

# Revista Hondureña del Postgrado de **Psiquiatría**

Junio 2007

Publicación Oficial de los estudiantes del Postgrado de Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras – Hospital Psiquiátrico “Dr. Mario Mendoza”.



## Revista Hondureña del Postgrado de Psiquiatría

FUNDADA EN EL 2005 POR: C. ESPINOZA, L. GOMEZ, F. MEDINA, B. PAZ, F. FONSECA.

Destinada a publicar trabajos experimentales, clínicos y revisiones bibliográficas realizadas por los médicos residentes del postgrado de Psiquiatría de Honduras.

### Autoridades del Postgrado

#### **DRA ALICIA DEL CARMEN PAZ**

DIRECTORA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. MARIO MENDOZA "  
CORDINADORA GENERAL

#### **DR. AMERICO REYES TICAS**

CODINADOR ACADEMICO. FUNDADOR DEL POSTGRADO DE PSIQUIATRIA

#### **DR. MARIO FRANCISCO AGUILAR**

CORDINADOR DE INVESTIGACION

#### **DRA. LINDA SUYAPA GOMEZ**

JEFE DE MEDICOS RESIDENTES DEL POSTGRADO DE PSIQUIATRIA

#### **CONSEJO EDITORIAL**

**DIRECTOR:** Dr. M, Aguilar López

**REDACTOR DE CIERRE:** Dr. A, Reyes Ticas

**GESTION Y CALIDAD:** Dra. L, Gómez

**DISEÑO Y ESTILO:** Dr. C, Espinoza

#### **COLABORADORES:**

Dr. B, Paz Castellanos

Dr. F, Medina Riera

Dr. P. Fonseca Sánchez

#### **LA REVISTA HONDUREÑA DEL POSTGRADO DE PSIQUIATRIA**

Es una publicación semestral. Avalada por la Asociación Hondureña de Psiquiatría y autoridades del postgrado. Dirección postal: Apdo. 6116 E-mail: [asochondpsiq@yahoo.com](mailto:asochondpsiq@yahoo.com)  
Dirección en la web <http://wwwbvs.hn/E/asochondpsiq.html>

*La publicidad contenida en esta publicación no constituye ningún compromiso y no se asume ninguna responsabilidad por las omisiones en los anuncios.*

## Índice / *Contéudo* / Contents

### I.- EDITORIAL

- ¿Cómo ser adolescente en tiempos de crisis?  
*Daniel Herrera* .....4

### II.- TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

1. Intervención grupal en madres adolescentes y adultas jóvenes con hijos ingresados en la sala de lactantes del Hospital Materno Infantil: Un modelo de psicoterapia de grupo de tiempo limitado.  
*Linda Gómez, Américo Reyes, Alicia Paz, Mario Aguilar, Víctor Mario Girón, Carlos Gallardo, Karla Posantes* .....5
2. Relación entre trastornos depresivos y dolor en pacientes que consultan en atención primaria.  
*Bezner Paz, Américo Reyes, Mario Aguilar* ..... 10
3. Relación entre depresión en el adolescente y rendimiento académico.  
*Patrick J. Fonseca, Américo Reyes* .....13
4. Mobbing (acoso moral) y depresión en adolescentes empleados de una maquila; un estudio piloto.  
*Fernando Medina, Américo Reyes*.....17

### III.- ENTREVISTA

- Administración Paz; perspectivas y prioridades.  
*Sagrario Guifarro, Mauricio Folgar, Carlos V. Espinoza* .....21

### IV.- ARTÍCULO DE OPINIÓN

- Filosofía y Psiquiatría: En búsqueda de la verdadera fuente del pensamiento filosófico.  
*Héctor Pereira, A. Rodríguez, M. Moran, R. López, J. Cruz, F. Archaga*.....22

## ¿Cómo ser adolescente en tiempos de crisis?

Daniel Herrera

Nuestro país vive un grave hundimiento general, colapso de un sistema capitalista que diariamente envía al patíbulo a decenas de personas, acompañado con la destrucción de la vida silvestre. Este sistema degradado cierra todo espacio para los jóvenes. El sistema policial considera que ser joven es un delito. Les pide que no se diviertan, que se encierren, equivalente a pretender que los pájaros no vuelen. Quedan así excluidos de la opción de la felicidad. ¿Dónde se consigue esta?: El sistema consumista feroz oferta miles de objetos adquirir para ser metrosexual, tipo Beckam: donándole a su novia un consolador de 2 millones de euros, en tanto millones de humanas y humanos se tienen que jugar la vida para conseguir unas cuantas tortillas.

Los muchachos llevan en su frente el 119, sitio que Honduras se ha ganado en el índice de desarrollo humano de la ONU junto al orgullo de nuestros gobernantes al haber obtenido el trofeo de los países mas miserablemente empobrecidos.

La cipotada es vista como clientela para el narco-menudeo, el comercio sexual, la mano de obra no calificada y barata, los proveedores de divisas vía remesas del exterior, los que engruesan el ejercito de más de un millón de personas acorraladas por el exilio económico.

¿A qué arriesgan la juventud?

- La drogodependencia.
- La prostitución.
- La sobreexplotación. Actualmente el capitalismo feroz exige jornadas de trabajo extenuantes.
- El desempleo y el subempleo (disfraz del desempleo).

Con este telón de fondo todavía queremos que sean sanos y honrados. ¿Y nosotros que hacemos? Pues el único equipo que saca la cara en el sistema de salud, es el Servicio de atención al adolescente que dirige el Doctor Víctor Mario Girón en el Hospital “Dr. Mario Mendoza” y los residentes de psiquiatría que desarrollan el programa de salud comunitaria en algunos centros de salud de la capital.

Debemos tener en cuenta que ninguna pastilla ni acción psicoterapéutica solucionará los problemas estructurales de la economía. Pero esto no nos excusa para cruzarnos de brazos. Nuestro compromiso como agentes de la salud mental es dar respuestas profesionales y científicas de alta calidad, a las personas que se acercan a nuestros centros de atención, manteniendo la claridad de conciencia para no justificar a los embaucadores que deforman esta realidad que denunciamos.

Toca a los adolescentes mantener su vitalidad, su creatividad, negarse a entrar en las falacias de la droga, la violencia y la criminalidad. Seguir en la lucha por crear una sociedad mejor, impidiendo ser arrastrados a la autodestrucción.

## **Intervención grupal en madres adolescentes y adultas jóvenes con hijos ingresados en la sala de lactantes del Hospital Materno Infantil: Un modelo de psicoterapia de grupo de tiempo limitado.**

LINDA SUYAPA GÓMEZ<sup>1</sup> AMÉRICO REYES TICAS<sup>2</sup> ALICIA PAZ<sup>3</sup> MARIO AGUILAR<sup>4</sup> VÍCTOR MARIO GIRÓN<sup>5</sup>  
CARLOS GALLARDO<sup>6</sup> KARLA POSANTES<sup>7</sup>

**Introducción:** El abordaje psicoterapéutico grupal es un instrumento de intervención que posibilita desde su inicio prevenir la cronificación a la que tienden la mayoría de los trastornos mentales, dotando al individuo de los recursos psíquicos que le permiten corregir sus distorsiones cognitivas y logrando autoeficiencia para el afrontamiento emocional en un periodo evolutivo o circunstancial.

**Objetivos del estudio:** Determinar el impacto de la intervención grupal como modelo de abordaje psicoterapéutico en la salud y funcionalidad de las madres; así como en la evolución del proceso mórbido del lactante hospitalizado.

**Materiales y Métodos:** El presente es un estudio cuasi experimental de casos y controles; por muestreo aleatorio simple se seleccionó 20 madres entre 14 y 25 años con su hijo hospitalizado durante el mes de Junio del 2006. A diez de ellas se les realizó una intervención grupal con terapia cognitiva conductual y expresión corporal en 8 sesiones con una hora de duración cada una. En ambos grupos se levantó el inventario de datos generales y se aplicó dos escalas de valoración: La de ansiedad clínica y de depresión de Beck, durante la primera, cuarta y octava sesión; en esta última también se aplicó una entrevista semiestructurada para evaluar los aspectos cognitivos y el desempeño con respecto al cuidado del lactante. La tabulación y el análisis se realizaron mediante MS Excel.

**Resumen:** La mayoría (80%) eran madres solteras; el 40% de ellas analfabeta, procedentes del área rural (60%); con ingreso familiar menor de Lps. 1,500.00 mensuales. El grupo intervenido; bajó en promedio 10 y 4 puntos en la escala de ansiedad y depresión respectivamente; en contraste al ascenso significativo del grupo control. La sepsis de foco pulmonar y gastroenteritis fueron los diagnósticos más frecuentes entre los lactantes sin embargo la evolución fue satisfactoria en el 90 % de ellos.

**Conclusión:** Las adolescentes que no recibieron psicoterapia grupal, presentaron mayor sintomatología ansiosa-depresiva y menor desempeño funcional que las que fueron intervenidas.

### **Introducción**

Ante el riesgo de la evolución crónica a la que tienen todos los trastornos que se presentan en un momento de adaptación evolutiva, es necesario intervenir precozmente con medidas activas en el presente y dotar de instrumentos psíquicos a los pacientes adolescentes (mediante intervenciones y recursos específicos) que les prevengan de recaídas y disminuyan el potencial de cronicidad. Esto es necesario porque el síntoma, la somatización o la alteración en la conducta, significan y expresan un conflicto del desarrollo y porque se presentan las primeras fases del tránsito entre la infancia y adolescencia con la edad adulta, cuando aún nada está definido (en términos de personalidad y evolución). La evolución estará en clara relación con el tipo de intervención que se realice en los primeros meses o años. En este sentido es el "abordaje

grupal" es el que posibilita prevenir desde el inicio del tratamiento y de forma coordinada los riesgos psiquiátricos asociados al propio trastorno, así como los riesgos asociados al medio familiar y social. (1)

El grupo es un instrumento de cambio para los afectados (tanto para la comprensión, la explicación y la autoayuda como para la psicoterapia de los trastornos mentales); para los profesionales en formación y de reflexión interinstitucional para los servicios de salud y las administraciones. (2,3)

Dentro de los programas específicos de tratamiento para diversas patologías, "el grupo" es un instrumento de calidad, eficaz, efectivo, eficiente, preventivo, adaptable a la demanda y por lo tanto útil para atenderla en los diferentes unidades prestadoras de servicios de Salud Mental.

