica en un tiempo promedio de 2 hrs. 30 min. Fue calificado por psicólogas adiestradas en la prueba.

Análisis estadístico : se realizó a través de estadística descriptiva y prueba “ t “ de Student a 48 escalas y 2 índices para comparar los grupos por 2 variables independientes : sexo y grupo de clasificación (honestos y simuladores)

Resultados. En las escalas básicas los puntajes más elevados son de los pacientes que simulan estar mal . Al compararlos con los honestos las escalas que resultaron significativas ($p < 0.05$) en ambos sexos son las escalas 4 (Dp) , 6 (Pa) , 7 (Pt) , 8 (Es) y 0 (Is) ; en los hombres además la 5 (Mf).

En las escalas de contenido , con excepción de las escalas de miedos (MIE) y pensamiento delirante (DEL) , sólo para las mujeres incomodidad social (ISO) y para los hombres preocupación por la salud (SAU) , el resto de las escalas se elevaron significativamente .

En las escalas suplementarias son semejantes los perfiles de hombres y mujeres , Con excepción de las escalas hostilidad reprimida (Hr) e inconsistencia en las respuestas verdaderas (Inver) que sólo son significativas en las mujeres , en el

resto de las escalas coinciden las que son significativas y las que no lo son para ambos sexos.

En quienes simulan estar bien con excepción de las escalas 1 (Hs) , 3 (Hi) y 5 (Mf) todas las escalas básicas resultaron significativamente más bajas en las mujeres .

Todos los puntajes de las escalas de contenido y suplementarias de este mismo grupo estuvieron dentro de la normalidad clínica . En la mayoría de las escalas la diferencia es significativa respecto a los pacientes honestos.

Se estableció un puntaje de $T \geq 70$ en la escala F (p) para compararla con las escalas de validez que identifican a los simuladores . Esta clasificó correctamente al 90 % (9/10) y 100% (12/12) de mujeres y hombres que simulan estar mal , pero aún permanece sin identificar una cantidad igual de pacientes asignados a los otros grupos

Conclusiones . El MMPI – 2 es un instrumento confiable para discriminar entre los pacientes psiquiátricos externos a las personas que simulan de quienes son honestos al responder un inventario autodescriptivo . Debe incluirse para ello el análisis de las puntuaciones obtenidas en las escalas de inconsistencia para descartar respuestas al azar o por confusión mental .

Los resultados muestran semejanzas con los datos de estudios experimentales reportados previamente , en lo que se refiere a las escalas básicas.

Se requiere validar con la población mexicana la escala F (p) para su uso confiable sola , como estándar de oro , o en combinación con las otras escalas de validez que han probado su eficacia para la detección de simuladores.

Mtra. G. Leticia Martínez Montemayor. *

Dpto. Medicina Interna . Hospital de Especialidades .

Centro Médico Nacional de Occidente . Delegación Jalisco

Belisario Domínguez 1000 C.P. 44340

Guadalajara, Jalisco , México.

Teléfonos : (01) 33 36 17 00 60 Ext. 31439

**MANEJO DE LA ANSIEDAD POR EL MEDICO DE PRIMER CONTACTO
REPORTE ESTADISTICO DE DOS AÑOS, UMF No. 168, IMSS, DELEGACIÓN JALISCO.**

Dra. María Teresa Martínez Barragán Colaboradores: Dr. A. Novoa Menchaca, Ma. Gpe. Ruvalcaba P, Ma. Gtz Paredes.

Planteamiento del problema (Justificación)

Los trastornos mentales se presentan como causa principal o asociada de atención médica en por lo menos el 20% de los pacientes que acuden a los servicios de atención primaria (3,4). Se considera que 2/3 partes de los pacientes que padecen depresión no solicita ayuda medica y de los que asisten, no lo hacen por esta causa (7). El porcentaje de detección y tratamiento de depresión en la atención primaria es bajo (40%), y el costo de este infradiagnostico supone, además del económico y en calidad de vida, ante todo una alta tasa de suicidios evitables que son inaceptables (19). El esquema de atención médica en unidades de primer nivel en la actualidad no ha logrado el impacto deseado sobre la problemática de salud mental que prevalece. Dado que el origen de los trastornos del estado de ánimo es multifactorial, el tratamiento debe ser multidisciplinario; consistente en proporcionar psicoterapia, enseñar al paciente técnicas de relajación e incorporar a platicas de orientación para obtener la salud mental; utilizando o no farmacoterapia. Si no es así; el paciente al suspender el fármaco y regresar a su vida conflictiva con la misma inmadurez; recae. La recurrencia es muy alta. 90% de los sujetos que han sufrido dos o más episodios depresivos experimentan un tercero (19). El presente trabajo es un reporte estadístico de los resultados obtenidos en pacientes ansiosos y deprimidos incorporados a los grupos de salud mental en un lapso de dos años. Los resultados son muy prometedores. Esperamos sirva de precedente para impulsar la formación de grupos de Salud Mental en Unidades de 1er. Nivel.

Objetivos

- Demostrar la efectividad terapéutica en los trastornos del estado de ánimo al integrar a los pacientes a los grupos de Salud Mental.
- Incidir en descentralizar la atención del paciente con trastornos afectivos, al mostrar los resultados obtenidos en los pacientes integrados al programa de Salud Mental en una unidad de 1er nivel.
- Dar a conocer una panorámica general del tipo de paciente que se integra a los Grupos de Salud Mental.
- Conocer el avance terapéutico de los pacientes deprimidos y ansiosos integrados a los Grupos de Salud Mental.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio: prospectivo, transversal, descriptivo, observacional. **Lugar:** Zona Tepatitlán, Jalisco. UMF No. 168, IMSS. **Tiempo:** De Marzo 2001 a Febrero del 2003. **Universo de estudio:** De un total de 222 pacientes ingresados al Grupo de Salud Mental. 164 cumplieron los requisitos y se incluyeron en el estudio. **Cronograma del programa de Salud Mental:** Se sesiona una vez por semana. Está estructurado en tres actividades diarias; destinándose 1 hora para cada una: 1).Psicoterapia grupal (Catarsis) 2). Terapias de Relajación Corporal, que consisten en ejercicios de relajación y meditación. 3). Platicas Educativas de Orientación para la Salud Mental. **Diseño:** Se utilizan dos herramientas diagnósticas: 1).- La Escala de Hamilton para evaluar la Ansiedad. 2).- La Escala de Depresión de Calderón. Las encuestas diagnosticas se aplicaron en forma individual ó colectiva en fechas especificas para valorar evolución. **Criterios de Inclusión:** Pacientes con padecimientos ansiosos, que acudan voluntariamente por ayuda que mantengan una actitud de respeto y discreción en el grupo, que tenga de 15 años en adelante, sin importar escolaridad ni nivel socioeconómico, que esté ó no