Los modelos de psicoterapias grupales aplicados en los trastornos que se presentan en sujetos jóvenes, son variados. Desde diversas escuelas de psicoterapia grupal, como la Psicoterapia de Grupo Interpersonal de Yalom, la Terapia Sistémica de Selvini o la Psicoterapia Familiar Estructural de Minuchin

<sup>1</sup> Médico Residente de III año de Psiquiatría

<sup>2</sup> Psiquiatra. Coordinador del Postgrado de Psiquiatría

<sup>3</sup> Psiquiatra. Directora HPMM

<sup>4</sup> Psiquiatra. Jefe de Sala de Mujeres HPMM

<sup>5</sup> Psiquiatra Jefe Servicio Integral al adolescente HPMM

<sup>6</sup> Pediatra. Jefe de sala de Lactantes.

<sup>7</sup> Licenciada en Psicología

(Yalom, 1993; Selvini et al., 1993 y Minuchin, 1974) se proponen modelos de intervención de tiempo limitado con abordajes estructurados y focalizados, por ser tan efectivos y más rentables para aplicar en los servicios de salud, que modelos de tiempos ilimitados. (1,3)

Los modelos de intervención grupal se han de adaptar a la disfunción y a un objetivo coherente y alcanzable, por ello es necesario establecer protocolos de actuación, intervención y evaluación de resultados que permitan un abordaje eficaz y eficiente que evite la consolidación caracteropática y la evolución futura a un trastorno mental específico dotando a los participantes de estrategias adecuadas de afrontamiento y recursos cognitivos y emocionales adaptativos. Sin embargo el abordaje grupal está dirigido a la modificación de los pensamientos y las creencias, las actitudes y los hábitos conductuales desadaptativos debe seguir unas directrices en relación con diversas variables que configuran el tipo concreto de grupo a realizar y los objetivos que se pretenden y que están en relación con la patología (entiéndase patología como el conjunto de variables clínicas diferentes, y diferenciadoras, que definen un trastorno o enfermedad), los pacientes, profesionales, la demanda y la comunidad (4)

El modelo de intervención grupal fue derivado y adaptado del grupo análisis de Foulkes, estableciendo una matriz fundacional base de las funciones operativas del grupo. (3,4) En este modelo se trabaja con los fenómenos y dinámicas grupales en relación con el momento de cambio personal y el momento grupal. Las de la Psicoterapia Focal Breve de Malan (*Malan, 1976*), las de la Psicoterapia de Tiempo Limitado de Mann (*Mann, 1973*). Entre los factores curativos de grupo están los factores intelectuales como la universalización, intelectualización y terapia del espectador; los factores emocionales son aceptación altruismo y transferencia y los propios de la actividad grupal como la prueba de realidad y la catarsis. (5, 6)

El grupo psicoterapéutico dota a sus miembros de estrategias adecuadas de afrontamiento y de recursos cognitivos y emocionales adaptativos para el cambio y aumenta la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual,

evitando la cronificación y la disminución sintomatológica en las áreas afectadas. (7, 8)

Otro aspecto indiscutible dentro de los procesos de adaptación en adolescentes, lo constituye la calidad de vida (9); esta se altera en la medida en que las necesidades humanas fundamentales no son adecuadamente satisfechas y en este sentido es posible hablar que cuando estas se encuentran insatisfechas representan una de las mayores amenazas que las madres enfrentan como expresión de las desigualdades sociales y que se traducen en riesgos para la salud personal y de sus hijos debilitando también las acciones de autocuidado (10, 11, 12)

En el presente estudio nos propusimos determinar el impacto de la intervención grupal como modelo de abordaje psicoterapéutico en madres jóvenes con hijos hospitalizados en sala de lactantes del Hospital Materno Infantil en el año 2006.

### **Materiales y métodos**

Se trata de un estudio cuasi experimental de casos y controles; por muestreo aleatorio simple se seleccionó 20 madres entre 14 y 25 años con su hijo hospitalizado durante el mes de Junio del 2006. A 10 de ellas se les realizó una intervención grupal con terapia cognitiva conductual y expresión corporal en 8 sesiones con una hora de duración cada una. En ambos grupos se levantó el inventario de datos generales y se aplicó dos escalas de valoración: La de ansiedad clínica y de depresión de Beck, durante la primera, cuarta y octava sesión; en esta última también se aplicó una entrevista semiestructurada para evaluar los aspectos cognitivos y el desempeño con respecto al cuidado del lactante. La tabulación y el análisis se realizaron mediante MS Excel.

### **Resultados y Discusión**

Entre los antecedentes sociodemográficos mas relevantes en este estudio nos referiremos a la edad, que en promedio para el grupo en general es de 17.1 años, con una desviación estandar de 3.823 años; la religión Católica fue la de mayor predominancia el 55% de la población en estudio donde además el 40% son analfabetas y solo el 65% de ellas ha completado la educación primaria, resultados que concuerdan con estudios previos en esta

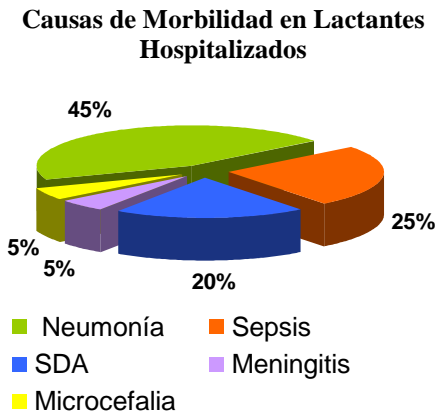
población reportados en la encuesta de epidemiología y salud familiar ( ENEF 2001) (13)

Entre los antecedentes maternos de importancia se destaca la presencia de epilepsia en el 5 % de los casos y un 10% antecedentes personales psiquiátricos (trastornos de ansiedad y depresivos).

Son madres solteras (70%) amas de casa casi en su totalidad pertenecen a familias extensivas con un promedio de 6.4 miembros cada una, donde el ingreso familiar asciende apenas a Lps. 1,494.00 mensuales; lo que se refleja en las condiciones generales de sus viviendas construidas en su mayoría techo de teja, paredes de adobe y piso de tierra con un promedio de dos habitaciones por vivienda. (14) El 20% no dispone de agua y solo el 65% y 25% tienen una adecuada disposición de excretas y desechos sólidos respectivamente. (13,14)

Con respecto a la paridad de las madres en estudio; es de 1.6 hijos por cada una. En cuanto a la morbilidad mas frecuente entre los lactantes hospitalizados, encontramos la neumonía (45%), sepsis (25%), el síndrome diarreico agudo (20%) es importante mencionar en cuanto al estado nutricional de los lactantes que el 35% tienen algún grado de desnutrición. Durante la estadía hospitalaria no se reportó ningún fallecimiento tanto del grupo en intervención como del grupo control.

Gráfico # 1



La escala de Beck comprende 21 ítems en donde se valoran aspectos cognitivos, afectivos y somáticos de la depresión, la línea base,

reportó que la mayoría de las madres en estudio (85%) se sienten tristes y lloran con mucha frecuencia. Ninguna piensa en quitarse la vida sin embargo el 35 % creen que no se van a librar de sus penas. La mitad de las jóvenes madres se sienten aburridas, la cuarta parte se sienten culpables y el 35% de ellas creen que merecen un castigo. (15)

El 15% de las madres refieren sentir indiferencia al medio y personas que le rodean y un 75% de ellas refrieren volverse irritables con facilidad, ambos aspectos dificultan en cierta manera la relación medico-familiar. En cuanto a la toma de decisiones el 90% reconocen tener dificultad para tomar decisiones con respecto a si misma y su hijo. En cuanto al aspecto físico y somáticos; en su totalidad se sienten mas cansadas que de costumbre, tienen insomnio terminal (se despiertan una o dos horas antes y una vez que se despierta dificultándole el volverse a dormir) y la mitad de ellas creen que se ven mas avejentadas. En cuanto a su apetito (65%) reportan disminución del mismo pero solo el 20 % refieren perdida de peso menor o igual a 2 Kgs. El cuadro # 1 establece la comparación promedio con la escala de depresión de Beck y de ansiedad clínica durante la medición inicial (línea base) media y final del proceso psicoterapéutico grupal tanto en las unidades de análisis como en el grupo control.

Cuadro # 1

Sesión	Depresión		Ansiedad	
	Intervenido	Control	Intervenido	Control
<b>1ra</b>	22.1	21.8	13	14
<b>4ta</b>	19.3	23.4	8	16
<b>8va</b>	<b>17.4</b>	<b>24.6</b>	<b>4</b>	<b>12</b>

**Escala de depresión de Beck**

Ninguna depresión: 10.9 depresión leve: 18.7  
moderada: 25.5 grave: 30.0

**Escala de ansiedad Clínica:**

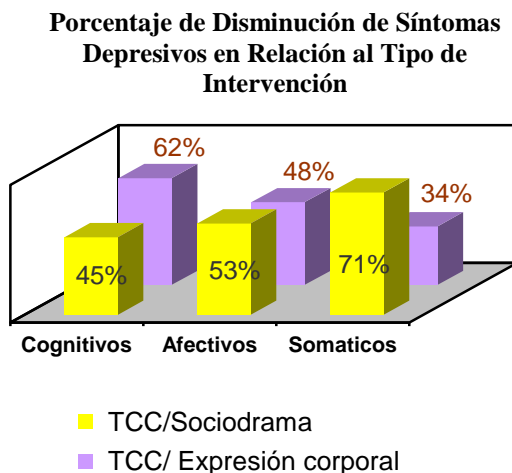
Sin ansiedad: 0-4 ansiedad leve: 5-10  
moderada: 11-16 severa: 17-24

El cuadro anterior nos muestra que inicialmente que el grupo intervenido reportó mayor nivel de depresión y ansiedad que el grupo control ambos clasificados como depresión moderada. El grupo intervenido bajó 2.8 en la escala de depresión de Beck y 5

puntos en la de ansiedad clínica durante las primeras cuatro sesiones; en las siguientes cuatro sesiones el grupo intervenido bajó 1.9 y 4 puntos en la escala de depresión y ansiedad respectivamente, logrando disminuir de moderado a leve el nivel de depresión y ansiedad. El valor  $p = 0.00304$  ratifica la significancia estadística en relación a la disminución de los síntomas depresivos. En contraste con los resultados del grupo control cuyo nivel bajó 2 puntos en la escala de ansiedad aumentando 2.8 puntos en la escala de depresión pero en ambos casos el nivel de ansiedad y depresión permaneció en el mismo nivel (moderado)

En cuanto a las técnicas de intervención las primeras cuatro semanas se enfocó en la terapia cognitiva conductual (TCC): mediante la psicoeducación, y un socio drama. Durante este periodo disminuyeron los síntomas cognitivos en un 62% y los síntomas afectivos un 48% en tanto los síntomas físicos y somáticos fueron los que presentaron menor descenso. La segunda etapa (de la 5ta a la 8va sesión) se combinó la terapia cognitiva con técnicas de expresión corporal y los resultados reportaron en un 71% la disminución de síntomas somáticos en tanto los afectivos y cognitivos reportaron menor descenso.

Gráfico # 2

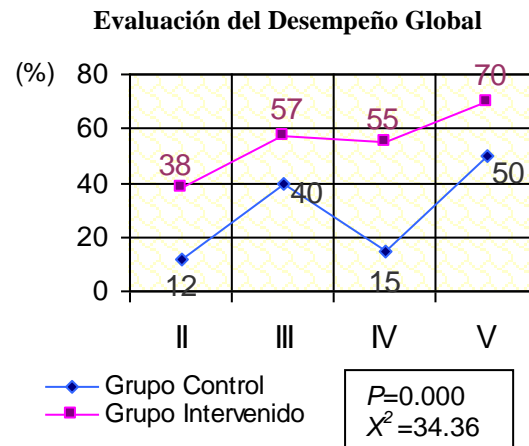


Asimismo la evaluación final de las unidades de análisis reportó un mejor desempeño global de las madres en cuanto a aspectos de la **Categoría I** que representan el conocimiento general sobre la patología del lactante

hospitalizado a su vez la **Categoría II** evalúa el conocimiento general sobre el tratamiento y pronóstico del lactante, y la **III Categoría** que comprende los cuidados generales de higiene y nutrición dentro y fuera de la sala.

El factor más importante que se vio fortalecido a través del abordaje grupal lo representaron las actividades de autoayuda (**Categoría IV**) y formación de red social de apoyo (**Categoría V**) entre las madres intervenidas; en comparación con el grupo control. En el análisis estadístico encontramos un valor de  $P = 0.000$  que nos muestra claramente la eficiencia de la terapia grupal en la totalidad de los casos y; un  $\chi^2 = \text{Chi cuadrado} = 34.36$  que nos ratifica de manera concluyente que mediante las técnicas de intervención aplicadas las adolescentes en estudio mostraron un mejor desempeño global dado por las actividades de cuidado y mayor entendimiento general de la patología del lactante hospitalizado.

Gráfico # 3



Finalmente la evolución satisfactoria del 70% de los lactantes del grupo intervenido después de la 8va sesión en contraste con el 50% del control muestra no solo que la intervención grupal con terapia cognitiva conductual de tiempo limitado no solo proporciona una alternativa terapéutica no farmacológica accesible, adaptable y eficaz tanto en el manejo de sintomatología ansiosa y depresiva de madres jóvenes aun en condiciones precarias; sino también permite al pediatra disponer de un recurso familiar eficiente para el cuidado del lactante hospitalizado.



### Conclusiones

El presente trabajo nos ha permitido mostrar que las adolescentes que no recibieron psicoterapia grupal, presentaron mayor sintomatología ansiosa-depresiva y menor desempeño funcional que las que fueron intervenidas. Asimismo comprobar que el grupo como método terapéutico y de comunicación permite la comprensión de cómo se generan y difunden nuestras creencias y como estas a su vez condicionan las nuestras actitudes y prácticas.

Los hallazgos de la investigación confirman la importancia de ayudar a la madre a aprender nuevas formas de manejarse frente a una situación estresante en el marco de su adolescencia y adaptarse funcionalmente.

### Agradecimiento.

Al servicio de atención integral a los adolescentes en crisis (SAIAC) del Hospital Psiquiátrico "Mario Mendoza" así como al personal médico y de enfermería de la sala de lactantes del Hospital Materno Infantil Por su valiosa colaboración en el presente estudio.

### Bibliografía

1. Mackenzie KR. *Time Limited Group Psychotherapy*, *International Journal of Group Psychotherapy* 1996; 46 (2), 149-162.
2. Díaz Portillo MI. *Bases de la Psicoterapia de Grupo*. Editorial Pax. 2000 pp 144-146
3. Grijalvo J, Insúa P, Iruin A. *Un modelo grupal para el abordaje de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria atendidos en un servicio público de salud mental extrahospitalario de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud*. *Psiquiatría Biológica* 2001; 8: 38-47.
4. Prochaska JE, DiClemente CC. *Stages of change in the modification of problem behaviors: En Hersen M, Eisler RM, Miller PM (Eds.), Progress in behavior modification. Sycamore, Illinois, Sycamore Press, 2002: 184-214.*
5. Martorell, J. "Psicoterapias, Escuelas y conceptos básicos" *Psicología Pirámide*. (1999) pp 133.
6. Alarcón, R. *Psiquiatría. Editorial Manual Moderno 2da. ed. (2005) 751-755*
7. Gonzáles, J. *Psicopatología del adolescente. Editorial Manual Moderno 2001, 4-9.*
8. Paul, H.. *Is my Child o ? Edit. Parenting. Second ed. pp 272-274*
9. Haley , J. *Estrategias en Psicoterapia. Ediciones Toray. Ira ed. pp 85- 96*
10. Kepner, J. *Proceso Corporal. Editorial Manual Moderno (2002). pp 69-74*
11. Florenzano R *Evaluación del impacto de las intervenciones psicosociales en el nivel hospitalario de una Red de Atención de Salud Mental: aplicación sistemática del OQ 45.2 de Lambert (2005).*
12. Vásquez, F. *Características generales y sociales de las madres adolescentes y la condición clínica de sus recién nacidos. Revista Argentina (2005 )*
13. *Secretaría de Salud. Honduras: Encuesta Nacional de Epidemiología y salud Familiar. ENESF – 2001. pp133-134.*
14. PNUD. *Informe sobre desarrollo humano; Honduras 2003. pp. 40-41.*
15. Salama, H. "La Culpa y el Remordimiento". *Centro Gestalt de México*.(2003 )  
<http://www.mundogestalt.com/cgi-bin/index.cgi?action=viewnews&id=129>
16. <http://www.mundogestalt.com/cgi-bin/index.cgi?action=viewnews&id=129>

## Relación entre trastornos depresivos y dolor en pacientes que consultan en atención primaria

BEZNER PAZ<sup>1</sup> AMERICO REYES<sup>2</sup> MARIO AGUILAR<sup>3</sup>

**Introducción:** El dolor es una causa frecuente de consulta primaria en salud y cuando coexiste con trastornos depresivos producen repercusiones severas en el ámbito personal y familiar. Desde Aristóteles, el dolor se ha considerado como un fenómeno especial, que en ese tiempo se creía más ligado al estado de ánimo que a la propia percepción. Adentrándonos en la época contemporánea se han hecho esfuerzos desde hace aproximadamente 80 años por tratar de encontrar alguna relación entre estos dos fenómenos, dirigiéndose las investigaciones hacia los diversos aspectos socioculturales de la raza humana. Durante mucho tiempo, los neurobiólogos han venido investigando las conexiones neuroquímicas y neuroanatómicas entre estos dos procesos, encontrando evidencia científica que las relacionan estrechamente. El dolor es mucho más complejo de lo que siempre habíamos imaginado siendo la queja más frecuente de los pacientes y, a la vez, uno de los síntomas más difíciles de tratar debido a sus diferentes causas y a las diferentes respuestas individuales, se ve afectado por gran cantidad de factores subjetivos no mesurables, que son; nivel de atención, estado emocional, personalidad y experiencias pasadas. **Objetivo:** Determinar la relación existente entre los trastornos depresivos en pacientes que asisten a consulta externa por dolor en atención primaria de salud. **Metodología:** El presente es un estudio tipo descriptivo, prospectivo, transversal, tomándose a 404 pacientes que consultan por dolor con edad mayores de 12 años, de ambos sexos, que asistieran a la consulta externa en centros de atención primaria, a quienes previo consentimiento informado se les aplicó la escala de Zung y conde para depresión, la información se procesó mediante el sistema epi info 2000 versión 3.3.2 **Resultados:** De los 404 pacientes que consultaban por dolor se encontró que el 77% pertenecen al sexo femenino. El 65% de la población estudiada reporta algún grado de depresión, siendo la depresión leve la más encontrada en un 34 %

El dolor es una de las primeras causas de consulta al médico por los usuarios de los servicios de salud, su aparición y evolución puede estar ligada a otras patologías como ser los trastornos depresivos, y cuando coexisten comprometen aún más el pronóstico del paciente [1].

Desde tiempos antiguos se ha tratado de encontrar alguna conexión entre depresión y dolor, siendo uno de los más arduos investigadores Aristóteles, el cual afirmaba que el dolor esta muy relacionado con los estados afectivos.

En un estudio realizado en el Reino Unido, Benjamín y cols. Encuentran que el 16.9% de los pacientes con dolor presentan un diagnóstico [2] psiquiátrico. A pesar de que existen diversos estudios longitudinales que establecen la relación entre múltiples síntomas físicos y depresión, pocos estudios han intentado determinar si la comorbilidad médica en estos pacientes puede aumentar el riesgo de sufrir trastornos depresivos.

El sexo femenino se ha visto mayormente implicado en el padecimiento de trastornos depresivos y dolor, todo está relacionado según Edmunt. K. y Anita B. por la manera en que las mujeres perciben el dolor y la depresión. [3, 4].

Existen investigaciones internacionales que mencionan a la cefalea como uno de los síntomas por lo que más pacientes consultan por dolor, siendo esto apoyado por el estudio de Prinjo. A. [5]. El padecer de dolor crónico en las últimas etapas de nuestra vida esta íntimamente relacionado con el apareamiento de trastornos depresivos y el deseo de morir [6], si ha estos le sumamos el estar soltero y desocupado entonces el panorama se ensombrece aún más. [6, 7, 8].

Existen muchas interrogantes hoy en día con respecto a como debemos manejar estos casos, ya que algunos investigadores sostienen que se deben manejar como patologías separadas y otros opinan que no. [9, 10].

### Objetivo

Determinar la relación existente entre los trastornos depresivos en pacientes que asisten a consulta externa por dolor en atención primaria de salud.