utilizando algún tipo de psicofármaco. **Criterios de Exclusión:** Que acudan en forma involuntaria al grupo, que padezca algún daño orgánico cerebral, que padezca alguna forma de Esquizofrenia, que pierda el respeto y la discreción en el grupo, que no complete el curso de Salud Mental, que tenga tipo de Personalidad Histérica y pacientes Alcohólicos o Drogadictos no rehabilitados. **Variables:** Sexo, Edad, Estado Civil, Escolaridad, Ocupación, Numero de psicofármacos utilizados. Calificación de Calderón previo y posterior al curso, Calificación de Hamilton previo y posterior al curso.

RESULTADOS:

Se estudiaron 164 pacientes. El 77% sexo femenino y 23% masculino. La edad osciló entre los 15 y 65 años; con una media de 38. El 59% fueron Casados, 21% Solteros, 10% Viudos, 7% Divorciados y 3% Unión libre. Escolaridad: 5% Nula, 31% Primaria incompleta, 24% Primaria, 26% Secundaria, 2% Carrera técnica, 9% Preparatoria, 3% Profesional. Ocupación: 35% Ama de casa, 29% Empleado, 13% ama de casa con una labor casera de remuneración económica, 7% Obrero, 6% Estudiante, 5% Campesino, 3% Pensionado, 1% Comerciante y 1% Técnico. Numero de psicofármacos utilizados: Ninguno 21.3%, Uno 37.8%, Dos 39.6%, Tres 1.2%.

ESCALA DE CALDERÓN	Previo al curso	Posterior al curso
Depresión Severa	51 pacientes	0 pacientes
Depresión Media	66 pacientes	8 pacientes
Reacción Ansiosa	40 pacientes	39 pacientes
Normal	7 pacientes	117 pacientes

$$X^2 : 70.39 \quad c/6 \text{ gl} = P > .001$$

ESCALA DE HAMILTON	Previo al curso	Posterior al curso
Sano	5 pacientes	109 pacientes
Leve	17 pacientes	50 pacientes
Moderada	53 pacientes	5 pacientes
Severa	43 pacientes	0 pacientes
Muy Severa	46 pacientes	0 pacientes

$$X^2 : 69.72 \quad c/8 \text{ gl} = P > .001$$

La asistencia varió entre 4 y 14 sesiones, con un promedio de 6.7 por paciente. Hubo oportunidad de valorar al 30% de los pacientes egresados a un lapso mayor de 6 meses en los que se encontró las siguientes calificaciones: Calderón- 23% Normal, 7% R. Ansiosa. Hamilton- 25% Sanos, 5% Leve.

CONCLUSIONES:

1).- Los resultados obtenidos en el estudio muestran gran significancia estadística, lo que comprueba el éxito alcanzado con la labor terapéutica y educacional impartida por el grupo de voluntariado en el manejo de ansiedad de la UMF No. 168 a lo largo de dos años. 2).- Los pacientes demandantes del servicio de Salud Mental fueron de todo tipo socioeconómico, cultural y cronológico. Demostrándose que todos estamos expuestos a padecer enfermedades ansiosas e igualmente ser beneficiados por el programa terapéutico-educacional impartido. 3).- Para lograr el impacto deseado sobre la problemática de salud mental que prevalece en la población en general resulta indispensable romper patrones de conducta asistencial, destinado mayor esfuerzo y recursos para el desarrollo de actividades en lugares más accesibles para los pacientes, promoviendo la activa participación del médico familiar en el primer nivel de atención mediante un previo adiestramiento y capacitación en Salud Mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Wells KB, Stewart A, Hays RD, y cols. The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1989; 262:914-919.
2. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*. 1992; 264:2524-2528.
3. Schulberg HC, Burns BJ. Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic, and treatment research directions. *General hospital Psychiatry*. 1988; 10:79-87.
4. Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatry disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45:1100-1106.
5. Shapiro S, Skinner Ea, Kessler Lg, y cols. Utilization of health and mental health services: tree epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry*. 1984; 41:971-978.
6. Manderscheid RW, Rae DS, Narrow WE, Locke BZ, Regier DA. Congruence of service utilization estimates from the epidemiologic catchment area proyect and other sources. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50: 108-114.
7. Williams, J. et al. Primary Care Physicians Approach to Depressive Disorders. American Medical Asociation, 1999. *Arch. Fam. Med* Vol 8 Jan/feb 1999 58-67.
8. Sartorius N: Psychiatry in the framework of primary health care: a threat or boost to psychiatry? *Am J Psychiatry* 1997; 154: 67-72
9. Thompson TL, Thomas MR: Teaching psychiatry to primary care internists. *Gen Hosp Psychiatry* 1985; 7: 210-213
10. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Manderscheid RW, Locke BZ, Goodwin FK: The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1- year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 85-94
11. Schurman RA, Kramer PD, Mitchell JB: The hidden mental health network: treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 89-94
12. Hartley D, Korsea N, Bird D, Agger M: Management of patients with depression by rural primary care practitioners. *Arch Fam Med* 1998; 7: 139-145
13. Jones LR, Parlour RR: The psychiatric role of the rural primary care practitioner, in *Psychiatric Services for Underserved Rural Populations*: New York, Brunner/Mazel, 1985, pp 92-102.
14. Jencks SF: Recognition of mental distress and diagnosis of mental disorder in primary care. *JAMA* 1985; 253: 1903-1907
15. Goldberg D: Integrating mental health in primary health care, in *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally ill*. Edited by Freeman H, Henderson J. London, Gaskell (Royal College of Psychiatrists), 1991, pp 115-126
16. Wang Q, Gong Y, Niu K: The Yantai model of community care for rural psychiatric patients. *Br J Psychiatry Suppl* 1994; 24: 107-113
17. Rittelmeyer LF Jr: Continuing education in psychiatry for physicians: report of a four-year experience. *JAMA* 1972; 220: 710-714
18. Balint M: *The Doctor, His Patient and the illness*. New York, International Universities Press, 1957

19. Williams JW, Mulrow CD, Kroenke K, Danad R, Badgett RG, Omori D et al. Case finding for depression in primary care: a randomized trial. *Am. J Med* 1999; 106: 36-43.
20. Ros R. & Sábat R. PNL. www.pnlnet.com
21. American Academy of Family Physicians. Board of Directors.
22. The Society of Teachers of Family Medicine Newslette. 1984; vol 4 N° 7 Nov/Dec. p. 3.