### Materiales y métodos

Estudio descriptivo, prospectivo, transversal, llevado a cabo en 404 pacientes con edad mayores de 12 años de ambos sexos captados en centros de salud del sistema público de atención primaria de Honduras, durante el período de Junio-Julio del año 2006. Se incluye a todos los pacientes que acuden a consulta a dichos centros y que al momento de ser interrogados refirieron dolor, independientemente de la zona anatómica afectada o el tipo del mismo Se definió dolor como: La sensación desagradable percibida de forma subjetiva por el paciente y que denota daño tisular[10] estableciéndose el diagnóstico de depresión mediante la aplicación de la Escala de Zung y Conde Una vez que se obtuvo el consentimiento firmado previamente informado por parte del paciente, se procedió a aplicar el instrumento de recopilación de información mediante entrevista directa por parte del autor, el instrumento de recopilación de información consta de apartados sociodemográficos, localización del dolor, y clasificación de la depresión de acuerdo a la escala aplicada. Una vez recopilada la información, se generó una base de datos

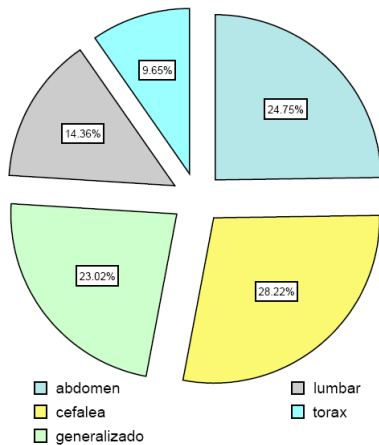
electrónica con el programa Epi-Info 2000 versión 3.3.2 (Center for Disease Control, Atlanta, Georgia, EUA, Octubre, 2005), se utilizó el módulo Análisis, parte del mismo programa para generar tablas, listados, calculándose las medidas de tendencia central con el 95% de nivel de confianza. Se realizaron cruces bivariados calculándose el valor de p mediante la distribución Chi-cuadrado, estableciéndose el valor crítico de *p* para establecer independencia como menor de 0.05, calculándose este valor con el 95% de confianza.

**Resultados**

Se estudiaron 404 casos con edad media de 41.42 (+/-15.56,20-89, NC95%), predominando el grupo de menores de 40 años, representando el 50.5%. De acuerdo al sexo, es femenino el 77% (311/404) y masculino 23% (93/404). En cuanto a la situación laboral al momento de la entrevista se encuentran empleados el 34.2% (138/404), el tipo de estado civil más frecuentemente referido fue el casado 35.1% (142/404), seguido en frecuencia del soltero 33.9% (137/404), unión libre 21.8% (88/404), viudo 5.9% (24/404) y divorciado 3.2% (13/404). Según la escolaridad referida el nivel más frecuentemente encontrado es primaria incompleta 38.6% (156/404), primaria completa 20.0% (81/404), secundaria completa 13.6% (55/404), secundaria incompleta 8.4% (34/404), universidad incompleta 10.9% (44/404), universidad completa 8.4% (34/404). De acuerdo a la localización del dolor, el sitio más frecuentemente referido es cefalea 28.22% (114/404), seguido por dolor abdominal 24.8% (100/404)(Gráfico 1)

**Gráfico 1**

Distribución según frecuencia de localización del dolor referido por el paciente

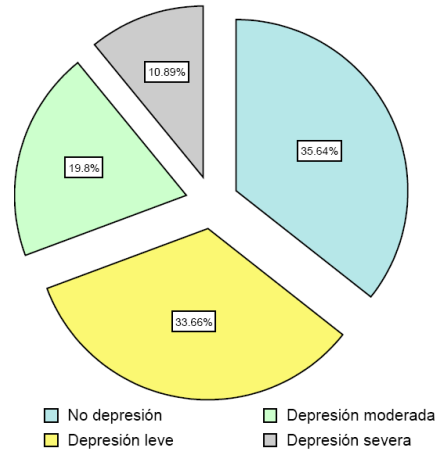


La prevalencia de depresión encontrada en este trabajo es de 64.4% (260/404) (Gráfico 2), siendo la depresión leve, la mas frecuentemente

encontrada en un 52.31% (136/260), seguido por la moderada 30.77%(80/260) y severa en 16.92% (44/260).

**Gráfico 2**

Distribución según grado de depresión (n=404).



Se encontró asociación estadística significativa entre sexo femenino y riesgo de depresión (p=0.001; OR: 1.29<2.13<3.5;NC:95%). También se identificó el nivel de escolaridad como factor asociado al riesgo de presentar depresión (p=0.001, 95%), encontrándose el nivel de primaria completa o incompleta como el estrato de escolaridad con riesgo incrementado de presentar depresión (p=0.000, OR: 1.53<2.38<3.68;NC: 95%).

No se encontró asociación entre el estado civil y el riesgo de presentar depresión en la población estudiada (p=0.279). La situación de empleo no se relacionó con depresión en la muestra analizada (p=0.063, 95%). Se identificó una correlación estadísticamente débil entre la edad y la frecuencia de depresión (0.278), ubicándose el estrato con riesgo aumentado de presentar depresión el situado entre los mayores de 35 años (p=0.001;OR:1.26<1.95<3.02: NC: 95%). Respecto a la localización topográfica del dolor referida por el paciente, no se encontró una asociación estadísticamente significativa con trastornos depresivos (p=0.078) (Tabla 1).

Tabla 1

Distribución según localización del dolor de acuerdo a frecuencia de depresión

Localización	Depresión		p
	Si	No	
Cefalea	76	38	0.54
Dolor abdominal	70	30	0.174
Generalizado*	53	40	0.09
Dolor lumbar	36	22	0.69
Tórax	25	14	0.97
<b>Total</b>	<b>260</b>	<b>144</b>	<b>404</b>

\*Dolor generalizado (mialgias, artralgias)

### Discusión

La prevalencia encontrada de depresión asociada a dolor en pacientes que acuden a consulta en el sistema público de salud primaria es de 64.4%. La prevalencia reportada en la literatura mundial oscila entre 25-65% [4] en este estudio es probable que la alta prevalencia encontrada se deba a varios factores, tales como: La proporción de pacientes del sexo femenino que participaron en el estudio es de casi tres veces, mayor que los pacientes del sexo masculino esto debido a que las mujeres acuden mayormente a consulta médica debido posiblemente a factores etnoculturales [4], lo que se confirmó en este estudio, ya que se encontró asociación entre sexo femenino y riesgo doble de depresión ( $p=0.001$ ).

Dentro de los factores sociodemográficos asociados a depresión está la baja escolaridad encontrada como asociada a riesgo doble de presentar depresión, esto posiblemente reflejo de la gran proporción que representaron los individuos con escolaridad primaria o menor en este estudio, que es de más de la mitad de todos los pacientes estudiados.

No se encontró que el estado civil se asociara con incremento en el riesgo de depresión ( $p=0.279$ ), contrario a lo que se podría pensar respecto al estado civil soltero, viudo o divorciado, posiblemente esto no se reflejó por que estos estratos del estado civil fueron minoritarios en este estudio. No se identificó asimismo relación entre el referir ser desempleado y el riesgo de presentar depresión ( $p=0.063$ ), a pesar de que la literatura suma el desempleo a los factores de stress asociados a el riesgo de presentar depresión [5], esto posiblemente debido a que la mayor parte de los casos estudiados fueron mujeres amas de casa, por lo que la carga de soporte económico recae generalmente en la pareja, por lo que los autores creen que el desempleo no es un factor de stress para estas pacientes.

Se identificó asociación estadísticamente significativa entre tener edad mayor de 35 años y riesgo aumentado de depresión, siendo este casi el doble ( $p=0.001$ ), estando esto posiblemente asociado a la evolución que ha tenido el papel desarrollado por el individuo dentro de esta edad en el entorno familiar que se relaciona a su vez con mayores demandas emocionales y económicas.

De acuerdo a la localización topográfica del dolor referida, la cefalea fue la más frecuentemente identificada en el paciente con depresión, sin embargo en este estudio no se encontró asociación estadística significativa entre las diferentes

localizaciones topográficas de dolor y riesgo de depresión (Tabla 1).

### Conclusión

La alta prevalencia de depresión entre los pacientes atendidos en el sistema público de atención primaria y que refieren dolor se asocia con factores como edad mayor de 35 años, sexo femenino, con cefalea, ocupación ama de casa o desempleado, con baja escolaridad, independientemente del estado civil. Las limitaciones de este estudio son secundarias a la baja disponibilidad de recursos operativos y académicos asignados a su implementación, recomendando los autores la realización de series más grandes, con mayor número de centros públicos y con protocolos que contribuyan a identificar el riesgo de depresión en el paciente con dolor que acude a consulta médica en el sistema nacional de salud.

### Bibliografía

1. Gelder M. Tratado de Psiquiatria, 1era ed. Editorial Ars medica, 2003. pág. 1319-1325.
2. Kaplan. H. Sinopsis de psiquiatria. 8va. Ed. Editorial Panamericana, pag.920 - 922
3. Edmun. K. Gender Moderates The Association Between Depression And Disability In Chronic pain Patients 2005. European Journal Of Pain. 2005. Vol. 10. Pag 413-422.
4. Anita, B. The influence of prognostic factors on neck pain intensity, disability, anxiety and depression over a 2- year period in subjects with acute whiplash injury. Pain. Vol.30. 2006. Pag.304-310.
5. Prinjo. A. Tension Type Headache In Chilhood And Adolescence. Lancet Neurology. 2006. Vol. 5. Pag 268-274.
6. Kyriaki, M. Desire for death near the end of life: The role of depression.
7. anxiety and pain. General hospital. 2003. Vol. 23. Pag
8. Mico, J. Antidepressants and pain. Trends in pharmacological sciences. Vol. 27. 2006. Pag. 340-363.
9. Marianne, K. 10 Year Follow Up Of Chronic Non Malignant Pain Patients: Opiod Use, Health Related Quality Of Life And Health Care Utilization. European Journal Of Pain. 2005. Vol 10. Pag423-433.
10. Laura, M. Treatment of pain and depression, advances. Pain. Vol. 34. 2004. Pag. 344- 347.
11. Worz, R. Pain in depression- depression in pain. Pain. 2003. Vol. 11, Pag. 561-567.

## Relación entre depresión en el adolescente y rendimiento académico

PATRICK J. FONSECA<sup>1</sup> AMERICO REYES TICAS<sup>2</sup>

**Introducción:** Después de largos debates es bien sabido ahora que los niños y los adolescentes sufren también de síntomas depresivos, y que al igual que los adultos, tiene múltiples causas así como diversos efectos en varios aspectos de sus vidas. El desempeño laboral, y específicamente lo académico, se ve alterado debido a los trastornos del afecto. **Objetivo:** El presente estudio tuvo por objetivo establecer una relación entre el bajo rendimiento académico y depresión en los adolescentes de dos institutos de secundaria. **Metodología:** Se escogieron dos centros educativos, uno privado y otro público, ambos con características similares en cuanto a edad y grado cursado. Fueron evaluados a través del Inventario de Depresión de Beck (versión 21 ítems, puntaje > 11), previo consentimiento informado. Además se solicitó a la dirección de cada centro las notas más recientes de cada alumno. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 163 alumnos de ambos sexos (74 de un instituto público y 89 de uno privado), con un promedio de edad de 16 años. El sexo femenino fue el más vulnerable en ambos centros. Se encontró una prevalencia de 24.64% de depresión en los alumnos reprobados en el instituto privado; mientras que en el centro escolar público la prevalencia de depresión en reprobados fue de 0.76%. **Conclusión:** se encontró una relación significativamente alta respecto a los datos internacionales de depresión y bajo rendimiento (reprobación), pero solo en el centro escolar privado. Sin embargo, no se encontró significado estadístico entre ambas variables; por lo que es necesario investigar otros factores involucrados en el origen del bajo rendimiento.

Hasta hace poco tiempo la depresión en niños y adolescentes no había recibido demasiada atención. Sin embargo, el interés ha ido en aumento de una forma muy clara. Esto puede deberse a una serie de influencias. Los prometedores adelantos producidos en la identificación y el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en los adultos han desempeñado un papel importante. Además, las mejoras en las prácticas de diagnóstico han facilitado la aplicación de los criterios de diagnóstico a los niños y adolescentes. La aparición de una serie de instrumentos de medida de la depresión también ha permitido a los investigadores examinar el fenómeno en poblaciones de niños y adolescentes tanto clínicas como normales. Así mismo, la nueva perspectiva de la psicopatología evolutiva presta una mayor atención a la depresión en los niños y adolescentes (1).

De hecho, había debates acerca de la depresión en niños y adolescentes. Algunos clínicos argumentaban que no podía ocurrir porque en el desarrollo del superego (teoría Freudiana) la depresión debía ocurrir antes, y la formación del superego no existía jóvenes (2). Más recientes datos demuestran que la depresión puede ocurrir en niños de seis años (3).

En el uso diario, por el término *depresión* se entiende la experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad. Esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia es, asimismo, una característica fundamental de la definición clínica

de la depresión. Las descripciones de niños y adolescentes que se consideran depresivos sugieren que, además, estos manifiestan otros problemas. Suele observarse una pérdida de la experiencia de placer, retraimiento social y conducta antisocial, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares insuficientes, alteraciones en la Funciones biológicas (dormir, comer, evacuar-incluyendo el aumento y baja de peso), síntomas somáticos y abuso de alcohol y otras drogas (4) (5).

En la generalidad de los estudios, los índices de prevalencia de la depresión mayor entre niños y adolescentes oscilan entre el 2 y 5 %. En poblaciones clínicas, las estimaciones suelen fluctuar entre el 10 y 20 % (6). Otros mencionan más específicamente entre 15 y 20 % y como ya se mencionó, la depresión afecta todas las esferas del individuo, reportándose de un 6% a un 28.3 % en estudiantes de secundaria (7) en un estudio hecho en el 2004. En Estados Unidos, se encontró un 28 % en los "high school", reportando además un 19 % de intentos suicidas y un 9% de intentos en el último año. El noveno, décimo y décimo – primer grado, tuvieron más altos porcentajes que los grados superiores. Y los hispanos, tuvieron significativamente más altas probabilidades de intentos suicidas (12.1 %) que los estudiantes de raza negra (8.8%) y blanca (7.9%) (8).

Las chicas tienen dos veces más riesgo de sufrir síntomas depresivos que los varones, incluyendo ideas e intentos suicidas (9); y esta diferencia

emerge entre los 12 y 14 años. Un modelo sugiere que las adolescentes y mujeres jóvenes, tienen más susceptibilidad a exhibir un estilo cognitivo caracterizado por auto evaluaciones negativas y rumiación, lo cual las predispone a la depresión (10). También reportan más síntomas somáticos que los varones, tales como aumento del apetito y de peso, alteraciones del sueño retardo psicomotor y somatización (11). Mientras que los varones exhiben más irritabilidad.

El suicidio es la tercera causa de muerte en Estados Unidos en personas jóvenes entre los 15-24 años, frecuentemente asociados con la depresión (12, 13). La depresión que inicia en la infancia tiene un 60-70 % de riesgo de continuar en la vida adulta (y un 24% de ellos desarrolla trastorno bipolar en los próximos cinco años) (13).

Los estudiantes con depresión, tienen más alteraciones cognitivas que características clínicas, como pérdida de la concentración, pesimismo, autorreproches, autorrechazo, y pérdida de la energía. Algunos estudios consideran que los síntomas somáticos, como trastornos del sueño y del apetito, no son indicadores tan fiables como los factores sociales y habilidades académicas afectadas, a evaluar en esta población (8).

#### Hipótesis:

Los adolescentes alumnos del Plan Básico de Secundaria con bajo rendimiento académico de los Institutos "INTAE" y "José Martí", tienen depresión.

#### Metodología:

Estudio descriptivo transversal sobre depresión en alumnos adolescentes del Plan Básico de Secundaria de dos Institutos de la capital del país, uno público y otro privado, durante el tercer trimestre del año 2006. Se aplicó en forma voluntaria el instrumento Inventario de Depresión de Beck, previo consentimiento informado de los alumnos, entre los 14 a 18 años, padres y del director de cada centro. Se les explicó en forma breve en que consistía el diagnóstico de depresión. Se solicitó la nota promedio de cada alumno, guardando la secretividad de la misma, la cual se relacionó con el valor obtenido en la escala de depresión, para observar si había relación entre estos factores. Se tomó como bajo rendimiento académico, si el estudiante tenía al menos una clase reprobada. Los datos fueron evaluados a través del programa SPSS, versión 12.0.

#### Resultados.

Se entrevistaron a los alumnos de ambos institutos en la jornada vespertina. En el "INTAE", la población fue de 402 alumnos, con una edad promedio de 16 años, siendo la muestra de 74 alumnos: 42 del sexo femenino y 32 del masculino. En el Liceo "José Martí", la población fue de 167, con una edad promedio de 16 años; siendo la muestra de 89 alumnos: 50 del sexo femenino y 39 del sexo masculino. En la tabla 1, se observa la cantidad de los alumnos con depresión y la severidad de la misma, en cada instituto.

Tabla # 1.  
Relación de la gravedad de depresión entre ambos institutos.

DEPRESION	Leve	Moderada	Severa	TOTAL
INTAE	11	3	2	16
JOSE MARTI	17	10	7	34

En el "INTAE" de los 74 alumnos, 19 (14%) estaban reprobados, pero solo 4 (72%) de estos tenían depresión; 12 de los aprobados mostraron depresión. El sexo femenino fue afectado en un 23.8%. Mientras que en el "José Martí", de los 89 alumnos, 77 (68.53%) estaban reprobados; de ellos 32 (24.64%) presentaron algún grado de depresión. Dos alumnos aprobados mostraban depresión. Igualmente el sexo femenino resultó más afectado con un 73.5 %.

En la tabla número 2 y 3 se presenta el tratamiento estadístico de los resultados. Se refleja allí, que el Chi cuadrado calculado no resultó ser ni igual ni mayor al Chi crítico, en ninguno de los dos casos, con el consiguiente significado estadístico que ello implica.

Tabla # 2.  
Relación de depresión y rendimiento en el INTAE

	Alumnos	Reprobados	Aprobados
Con depresión	f0	4	12
	fe	4.11	11.89
	$\chi^2$	0.037	0.013
Sin depresión	f0	15	43
	fe	14.89	43.11
	$\chi^2$	0.010	0.004
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>55</b>	

$\chi^2$  calculado 0.64 ( $\chi^2$  CRITICO 3,6415) P = 0.5004  
fo= frecuencia observada; fe=frecuencia esperada.  
 $\chi^2$  = Chi cuadrado

Tabla # 3.  
Relación de depresión y rendimiento en el Liceo "San Martí"

	Alumnos	Reprobados	Aprobados
Con depresión	f0	32	2
	fe	29.42	4.58
	$\chi^2$	0.148	0.948
Sin depresión	f0	45	10
	fe	47.58	7.42
	$\chi^2$	0.091	0.586
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>12</b>	

$\chi^2$  calculado 1.772 ( $\chi^2$  CRITICO 3,8415)

P = 0.5004

### Discusión.

El estudio tenía por hipótesis comprobar que la depresión tenía algún elemento explicativo del bajo rendimiento en la población evaluada. Pero de lo ya mencionado, el Chi cuadrado calculado no resulto ser ni igual ni mayor que el Chi critico; por lo tanto la hipótesis es rechazada. Si bien es cierto se encontraron casos de depresión, estos datos no fueron estadísticamente significativos para aceptar que el rendimiento se vea mermado o afectado por la presencia de depresión. Aunque hay que aceptar que los casos son mas altos-en porcentaje- que los datos internacionales, en el caso del instituto privado (6, 7). Otra observación importante, es que la cantidad de casos no fue tan grande, pero llama la atención que los mayoría de ellos, se hayan presentado en el instituto privado, donde se asume, que por tener una adecuada posición económica, los alumnos estudian en un colegio privado y que tienen mayormente satisfechas sus necesidades básicas como factor (relativo) protector ante los trastornos afectivos; por supuesto, esto esta sujeto a otras interpretaciones. Es posible tenga relación también con el hecho y según la información brindada por las autoridades del Instituto "José Martí", la presencia de alumnos que han sido rechazados de otros colegios y repitentes, por lo que se debe tomar en cuenta otros factores, que se mencionan adelante.

Por otro lado, el número de materias reprobadas, no se refleja ante la severidad de los síntomas depresivos; es decir, los alumnos que resultaron con depresión severa, no tenían mayor cantidad de materias reprobadas, que el resto de los alumnos con depresión. Estadísticamente esto también se comprueba.

Otro factor importante es que la escala de Depresión de Beck, es un instrumento que solo recoge en forma transversal la sintomatología y no el curso o evolución de la misma. Por otro lado, el estudio se realizo fuera de periodos de examen y las notas recabadas y disponibles, reflejaban el

rendimiento de los alumnos de más de un mes atrás; es decir no eran tan actuales.

Varios autores establecen otras causas del bajo rendimiento académico; tal como, la influencia del IQ y la instrucción materna, como un rol importante en el desempeño temprano en la escuela, sobre todo en niños que presentan problemas escolares (7). Además, la estabilidad del seno familiar establece no solo problemas de ansiedad, baja autoestima y depresión, sino también repercusiones negativas en el rendimiento escolar, sobre todo en los niños varones. Además, historia personal o familiar de depresión en los padres, junto con intentos suicidas y factores cognitivos (3, 13). Otros autores, centran sus explicaciones en factores de índole social (deterioro de la función social); abuso de sustancias; falta de disciplina en el hogar, insatisfacción familiar, deterioro interpersonal, rasgos de personalidad antisocial, trastorno borderline de la personalidad, falta de pertenencia escolar, etc. (10, 11, 14).