TEMPERAMENTO Y TABAQUISMO.

Macip-Lanzagorta Ximena Marcela,; Romero-Ogawa Teresita, Aguilar-Cortesano Julián, Lara Muñoz Ma. Carmen. Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la BUAP.

INTRODUCCIÓN: El temperamento es el centro biológicamente arraigado de la personalidad, es el conjunto de emociones que el individuo presenta ante experiencias externas e internas. Es moderadamente heredable y estable a lo largo de la vida sin tener en cuenta el aprendizaje sociocultural. Existen varios factores que han facilitado el inicio y la rápida difusión del tabaquismo. El tabaquismo es un problema de salud pública; la publicidad, imitación, curiosidad, convivencia son factores de riesgo.

OBJETIVO: Comparar rasgos de las dimensiones del Temperamento entre adolescentes de escuelas secundarias de la ciudad de Puebla que fuman y que no fuman.

MATERIAL Y METODOS: Se aplicaron “Cuestionario de estudiantes de Secundaria” e “Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger” a 573 adolescentes que cursaban el 3° de secundaria.

RESULTADOS: Al desglosar puntuaciones se encontraron diferencias en las dimensiones: búsqueda de lo novedoso y persistencia ($p < 0.05$) entre los fumadores valores mayores y estadísticamente significativos. Con respecto a las otras puntuaciones no hubo diferencias.

CONCLUSIÓN: Es de gran importancia conocer los factores que permiten evidenciar variables clínicas que se asocian al uso y/o dependencia al tabaco en adolescentes. La asociación entre el uso y/o abuso del tabaco con rasgos del temperamento como son búsqueda de lo novedoso o evitación del daño, se podrá precisar más directamente las estrategias de prevención y manejo de la adicción potencial.

Detección de síntomas psicopatológicos en población infantil y adolescente en un primer nivel de atención médico.

Nombre de los autores: Domínguez Alfaro Ma. Teresa, Caraveo Anduaga Jorge, Márquez Caraveo Ma. Elena.

Resumen:

Objetivos: 1) Determinar la frecuencia de síntomas psicopatológicos en la población infantil y adolescente que acuden a consulta general, y/o servicio asistencial en un centro de atención primaria (Centro de Salud). 2) Determinar la percepción de necesidad de servicios de salud mental para la población detectada como “casos probables” entre la población atendida. 3) Conocer la búsqueda de servicios de ayuda para la población determinada.

Método: estudio descriptivo, transversal, con información retrospectiva parcial. Sujetos de estudio: niños de 4 años hasta adolescentes de 16 años, ambos sexos, con necesidad de atención asistencial o enfermedad médica, que acudieron al Centro de Salud “Dr. Manuel Escontría” en México, D.F. Se entrevistó a los padres de estos sujetos pediátricos, que aceptaron voluntariamente participar, contestando el RQC modificado y el Cuestionario Socioeconómico, en el período de diciembre de 2001 a enero de 2002.

Resultados: se obtuvo un total de 136 pacientes (niños y adolescentes con rango de 4 a 16 años), edad promedio de 8.38. El 12.5% (17 sujetos) de la muestra no presentaron ningún síntoma, mientras que el 87.5% (119 sujetos) presentaron de 1 a 5 síntomas. Del 16 al 30% de los sujetos sintomáticos tienen mayores probabilidades de cursar con un problema de salud mental. Síntomas más frecuentes encontrados: inquietud, irritabilidad, déficit de atención, nerviosismo, desobediencia, explosividad, lento aprendizaje, enuresis nocturna, negación para trabajar en la escuela, lenguaje anormal. En ninguno de los casos, excepto los que presentaron un motivo de consulta específico de problemas de conducta de salud mental 1.48% (2 sujetos), los médicos detectaron que existiera algún problema. Los familiares principalmente la madre, solamente en aquellos menores que presentaron mayor número de síntomas consideraron que necesitaban ayuda. Una proporción del 28.6% recibió algún tipo de ayuda, logrando mínimas modificaciones.

Conclusiones: se determinó la frecuencia de los síntomas psicopatológicos, identificándose los “casos probables”. La búsqueda

de apoyo en estos niveles queda tangencialmente considerada en el aspecto preventivo de la salud mental a nivel de niños y adolescentes. Continuaremos insistiendo en la necesidad de enfocar estudios hacia la epidemiología psiquiátrica infantil. Los estudios de prevalencia son de gran utilidad para determinar la magnitud de un problema, y de puede entonces planear y programar acciones de salud para su control y combate.

Relación entre el daño neuronal, morfología cerebral y psicopatología en esquizofrénicos neurolepto-refractarios. ^aMedina-Hernández V., ^bLuquín S., ^cRamos-Loyo J., ^dCerdán Sánchez L., ^aGarcía-Estrada J., ^aNavarro-Ruiz A.

^a Div. Neurociencias, Centro de Inv. Biomédica de Occidente, IMSS; ^bDepto. De Neurociencias, CUCS e ^cInstituto de Neurociencias, CUCBA, U. de G., ^dCentro Comunitario de Salud Mental No. 1 IMSS.

Existe un grupo de pacientes esquizofrénicos que no responden al tratamiento con antipsicóticos típicos, denominados neurolepto-refractarios (RE). Estos pacientes presentan un grave deterioro y alteraciones más acentuadas a nivel cognitivo, afectivo y mayores anormalidades morfológico-cerebrales que aquellos que sí responden al tratamiento (NR). El objetivo de este trabajo fue explorar si los RE presentan mayor daño neuronal que los NR, mediante el uso de indicadores bioquímicos y análisis morfológico-cerebrales. **Material y métodos.** Se seleccionaron 3 grupos (n= 13), 2 de esquizofrénicos paranoides (DSMIV) de la consulta externa: RE (criterios de refractariedad de Keefe), NR y otro de controles sanos, pareados por edad, lateralidad, sexo y escolaridad. Se evaluó la psicopatología por medio de BPRS y PANSS. Se cuantificaron los metabolitos de la lipoperoxidación de la membrana neuronal (MDA y 4HNE) por espectrofotometría y determinación sérica de enolasa neuroespecífica (ELSA-NSE). El área de los lóbulos temporales se obtuvo en cortes coronales mediante Resonancia Magnética Nuclear (RMN). Los resultados se analizaron aplicando ANDEVAs, seguidos por las pruebas post-hoc de Scheffé y U de Mann Withney. Además, se realizaron análisis de correlación de Spearman entre psicopatología, área de los lóbulos temporales y parámetros bioquímicos.

Resultados. Los RE mostraron mayores puntajes en las escalas BPRS y PANSS que los NR, igualmente tuvieron mayores niveles de enolasa neuroespecífica y metabolitos de la lipoperoxidación. El área del lóbulo temporal superior y medial derecho fue significativamente menor en sujetos RE vs NR. No hubo correlación entre los hallazgos bioquímicos y morfológicos. Hubo una correlación inversa entre psicopatología () y el área de los lóbulos temporales superior y medial derecho.

Conclusiones. Sí existe mayor daño neuronal en los sujetos esquizofrénicos refractarios vs no refractarios. El área disminuida del lóbulo temporal superior y medial derecho tiene relación con mayor gravedad de psicopatología. Sin embargo, no se observó una correlación entre el daño neuronal y el área de los lóbulos temporales.



IMSS

**DIRECCION REGIONAL SUR
DELEGACION VERACRUZ NORTE
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES No. 14
DIVISION DE SALUD EN EL TRABAJO**

“PSICOPATOLOGÍA INVALIDANTE PREVIO A LA VIDA ECONOMICAMENTE ACTIVA”

**AUTORES: REDMOND GARCIA MICHAEL PATRICK; ENRÍQUEZ DELFÍN MAITHE;
LOPEZ MORALES ARTURO.**

**CENTRO MEDICO NACIONAL “ADOLFO RUÍZ CORTINES”.
VERACRUZ VER.**

**AV. CUAHUTEMOC S/N ESQ. CERVANTES Y PADILLA COLONIA FORMANDO
HOGAR
VERACRUZ VER C.P. 91700
TEL 01 (229) 934 35 00 EXT 435**

E MAIL psiquiredmond@yahoo.com

INTRODUCCION

En el área de medicina del trabajo, la prioridad es la reincorporación de la población trabajadora a la vida económicamente activa, desde un marco de justicia social basado en un análisis completo medico técnico legal. Sin embargo, poco se ha escrito sobre aquellos casos en que el paciente presenta psicopatología invalidante ya sea desde el nacimiento o de inicio temprano, impidiéndole laborar o incluso completar los estudios básicos generando la necesidad de supervisión constante por parte de un sector de su familia y representan un impacto socioeconómico muy costoso, tanto en forma directa por el tratamiento mismo del padecimiento como en forma indirecta por la perdida humana del paciente y de quien esté a su cargo ante el conocimiento de que son padecimientos para toda la vida.

El instituto mexicano del seguro social, contempla en su marco legal dentro de los seguros de enfermedad, la cobertura de servicios médicos a los beneficiarios hijos inválidos mayores de 16 años, (y también a los que sigan estudiando) mientras el trabajador se encuentre vigente en sus servicios del IMSS, por medio de un

dictamen de invalidez en la forma ST6 y en caso de orfandad hasta el otorgamiento de una prestación económica a estos pacientes.

El papel de la psiquiatría sobre los trastornos invalidantes previos a la vida económicamente activa es de intensa actividad, ante el hecho de que cualquier otra limitación congénita, muchas veces puede ser compensada con educación especial para aprovechar al máximo las capacidades del paciente, siempre y cuando sus funciones mentales estén conservadas, en cambio los trastornos mentales representan una desventaja que puede llegar a ser global a pesar de que exista integridad física.

OBJETIVOS:

1. Identificar los diagnósticos más frecuentes de psicopatologías invalidantes previas a la vida económicamente activa.
2. Analizar las causas que generan las psicopatologías identificadas
3. Determinar la demografía de la esta población a fin de proponer acciones que pudieran reducir o prevenir dichas psicopatologías.

MATERIAL Y METODOS:

Se revisaron las solicitudes de validación de todos los dictámenes en el lapso comprendido entre el 2 de enero al 31 de diciembre del 2002 de los casos expedidos por los servicios de salud en el trabajo de la Delegación Veracruz norte, que incluyen a las unidades de Xalapa, Poza rica, Tuxpan, Martínez de la torre, Ierdo de tejada, Cardel y Veracruz. de los cuales 116 fueron dictámenes de ST6 (seguro de atención medica a beneficiario por invalidez) y 77 correspondieron a trastornos mentales (66.37%) donde 5 fueron excluidos pues 3 fueron devueltos por razones administrativas que posteriormente se validaron, uno por haber iniciado su padecimiento posterior a la edad establecida para esta prestación y otro por no estar invalido quedando 72 casos que para ser incluidos en el presente estudio tenían que haber sido validados.

Se revisaron los casos en forma conjunta entre psiquiatría con la jefatura de división de medicina del trabajo requiriéndose en algunos la opinión complementaria de medicina interna para la validación de estos dictámenes.

Se realizo un análisis descriptivo y transversal de los datos obtenidos en el año 2002 los cuales fueron procesados para la realización de tablas y gráficas.

RESULTADOS:

En el curso del 2002 se validaron 72 dictámenes de ST6 por trastornos mentales de los que 48 correspondieron al sexo masculino (66.6%) y 24 al sexo femenino (33.4%) con un promedio de edad de 23.1 años DS ± 8.42 , todos solteros y sin escolaridad y la causa de la invalidez en 63 casos fue por alteraciones cognitivas y retraso mental (87.5%) y 9 con trastornos psicóticos de los que 7 eran portadores de esquizofrenia de inicio muy temprano y dos trastornos mentales orgánicos con epilepsia.

De los 63 casos con retraso mental 15 de ellos (20.8%) fueron por alteraciones genéticas y congénitas al ser 13 casos de síndrome de down, uno de marfan y otro de microcefalia. Hubo 18 casos relacionados con hipoxia neonatal, 10 con epilepsia y retraso desde el nacimiento, 4 infecciones del cerebro o meninges con secuelas desde la infancia, un caso de retraso mental como secuela de traumatismo

craneoencefalico severo en la lactancia y en 10 casos no quedó bien especificada la causa del retraso mental.