### Conclusiones.

El presente estudio no encontró relación estadística entre depresión y bajo rendimiento académico; y a pesar que clínicamente si se detectaron casos, no se reflejo la severidad de la depresión con el numero de materias reprobadas, siendo esta la variable tomada para medir el bajo rendimiento. Sin embargo, se confirma que es el sexo femenino, el más vulnerable para presentar el trastorno, incluso en porcentaje más alto que la literatura internacional. Se debe tomar en cuenta que la mayoría de la población era femenina. Se deberá entonces investigar más a fondo otros factores que expliquen el bajo rendimiento de nuestra población estudiantil.

### Bibliografía.

- (1) Wicks-Nelson, Rita; Israel, Allen C. *Sicopatología del niño y del adolescente*. Tercera edición. Prentice Hall. España 1997.
- (2) Nelms, Bobbie Crew. "Childhood depression: Be on the alert." *J Pediatric Health*. 171(2003)161-162.
- (3) Gartstein, Maria A., et al. "Parental depression, parenting and family adjustment, and child effortful control: explaining externalizing behaviors for preschool children". *Applied Development Psychology*. 24 (2003) 143-177.

- (4) Steingard, Ronald J. "The neuroscience of depression in adolescent" *Journal of Affective Disorders*. 61 (2003) S15-S22.
- (5) Valentiner, David P; et al. "Panic attack, depression and anxiety symptoms, and substance use behaviors during late adolescence." *Journal of Affective Disorders*. 18 (2004) 573-585.
- (6) Tang, Beth; et al. "Depression and rol impairment among adolescent in primary care clinics". *Journal of Adolescent Health*. 37 (2005)471-483.
- (7) Supplee, Lauren, H, et al. "Family and child influences on early academic and emotion regulatory behaviors". *Journal of School Psychology*. 42 (2004) 221-242.
- (8) Hallfors, Denise, et al. "Adolescent Depression and Suicide Risk. Association with sex and drugs behaviors." *Am J Prev Med*. 2004; 27;(3).
- (9) Khawaga, Nigar G; Bryden, Kelly J. "The development and psychometric investigation of the university students depression inventory". *Journal of affective Disorders*. 2006.
- (10) Abramson, Lyn Y; et al. "Suicidality and cognitive vulnerability to depression among college students: a prospective study." *Journal of Adolescent*. 21(1998) 873-487.
- (11) Bennett, David S, et al. "Gender differences in adolescents depression: Do symptoms differ for boys and girls?" *Journal of Affective Disorders*. 89 (2005) 35-44.
- (12) Gilman, Richi; Anderman, Eric M. "The relationship between relative levels of motivation and intrapersonal, interpersonal, and academic functioning among older adolescents". *Journal of School Psychology*. 2006.
- (13)Weller, Elizabeth; Weller, Ronald A. "Depression in adolescents growing pains or true morbidity?" *Journal of Affective Disorders*. 61. (2000)S9-S13.
- (14) Chelminski, Iwara; et al. "An analysis of the 'eveningness-morningness' dimension in 'depressive' college students". *Journal of Affective Disorders*. 52 (1999) 19-29.



**Cymbalta®**  
duloxetina HCl

**El único antidepresivo de primera línea con mecanismo de acción:**

**DOBLE  
POTENTE  
BALANCEADO**

**Informa al gremio Médico y Farmacéutico el lanzamiento de su nueva presentación de 30 mg**



30 mg

**Ideal para pacientes:**

- De poblaciones especiales (insuficiencia renal)
- Que requieren de dosis de 90 mg
- Que se puedan beneficiar en la discontinuación del tratamiento utilizando 30 mg después de completar su tratamiento con 60 mg (6 a 9 meses)



## **“Mobbing” (acoso moral) y depresión en adolescentes empleados de una maquila; un estudio piloto**

JOSÉ FERNANDO MEDINA RIERA<sup>1</sup> AMÉRICO REYES

**Introducción:** En la década de los 80 el profesor Heinz Leymann define el mobbing como el fenómeno en que una persona o grupo de personas ejerce una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente a menos una vez por semana y durante un tiempo prolongado más de seis meses sobre otra persona en el lugar de trabajo, con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr finalmente que esa persona o personas acaben abandonando el lugar de trabajo. Este fenómeno en la sociedad actual se reviste de gran importancia debido a sus consecuencias que van más allá de efectos económicos, siendo identificada como responsable de la presencia o intensificación de trastornos de la salud mental. **Objetivo:** por medio del presente estudio se pretende identificar el número de personas menores de 19 años que laboren en una empresa de maquila que estén bajo “mobbing”, determinar cuantos de estos empleados padecen de depresión e identificar cuantos de los empleados que sufren “mobbing” están depresivos. **Metodología:** Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos basados en la entrevista estructural rígida uno para valorar el “mobbing” elaborado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la escala de depresión para adolescentes (ADA). La muestra fue no probabilística o dirigida. **Resultados:** De los 581 empleados que laboran en la maquila se encontró que 112 eran menores de 19 años de edad, 89 del sexo femenino y 23 del sexo masculino, de los cuales 75 (33%) presentaban “mobbing”. Con respecto a la depresión, se encontró que de la totalidad de la población menor de 19 años 81 presentaron algún tipo de depresión al clasificarlos el 59 de ellos presentaron una depresión leve, 22 depresión moderada, independientemente de la clasificación, la totalidad de los entrevistados que presentaron “mobbing” presentaban además depresión. **Conclusiones;** este estudio tal como se ha descrito en otros estudios el Mobbing y la depresión presentan una relación de ocurrencia.

En nuestro país, al igual que en el resto del mundo, cada vez son más los casos de mobbing (psicoterrorismo laboral o acoso moral en el trabajo) que se vienen produciendo. Tanto es así que recientemente la propia organización europea ha acuñado, a través de un grupo de expertos, una nueva definición del fenómeno que viene a sumarse a las ya existentes: “el mobbing es un comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores e inferiores jerárquicos, a causa del cual el afectado/a es objeto de acoso y ataques sistemáticos, durante mucho tiempo, de modo directo o del trabajo y la gestión del conflicto por parte de los superiores jerárquicos<sup>(1)</sup>. El objetivo de los psicoterroristas laborales es anular totalmente a su víctima para conseguir a medio o largo plazo que abandone la empresa, recortando para ello su capacidad de comunicación y de interacción con los compañeros y compañeras, rebajando sus responsabilidades, indirecto, por parte de una o más personas, con el objetivo y/o el efecto de hacerle sentir de menos”.

Aunque las causas del problema pueden ser de distinta naturaleza, fundamentalmente se centran en torno a aspectos relacionados con la organización y dirigiendo contra él críticas y

mentiras infundadas de su actividad laboral e incluso acerca de su vida particular. El resultado es demoledor ya que la persona objeto de acoso pierde su autoestima, ve mermadas sus capacidades profesionales, sus relaciones personales en el entorno laboral y se autodestruye moralmente<sup>(2)</sup>. En la década de los 80 el profesor Heinz Leymann define el mobbing como el fenómeno en que una persona o grupo de personas ejerce una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente a menos una vez por semana y durante un tiempo prolongado más de seis meses sobre otra persona en el lugar de trabajo, con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr finalmente que esa persona o personas acaben abandonando el lugar de trabajo<sup>(3)</sup>.

Según el profesor Iñaki Piñuel, de la Universidad de Alcalá de Henares, el acoso laboral “tiene como objetivo intimidar, apocar, reducir, aplanar, amedrentar y consumir emocional e intelectualmente a la víctima, con vistas a eliminarla de la organización o a satisfacer la necesidad insaciable de agredir, controlar y destruir que suele presentar el hostigador, que aprovecha la situación que le brinda la situación organizativa particular (reorganización, reducción de costes, burocratización, cambios

<sup>1</sup> Medico Residente de III año de Psiquiatría  
Coordinador Académico posgrado de Psiquiatría

vertiginosos, etc.) Para canalizar una serie de impulsos y tendencias psicopáticas”. Los acosadores ponen en marcha esta maquinaria demoledora por distintas razones, entre las que podemos destacar los celos, la envidia, no sólo centrada esta última sobre los bienes materiales de la víctima, sino sobre las cualidades personales positivas de la misma, como puede ser su inteligencia, su brillantez personal, su ecuanimidad, etc. Es habitual que los ataques se produzcan porque la víctima tenga ciertos rasgos diferenciales respecto al resto del grupo, como por ejemplo el color de su piel o alguna característica física que es aprovechado por el acosador para ensañarse con ella<sup>(3,4)</sup>. Nos encontramos ante un tipo de agresión extremadamente *sutil* en cuanto perversa, ya que se trata de un comportamiento premeditado, que se ejecuta según una estrategia minuciosamente preconcebida con un objetivo claro y concreto: la anulación de la víctima.

#### **FASES**

Es difícil establecer una secuencia común de hechos en el transcurso de un proceso de acoso moral en el trabajo que nos permita determinar una serie fija de fases que abarquen desde su aparición hasta su desenlace, cualquiera que fuera éste. Esta imposibilidad se debe sobre todo a las distintas peculiaridades que en cada caso pueden presentar los acosadores, las víctimas y el entorno en el que se desarrolla el conflicto, así como del modelo de organización en el que se desata el proceso. No obstante, Leymann ha desarrollado a partir de sus experiencias cuatro fases que se dan habitualmente en estos procesos<sup>(5, 6, 7)</sup>:

##### **1ª Fase de conflicto**

Es normal que aparezcan conflictos interpersonales en cualquier empresa como consecuencia de la existencia de grupos y personas que frecuentemente tienen intereses y objetivos distintos e incluso contrapuestos. Debido a esto surgen problemas puntuales, *roces* o incluso *choques* entre personas que bien pueden solucionarse de forma positiva a través del diálogo o que, por el contrario, pueden constituir el inicio de un problema más profundo que tiene posibilidades de llegar a estigmatizarse, siendo en este segundo caso cuando se entra en la fase siguiente. Cuando estos conflictos puntuales comienzan a estigmatizarse, se produce un punto de inflexión en unas relaciones que hasta ese momento podrían considerarse como

satisfactorias o neutras, siendo el punto de partida de una escalada de enfrentamientos.

##### **2ª Fase de mobbing o de estigmatización**

En esta fase el acosador pone en práctica toda la estrategia de hostigamiento en su víctima, utilizando para ello, sistemáticamente y durante un tiempo prolongado, una serie de comportamientos perversos cuyo objetivo es ridiculizar y apartar socialmente a la víctima. Se puede decir que esta segunda fase ya es propiamente de mobbing. La víctima no puede creer lo que está sucediendo y puede llegar incluso a negar la evidencia ante la pasividad, la negación o la evitación del fenómeno por el resto del grupo al que pertenece. Esta fase es muy duradera en el tiempo<sup>(5)</sup> y sirve para estigmatizar a la víctima con el consentimiento e incluso con la colaboración activa o pasiva del entorno.

##### **3ª Fase de intervención desde la empresa**

Lo que en principio era un conflicto conocido básicamente por los miembros del grupo al que pertenece la víctima trasciende a la dirección de la empresa<sup>(6)</sup>. Pueden ser varias las formas de actuación que se pueden poner en práctica, generalmente por el departamento de recursos humanos o la dirección de personal.

##### **4ª Fase de marginación o exclusión de la vida laboral**

Esta última fase suele desembocar en el abandono de la víctima de su puesto de trabajo, muy probablemente tras haber pasado por largas temporadas de baja. Los trabajadores/as de las administraciones públicas suelen pedir cambios de puesto de trabajo que en pocas ocasiones se materializan, mientras que en la empresa privada parte de las víctimas deciden aguantar estoicamente en su puesto de trabajo y atraviesan un calvario que tiene consecuencias muy negativas para su salud. Unos y otros sufren un agravamiento del problema, tanto dentro como fuera de la empresa. En los casos más extremos los trabajadores/ as acosados pueden llegar al suicidio<sup>(8)</sup>.

#### **Descripción del proyecto y procedimientos metodológicos contemplados que apliquen.**

##### **Muestra**

La versión final del instrumento será aplicada a una muestra no probabilística de 112 empleados (a) de la maquila San José ubicada en la colonia Kennedy de Tegucigalpa.

### Instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos basados en la entrevista estructural rígida uno para valorar el mobbing elaborado por la OIT y la escala ADA para la depresión modificada para adolescentes. La muestra será no probabilística o dirigida.

### Calificación del instrumento

Se procederá a signar puntuación con respecto a valores predestinados en la escala de Hamilton asignándose valores para depresión leve, moderada y severa, la presencia de 2 o más respuestas positivas durante los primeros 3 bloques de preguntas se tomara como positivo y la respuesta positiva en el cuarto bloque es positivo. Los resultados serán tomados mediante la entrevista directa cerrada o estructurada.

### Análisis

Los análisis estadísticos de los resultados de la aplicación del instrumento final se efectuarán mediante el programa SPSS (paquete estadístico para las ciencias sociales, versión 8.1). Los análisis son: Estadística descriptiva de cada ítem del instrumento final.

### Resultados

De los 581 empleados que laboran en los tres turnos en la maquila en mención se encontró que 112 eran menores de 19 años de edad 89 del sexo femenino y 23 del sexo masculino, de estos 37 se reportaron posterior a la entrevista presentaban mobbing (2 del sexo masculino y 35 del sexo femenino), con respecto a la depresión se encontró que de la totalidad de la población (112) 75 presentaron algún tipo de depresión, de estos se descartaron para el estudio tras la entrevista un total de 8 (uno del sexo masculino y siete del sexo femenino) por contar con historia y/o tratamiento por depresión previo al laborar en dicho lugar. De los pacientes con depresión 53 de ellos presentaron una depresión leve, 14 depresión moderada y ninguno depresión grave. La totalidad de los entrevistados que presentaron mobbing presentaban además depresión no así la totalidad de los entrevistados que presentaban depresión solo 37 de 67 que presentaron mobbing, la relación  $X^2$ (coeficiente phi 0.6348, chi critico 3.8415, nivel de confianza 95%) entre estos valores es de 59.642 utilizando la corrección de Yates. lo que indica una relación estadística fuerte entre ambas variables.

### Conclusiones

De los entrevistados que presentaron algún tipo de mobbing la totalidad presentaron depresión, si bien esto indica una relación el estudio adolece por su diseño de la incapacidad de determinar el tipo de relación que existe entre estos dos tipos de variables, la literatura refiere una relación directa pero esto tendrá que confirmarse en la población Hondureña en un estudio posterior. La depresión leve fue la más frecuente dentro de las reportadas al momento de interpretar los resultados. El mobbing es mas frecuente en personas del sexo femenino lo que confirma lo descrito en la literatura internacional es de hacer notar que la población evaluada en cuanto a proporción de sexo se aproxima a los datos proporcionados por el banco central de Honduras en su informe del 2002 sobre la maquila en cuanto a distribución por sexo (60% del sexo femenino y 40 % del sexo masculino). Se debe admitir que el tamaño de la muestra no es lo suficiente grande con respecto a la totalidad de empleados de la maquila que se estima en la actualidad es por lo menos de 105,555 empleados directos (datos tomado del informe del Banco Central de Honduras sobre la maquila 2002, ultimo informe disponible) por lo que seria recomendable futuros estudios en este sentido para confirmar o desvirtuar lo obtenido.

### Bibliografía.

1. Karl Aquino University of Delaware, *A Relational Model of Workplace Victimization: Social Roles and Patterns of Victimization in Dyadic Relationships, Journal of Applied Psychology* Copyright 2004 by the American Psychological Association 2004, Vol. 89, No. 6, 1023–1034
2. James A. Russell, *Core Affect and the Psychological Construction of Emotion, Psychological Review* Copyright 2003 by the American Psychological Association, Inc. 2003, Vol. 110, No. 1, 145–172
3. Brigitte M. Kudielka, Ph.D. *Cortisol day profiles in victims of mobbing (bullying at the work place): preliminary results of a first psychobiological field study, Journal of Psychosomatic Research* 56 (2004) 149–150
4. Stale Einarsen, *HARASSMENT AND BULLYING AT WORK: A REVIEW OF THE SCANDINAVIAN APPROACH, Aggression and Violent Behavior, Vol. 5, No. 4, pp. 379–401, 2000 Copyright Ó 2000 Elsevier Science Ltd*

6. *Lilia M. Cortina, Incivility in the Workplace: Incidence and Impact, Journal of Occupational Health Psychology 2001, Vol. 6, No. 1, 64-80. Copyright 2001 by the Educational Publishing Foundation*
7. *Sandy Lim and Lilia M. Cortina, Interpersonal Mistreatment in the Workplace: The Interface and Impact of General Incivility and Sexual Harassment, Journal of Applied Psychology Copyright 2005 by the American Psychological Association*
8. *Bruce Kirkcaldy, Lars-Eric Petersen, and Gundula Hübner, Managing the Stress of Bringing the Economy in the Eastern German States to the Level of the Western German States*
9. *Begoña Martínez Jarreta, Javier García-Campayo, Santiago Gascon, Miguel Bolea, Medico-legal implications of mobbing A false accusation of psychological harassment at the workplace, Forensic Science International 146S (2004) S17-S18*
10. *Beate Schuster, Rejection, Exclusion, and Harassment at Work and in Schools, European Psychologist 2005*
11. *Sandra Graham and Juana Juvonen, Self-Blame and Peer Victimization in Middle School: An Attributional Analysis, Developmental Psychology 1998. Vol. 34. No. 3. 587.*



## Administración Paz: perspectivas y prioridades

SAGRARIO GUIFARRO<sup>1</sup>, MAURICIO ORELLANA<sup>1</sup>, CARLOS ESPINOZA<sup>2</sup>

*Comprometida con la formación de nuevos psiquiatras, a través de impulsar el Postgrado de Psiquiatría en nuestro país, la doctora Alicia Paz junto al equipo del Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza, ubicado en Calle de La Salud, Colonia Miramonte Norte, Tegucigalpa, ve materializarse sus sueños. La doctora Paz, actualmente se desempeña como directora del Primer Hospital Psiquiátrico de Honduras y además vinculada laboralmente con la Institución desde la década de los noventa, lo que le ha permitido conocer las fortalezas y debilidades que el hospital tiene. Más allá de su quehacer en este ámbito -tarea que la ha llevado a relegar su práctica privada- actualmente la profesional está muy contenta por el trabajo que realiza en el hospital, a tal punto que “prepara las bases para certificar al Mario Mendoza” de cara al nuevo milenio.*

*Actualmente el establecimiento se ha tornado complejo, pues cuenta con cinco tipos de unidades, una de ellas destinada a la psiquiatría comunitaria, y denominada Hospital de Día “Dr. Daniel Herrera”, con una producción promedio mensual de 236 atenciones. Dispone de una consulta externa en jornada matutina y vespertina, que diariamente atiende 200 pacientes. La Unidad de Servicio de Emergencia que labora las 24 horas del día, durante todo el año. Las salas de internamiento, para varones y mujeres, con ingresos promedio de 200 pacientes por mes. Y la novel Unidad de Adolescentes que día a día se incrementa la demanda. Y sin embargo “es necesario diversificar los servicios, por ejemplo, una unidad geriátrica, otra de desintoxicación”, señala la doctora Paz. Para conocer más de los alcances de la presente administración, la Reforma que se planea instaurar y el trabajo que realizan en el Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza conversamos con su directora.*

### Doctora, ¿cómo encontró el hospital?

De entrada con problemas de todo tipo en el manejo de personal, problema de abastecimiento de medicamentos, y problemas en la asignación presupuestaria.

### Estos ingentes problemas ¿cómo los priorizaría?

En primer lugar, ampliar y mejorar la infraestructura. Modernización, entendiendo por esto el avanzar hacia el licenciamiento del hospital. Ampliar servicios y propiciar la desconcentración de pacientes. Incrementar el número de psiquiatras, para incorporarles en otros servicios, p.e. psiquiatría forense. Normatización, iniciando por la elaboración de protocolos de atención.

### Siendo la prioridad uno, la infraestructura, ¿cuáles son las áreas consideradas críticas?

La red del tendido eléctrico es obsoleta e insuficiente, seguida por el techo y drenaje de aguas lluvias. Redistribuir espacios físicos y construir nuevos para ampliar servicios de atención, p.e. brindar terapia a pacientes con fármaco dependencia.

### Con respecto a los recursos humanos, ¿el personal del hospital rinde cómo usted lo espera?

La evaluación del personal apoyados por informática, no se está haciendo, a excepción del porcentaje de rendimiento de los médicos, el resto del personal no es evaluado en sus funciones, pretendemos implementar evaluaciones en base a resultados. Disponemos de un amplio marco jurídico que no se aplica.

### ¿Tiene usted un plan sobre lo qué debe ser este hospital en los próximos 30 años?

Sabemos que la asignación presupuestaria esta muy por debajo de las necesidades, esto nos conduce hacia la búsqueda de ayuda externa, por lo tanto, debemos de ser capaces de formular proyectos y gestionar ayuda en la comunidad, organismos nacionales e internacionales.