En los trabajadores que afiliaron a sus beneficiarios estudiados tenemos que 8 de ellos ya estaban pensionados a una edad promedio de 67.5 años DS ± 14.2 con beneficiarios de 27.12 años DS ± 8 y una antigüedad de 12.7 años de trabajo y DS de ± 12.4 ; y los 65 trabajadores activos tuvieron una edad promedio de 52.18 DS ± 13.7 con beneficiarios de 22.81 ± 8.4 años y una antigüedad laboral de 11.97 DS ± 11.94 .

ANALISIS Y DISCUSION:

Como puede observarse en los resultados encontrados de las revisiones de los proyectos de ST6, llama poderosamente la atención que el predominio de solicitudes fue mayor en el sexo masculino encontrándose una relación de 2:1 es decir, 100% mas de varones respecto a las mujeres, a pesar que de acuerdo a la literatura mundial, los casos de retraso mental tienen muy discreto predominio masculino, por otra parte en el estado de Veracruz hay una mayoría relativa de mujeres por lo que es de esperarse que la razón de que las solicitudes sean menores para el sexo femenino tenga mas un origen cultural al existir mayor preocupación en la población derechohabiente por los hijos varones que no pueden valerse por si mismos.

Con relación a los diagnósticos que involucraron a los 63 pacientes con retraso mental tenemos de que el 60% (38 casos) fueron por causas debidas a problemas de hipoxia neonatal que en algunos casos se complicó con epilepsia, infecciones o traumatismos, es decir, que son situaciones que pueden evitarse si se lleva un buen control perinatal siendo fundamental el momento del nacimiento mismo ya sea por vía vaginal o cesárea, de tal forma que en la actualidad, con la aparición del programa PREVENIMSS se tomarán acciones que evitaren riesgos de problemas perinatales y mejores cuidados del recién nacido.

Existen trabajadores que no hacen uso de este tipo de seguro pues se observó que algunos solicitaron la atención a sus hijos inválidos hasta 9 años después de haber iniciado sus labores siendo que estos rebasaban los 25 años como sucedió en 42 casos (57% del total) y, el promedio de edad en que la población derechohabiente solicita esta prestación es de 54.6 años, lo que también puede deberse al desconocimiento de sus derechos y la posibilidad de que la población derechohabiente tienda a preocuparse tardíamente por la atención de los inválidos por trastornos mentales a pesar de que les ha representado un motivo permanente de estrés que fácilmente puede repercutir en el trabajo y generarles trastornos psicomaticos, lo cual podría ser objeto de otro estudio.

En conclusión: esta investigación nos orienta a que la causa de la mayoría de las psicopatologías invalidantes previa a la vida económicamente activa pudiera haberse evitado de llevar adecuados controles prenatales y que los nacimientos se programen evitando atención por empíricas y adiestrando a los padres sobre cuidados en los primeros momentos de la vida del neonato, que son clave para el inicio de su desarrollo psicomotor, además de que se deben dar con equidad los cuidados a los pacientes femeninos los cuales parecen estar siendo de alguna manera discriminados por su misma familia y al igual que en el caso de los defectos genéticos, orientar a la población derechohabiente sobre las prestaciones del

seguro de enfermedad cuando rebasan la edad establecida para atención a beneficiarios hijos.

Finalmente, es importante establecer que con cada caso que como Institución evitamos sobre este tipo de problemas, no solo mejoramos la calidad de vida de nuestras familias sino que representa un ahorro que prácticamente resulta imposible cuantificar. Por otra parte debemos considerar que esta muestra representa un sector de nuestro país que tiene menos carencias al tratarse de trabajadores formales por lo que de extrapolar este estudio a otros sectores que no cuentan con un régimen de seguridad social es factible que los resultados sean aún de mayor impacto.

PROGRAMA Y EVOLUCION DEL MANEJO DE LA ANSIEDAD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.

Dr. Carlos Artemio Camacho Uribe
Dr. Jaime Barrera Parraga.
T.S. Genoveva Hernández.

1. Introducción.

De acuerdo a estadísticas nacionales como internacionales se reporta que el 80 % de enfermedades mentales es por trastornos ansiosos y depresivos, encontrándose como primera causa de consulta en los servicios de salud mental.

En los servicios de atención de primer nivel se encuentran estos trastornos entre los diez primeros padecimientos, ocupando el 7°. o 8°. Lugar de ellos. Lo que se determina la gran frecuencia de dichos padecimientos.

En estudios semestrales que se realiza en la consulta externa del hospital general regional No. 46, en el servicio de psiquiatría y salud mental del turno vespertino, en donde se aplican encuesta durante un mes a todos los pacientes que llegan de primera vez a solicitar atención a este servicio. Se encontró que el 68% de ellos se presentaron con un trastorno ansioso y/o depresivo. De acuerdo a estadísticas estamos dentro del mismo parámetro.

Tomando en cuenta estos datos y el programa nacional de salud mental del IMSS desde 1987, con sus revisiones de 1990, 1992 y 1995, utilizando los objetivos nacionales como estatales de la promoción a la salud mental; el de destinar mayor esfuerzo y recursos para el desarrollo de estas actividades en lugares más cercanos posibles al domicilio del paciente, promoviendo la activa participación del médico familiar en el primer nivel de atención y fomentar que se realicen medidas preventivas educativas para la población en riesgo. Desde Octubre de 1989 se establece en la zona metropolitana de Guadalajara, correspondiente al Hospital General Regional No. 46, en las seis unidades de Medicina Familiar (No. 1, 34, 39, 49, 88 y 92), con la finalidad de fomentar la salud mental al derechohabiente como a los trabajadores de la institución para prevenir y ayudar al tratamiento de las enfermedades tanto mentales como físicas, así como promover el bienestar integral del ser humano dentro de su familia.

2. Objetivo.

Dar conocer las actividades que se llevan y como se llevan en diferentes centros de unidades de medicina familiar, para promover la salud mental, entre ello, el manejo de ansiedad, depresión y buscar una calidad de vida. De manera que el participante no solo vea una experiencia, sino que participe en la misma experiencia y poder llevarla a otros con las bases que se ven el taller.

3. Material y métodos.

Dicho programa se estructura en cinco actividades:

Pláticas de ORIENTACION DE SALUD MENTAL, llevándose a cabo una vez a la semana en cada unidad, en el caso de la U.M.F. No. 34 se llevan dos por semana en el turno matutino y vespertino y en la U,M,F, No. 49 se llevan a cabo dos días por semana. Estas son expuestas por el médico familiar adiestrado en el servicio y encargado del programa y por el equipo de salud mental del hospital (pasantes de psicología, trabajo social y médico psiquiatra). Se dan estas pláticas a los derechohabientes con necesidad de una salud que son detectados por personal médico y trabajo social o por la promoción a través de publicidad colocada en las salas de espera.

Otra actividad son los grupos de terapias de MANEJO DE ANSIEDAD, llevándose a cabo por un médico familiar o trabajadora social o personal becario pasante Psicología y/o trabajo social adiestrado y médico psiquiatra turno vespertino. Formados por pacientes que son detectados por el médico familiar a través de su consulta y son derivados a los grupos, como también los pacientes que son valorados en la consulta externa del segundo nivel y derivados a dichos grupos. La terapia

que se les otorga en grupos es por medio de la catarsis donde además manejar su conflictiva aprenden a manejar también sus emociones en diferentes situaciones de la vida.

Una tercera actividad son las terapias de RELAJACION CORPORAL, estas consisten en ejercicios de relajación donde se les enseña a los pacientes a manejar su cuerpo en los momentos de tensión, somatización y/o errores de conductas, deteniendo en esta forma las crisis diarias que presentamos en los momentos difíciles de sus vidas y disminuyendo la sintomatología física y prevención de las enfermedades orgánicas. Estas se llevan a cabo una vez a la semana en cada unidad.

La cuarta actividad es la de fomentar y apoyar los grupos autogestivos (Neuróticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, AL-ANON), para la Rehabilitación y continuación del manejo de su salud mental, Que por su dinámica autónoma y sus sistemas de manejo grupal ayudan al manejo de ellos mismos y de esta forma se utilizan menos recursos humanos por parte del I.M.S.S.

Una quinta actividad es la de fomentar la salud mental en el personal médico y para-médico de las unidades de medicina familiar. Como cursos de adiestramiento en servicio para el personal de esta forma se prepare y maneje dichas actividades en sus unidades. Cursos Monográficos de ENTRENAMIENTO EN SALUD MENTAL.

Y las pláticas y talleres de salud mental para el personal en general de las unidades de medicina familiar y hospital No. 46, llevándose a cabo durante cuatro sesiones al mes, en el turno matutino y vespertino. Con temas que ellos mismo seleccionan de acuerdo a las encuestas que se realizan cada año en las seis unidades.

4. Resultados.

En las pláticas de ORIENTACION DE SALUD MENTAL. Durante el año 2002 se impartieron 370 sesiones con una asistencia de 10,881 personas en las seis unidades.

En los grupos de terapias de MANEJO DE ANSIEDAD, y en las terapias de RELAJACION CORPORAL, Estas dos actividades se llevaron a cabo 745 sesiones con una asistencia de 21,022 personas.

Se fomentó y apoyó a catorce grupos autogestivos (Neuróticos Anónimos, Alcohólicos Anónimos, AL-ANON), en las diferentes unidades.

En la actividad de fomentar la salud mental en el personal médico y para-médico de las unidades de medicina familiar. Por medio de dos Cursos Monográficos de ENTRENAMIENTO EN SALUD MENTAL, cada año, en el año anterior se obtuvo una asistencia de 140 participantes y con la proyección del programa no solo en el I.M.S.S. sino también fuera de él, lo que ha dado que otras instituciones se interesen a la salud mental y establezcan también programas de este tipo.

Además de las pláticas y talleres de salud mental para el personal en general de las unidades de medicina familiar y hospital No. 46. a través de una encuesta reportaron que el 77.7% han participado en el programa, obteniendo una mejoría en su desarrollo personal el 85.8%, mejoría en las relaciones familiares de un 77.6% y en las relaciones laborales es de un 75.3%, sin embargo el 22.3% que no lo han participado, debido por no contar con el tiempo al momento de las sesiones, por no obtener la información a tiempo para programar sus actividades en el trabajo y darse el tiempo para participar. Sin embargo el 100% de los encuestados tienen interés de participar nuevamente.

En el año 2002 se llevaron a cabo un total de 46 sesiones, con una participación anual de 940 tanto de médicos familiares como personal no médico. Esto muestra la respuesta del personal en su preparación en esta área de la salud. Con ello traerá beneficio al mismo personal de la salud como a los derechohabientes que están asistiendo. Refieren tener el deseo de participar nuevamente en dichas actividades, con el interés de solo escuchar pláticas el 72.2% y de participar en talleres el 51.8%. De los temas más solicitados fueron: La adolescencia, ¿Cómo eres como padre?, El estrés diario y Autoestima. Con esto apoya aún más la problemática referida al inicio y lo que la sociedad misma está solicitando en estos momentos.

En cuanto respuesta hacia la demanda de atención al primer nivel al segundo se encuentra a través de las encuestas semestrales. No se registro incremento en los envíos por el médico familiar y se presentó un incremento de un 10% en los envíos por los médicos no familiares (del

segundo nivel). En total se observó una disminución de 8.9% de los envíos a comparación del año anterior. Reafirmando el envío es mayor por otras especialidades que por el médico familiar.

En cuanto si el envío correspondió al servicio, se encuentra que el 73.3% fue bien enviado y solo el 26.3 no correspondía al servicio, ya que pudo haberse manejado en el primer nivel en el programa de salud mental y manejo por el médico familiar.

Se le inició medicamento antes del envío solo al 59.6% de los casos y ameritaban medicamento el 87.1%, lo que aún no se inician tratamientos más por el médico no Familiar, más que no se le permite usar antidepresivo de los Inhibidores de la recaptura de Serotonina, por lo que el médico familiar los envía al segundo nivel para iniciar el tratamiento. Y en algunos casos por no contar con medicamentos en las unidades del servicio. En el uso de benzodiazepínicos se utilizaron en 26.3% de los casos a diferencia del año anterior que se utilizó el 22.3%. Lo que se incrementó al no contar con antidepresivos en el primer nivel y solo se contaba con dichos medicamentos en las farmacias de las unidades.

5. Discusión y conclusiones.

De acuerdo a estos resultados, se puede referir la utilidad que ha prestado tanto al personal médico y paramédico en su mejoría personal y laboral, cuando menos en aquello que han acudido a las pláticas y talleres, así como a los derechohabientes que han logrado mejoría en sus síntomas físicos y afectivos disminuyendo sus asistencias a consulta tanto en el primero como en el segundo nivel, así como disminución del consumo de medicamentos, principalmente de los benzodiazepínicos, que estos últimos, generan solo parcial mejoría y al momento, dejando secuelas como son la dependencia al mismo.

Si continuamos con actividades preventivas y de asistencia en el primer nivel de atención, apoyando al programa, donde nos ha mostrado que se puede ayudar a una gran cantidad de pacientes a través de dicho programa, tanto al ver disminución de la sintomatología de los pacientes y el incremento de conocimientos y conceptos en ellos como en los trabajadores de la salud, se podrá llevar una atención más integral y continua, en un lugar más cercano a sus domicilios.

6. Referencias bibliográficas.

Gene Usdin, Jerry M Lewis. Psiquiatría en Medicina General. Edit Salvat.

Patricis D. Barry. Mental Health and Mental Iones. Edit. J:B: Lippincott. Co.

I. Anguera de Soto. Medicina Psicosomatica. Edit. Doyma.

Cerril F. Raber. Control Emocional y Salud Mental. Edit. Trillas.

Harold I Kaplan. Tratado de Psiquiatría. Edit. Masson-Salvat.

Guillermo Calderón Narváez. Salud Mental Comunitaria. Edit Trillas.

Anne Alonso. Psicoterapia de grupos en la práctica clínica. Edit. Manual Moderno.

David Fontana. Control del estrés. Edit Manual Moderno.

PERFIL PSICOLOGICO DEL ASESINO

Dr Carlos Coronel Caballero

“Dispara en un restaurante de comida rápida contra 22 personas”, “Adolescente de secundaria hiere y mata a compañeros y maestros”, “Buscan en E.U. a asesino en serie”, “Todas las policías en busca del francotirador de Washington DC”, “Piden al francotirador cesar ataques”, “En Ciudad Juárez se han cometido 278 homicidios de mujeres”, “109 asesinos andan sueltos, sólo en Cd. Juárez”, “Dos gobernadores, cuatro procuradores, siete subprocuradores, siete fiscales especiales, dos especialistas en trazar perfiles criminales ynada”, “ Mujer de 30 años murió estrangulada después de ser violada”, “Extraía órganos sexuales y los colocaba en el vientre abierto de los cadáveres”, “Mató a 53 mujeres entre 1878 y 1990, solía llevar 30 cuchillos y una sartén que usaba para cocinar y luego comer lenguas y pezones que cortaba a las víctimas”, “Vestido como –Pogo el Payaso—asesinó a 33 niños y adolescentes, solía así disfrazado animar fiestas infantiles” .

Todo lo anteriormente relatado no forma parte de la mente enferma de un novelista de dramas policiacos para vender sus libros, sino una cruda realidad en la que estamos inmersos y expuestos toda la sociedad.

El objetivo del trabajo es trazar los perfiles que se han encontrado de los distintos tipos de asesinos, datos históricos desde cuando se iniciaron los ahora llamados asesinatos seriales, sus coeficientes mentales, sus distintas formas de matar, los indicios que deja y la forma como la policía estadounidense clasifica a los asesinos en tres categorías: múltiples, en serie y “spree killer”.

El tipo y forma de matar dejará indicios claros de si mata por pura diversión, por venganza o por llamar la atención.

Los asesinos múltiples matan a muchas personas de un sólo golpe, muchas veces sufren depresiones o enajenación mental, sus actos pueden desatarse por un acontecimiento

estresante como la pérdida de trabajo o de la pareja. Los asesinos en serie, en tanto dan varios golpes, dejando un tiempo entre asesinato y asesinato; en algunas ocasiones dejan pasar hasta 24 meses entre una acción y la otra, por lo general suelen ser de raza blanca y prefieren un tipo de víctima determinada, que puede ser: prostitutas, homosexuales, hombres de color, niños o adolescentes, mujeres solteras, casadas etc.

Los “spree killer” también asesinan en serie pero de manera más impulsiva que el “clásico asesino serial”. Esto quiere decir que cuando quieren asesinar, eligen a una víctima casualmente. Esta puede ser joven o vieja, hombre o mujer. Muchas veces estos criminales están furiosos por alguna razón. Están capacitados para planificar y descargar su furia disfrutando de la sensación de poder. Por lo general los asesinos son varones, metódicos y planificadores, suelen tener entre 25 y 35 años. Su aspecto de persona “común” y “ hombre de familia” son su arma para mimetizarse con el entorno social

Autor. Dr Carlos Coronel Caballero Email. Coca5050@aol.com

Unidad Medica de Adscripcion: Hospital Regional No 20

Direccion: Blvd Diaz Ordaz esquina con Lazaro Cardenas..

Telefono: 664—6 29 63 50 al 59 FAX 6 29 63 61 Y 64

Delegacion.: Baja California

Bibliografia:

Criminologia. Reyes Calderon J.A Cardenas Editor y Distribuidores 2ª ed. 1996

Criminologia : Marchiori H. Edit Porrúa 3ª ed. 2002

Sadismo y Masoquismo en la conducta humana: Gorma A . Edit Nova

Homicidios y Asesinatos: Ellis A, Gullo J Edit.Grijalbo 1978

La Mente Asesina : Abrahamsen D. Edit Fondo de Cultura Economica 1976.

Codigo Federal de Procedimientos Penales. Ediciones ALF

Swartz,M (1998) Violence and severe mental illnes. American Journal of Psychiatry,155.226-231

Appleby L,(1999) Safer Services: National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illnes.London:Deparment of Health.

Swanson,J (1990) Violence and psychiatric disorder in the community. Hospital and Community Psychiatry.

COMERCIALES RADIALES

Los años cincuenta, cuando la televisión estaba en pañales y los días eran acompañados por el fabuloso aparato de radio. Las mentes no eran tan podridas y así eran los comerciales de aquel tiempo.....

Caballero, hágasela suave y placentemente.... su afeitada le proporcionará un Suave placer con la crema de afeitar Mennen.

Señorita, si su mamá se mete el dedo, y su hermana también, no haga usted lo mismo.... use palillos para los dientes El Pingüino.

Caballero, ¿sabe por que a su novia le gusta tocárselo?.... porque sabe que ese disco suena bien en su nuevo equipo Philco.

Señorita, no se deje meter eso!.... cuando mande a lubricar su vehículo exija Texaco.

Señorita , lo que siempre quería!, ahora le caben hasta los huevos!.... si, hasta los huevos le caben en el refrigerador General Electric.

Señorita, si su novio llega borracho y se lo pide, deshéló!!!..... si, delé un par de Alka Seltzer y adios a esa borrachera.

Señorita, ¿no le entra bien?, ¿le maltrata la punta?, ¿le duele mucho atrás? ¿siente desmayarse?.....
es porque sus zapatos le quedan chicos, llévelos a la Italia y se los suavizaran.

Caballero, ¿tiene problemas porque se le para constantemente?.... algo anda mal en su reloj, llévelo
a la Relojería Suiza y se lo dejen como nuevo.

Señorita, mucho cuidado, no se lo deje meter del viejo. Exija que le den del nuevo y calentito....
pan de la Panadería Santa Mónica.

Caballero, a usted si a usted caballero. ¿Se le ha achicado?, ¿se le ha encogido?..... usted sufrirá
solo esto si sus camisas no son confeccionadas con telas de la Parisina.

Señorita, ¿le gusta que su marido lo tenga duro o blando?.... no lo piense mas, mándele a planchar el
cuello de sus camisas con almidón El Rey.

Caballero, ¿le duele la cabeza al meterlo?.... claro, esto le pasa por no usar sombreros Arizona.

Caballero, señorita, señorita: póngase en cuatro!.... si, póngase un cuatro horas de Monterrey a
Torreón, viajando en los confortables autobuses Estrella Blanca.

Señorita, ¿las quiere tener arriba?, ¿no le gusta que se le caigan?, ¿las quiere tener siempre
templadas?.... sus medias solo lucirán bien templadas con ligeros Leonista.

Caballero, ¿se le para de repente? ¿se le derrama el líquido?.... esto es señal de que su vehículo
necesita bujías Champión.

Señorita, dígame a su marido que todas las noches le eche tres.... si, tres gotas de colirio Eye-Mo en
cada ojo y le hará amanecer fresca.

INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

PERFIL PSICOLÓGICO DE PERSONAS CON INTENTO SUICIDA

AUTORES: MAGDALENA RIVERA SÁNCHEZ

LUIS HERRERA CRUZ

Introducción

El actual estudio de investigación surge como respuesta a la inquietud de conocer más sobre las características de personalidad en los pacientes diagnosticados con intento suicido y esta dirigida al área docente, psicológica, pedagógica y afines, pretendiendo ser útil para la prevención, orientación y canalización de personas con dichos rasgos.

Dado que se ha visto recientemente el aumento de personas con síntomas y actitudes tendientes tanto al intento de suicido como de suicido consumado, así como lo expresado por algunos especialistas en el área de salud mental, en relación a que el problema de la depresión será también un reto que deberá resolverse en el futuro, juzgamos necesario abordar mas profundamente dicho fenómeno.

Marco teórico

Definición de perfil psicológico

Es la construcción estructural de una grafica que representa de manera cualitativa y cuantitativa un grupo de características sometidas a prueba, con el que se analizan los factores de riesgos y protección:

- a) Factores psicológicos y del estado de animo
- b) Tensiones y apoyos ambientales

- c) Capacidades de adaptación y de enfrentamiento de situaciones de una muestra de pacientes con diagnóstico de intento suicida y un grupo comparativo de población estudiantil de nivel medio superior.

Bibliografía

Azuela, Rafael , maestro y alumno adolescente: mitos y realidades, México ,alianza

Bleichmar, Hugo , la depresión, buenos aires, nueva visión, 1988

Caicedo Ordoñez, Alfredo ,secreto medico y protección de datos sanitarios en la practica psiquiatria, Madrid, España, medica panamericana, 2000

Contreras, José, datos recabados durante el segundo congreso nacional de psiquiatría, psicología y enfermería, ponencia, el suicido, México, septiembre 1998

Durkheim, Emile, el suicido (introducción), UNAM, México, 1985

Erikson, Erick, psicología del desarrollo, la adultez, tr. De Celia Haydee Paschero, México

Mac Kinnon, Roger, psiquiatría clínica aplicada, México, interamericana, 1978.

Mallet, Jean, la esquizofrenia, buenos aires, nueva visión, 1988

Mendeis, J. biblioteca de psicología, España, Herder, 1980

Núñez, Rafael, aplicación del inventario multifasico de la personalidad (MMPI) a la sicopatología, México, El Manual Moderno, 1998

Parmelle Dean, X., psiquiatría del niño y el adolescente, Harcourt Brace, 1998

Sauceda García, Juan Manuel; Maldonado Duran y J. Martín, temas de pediatría, asociación mexicana de pediatría, México, Mcgraw-Hill, interamericana, 1998

Servicio medico forense (SEMEFO), México, DF., departamento de estadística, 1998

Soto R, Maria, rasgos de personalidad de pacientes suicidas, tesis de la UNAM, México, 1990

Stengel, Edwin, psicología del suicido y los intentos del suicido, Buenos aires , horme ,1997

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 24 "INSURGENTE"
INSURGENTES NORTE 1322
57296300 Ext. 66334
DELEGACIÓN 1 NORESTE

Violencia familiar en pacientes que acuden a recibir atención psiquiátrica.

ANGELICA MARIA PALACIOS CORTES. MIGUEL PALOMAR BAENA. Servicio de consulta externa. Hospital Regional de Psiquiatría "Morelos". IMSS. México D.F.

Objetivo: Identificar si hay violencia familiar en los grupos familiares de pacientes que acuden a consulta externa.

Material y Método: La muestra se obtuvo de los casos de Consulta Externa que se envían para formulación de Estudio Psicosocial durante el periodo comprendido entre el 8 de Noviembre del 2002 al 31 de Marzo del 2003. El instrumento que se utilizó fue el formato del Estudio Psicosocial, enfatizando el rubro de Dinámica Familiar.

Resultados: De los 43 casos a los que se les elaboró el Estudio Psicosocial, se detectó que en 25 grupos familiares si existe Violencia Familiar, esto corresponde al 58%, de estos, 23.2% (10 casos) se presentó en niños, en mujeres fue un 20.9% (9 casos), en adolescentes fue un 11.6% (5 casos), y un 1.7% en hombres (1 caso). En el 37.2% de casos, se presentó Violencia física, llama la atención que la Violencia emocional y verbal se presentó en un 100% respectivamente.

Conclusiones: Este estudio reveló que si es frecuente la Violencia Familiar, a pesar de ser un problema social y de grandes repercusiones en la salud física y psicosocial, no se expresa abiertamente este problema, ya que no es el primer motivo de consulta y continúa incrementándose el número de casos. Estos resultados invitan a la realización de nuevas investigaciones y establecer programas de prevención, tratamiento y rehabilitación, así como la canalización adecuada de casos.