### ¿Cuál es su visión sobre la atención psiquiátrica a nivel nacional?

No hemos avanzado, continuamos trabajando en las mismas áreas, la mayor concentración de psiquiatras ejercen en las tres principales ciudades del país, solo uno se ha regionalizado. Compartimos la misión del Departamento de Salud Mental, especialmente en el componente de fortalecimiento institucional, actualmente se ha calendarizado jornadas de sensibilización, formación y capacitación psiquiátrica de médicos generales de los diferentes CESAMOS a nivel metropolitano, con énfasis en temas de consulta externa, emergencias, manejo de medicamentos, asegurando una atención primaria mínima, para luego extenderlo a las diferentes regiones.

### Por último doctora, una pregunta personal ¿por qué su interés de ser directora?

Es la realización de un sueño, como empleada de este hospital, en el correr de los años le he tomado cariño, y adquirido el compromiso de aportar un granito de arena en el crecimiento del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, aumentando la cantidad de sus servicios porque la calidad es muy buena. Otro motivo, impulsar el postgrado de psiquiatría, en la continua formación de especialistas, y finalmente fortalecer los vínculos con Salud Mental.

<sup>1</sup> Médicos Residentes de II año de Psiquiatría

<sup>2</sup> Médico Asistencial HPMM

## Filosofía y Psiquiatría

### En búsqueda de la verdadera fuente del pensamiento filosófico.

*Tomado de la Conferencia Dictada Por el Dr. Héctor Pereira a la Asociación Hondureña de Psiquiatría*

<sup>2</sup>A. RODRÍGUEZ, M. MORAN, R. LÓPEZ, J. CRUZ, F. ARCHAGA

La reflexión filosófica es la actividad original del hombre que lo acompaña desde los inicios de los tiempos históricos y que es parte constitutiva de su naturaleza como también lo son sus padecimientos y la muerte, como su sombra, a las concepciones de la locura a través de la historia. Siempre hemos aceptado el hecho de considerar a Grecia como la raíz y el comienzo de la filosofía, elevando su raza a un nivel superlativo. El conflicto surge cuando en 1987 el Dr. Martín Bernal, norteamericano, publica su obra "Black Athena" o Atenea Negra, en la que plantea que esta idealización de la Grecia clásica ha sido un complot llevada a cabo por académicos del siglo XIX, siguiendo motivaciones parcializadas, racistas y hasta religiosas.<sup>1</sup> El ha escrito que la cultura griega no llegó desde el norte, como se ha pensado, sino que provino de ciertas culturas semitas del medio oriente, en combinación con la egipcia, que era negroide.<sup>3</sup>

Bernal plantea que el proceso de idealización cultural griego comenzó hace unos 3800 años, cuando el misterioso pueblo de los Hicsos o Hyskos, procedente de algún área próxima del pueblo de Kurdistán, conquistó a Egipto iniciando la dinastía XV, y que por un par de siglos esa cultura influenció el pensar de esta área geográfica.<sup>2</sup> Parece que la filosofía griega en general se fundamentó en la siguiente idea: "que el patrón fundamental de naturaleza era alcanzable a la mente humana". Desde la perspectiva de hoy, la diferencia que algunos perciben entre el pueblo griego y el hebreo, es que los griegos, desde el final de la década de bronce, y dentro de su aislamiento peninsular; pudieron convertir la palabra escrita en un instrumento para la liberación de la mente humana.<sup>2</sup>

Los mitos fueron una manifestación importante de aquella tradición institucionalizada en las escuelas históricas. Su profundidad psicológica y el optimismo fundamental que ellos irradian, los señalan como originarios de escuelas históricas secretas. Esos mitos, con su textura poética y surrealista; y con la aureola de belleza que siempre lo enmarcan, le hablan directa a nuestra mente inconsciente.

Ellos siempre nos parecen como un lenguaje esotérico y público de aquellas escuelas secretas. Un lenguaje sin embargo ya codificado de modo que cada profano pueda descifrarlo solo hasta un nivel de su propio desarrollo interno.

Posteriormente durante el renacimiento el núcleo ideológico es el humanismo que a su vez podemos definir como la nueva cultura que surge a partir del siglo XV que se centra en el hombre y tiene como finalidad el hombre. Los temas de importancia que desarrolla son los del sujeto y su libertad, la relación del sujeto con Dios, y la relación del sujeto con el mundo y la naturaleza, en el siglo XVIII, el filósofo y matemático alemán, Leibnitz, se dio cuenta de la existencia de una común filosofía eterna que subyace tras cada movimiento religioso, místico y filosófico, "la filosofía perenne". Afirmaba que el punto de partida, como individuos es nuestra propia individualidad, nosotros comenzamos a pensar y actuar partiendo del Yo, no del colectivo.<sup>5</sup>

La filosofía perenne o sabiduría de todos los tiempos, fuente eterna de religión, misticismo arte y filosofía, es para Leibnitz aquella metafísica que reconoce una realidad divina en el mundo de las cosas, y en las vidas y en las mentes de todos los seres. Por tanto trasciende todo sectarismo ciego, en una forma idéntica de cómo lo hace la ley de gravitación las leyes matemáticas y de la lógica, las cuales trascienden todas nuestras creencias.<sup>6</sup> Y si tomamos a Platón, el más grande filósofo, y aquel que veremos que su método dialéctico y su mayéutica tenían a la vista otro fin ulterior: la liberación de la mente humana.<sup>7</sup> La revolución humana llegó a su cumbre científica en pleno siglo XIX, esgrimiendo el estandarte de la propia filosofía científica, el positivismo.<sup>8</sup> Pero esta no parecía llenar todas las preguntas de una filosofía, ya que jamás rastreó la verdad hasta las últimas causas, sino más bien descubrió el desarrollo fenoménico de aquellas y sus efectos.

No obstante, a partir de 1859, ese mundo académico creyó haberle ganado la partida a la religión dogmática y esa creación que encontramos en el génesis bíblico.

<sup>1</sup> Psiquiatra. Embajador de República Dominicana en Honduras.

<sup>2</sup> Médicos Residentes I año de Psiquiatría

Se consideraba que eran capaces de explicar por primera vez de explicar a ambos el hombre y la naturaleza por medio de las ciencias físicas y naturales, y también la nueva biología darwiniana.<sup>8</sup> Tan solo 4 décadas después, y a comienzos del siglo XX, un científico iconoclasta y rebelde, neurólogo de nombre Sigmund Freud, profundizó lo bastante dentro de la mente de los seres humanos como para llegar a sus niveles de inconsciencia, y llevarnos de regreso entonces hasta Grecia órfica y mitológica en busca de las claves perdidas que nos han de ayudar a redefinir de nuevo al hombre. Pues este surge ahora como siendo muy complejo y también multidimensional.<sup>5</sup>

Hasta la llegada de Sigmund Freud y de su famosa obra la "Interpretación de los sueños" (1900), en el mundo académico no se había hablado nunca de la tiranía del inconsciente.<sup>9</sup> Es solo dentro de aquella teoría de Freud, del siglo XIX, relacionadas con la llamada mente inconsciente o ello, que reencontramos nuevos espacios conceptuales comparables a los del viejo culto órfico-dionisíaco del siglo V antes de Cristo. Pues ese inconsciente se mueve dentro de un tiempo primordial, atemporal, y que es primitivo, irracional, amoral, y puramente dinámico. En ese ELLO inconsciente de Freud, no tienen vigencia las leyes del pensamiento lógico, ni rige el principio de la contradicción, pues impulsos contrapuestos coexisten simultáneamente.<sup>9</sup>

Nuestra sociedad moderna es una prueba del avasallador dominio de esa inconsciencia inexplorada.<sup>6</sup> En primer término, consideremos que lo que tenemos hasta ahora son nuevas hipótesis sobre el surgimiento y orígenes de la cultura griega clásica. Esto incluye posible influencias extranjeras sobre ella y su pensamiento filosófico, anteriormente visto como un fenómeno original, único, aislado, y sin fuentes.<sup>10</sup> Consideremos ahora como "probables" las influencias culturales llegadas a Grecia en distintas épocas de su historia desde Asiría, Egipto, Babilonia, Caldea, Fenicia, y también Persia e India.

Consideremos aquellas invasiones culturales con una mayor probabilidad de antigüedad. La primera, una proveniente de Creta y del Egeo, pero que se había originado hacía unos 3,800 años en el Egipto Faraónico, que fue ocupado por un pueblo misterioso, tal vez semita.<sup>2</sup>

Para entonces ya se había influenciado la vida y pensamiento egipcio. En fin, que las consideraciones anteriores, aún sin darnos cuenta una respuesta final acerca de la verdadera fuente del pensamiento filosófico, nos liberan de por lo menos de la obligación de limitar esa fuente solamente a Grecia de una manera forzosa y sin opciones.

Creemos firmemente en la necesidad de reinsertar la enseñanza de la filosofía y de la historia de la especialidad en la formación básica del psiquiatra a fin de que las producciones teóricas emanadas de esos ámbitos del pensamiento recuperen un lugar de preeminencia como herramientas en la reflexión crítica de sus prácticas y en el análisis de las nuevas informaciones que le llegan, profusamente desde la investigación básica y aplicada. Quisiéramos inspirarnos en los pensamientos expresados en la Carta VII de Platón hacia un futuro en el cual el éxito profesional y la corrección ética de los especialistas estuvieran enlazados con su formación filosófica como parte indispensable del \*ethos de ser psiquiatra.

\* La esencia misma del ser.

#### **Bibliografía**

1. **Thomas M. S.** *Egyptian Elements in Hermetic Literature, Th.D. Harvard 4/18/1987 (U.M.I., 1991. 3058)*
2. **Mauluna N. Karenga, M.** *The Moral Ideal in Ancient Egypt: A Study in Classical African Ethics, Ph.D. U.S.C. 1994. (U.M.I.1994.9601000).*
3. **Froidefond, C.** *Le mirage égyptien dans la littérature Grecque d'Homere a Aristote Aix en Provence. Publications universitaires des lettres et sciences humaines. 1971. p. 270.*
4. **Carl J. Richard.** *The Founders and the Classics: Greece Rome and the American Enlightenment. Cambridge, MA: Harvard U.P. (1994) p. 234.*
5. **Fromm, E.** *Grandeza y limitaciones del pensamiento de Freud, Siglo XXI, México. (1979) p.123-130.*
6. **Wilber, K.** "El paradigma holográfico" Ed. Kairós S.A.(1987) p.4-15}}
7. **Lutoslawski, W** *The origin and growth of Plato's logic, with an account of Plato's style and of the chronology of his Writings. Londres, 1897 p. 548.*

# ZYPREXA es el antipsicótico atípico con mayor eficacia para el tratamiento de la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar

