



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán

Oficina de Apoyo a la
Docencia e Investigación

2019

Enero - Diciembre

Vol. XVI



REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL HERMILIO VALDIZÁN

“Líder en Psiquiatría y en Salud Mental”

Líder en Psiquiatría y Salud Ment

EL PERÚ PRIMERO

BREVE RESEÑA

El Hospital “Hermilio Valdizán”, fue construido por la Beneficencia Pública de Lima en 1,944, con la finalidad de recibir a los enfermos mentales crónicos del Hospital “Víctor Larco Herrera”.

Permaneció cerrado hasta el año 1,961, porque según las versiones de los fundadores de dicho nosocomio, la orden de San Juan de Dios (religiosos dedicados a la atención de enfermos mentales) consideró que las construcciones efectuadas por la Beneficencia Pública de Lima, no reunían las condiciones arquitectónicas de un Hospital Psiquiátrico.

Abrió sus puertas como un centro psiquiátrico para pacientes adultos recuperables el 09 de Setiembre de 1,961, siendo Ministro de Salud el Dr. Rodrigo Franco Guerra, bajo la dirección del Dr. Antonio García Erazo y el Dr. Humberto Rotondo Grimaldi, jefe del Departamento de Servicios Médicos.

El hospital desde ese entonces ha brindado a la comunidad los servicios especializados en Psiquiatría y Salud Mental, para tal fin cuenta con los Departamentos: Salud Mental del Niño y Adolescente, Salud Mental del Adulto y Geronte, Departamento de Adicciones, Departamento de Familia, Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento, Departamento de Promoción de la Salud Mental y el Centro de Rehabilitación de Ñaña.

Así como el Departamento de Enfermería, Departamento de Apoyo al Diagnóstico, Departamento de Apoyo al Tratamiento; además de los servicios de: Trabajo Social, Psicología y Diagnóstico, Farmacia, Odontoestomatología, Nutrición y Servicios Médicos.

REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL “HERMILIO VALDIZÁN”

VOLUMEN XVI

ENERO – DICIEMBRE 2019

ÍNDICE

Editorial: Acercando la salud mental a las poblaciones. Dra. Gloria Cueva Vergara.	PÁG. 05
Uso off-label del ácido valproico en pacientes hospitalizados por esquizofrenia. 2019. Miguel A. Torres M.	PÁG. 06
Gestión del talento humano en el Hospital Hermilio Valdizán. 2016. Dra. Amelia M. Arias A.	PÁG. 13
Bienestar laboral en el personal nombrado y contratado del Hospital Hermilio Valdizán, Lima 2016. Jorge A. Reyes S.	PÁG. 17
Responsabilidad social e imagen institucional del personal con labores administrativas en el Hospital Hermilio Valdizán, 2016. María J. Huarachi T.	PÁG. 21
Apuntes para una Sociobiología del suicidio: primera parte (&). Dr. Jorge De la Vega R.	PÁG. 25
Enfoque fisioterapéutico en un hospital psiquiátrico de Lima – Perú. 2019 Geovana Landeo A.	PÁG. 34

La correspondencia deberá ser dirigida al Comité Editorial de la Revista de Psiquiatría y Salud Mental “Hermilio Valdizán”. Domicilio Postal: Carretera Central Km 3.5 Santa Anita – Lima 43 Central Telefónica: 4942410 anexo 217 E-mail: amearias5@hotmail.com, estelit28@hotmail.com.

DIRECTORA GENERAL

Dra. Gloria Cueva Vergara

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Gloria Cueva Vergara
Dra. Amelia Arias Albino
Dra. Estelita De la Cruz Amador
Dr. Carlos Ordóñez Huamán
Dr. John Richard Loli Depaz
Psic. Mariela Blanco Tercero

Nota del Comité Editorial:

El contenido de los artículos es de entera responsabilidad de los autores. El contenido de esta publicación no podrá reproducirse total ni parcialmente por ningún medio mecánico, fotográfico, electrónico (escáner y/o fotocopia) sin la autorización escrita de los editores. Revista de Psiquiatría y Salud Mental “Hermilio Valdizán”.

El presente documento tuvo el apoyo en la elaboración del diseño de la Oficina de Relaciones Públicas del Hospital Hermilio Valdizán. Lic. Vilma Ysabel Yataco Peña.

“ACERCANDO LA SALUD MENTAL A LAS POBLACIONES”

La Revista de Psiquiatría y Salud Mental “Hermilio Valdizán” contribuye desde la publicación de artículos relacionados con el avance científico, humanístico y tecnológico, con la actualización en los nuevos conocimientos y metodologías que nos permitan brindar una mejor atención a nuestros usuarios y garantizar su derecho en la salud mental.

El 23 de mayo de 2019 se promulgó la Ley N° 30947 – Ley de Salud Mental; la cual tiene como objetivo garantizar el acceso a los servicios, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, como condiciones para el pleno derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad.

El Hospital Hermilio Valdizán abrió sus puertas el 9 de setiembre de 1961. Su primer director médico fue el Dr. Humberto Rotondo Grimaldi, quien inició las acciones de psiquiatría comunitaria en nuestro país, además de impulsar la investigación psicosocial en zonas de alta vulnerabilidad y establecer la relación existente entre la organización social y la enfermedad mental, la magnitud y las manifestaciones de la violencia doméstica, el papel psicoprotector de las redes sociales de soporte, entre otros estudios, que constituyen el punto de partida de la moderna psiquiatría social en el Perú.

El enfoque comunitario permitió que el desarrollo institucional también tuviera un impacto positivo sobre la atención en salud mental, fortaleciéndola, al participar activamente en las redes de atención primaria de Lima y de otras regiones del país, sobre todo en aquellas afectadas por situaciones de emergencias y desastres (brigadas de salud mental) o en las que tuvieron secuelas de la violencia política sufrida entre los años 1980 – 2000 (equipos itinerantes de salud mental).

El primer Centro de Salud Mental Familiar Comunitario, se inauguró en el año 2010 en la Comunidad de Huaycán, fruto de una alianza estratégica de nuestra institución con la Iglesia Católica y la Comunidad Autogestionaria de Huaycán; como clara expresión de nuestro propósito de fortalecer el proceso de la Reforma de Salud Mental. Este centro de salud mental sirvió de punto de partida, para la propuesta de expansión del modelo comunitario a nivel nacional.

Por estas razones, entre muchas más, nos mantenemos optimistas ante la consolidación del modelo de atención comunitaria, con respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas, sin discriminación, con abordaje intercultural y libre de la estigmatización hacia las personas que presentan problemas de salud mental.

Gloria Cueva Vergara
Directora General

USO OFF-LABEL DEL ACIDO VALPROICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR ESQUIZOFRENIA. 2019

Miguel A. Torres M. 1

1 Médico Residente de tercer año del Hospital Hermilio Valdizán. Departamento de Salud Mental de Adultos y Gerontes, Hospital Hermilio Valdizán, Lima – Perú.

Resumen

Introducción: El ácido valproico en esquizofrenia se usa como coadyuvante en el manejo de la conducta agresiva; sin embargo, no cuenta con autorización en su ficha técnica y ni por la FDA; además, en Perú no se cuenta con estudios que lo respalden. Este trabajo de investigación se motiva por la falta de dicha información nacional con repercusión socio-económico-legal-ética.

Objetivos: Determinar la frecuencia de prescripción off-label del ácido valproico en pacientes hospitalizados por esquizofrenia en el Hospital Hermilio Valdizán.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes hospitalizados en la sala de varones y mujeres con diagnóstico de esquizofrenia dados de alta entre los meses de enero 2018 a marzo del 2019. Se determinó la frecuencia de prescripción off-label del ácido valproico mediante el uso del sistema informático hospitalario de las epicrisis virtuales.

Resultados: Se identificó 310 pacientes y se usó ácido valproico en el 22,6% (70) de pacientes, siendo de estos varones el 78,6% (55), más del triple que en mujeres; donde de cada 10 varones, 4 tuvieron indicado ácido valproico y, de cada 10 mujeres, menos de 1 aproximadamente; con una diferencia significativa de χ^2 cuadrado = 46,958 $p = 0,000$ y Fisher = 0.000.

Conclusiones: El uso del ácido valproico es frecuente en pacientes hospitalizados con esquizofrenia, en especial en varones. Debería determinarse su eficacia y seguridad en esta práctica, así como los factores determinantes para su uso.

Palabras clave: Esquizofrenia. Ácido valproico. Off-Label Use.

Abstract

Introduction: Valproic Acid in schizophrenia is used as a coadjuvant in the management of aggressive behavior, however, it does not have authorization in its data sheet and by the FDA; In addition, in Peru there are no studies that respond.

Objectives: To determine the frequency of off-label prescription of valproic acid in patients hospitalized for schizophrenia at the Hermilio Valdizán Hospital.

Material and methods: Descriptive study of patients hospitalized in the ward of men and women diagnosed with schizophrenia between the months of January 2018 to March 2019. The frequency of off-label prescription of valproic acid was determined by using the hospital computer system of the virtual epicrisis.

Results: 310 patients were identified and valproic acid was used in 22.6% (70) of patients, being 78.6% of these men (55), more than triple that in women; where of every 10 males 4 had valproic acid indicated and of every 10 women less than 1 approximately; with a significant difference of χ^2 square = 46,958 $p = 0,000$ and Fisher = 0.000.

Conclusions: The use of valproic acid is common in patients hospitalized with schizophrenia, especially with men. Its efficacy and safety in this practice should be determined, as well as the determining factors for its use.

Key words: Schizophrenia, valproic Acid, Off-Label Use.

Introducción

Los psiquiatras a menudo recurren a prescripciones off-label como estrategias de tratamiento para los pacientes con esquizofrenia (1,2,3). Leslie y col (4) reportaron que más de la mitad de psiquiatras prescriben psicotrópicos off-label; y a veces los prescriben, a pesar de no estar entre las indicaciones para esquizofrenia (5). Sin embargo, si ocurren complicaciones o la muerte, la responsabilidad del profesional puede ser comprometida (6). La prescripción off-label debe hacerse de acuerdo con las regulaciones actuales (7), en particular con los requisitos reglamentarios relacionados con el consentimiento del paciente (8).

La esquizofrenia es un trastorno mental con un espectro muy amplio de afectación y a pesar de recibir antipsicóticos como tratamiento de elección, cerca del 30% de pacientes continúa presentando algunos síntomas (9), por lo que otros medicamentos son agregados para controlarlos (10,11).

El uso conjunto de estabilizadores del ánimo, como el ácido valproico, es una práctica común (12), sin embargo, cuenta con pruebas limitadas de que puede ser efectivo para el control de la excitación y agresión (10,13), además, la importancia solo persistió en los estudios realizados con una duración más corta del tratamiento y no como mantenimiento (14).

Diversos estudios han documentado que su uso varía entre un 15-50% (13, 15 y 17). El estudio de Pickar D y col (2008) describe que el 25,5% de los pacientes recibió monoterapia antipsicótica, el 70% de los pacientes recibió un antipsicótico y otra clase de fármacos; un 42,5% de los pacientes recibió más de un fármaco antipsicótico y la combinación más común fue un antipsicótico y un estabilizador del estado de ánimo con 45% (18). Sim K y col (2011) encontraron que los estabilizadores del estado de ánimo se administraron en un 20,4% de pacientes con esquizofrenia (19). Haw C y col (2005) describió que el 30,1% recibían uno o más estabilizadores del estado de ánimo, de los cuales el 94.7% eran prescripción off-label (20).

Sin embargo, su uso para el control de la conducta agresiva en la esquizofrenia, no está incluido en las indicaciones consideradas en su ficha técnica (2) y ni está aprobado por la FDA (13,22,23), con un beneficio dudoso o nulo (24,25,26) y un mayor riesgo de interacción farmacológica (23) y presentación de eventos adversos tales como trombocitopenia, pancreatitis, teratogenia y alteraciones en el desarrollo físico y en el neurodesarrollo (11,13,27,28), asociado a un mayor costo al estado y al usuario (29).

Este trabajo se motiva por la falta de estudios a nivel nacional del uso off-label del ácido valproico en pacientes con esquizofrenia y por las repercusiones socio-económica-legal-ética que pudiera ocasionar en el acto médico. El objetivo principal del presente estudio es determinar la frecuencia de prescripción off-label del ácido valproico en pacientes hospitalizados por esquizofrenia en el Hospital Hermilio Valdizán.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional de corte transversal en pacientes hospitalizados con diagnóstico de esquizofrenia sin comorbilidades en los pabellones de varones y mujeres del Hospital Hermilio Valdizán (Lima-Perú), de categoría III-1, especializado en psiquiatría y salud mental. Dichos pacientes habían sido dados de alta entre el 01 de enero 2018 al 06 de marzo 2019. Se recolectó la información de las epicrisis virtuales registradas en el sistema informático hospitalario. Las variables usadas fueron: sexo, edad, lugar de procedencia, hospitalizaciones múltiples (≥ 3), días de estancia hospitalaria, conducta agresiva (auto y heteroagresividad física y/o verbal), polifarmacia antipsicótica (uso combinado de por lo menos uno de primera con otra de segunda generación), uso del ácido valproico y su dosis usada por día.

Las pruebas estadísticas utilizadas fueron las de frecuencias, descriptivas y tabla de contingencia aplicando el test de Chi cuadrado con corrección de continuidad o Fisher con gráfico mediante el SPSS v.22.

Resultados

Se identificaron 310 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia sin comorbilidades siendo mayor la proporción de mujeres con 57,1%. La edad media fue de 35,3 años y procedentes de Lima en su mayoría (91%). El 39,7% tuvo hospitalizaciones múltiples, siendo casi el doble en mujeres respecto a varones. El 84,2% de pacientes estuvo hospitalizado dentro de los primeros 60 días. La conducta agresiva se encontró presente en el 83,5% de varones y mujeres. La polifarmacia antipsicótica se encontró en 45,2% de los pacientes y con una dosis promedio del ácido valproico de 1310,7mg/d (Tabla 1).

Tabla 1.
Frecuencia de datos demográficos y hospitalarios.

	SEXO					
	Masculino		Femenino		Total	
Total	133	42,9%	177	57,1%	310	100%
Edad en años [SD](rango)	31,3	[10,9] (18-61)	38,3	[12,1] (17-69)	35,3	[12,1] (17-69)
Procedencia						
Lima	123	92,5%	159	89,8%	282	91%
Provincia	10	7,5%	18	10,2%	28	9%
Hospitalizaciones múltiples						
<3	97	72,9%	90	50,8%	187	60,3%
≥ 3	36	27,1%	87	49,2%	123	39,7%
Días de estancia hospitalaria						
≤ 30	42	31,6%	59	33,3%	101	32,6%
31-60	80	60,2%	80	45,2%	160	51,6%
61-90	5	3,8%	27	15,3%	32	10,3%
>90	6	4,5%	11	6,2%	17	5,5%
Conducta agresiva						
Si	116	87,2%	143	80,8%	259	83,5%
No	17	12,8%	34	19,2%	51	16,5%
Polifarmacia antipsicótica						
Si	59	44,4%	81	45,8%	140	45,2%
No	74	55,6%	96	54,2%	170	54,8%
Uso del ácido valproico						
Si	55	41,4%	15	8,5%	70	22,6%
No	78	58,6%	162	91,5%	240	77,4%

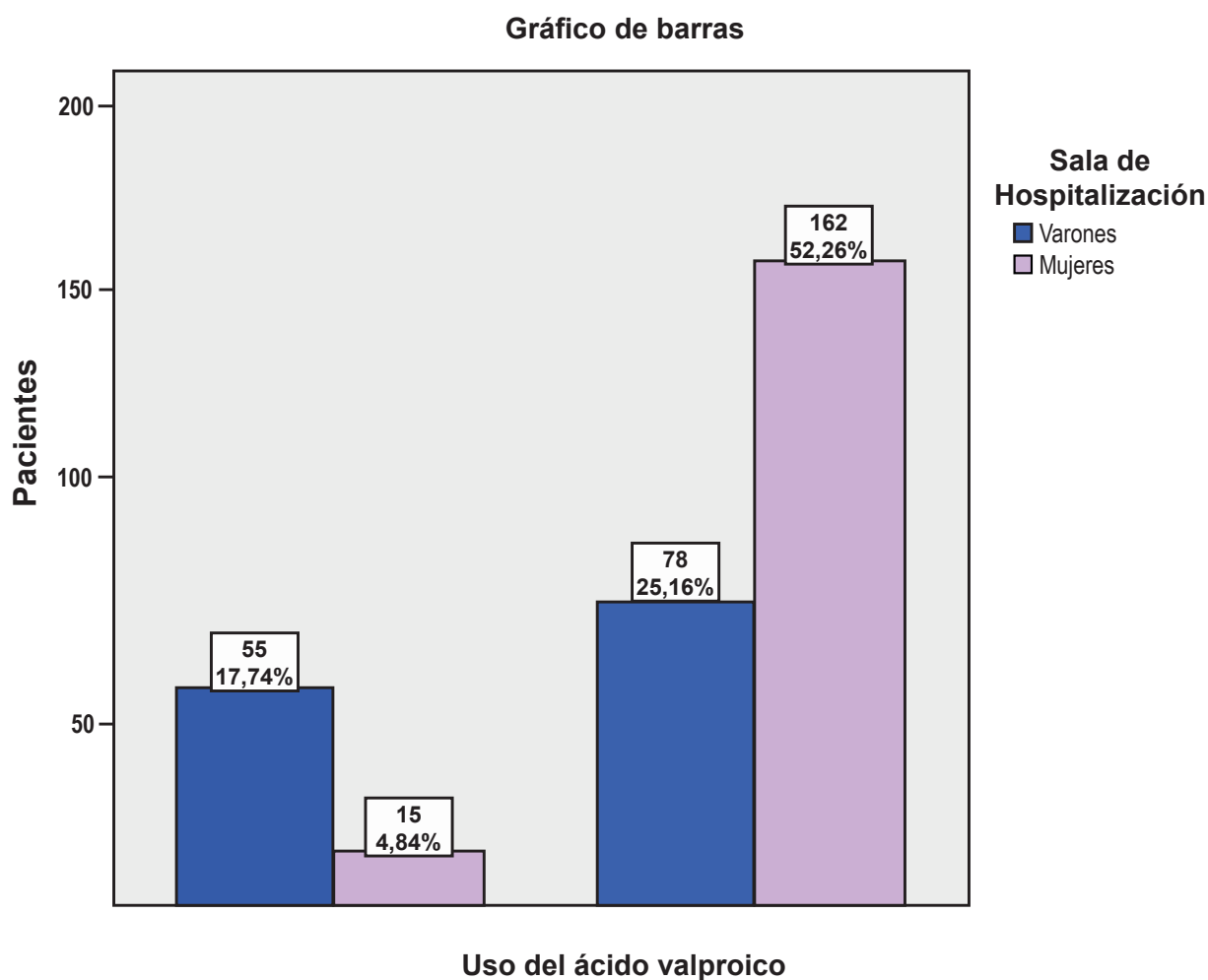
El porcentaje de pacientes en los que se usó ácido valproico, en sala de hospitalización, ascendió al 22,6% (n=70), de éstos, el 78,6% (n=55) fueron varones, que resultó ser más del triple que en mujeres (n=15). Es decir, de cada 10 varones 4 tuvieron indicado valproato, y de cada 10 mujeres, aproximadamente menos de 1; con una diferencia significativa de chi cuadrado = 46,958 p = 0,000 y Fisher = 0.000 (Tabla 2 y Figura 1).

Tabla 2.
Uso de ácido valproico en hospitalización según sexo.

		Uso del ácido valproico				Total(*)	
		Si		No			
Sexo	Varones	55	78,6%	78	32,5%	133	42,9%
	Mujeres	15	21,4%	162	67,5%	177	57,1%
Total		70	100%	240	100%	310	100%

* $\chi^2 = 46,958$. p = 0,000
Prueba exacta de Fisher = 0,000

Figura 1.
Uso del ácido valproico en hospitalización según sexo.



Discusión

El uso del ácido valproico off-label se prescribió en 1 de cada 4 a 5 pacientes con esquizofrenia (22,6%), semejante a lo reportado en países asiáticos: Indonesia (25,3%) (15), Israel (20,1%) (13), Singapur (20,4%) (19); sin embargo, es menor que en España (76%) (16), EE.UU. (45%) (18) (34,9%) (17) y Reino Unido (29%) (20). Pero al ser comparado por sexo, su frecuencia de uso solo en varones llega al 78,6% superior incluso a lo observado en España; ello podría deberse a que en la formación médica de nuestro país se rige por protocolos y guías europeas y norteamericanas.

Se encontró una relación hombre/mujer 3,6 a 1 con una correlación de 0,389 (débil) con el uso del ácido valproico. No se encontró diferencias significativas del uso del ácido valproico con variables como edad, procedencia, hospitalizaciones múltiples, días de estancia hospitalaria, conducta agresiva y polifarmacia antipsicótica; lo cual pudiera ser atribuido a otro factor, motivo de otro estudio, de característica propia de los varones o incluso del equipo médico asignado a la sala de hospitalización.

Pudiera pensarse que el menor uso del ácido valproico en hospitalización de mujeres estaría respaldado por el riesgo que implica, ya que la mayoría se encuentra en edad fértil (28); o por la poca evidencia de eficacia en el control de la conducta agresiva (10,13) o por un beneficio dudoso o nulo (24,25,26), o quizás se usó solo un periodo de tiempo durante la hospitalización siendo luego suspendido (14) y no consignado en las epicrisis. Un dato interesante es el mayor número de hospitalizaciones múltiples en mujeres que varones, si bien no resultó significativa la diferencia, con una mayor muestra pudiera dilucidarse y evaluar las posibles implicancias que representa.

La dosis promedio del ácido valproico fue menor a lo reportado en España (16) (1310,7mg/d vs 1890 mg/d), posiblemente por los grupos étnicos a los que pertenecían los pacientes de cada estudio, pues habría repercutido en el tipo de metabolismo que presentan.

La polifarmacia antipsicótica (antipsicóticos de primera generación y segunda generación) encontrada, resultó ser más del triple a lo hallado por Pickar (18) (45,2% vs 14%), ello podría deberse a que usualmente se utiliza medicación antipsicótica con propiedades sedativas para el manejo del insomnio, además se combina medicación de depósito de primera generación con medicación vía oral de segunda generación; a diferencia que en EE.UU. donde el manejo es de preferencia con benzodicepinas.

Como hallazgo del presente estudio se encontró una asociación entre las hospitalizaciones múltiples con el sexo, la polifarmacia antipsicótica y la procedencia; lo cual resta ser investigado en estudios posteriores.

Las limitantes del estudio fueron una muestra pequeña para poder extrapolar estos resultados a la práctica clínica y que no se tuvo acceso a las historias clínicas en físico para evaluar si se usó ácido valproico durante un corto periodo de tiempo y luego fuera suspendido. Se recomienda ampliar la muestra de estudio, constatar en la historia clínica la evolución terapéutica no vista en las epicrisis, determinar su eficacia y seguridad en esta práctica, así como los factores determinantes para el uso del ácido valproico.

Conclusión:

El uso del ácido valproico off-label es frecuente en pacientes hospitalizados con esquizofrenia, en especial en los varones.

Recomendación

Se recomienda realizar estudios que permitan determinar la eficacia y seguridad de esta práctica, así como los factores determinantes para su uso.

Referencias bibliográficas

1. Citrome L. Adding lithium or anticonvulsants to antipsychotics for the treatment of schizophrenia: useful strategy or exercise in futility? *J Clin Psychiatry*. 2009 Jun;70(6):932-3
2. Garcia-Sabina A, Rabuñal Rey R, Martínez Pacheco R. Revisión sobre el uso de medicamentos en condiciones no incluidas en su ficha técnica. *Farmacia Hospitalaria*. 2011, 35(5): 264 - 277.
3. Wittich CM, Burkle CM, Lanier WL (2012) Ten common questions (and their answers) about off-label drug use. *Mayo Clin Proc* 87: 982–990
4. Leslie DL, Mohamed S, Rosenheck RA (2009) Off-Label use of antipsychotic medications in the department of veterans affairs health care system. *Psychiatr Serv* 60: 1175–1181.
5. Chen DT, Wynia MK, Moloney RM, Alexander GC (2009) U.S. physician knowledge of the FDA-approved indications and evidence base for commonly prescribed drugs: results of a national survey. *Pharmacoepidemiol Drug Safety* 18: 1094–1110.
6. Bartoli C, Berland-Benham C, Sastre C, Baillif-Couniou V, Kintz P, Leonetti G, Pelissier-Alicot AL. Off-Label Prescribing by Psychiatrists: What is the Practitioner's Liability? *J Forensic Sci*. 2015 Nov;60(6):1461-6. doi: 10.1111/1556-4029.12814
7. Disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. Real Decreto 1015/2009 de 19 de junio. *Boletín Oficial del Estado*, nº174 (20/07/2009).
8. Nivoli G, Loretto L. Psychiatrist's professional liability for generic, brand, and off-label drug prescription. *Riv Psichiatr*. 2013 May-Jun;48(3):215-23. doi: 10.1708/1292.14289
9. Conley RR, Kelly DL (2001) Management of treatment resistance in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 50: 898–911.
10. Wang Y, Xia J, Helfer B, Li C, Leucht S. Valproate for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD004028.
11. Suzuki T, Uchida H, Takeuchi H, Nakajima S, Nomura K, Tanabe A, Yagi G, Watanabe K, Kashima H. Augmentation of atypical antipsychotics with valproic acid. An open-label study for most difficult patients with schizophrenia. *Hum Psychopharmacol*. 2009 Dec;24(8):628-38. doi: 10.1002/hup.1073.
12. Citrome L. Treatment-refractory schizophrenia: what is the role of mood stabilizers? *Psiquiatr Biol* 2005; 12:257-64.
13. Horowitz E, Bergman LC, Ashkenazy C, Moscona-Hurvitz I, Grinvald-Fogel H, Magnezi R, Off-Label Use of Sodium Valproate for Schizophrenia. Clelland JD, ed. *PLoS ONE*. 2014;9 (3): e92573.
14. Tseng PT, Chen YW, Chung W, Tu KY, Wang HY, Wu CK, Lin PY. Significant Effect of Valproate Augmentation Therapy in Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis Study. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Jan;95(4): e2475. doi: 10.1097/MD.0000000000002475.
15. Bangunawati Rahajeng, Zullies Ikawati, Tri Murti Andayani, Iwan Dwiprahasto. A Retrospective Study: The Off-Label use of anticonvulsants at A Private Hospital in Indonesia. *Int J Pharm Pharm Sci*. 2018, Vol 10, Issue 5: 119-122.
16. Teresa Martínez-Lazcano, Sara Esplá-González, Paola Herraiz-Robles, Pilar Hernández-Pérez, Raquel Chillerón-Cuenca y Emilio Pol-Yanguas. Uso de ácido valproico en unidades de psiquiatría de estancia prolongada. *Farm Hosp*. 2015;39(2):92-101
17. Citrome L, Jaffe A, Levine J, Allingham B (2002) Use of mood stabilizers among patients with schizophrenia, 1994–2001. *Psychiatr Serv* 53: 1212.

18. Pickar D1, Vinik J, Bartko JJ. Pharmacotherapy of schizophrenic patients: preponderance of off-label drug use. *PLoS One*. 2008 Sep 10;3(9): e3150
19. Sim K, Yong KH, Chan YH, Tor PC, Xiang YT, et al. (2011) Adjunctive mood stabilizer treatment for hospitalized schizophrenia patients: Asia psychotropic prescription study (2001–2008). *Int J Neuropsychopharmacol* 14: 1157–1164.
20. Haw C, Stubbs J. A survey of the off-label use of mood stabilizers in a large psychiatric hospital. *J Psychopharmacol*. 2005 Jul;19(4):402-7.
21. Ficha técnica del ácido valproico. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/60351/FT_60351.pdf. (Acceso: 1 de julio de 2014)
22. Stafford RS. Regulating off-label drug use: rethinking the role of the FDA. *N Engl J Med*. 2008; 358:1427-9.
23. Postmarket drug safety information for patients and providers: Valproate information, 2015.
24. Glick ID, Bosch J, Casey DE. A double-blind randomized trial of mood stabilizer augmentation using lamotrigine and valproate for patients with schizophrenia who are stabilized and partially responsive. *J Clin Psychopharmacol*. 2009 Jun;29(3):267-71. doi: 10.1097/JCP.0b013e3181a443d0.
25. Casey DE, Daniel DG, Tamminga C, Kane JM, Tran-Johnson T, Wozniak P, Abi-Saab W, Baker J, Redden L, Greco N, Saltarelli M. Divalproex ER combined with olanzapine or risperidone for treatment of acute exacerbations of schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 2009 Apr;34(5):1330-8. doi: 10.1038/npp.2008.209
26. Schwarz C1, Volz A, Li C, Leucht S. Valproate for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Jul 16;(3):CD004028.
27. Tseng YT, Ho PS, Wang CF, Liang CS. Valproic acid-induced thrombocytopenia may cause wound nonhealing in individuals with schizophrenia. *Psychosomatics*. 2015 Jul-Aug;56(4):410-3. doi: 10.1016/j.psych.2014.02.007
28. Comunicado de la FDA sobre la seguridad de los medicamentos: Productos con valproato para las convulsiones están contraindicados para la prevención de migrañas en mujeres embarazadas debido a disminución en puntajes de cociente intelectual (IC) en niños expuestos. 5 de mayo, 2013
29. Díaz Lopez, Poncela García, Carranza Ferrer. Uso fuera de ficha clínica de la hormona de crecimiento. Aspectos legislativos y revisión científica de su evidencia. *Rev Esp Endocrinol Pediatr* 2017; 8(1):30-41

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN. 2016

Amelia M. Arias A. 1

1 Médico Psiquiatra del Hospital Hermilio Valdizán.

Resumen

El diseño fue no experimental, transversal, descriptivo comparativo, tuvo como muestra a 100 profesionales de cuatro departamentos asistenciales: el departamento de salud mental del adulto y geronte, el departamento de salud mental del niño y del adolescente, el departamento de adicciones y el departamento de apoyo al tratamiento. Los hallazgos obtenidos concluyeron que no existen diferencias en las dimensiones comunicación, compensación y gestión del talento humano, sólo se encontró diferencias en la dimensión comportamiento organizacional, en donde la p fue $<0,05$ entre los departamentos asistenciales del Hospital Hermilio Valdizán.

Palabras clave: gestión, talento humano, comportamiento organizacional, compensación laboral.

Abstract

This research aimed to compare the talent management in the assistance department in Hermilio Valdizán Hospital. This work was based on a cross non experimental design, comparative descriptive model. It have a sample of one hundred health professionals that were distributed in four assistance departments: the Mental Health Department of Adults and Elderlies, the Mental Health Department of the Child and Teenagers, the Addiction Department and the Treatment Support Department. The findings show no differences in the dimentions: communication and compensation work and talent management, only found differences in organizational behavior dimension where p was $<0,05$ among healthcare Hospital departments Hermilio Valdizán.

Keywords: management, human talent, organizational behavior, labor compensation.

Introducción

Los cambios sociales, la globalización y la necesidad de competitividad han llevado a las organizaciones a buscar ventajas competitivas y han puesto a las personas en el centro del proceso organizacional.

La gestión del talento humano es un enfoque que otorga gran valor al potencial de las personas, al resaltar la importancia de verlas como seres humanos, con conocimientos, actitudes, aspiraciones y emociones.

En el Hospital Hermilio Valdizán, con un número creciente de trabajadores y con una demanda asistencial cada vez más alta, este trabajo se justificó ampliamente ya que brindó un primer diagnóstico situacional, que servirá de base para elaborar un modelo de gestión del talento humano, que traerá mejoras a nivel de las personas y de la organización.

Antecedentes del Problema

Genesi y col. (2011) investigaron el comportamiento organizacional en instituciones educativas venezolanas. Tuvieron como resultado que la capacitación y la estructura eran aplicadas en forma positiva, que las acciones en la personalidad y el cambio organizacional fueron escasas y concluyeron que era necesario dar a los gerentes y a los docentes el mejoramiento de sus habilidades, para lograr un desarrollo positivo en la institución. Moreno y col. (2009) estudiaron la gestión de talentos, en instituciones educativas mexicanas. Concluyeron que las organizaciones estudiadas no contaban con un programa que les permita la identificación, atracción y retención del talento. En la selección no disponían de los perfiles adecuados, los sistemas de compensaciones eran insuficientes y los programas de capacitación no consideraban el desarrollo de talentos.

Revisión de la literatura

Al cambiar el entorno de las organizaciones, las teorías y modelos humanos ya no lograban sostener las nuevas situaciones, surgió una nueva concepción de cómo gestionar a los trabajadores. A lo largo de la historia, la gestión del talento humano pasó de la visión tradicional de ver a las personas como fuerza laboral, a recursos humanos y actualmente como talentos, así tenemos el enfoque humanista de Peter Drucker, la teoría de las necesidades de Maslow, la teoría conductista del capital humano con Barnard y Lewin, la teoría de gestión por competencias con Mc Clelland y Alles y el enfoque de administración de Chiavenato.

En la actual investigación se usó la definición de Chiavenato, I. (2009) quien señaló que la gestión del talento humano comprende el conjunto de políticas y prácticas necesarios para manejar el trabajo de las personas de la organización, tales como reclutamiento, selección, capacitación, recompensa y evaluación de desempeño.

Se tomó tres dimensiones de la variable gestión del talento humano: el comportamiento organizacional, la comunicación y la compensación laboral. Comportamiento Organizacional: estudio de la manera cómo se comportan los individuos y grupos en las organizaciones (Davis y Newstron, citado por Genesi y col. 2011, p. 111). Comunicación: proceso a través del cual la información se difunde o intercambia por toda la organización (Hunt y Osborn, citado por Méndez, 2010, p.5). Compensación laboral: gratificación que reciben por su labor, monetaria y no monetaria. Recompensa Total = Desarrollo personal y un buen ambiente de trabajo (Bedodo y Giglio, 2006, p.43).

Objetivo

Comparar la gestión del talento humano en profesionales según los departamentos asistenciales del Hospital Hermilio Valdizán.

Método

La investigación fue básica, descriptiva comparativa, no experimental, transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.154). El método fue hipotético deductivo. La muestra consistió en 100 sujetos de cuatro departamentos asistenciales que fueron: el Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte, el Departamento de Salud Mental de Niños y Adolescentes, el Departamento de Adicciones y el Departamento de Apoyo al Tratamiento. Se aplicó un cuestionario de salud mental, con 30 ítems y con escala tipo Lickert. (Tabla 1)

Tabla 1 .

Valores de Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
0,937	30

Resultados

Prueba de hipótesis general:

Ho: No existen diferencias en la gestión del talento humano en profesionales por departamentos asistenciales del hospital Hermilio Valdizán.

HG: Existen diferencias en la gestión del talento humano en profesionales por departamentos asistenciales del hospital Hermilio Valdizán.

Siendo el nivel de significancia bilateral de la prueba Kruskal – Wallis $p=0,152 >0,05$ para gestión del talento humano, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna (Tabla 2). Por tanto: no existen diferencias en gestión del talento humano en profesionales por departamentos asistenciales del hospital Hermilio Valdizán.

Tabla 2.

Resultado de estadístico de contraste con la prueba de Kruskal– Wallis

	Comportamiento organizacional	Comunicación	Compensación laboral	Gestión del talento humano
Chi-cuadrado	8,121	6,140	3,589	5,287
gl	3	3	3	3
Sig. asintót.	,044	,105	,309	,152

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Condición

Conclusiones

No existen diferencias en la gestión del talento humano, en las dimensiones comunicación y compensación laboral en profesionales por departamentos asistenciales del Hospital Hermilio Valdizán.

Existen diferencias en la dimensión comportamiento organizacional de la gestión del talento humano en profesionales por departamentos asistenciales del Hospital Hermilio Valdizán.

Recomendaciones

Se recomienda a los directivos del Hospital Hermilio Valdizán, considerar el presente trabajo de investigación como diagnóstico situacional y sustento de cambios y mejora de procesos institucionales en el potencial humano.

Se recomienda a los directivos del Hospital Hermilio Valdizán, rediseñar sus estrategias de gestión, priorizando el crecimiento integral de sus profesionales asistenciales, con estrategias de motivación diferenciadas, capacitación y actualización, promoción y ascenso, y programas de reconocimiento individual.

Referencias bibliográficas

1. Alles, M. (2008) Desarrollo del talento humano: Gránica S.A. Buenos Aires, Argentina.
2. Bedodo, V. y Giglio, C. (2006) Motivación laboral y compensaciones. Universidad de Chile. Santiago, Chile.
3. Chenet, M. (2015) Manual de Gestión de Personal en el sector público – Talento Humano y evaluación por competencias en la Entidades del Estado. Lima, Perú: Gaceta jurídica.
4. Chiavenato, I. (2009) Gestión del talento humano. Mc Graw Hill, México D.F.
5. Genesi, M; Romero, N; Tinedo, Y. (2011). Comportamiento Organizacional del talento humano en las Instituciones Educativas. Negotium. Maracaibo, Venezuela .6, 18.102-128. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78218453007>
6. Hernández, R; Fernández, R. y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación México D.F: Mc Graw Hill Education.
7. Moreno, Carbajal, Cortés y Varela (2009). Gestión de talentos Un reto por la globalización y la competitividad. Ciudad Juárez, México. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3238727.pdf>
8. Tito, P. (2005). El potencial humano y los estímulos organizacionales. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

BIENESTAR LABORAL EN EL PERSONAL NOMBRADO Y CONTRATADO DEL HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN, LIMA 2016

Jorge A. Reyes S. 1

1 Cirujano Dentista. Odontólogo Médico Psiquiatra del Hospital Hermilio Valdizán. Magister en Investigación y Docencia Universitaria FO - USMP

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar el bienestar laboral del personal nombrado y contratado del Hospital Hermilio Valdizán, Lima 2016. Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo no experimental, transversal, descriptivo comparativo. Con una muestra de 243 trabajadores, obteniendo un muestreo probabilístico por estratos de 195 nombrados y 48 contratados. Se aplicó el cuestionario de bienestar laboral de Blanch et al (2010). Resultados: se encontró un bienestar laboral general en un nivel regular en ambos grupos laborales. Conclusión: No existió diferencia significativa en el bienestar laboral general, entre el personal nombrado y contratado.

Palabras Clave: bienestar laboral, bienestar psicosocial, somatización, alienación.

Abstract

This study aimed to assess the labor welfare of staff appointed and hired the Hermilio Valdizán Hospital, Lima 2016. Material and methods: A study of nonexperimental, transversal, descriptive comparative type was performed. With a sample of 243 workers, obtaining a probability sample of 195 strata appointed and 48 hired. Questionnaire labor welfare applied Blanch et al (2010). Results: a general labor welfare in a regular level in both labor groups. Conclusions: There was no significant difference in general labor welfare between the appointed and hired staff.

Keywords: labor welfare, psychosocial well-being, somatization, alienation.

Introducción

La presente investigación tuvo como objetivo principal comparar en el hospital Hermilio Valdizán, el bienestar laboral, en sus dimensiones de bienestar psicosocial y efectos colaterales, del personal según condición laboral (nombrado o contratado). Considerando que La Torre (1) en el 2002, piensa que el trabajo y la vida humana se encuentran entrelazados diariamente, porque las personas pasan una tercera parte del día trabajado y lo hacen durante la mitad de su vida. En el mismo sentido Vargas y Aldana (2) en el 2007, manifiestan que el bienestar laboral está relacionado con la calidad del ambiente de trabajo, mientras Estrada y Ramírez (3) en el 2010, nos indican que el bienestar laboral está correspondido, por la satisfacción de las necesidades organizacionales e individuales.

López et al, (4) realizaron un estudio sobre “los factores de riesgo psicosocial en la población económicamente activa”, dando relevancia a las dinámicas de las economías globalizadas, las que generan entornos competitivos, aumentando las exigencias físicas, psicológicas y sociales de los trabajadores. Libreros (5), demostró la relación existente entre cultura organizacional y bienestar laboral, indicando que el bienestar laboral es un factor eficaz, eficiente y efectivo que permite el funcionamiento de las instituciones. En el 2010, Quezada (6) reportó que una percepción positiva influye sobre la calidad de vida laboral. Paris (7) por su parte, desarrolló una investigación en el 2011, orientada a determinar los predictores de satisfacción laboral y bienestar subjetivo, en

profesionales de la salud, evaluando a personal médico y de enfermería, encontrando diferencias en ambos grupos profesionales. Para el presente trabajo de investigación, se definió la variable bienestar laboral según Laca et al (8), quienes consideraron la sensación de bienestar laboral como la satisfacción laboral, derivada de las condiciones de trabajo. En la investigación realizada por Ferrel et al (9) en el 2014, se añadieron al bienestar, la relación con la felicidad, la calidad de vida y salud mental de las personas. Blanch et al (10) en su cuestionario de bienestar laboral general del año 2010, lo dimensionan en bienestar psicosocial (escala de afectos, de competencias y de expectativas) y bienestar de efectos colaterales (escala de somatización, de agotamiento y de alienación).

Objetivo

Comparar el bienestar laboral del personal nombrado y contratado, en el hospital Hermilio Valdizán.

Material Y Método

Según Behar (11), es una investigación de tipo básica porque se caracteriza de acuerdo a su propósito o finalidad, partiendo de un marco teórico y permaneciendo en él; y el diseño fue no experimental, transversal, descriptivo comparativo (12). La población laboral del hospital Hermilio Valdizán es de 661 trabajadores: 530 nombrados y 131 contratados; obteniendo una muestra probabilística por estratos, tendremos 195 nombrados y 48 contratados.

Tabla 1.
Confiabilidad Alfa: análisis de consistencia interna del cuestionario que mide la variable bienestar laboral.

Variable bienestar laboral	
Cronbach's Alpha	N° of Items
0,938	55

Resultados

En la tabla 2 se observan los niveles de la variable bienestar laboral, en su dimensión de bienestar psicosocial, en donde los mayores porcentajes en ambas muestras, tienen un nivel regular, 64.6% en los nombrados y 60.4% en los contratados, seguidos de niveles deficientes (18.5% y 20.8%, respectivamente) y finalmente con niveles óptimos (16.9% y 18.8%, respectivamente).

Tabla 2.
Bienestar laboral en su dimensión de bienestar psicosocial. Comparativo personal nombrado y contratado.

Categoría	NOMBRADOS			CONTRATADOS		
	F	Intervalo	%	F	Intervalo	%
Óptimo	33	265 al 294	16.9	9	255 al 294	18.8
Regular	126	166 al 264	64.6	29	186 al 254	60.4
Deficiente	36	42 al 165	18.5	10	159 al 185	20.8
Total	195		100	48		100

En la tabla 3 se observan los niveles de la variable bienestar laboral, en su dimensión de efectos colaterales, en donde los mayores porcentajes tanto en personal nombrado como contratado, se encuentran en un nivel regular con 61.5% y 60.4% respectivamente, seguido de un nivel óptimo con 24.6% y 20.8% y finalmente con un nivel deficiente con 13.9% y 18.8% respectivamente.

Tabla 3.
Comparativo bienestar laboral dimensión efectos colaterales en el personal nombrado y contratado.

Categoría	NOMBRADOS			CONTRATADOS		
	F	Intervalo	%	F	Intervalo	%
Óptimo	48	13 al 18	24.6	10	13 al 17	20.8
Regular	120	19 al 52	61.5	29	18 al 50	60.4
Deficiente	27	53 al 91	13.9	9	51 al 75	18.8
Total	195		100	48		100

Discusión

En la tabla 2 se presentan comparativamente los resultados de la variable bienestar laboral en su dimensión de bienestar psicosocial, en el personal nombrado y contratado del hospital Hermilio Valdizán. Al analizar los resultados encontramos que el nivel de bienestar psicosocial en el personal nombrado y contratado, es regular (64.6% - 60.4%). Por lo tanto, se discrepa con Cervantes et al (13), y Quezada (6), quienes concluyen que la calidad de vida laboral, tienen un nivel moderado y bueno, respectivamente. Se coincide con Liberos5 donde los trabajadores se comportan de acuerdo con los valores interiorizados, tales como la seguridad, satisfacción, esperanza, bienestar, competencia, moralidad y éxito, entre otros. Resulta importante señalar que Bermúdez (14), encontró diferencias de bienestar en trabajadores de diferentes grupos ocupaciones. En la tabla 3 se presentan los resultados de la variable bienestar laboral en su dimensión de efectos colaterales, en el personal nombrado y contratado del hospital Hermilio Valdizán. Al analizar los resultados encontramos que el nivel de efectos colaterales (somatización, desgaste y alienación), es regular en ambas muestras (61.5%, y 60.4%). Estos resultados discrepan con los hallazgos de Paris (7), quien encontró diferencias entre el bienestar subjetivo y la satisfacción laboral, y López et al (4), que reportaron niveles altos en desgaste y agotamiento emocional.

Conclusiones

No existe diferencia significativa ($p > 0.05$) en el bienestar laboral, entre el personal nombrado y el contratado del hospital Hermilio Valdizán; ambos grupos reportaron un nivel regular.

Recomendaciones

Fortalecer el bienestar laboral general de los trabajadores del hospital Hermilio Valdizán, mediante la implementación de diversas actividades con todos los grupos laborales.

Referencias Bibliográficas

1. La torre, H. Psicología organizacional. 3era Edición. Arequipa - Perú. Editorial de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2002.
2. Vargas M, Aldana L. Calidad y servicio. Conceptos y herramientas. Bogotá – Colombia. Eco ediciones Ltda.; 2007.
3. Estrada Y, Ramírez M. El bienestar laboral y su incidencia en la gestión exitosa de las empresas en el turismo. TURyDES. Revista académica universidad de Málaga. (Internet). 2010 (citado 2015) 3, 8. Disponible en; Recuperado <http://www.eumed.net/rev/turydes/08/errr.htm>; 2010.
4. López M, García S, Pando M. Factores de Riesgo Psicosocial y Burnout en Población Económicamente Activa de Lima, Perú. Cienc Trab. Sep.-dic. 2014; 16(51): 164-169.
5. Libreros A. Incidencia de la cultura organizacional sobre el bienestar laboral de los servidores públicos de una institución educativa del valle del Cauca. (Tesis para optar el título de Magíster en Administración). Universidad Nacional de Colombia. Manizales. Colombia. 2011.
6. Quezada F. Diagnóstico de la calidad de vida laboral percibida por los trabajadores de cuatro servicios clínicos del complejo asistencial “dr. Víctor Ríos Ruiz” de Los Angeles (cavrr). Revista Horizontes Empresariales 2010;9 (1) (internet). Disponible en <http://revistas.ubiobio.cl/index.php/HHEE/article/view/2037>
7. Paris L. Predictores de satisfacción laboral y bienestar subjetivo en profesionales de la salud. Un estudio con médicos y enfermeros de la ciudad de Rosario. Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad. XI. 2011; 11(1):89-102.
8. Laca F, Mejía J, Gondra J. Propuesta de un modelo para evaluar el bienestar como componente de la salud mental. Psicología y salud. 2006; 16(1):87-92.
9. Ferrel F, Thomas J, Solano A, Redondo E, Ferrel L. Bienestar psicológico en profesores de una universidad privada del distrito de Santa Marta. Cultura, Educación y Sociedad. 2014;5(2):61-76.
10. Blanch J, Sahagún M, Cantera L, Cervantes G. Cuestionario de bienestar laboral general: estructura y propiedades psicométricas. Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones. 2010; 26(2): 157-170.
11. Behar D. Metodología de la investigación. Editorial Shalom. 2008. (Internet) Disponible en: <http://rdigital.unicv.edu.cv/bitstream/123456789/106/3/Libro%20metodologia%20investigacion%20este.pdf>
12. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México. Mc Graw Hill. 2014.
13. Cervantes G, Blanch J, Hermoso D. Calidad de vida laboral en centros asistenciales de salud catalanes. Revista Archivos de prevención de riesgos laborales. 2011; 14(1):13-19.
14. Bermúdez N. Factores de riesgo psicosocial en trabajadores hospitalarios. (Tesis para optar el grado de magíster en Psicología Clínica) Universidad Rafael Urdaneta. Maracaibo Venezuela. 2015.

RESPONSABILIDAD SOCIAL E IMAGEN INSTITUCIONAL DEL PERSONAL CON LABORES ADMINISTRATIVAS EN EL HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN, 2016.

María J. Huarachi T. 1

1 Trabajadora social del Hospital Hermilio Valdizán

Resumen

La investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre la responsabilidad social y la imagen institucional del personal con labores administrativas en el Hospital Hermilio Valdizán, 2016, el tipo de investigación es sustantiva, con un diseño no experimental, de corte transversal correlacional, con una población de 231 y una muestra de 145. Existe relación significativa entre la responsabilidad social y la imagen institucional del personal con labores administrativas en el Hospital Hermilio Valdizán, 2016 (Rho de Spearman = 0,614 correlación positiva $p < 0,05$).

Palabras Clave: Responsabilidad social - Imagen institucional.

Abstract

The study was overall objective was to determine the relationship between social responsibility and corporate image of staff with administrative duties in the Hermilio Valdizán, 2016 Hospital type of research is substantive, with a non- experimental, correlational cross-section, with a population of 231 and a sample of 145. There is significant relationship between social responsibility and corporate image of staff with administrative duties at the Hospital Hermilio Valdizán, 2016 (Spearman rho = 0.614 positive correlation $p < 0.05$).

Keywords: Social Responsibility - Institutional image.

Introducción

Dentro del marco de la investigación el objetivo principal de este estudio es determinar la relación entre la responsabilidad social y la imagen institucional del personal con labores administrativas en el Hospital Hermilio Valdizán, 2016. A nivel nacional Cabanillas (2014) (1) afirma que en el Estado peruano se enfocó en la reducción de la pobreza y el desarrollo sustentable, en esta década se crea la organización Perú 2021, que fomenta a la empresa a incorporar la responsabilidad social y ambiental como una herramienta de gestión. En la actualidad las empresas y todas las organizaciones se preocupan por el impacto que tienen en sus empleados, en el entorno, en los clientes, y en cualquier persona o ente con la que interactúe. Las organizaciones que promueven la responsabilidad social en empresas constituyen un gran aporte para el desarrollo del país.

A nivel institucional los trabajadores del hospital Hermilio Valdizán, 2016, no son ajenos a esta realidad, existen divergencias de pensamientos, cultural e idiosincrasia, por ello es significativa la investigación para hallar la relación de nuestras variables en responsabilidad social e imagen institucional. La responsabilidad social será la impulsora de una buena imagen institucional.

Antecedentes del problema

Anivel internacional Saiz (2013) (2), en su tesis doctoral sustentada en la Universidad Pompeu Fabra, de España, sobre La responsabilidad social como atributo diferencial en la imagen corporativa: el caso del sector de la distribución alimentaria en España. Sáenz (2012) (3), en su tesis doctoral sustentada en la Universidad Ramón Llull, España, sobre la Medición de los impactos de la difusión de la innovación de un proyecto de responsabilidad social y a nivel nacional Chanduví (2013) (4), en su tesis de maestría sustentada en la Universidad Privada Antenor Orrego, sobre el principio de causalidad en los gastos por prácticas de responsabilidad social empresarial en el Perú. Rozas (2012) (5), en su tesis de maestría, sustentada en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, sobre: La responsabilidad social como herramienta de la auditoría en las universidades públicas de Lima.

Revisión de la literatura

La variable 1, Responsabilidad social, se define según Núñez (2010) (6), como una forma de asumir la dirección estratégica de la empresa. Constituye un planteamiento integral para el manejo organizacional. No es una acción esporádica, puntual o exclusivamente filantrópica, desarticulada de la dinámica interna de la empresa y su entorno. La responsabilidad social busca un mayor compromiso de los trabajadores para con los objetivos y la misión empresarial. Adicionalmente, esta práctica responsable establece vínculos y acciones de compromiso para con la comunidad (p. 28). Las dimensiones son: Calidad de vida en la empresa, Compromiso con la comunidad, Cuidado y preservación del medio ambiente y Competitividad de la empresa y sus involucrados.

La Variable 2, Imagen institucional, para Bernstein (1986) (7), la imagen institucional es “el resultado neto de todas las experiencias, impresiones, creencias, sentimientos y conocimientos que la gente alberga con respecto a la empresa” (p. 15). Las dimensiones son: física, conceptual, valorativa.

Objetivo

Determinar la relación entre la responsabilidad social y la imagen institucional del personal con labores administrativas en el Hospital Hermilio Valdizán, 2016

Método

La metodología de esta investigación está enmarcada por el enfoque cuantitativo, según Bernal (2006) (8), éste se basa en la medición de las características de las variables, analiza el problema expresando resultados basados en la medición numérica y en la prueba de hipótesis, así como tiende a generalizar resultados de una muestra para una población. El tipo de estudio es sustantiva, según Sánchez y Reyes (2009) (3), este tipo de estudios se encarga de responder a problemas teóricos o prácticos de una determinada realidad problemática, orientada a describir, explicar la realidad que permita organizar una teoría científica. Este estudio se encuentra enmarcado dentro de los diseños no experimentales transeccionales correlacionales, según Carrasco (2009) (9) son no experimentales porque no existe manipulación de variables, son transeccionales porque su aplicación se da en un solo momento de la realidad problemática, son correlacionales porque busca a hallar la relación constante que existen entre dos variables. Población En este caso la población está compuesta por 231 trabajadores con labores administrativas en el hospital Hermilio Valdizán, 2016. La muestra estuvo constituida por 145 trabajadores con labores administrativas en el hospital Hermilio Valdizán, 2016.

Tabla 1.
Confiabilidad Alfa de Cronbach para las variables
responsabilidad social e imagen institucional

Variable	Alfa de Cronbach	N° de elementos
Responsabilidad social	0.897	32
Imagen Institucional	0.876	29

Resultados

El 4,5% de los encuestados que manifiestan que la responsabilidad social es buena también consideran buena la imagen institucional, asimismo el 0,9% de los encuestados que manifiestan que la responsabilidad social es regular también consideran regular la imagen institucional y el 22,3% de los encuestados que manifiestan que la responsabilidad social es mala también consideran mala la imagen institucional.

Los resultados para contrastar la hipótesis general: Existe relación significativa entre la responsabilidad social y la imagen institucional según el personal con labores administrativas en el Hospital.

Hermilio Valdizán, 2016; se obtuvo un coeficiente de correlación de Rho de Spearman = 0.614** lo que se interpreta al 99% a dos colas, la correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral, interpretándose como correlación media entre las variables, con un $p = 0.00$ ($p < 0.05$), rechazándose la hipótesis nula.

Tabla 2.
Coefficiente de correlación de Rho de
Spearman de las variables: Responsabilidad
social e Imagen institucional

			Responsabi lidad social	Imagen institucional
Rho de Spearman	Responsabilida d social	Coeficiente de correlación	1,000	,614**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	145	145
	Imagen institucional	Coeficiente de correlación	,614**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	145	145

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Discusión

Luego del análisis de los resultados y en función a los objetivos, se logró hallar que existe relación significativa entre la responsabilidad social y la imagen institucional del personal con labores administrativas en el Hospital Hermilio Valdizán, 2016 (Rho de Spearman = 0,614 correlación positiva $p < 0,05$), resultados similares se hallaron en la tesis de Saiz (2013), sobre la responsabilidad social como atributo diferencial en la imagen corporativa: el caso del sector de la distribución alimentaria en España, donde concluyó que la responsabilidad social presenta una definición dinámica con diferentes formas con el correr de los años, como por ejemplo existen autores que coinciden que la responsabilidad social solo debe de generar beneficio a los accionista, otros autores consideran que la responsabilidad social abarca a otros públicos objetivos que son influenciados por la organización pueden influir en la misma. La última mencionada es la que ha tomado mayor auge en estos últimos años, manifestado que una empresa debe de tener en cuenta los intereses de su entorno. En cuanto a la imagen de la marca o imagen corporativa se puede decir que ésta se basa a un conjunto de objetivos que persigue la empresa para permanecer en la mente del público transmitiendo valores manejados por el marketing, de ello se deduce que la responsabilidad social es muy importante para la imagen institucional.

Conclusiones

Existe relación significativa entre la responsabilidad social y la imagen institucional del personal con labores administrativas en el Hospital Hermilio Valdizán.

Recomendaciones

Se recomienda regular y preservar el espacio físico, mantener el ornato de la ciudad, prestar servicios de atención primaria de la salud, prestar servicios de apoyo del mismo modo establecer horarios para mejorar la atención a los usuarios de este modo efectivizar el mayor nivel de atención.

Referencias Bibliográficas

1. Cabanillas, W. Evolución de la responsabilidad social empresarial en el Perú y el mundo. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2014.
2. Saiz, E. La responsabilidad social como atributo diferencial en la imagen corporativa: el caso del sector de la distribución alimentaria en España. (Tesis doctoral) Universidad Pompeu Fabra, de España; 2013.
3. Sánchez, H. y Reyes, C. Metodología y diseño de la investigación científica. Lima: Editorial Visión Universitaria; 2006.
4. Chanduví, V. El principio de causalidad en los gastos por prácticas de responsabilidad social empresarial en el Perú. (Tesis de Maestría). Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2013.
5. Rozas, A. La responsabilidad social como herramienta de la auditoría en las universidades Públicas de Lima. Lima: (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
6. Núñez, M. La productividad desde una perspectiva humana. Congreso Internacional de Estrategias Empresariales. Costa Rica: Costa Rica; 2010.
7. Berstein, D. La Imagen de la empresa y la realidad, Barcelona: Editorial Plaza & Janes; 1996.
8. Bernal, A. Metodología de la Investigación. México: Pearson; 2006.
9. Carrasco, S. Metodología de la Investigación Científica. Lima: San Marcos; 2009.

APUNTES PARA UNA SOCIOBIOLOGIA DEL SUICIDIO: PRIMERA PARTE (&)

Jorge de la Vega R.1

1 Médico Psiquiatra. Asistente del Hospital Hermilio Valdizán

Introducción

Según la interpretación convencional de los estudios en gemelos la determinación genética sería responsable de alrededor del 50 % de aparición de la conducta suicida (1). Esta heredabilidad incluso parecería independiente de un diagnóstico psiquiátrico, y estaría más bien intermediada por una transmisión familiar de impulsividad (1, 2). Existen varios factores implicados y relacionados con la conducta suicida, entre ellos tenemos a los factores neurobiológicos, en diferentes niveles de organización del organismo humano, los factores de imágenes cerebrales funcionales y estructurales, los factores bioquímicos y genómicos, factores del inflamosoma, factores relacionados con la neuroplasticidad y factores neurohormonales, sobre todo del eje hipotalámico- hipofiso- adrenal (3,4,5), pero los estudios parecieran partir de, o concluir en, una perspectiva unidireccional de determinación sobre dicha conducta (evaluándose su potencial uso como biomarcadores predictivos) (5,6). Pero en este último caso es evidente por sí mismo que ni estos factores genéticos, sea cual fuere su forma de regulación (“epigenética” en el sentido convencional del término) ni los sistemas neurobiológicos derivados, es decir ni las primeras proteínas elaboradas en la fábrica genética, ni los complejos neurotransmisores, ni sus receptores o sus mensajeros intracelulares, ninguno de estos viene señalados para el suicidio. Tampoco la impulsividad podríamos considerarla inherentemente suicida. Por otro lado, la conducta suicida está mayoritariamente asociada con la depresión mayor (7).

Desde nuestro punto de vista el hombre normal se desarrolla como un ser con inherente potencial suicida y la depresión mayor como un estado y la impulsividad como un rasgo, únicamente incrementan o acentúan significativamente la suicidalidad, mas no la determinan. Somos de la idea que para entender la determinación y la naturaleza primigenia de la suicidalidad del hombre, y de sus factores neurobiológicos relacionados, es necesario partir de una apropiada teoría del hombre, y en este caso consideraremos la Teoría Sociobiológica Informativa (TSI) o Teoría Informativa de la Personalidad (TIP), elaborada por el Dr. Pedro Ortiz Cabanillas entre los años 1984 y 2011 (8), quien integra aspectos neurobiológicos, psicológicos y sociales del desarrollo de la personalidad (9-21). El presente texto tiene las limitaciones de ser un breve ensayo y por lo tanto una interpretación y uso personal de la TIP o TSI.

Al definir la conducta suicida como un acto deliberado de quitarse la vida, a lo largo de un continuum de ideación, planeación, tentativa, hasta el suicidio consumado (continuum que implica constatar reporte comunitario de ideación suicida en población no clínica y hasta actos suicidas no asociados a trastorno mental), al definirla de este modo, reiteramos, es claro que la suicidalidad parte de una actividad “mental” exclusivamente humana. No existe suicidio animal, sino versiones de su conducta autodestructiva que reflejan y se vinculan con las preocupaciones sociales y científicas de cada época (22). Si partimos de la conducta suicida, con una estructura y actividad mental, exclusivas del hombre, está por tanto configurada socialmente (o como se diría en el contexto de la TSI: sociocinéticamente) (*). Y es que toda nuestra estructura y actividad mental está socialmente configurada. Es decir, configurada por encodificación de un tipo de información que es la social, de la cual carecen incluso los primates superiores. Esta encodificación, que ocurre en el neocórtex humano, es organización “sociocinética” en redes neuronales del más alto nivel de complejidad y en formatos predeterminados, “innatos” (o como se diría en el contexto de la TIP: epigenéticamente determinados) (*). Estas configuraciones “innatas” serían como conjuntos diferenciados de redes neurales predispuestas para la encodificación de información social, también de modo diferenciado.

Según la TSI, tal cual la entendemos, serían los siguientes: una macrored capaz de codificar en su estructura y actividad información multimodal para una memoria de afectos y emociones, otra para una memoria de conocimientos y destrezas y otra de valores y procesos de decisión moral. También serían formatos predeterminados, como redes predisuestas en forma “innata”, aquellos en los que se integran las señales que parten de estos sistemas de memoria, para aparecer, durante nuestra exclusiva actividad mental continua, en la forma de pensamiento, imaginación, percepción y actuación. Estas configuraciones predeterminadas, o sea determinadas epigenéticamente (*), de las redes neocorticales, son como el continente, cuyo contenido y conformación peculiar, son los que están sociocinéticamente determinados. Esta encodificación de información social, especialmente en el neocórtex de asociación, durante el aprendizaje de nuestra personalidad, se lleva a cabo con la importantísima intermediación del lenguaje y un exclusivo sistema neuropsíquico: el sistema del habla. Tan es así el rol del lenguaje, que la personalidad que se configura en individuos con sordera congénita tiene acentuaciones especiales de rasgos que se moderan cuando los padres “normalizan” el proceso formativo a través de un lenguaje de signos desde muy temprana edad (23). Es así comprensible que una condición que afecte severamente el desarrollo neocortical y por lo tanto haga imposible el normal desarrollo de nuestra estructura y actividad mental, reduzca entonces esta suicidalidad, como queda demostrado al constatarse que la conducta suicida en el retraso mental está prácticamente restringida a las formas leves, siendo casi ausentes en las formas moderadas o severas (24,25). O en los trastornos del espectro autista, donde pareciera que el Síndrome de Asperger y el autismo de alto rendimiento tendrían tasas de conducta suicida mayores que en los autismos severos asociados a retraso mental grave, que es lo mismo que decir que en este espectro la conducta suicida disminuye en las formas con peor desarrollo mental (26). En ambos casos es importante señalar la distinción que hacemos entre las conductas autolesivas que pueden presentarse en los casos de oligofrenias o autismos severos y la conducta suicida tal cual la hemos definido.

Reiteramos que, desde nuestro punto de vista, el hombre normal se desarrolla como un ser de inherente potencial suicida, al conocer y concebir la muerte, al ser capaz de pensarla e imaginarla, al valorarla y tener intenciones respecto de ella, y al poder actuar de modo autoconsciente para obtenerla por sí mismo. Esta construcción ocurre progresivamente durante su desarrollo post natal. Y la impulsividad como rasgo y la depresión mayor como estado no harían más que incrementar y acentuar de un modo peculiar, este riesgo suicida inherentemente humano. Así por ejemplo en la depresión mayor, la propia muerte autoprovocada, tendrá una presencia y actividad acentuada (y peculiar) en el pensamiento e imaginación y en las convicciones del potencial suicida (tal ocurrirá de la mano con el predominio patológico de los conceptos e imágenes de exclusión, soledad y desesperanza).

Una explicación sociobiológica de este desarrollo de la suicidalidad primigenia del hombre, implicará partir de una perspectiva del neurodesarrollo de la mano con el desarrollo de la personalidad, principalmente post natal, pero, en el marco de la TIP, entendiendo este neurodesarrollo en su doble determinación epigenética y sociocinética. Se trata, en este brevísimo ensayo, de intentar conocer la construcción progresiva de una estructura psiconeural que aprende la muerte autoprovocada y termina conteniéndola en su estructura mental. Se trata de intentar conocer la encodificación progresiva de información social, que dará contenido y configuración a una estructura neuropsíquica, “innata” y exclusivamente humana, quedando entonces el hombre, que ha completado el desarrollo de su personalidad, capaz de pensar e imaginar y valorar o tener intenciones respecto a su propia muerte, es decir configurado sociocinéticamente, y creemos además “panculturalmente” (“culturas” como sociedades diferenciadas por sus tradiciones, información cultural y estructura socioeconómica), en modo suicida potencial. Y este es el concepto que intentaremos desarrollar en primer lugar.

Primera parte. Sociobiología de la conciencia suicida inherente del hombre.

Al nacer el individuo humano tiene una neocorteza que lo distingue de los primates superiores en varias características. Y estas se constatan principalmente en el neocórtex de asociación y significativamente en sus propiedades de conectividad y de sinaptogénesis de orden superior en número y complejidad (27,28). La diferencia genómica entre el hombre y el chimpancé es de apenas 1.2% de pares de bases (29), esta diferencia es insuficiente para explicar las enormes diferencias cualitativas en la actividad mental, serían los procesos predominantemente epigenéticos y otros predominantemente sociocinéticos los que explicarían mejor estas diferencias (30). Estos procesos durante el neurodesarrollo determinarían no solo el incremento de peso relativo del cerebro humano (que en términos absolutos son los 900 gramos de diferencia de materia gris entre nuestro cerebro y el del bonobo), sino sobre todo determinarían la extraordinaria expansión de nuestra neocorteza y su densidad neuronal sobre todo en el neocórtex de asociación (recordemos que de los 86,000 millones de neuronas en el cerebro humano, 16,000 millones están en su corteza) (31), también determinarían la prolongación temporal de sus propiedades de mielinización, la variabilidad de tipos neuronales (algunos quizás específicos de nuestra especie) (32), la aparición de propiedades especiales para la conectividad (como el incremento de la arborización dendrítica y de la densidad de las espinas dendríticas para la sinapsis) y hasta determinarían la expansión de las circunvoluciones y la configuración diferenciada de tractos cerebrales para la conformación de redes supramodales y holocorticales o hemisféricas exclusivamente humanas (27); entre otras propiedades.

La determinación epigenética de estas características diferenciadas, y de sus extraordinarias propiedades plásticas, serán el fundamento de la exclusiva capacidad de la neocorteza humana para reconfigurarse mediante el aprendizaje social y reorganizar sociocinéticamente sus redes neurales en toda la extensión de ese neocórtex y sobre hacia sus áreas de asociación. Estas redes al nacer, en el neocórtex asociativo, estarían distribuidas, en la perspectiva de la TIP, al azar o quizás apenas configuradas por información que depende de las propiedades del temperamento neonatal, pero durante el desarrollo post natal, irán reorganizándose encodificando información social, y convirtiéndose progresivamente en el soporte funcional de un pensamiento, una imaginación y una intencionalidad que orientara toda nuestra actividad mental, y que irán madurando conforme progresa la configuración sociocinética de nuestra personalidad.

Poniendo las cosas un poco más claro, un recién nacido, casi totalmente determinado epigenéticamente, dejando de lado las obvias diferencias fenotípicas, se diferencia significativamente, sí, pero poco, por su actividad mental, de un primate superior. La variabilidad de temperamentos entre los neonatos humanos, será quizás solo un poco más amplia que la variabilidad de “temperamentos animales”. Pero ya no podríamos sostener lo mismo para la personalidad madura del hombre. Y no será solo el neurodesarrollo post natal “programado” (o sea determinado epigenéticamente, en el sentido que le daría la TIP) que lo convierta en una personalidad madura, sino principalmente, la reestructuración sociocinética de este sistema nervioso al encodificar información social durante el desarrollo de su estructura y actividad mental. Sobre todo, a partir de la reorganización informacional, por información social, de su neocórtex asociativo. Queda así claramente expuesto en los casos de los llamados niños ferales, cuyos defectos severos de comportamiento emocional, de desempeño intelectual, de destrezas y de conducta intencionada los hacían parecer oligofrénicos o autistas, que usaban un “lenguaje animal” y hasta un modo de andar cuadrúpedo. Aunque muchos de estos casos son controversiales, dos son muy informativos y bien documentados al respecto: el caso de “Marcos” (33) y el caso de “Caspar Hauser” (34). Solo con propósito didáctico podríamos decir que, si un tarzán prototípico fuese criado por simios desde temprana edad, no sería capaz de suicidarse, pues la manada de simios no habría sido capaz de transmitirle durante su crecimiento, conocimientos y valores respecto a la muerte, pues ellos mismos no poseen una tradición o una “cultura de la muerte”, como si la tenemos nosotros. Por supuesto que sería el rey de los monos, porque su “potencial innato”, o sea su estructura neurobiológica epigenéticamente determinada, sobre todo cortical, es superior, es decir superior para procesar y configurar su estructura y actividad mental

con la información ecológica de la manada y su mundo “natural”, pero no incorporaría información social, por ejemplo cultural, pues no existe propiamente tales en el mundo animal, y precisamente por ello el contenido y conformación de su estructura y actividad mental sería muy limitada. Pero por supuesto que ni aún un simio superior entrenado lo podría hacer igual. Y es que únicamente el neocórtex del recién nacido humano aparece epigenéticamente determinado en esas configuraciones especiales de sus redes neurales, como para permitirle convertir progresivamente, durante su crianza, educación e incorporación en la sociedad productiva, áreas diferenciadas de su neocórtex de asociación en aquellos sendos sistemas de memoria, que señalamos antes, los mismos que darán forma progresiva a los atributos de nuestra personalidad.

Según la TSI estas áreas podrían ser el neocórtex de asociación paralímbico para nuestra memoria de afectos y emociones, el neocórtex de asociación posterior para nuestra memoria de conocimientos, destrezas y habilidades y el neocórtex de asociación anterior y especialmente el córtex prefrontal dorsolateral, para nuestra memoria de intenciones o sea de valores y de procesos de decisión moral.

Y también únicamente en el recién nacido humano aparecen determinadas epigenéticamente configuraciones exclusivas de sus redes transcorticales que le permitirán integrar esas redes neurales locales (de por sí ya superiores en capacidad y complejidad de codificar información) en la forma de macroneles holocorticales o bihemisféricas de potenciales de acción, como macroneles en serie y en paralelo y a lo largo y ancho de todo el neocórtex humano, que se convertirán en el soporte funcional de nuestra actividad mental continua, momento a momento, en la forma de pensamiento e imaginación, como también percepción y actuación, propias del hombre.

Otra parte del soporte funcional para estos procesos integrados sería la variada y compleja circuitería cortico subcortical, así como las proyecciones neurales del tronco encefálico, que sobre la base de redes sinápticas como las serotoninérgicas, noradrenérgicas y dopaminérgicas, se extienden ampliamente hacia las áreas de asociación neocortical cumpliendo un rol destacado para una actividad mental también amplia y continuamente integrada. Que el pensamiento e imaginación sean definidas, en la perspectiva TSI según la entendemos, como actividades de integración, significa que integran información a partir de aquellos sendos sistemas de memoria neocortical que ya hemos referido. Se trataría de integración supramodal de información o sea integración del más alto nivel de complejidad, en forma de macroneles bihemisféricas y holocorticales, como ya hemos mencionado, y que se organizan a partir, no de un núcleo o estructura cerebral autónoma, sino a partir de la situación personal del momento, de las necesidades personales, de la actividad mental previa inmediata, del entorno del momento y principalmente orientadas por las tendencias e intenciones vigentes de la personalidad. La actividad de red neocortical durante el despliegue de esta actividad imaginativa y pensante aparecería, según creemos, destacada en los registros de resonancia magnética funcional como la llamada “red por defecto” en estado de reposo mental o ensimismamiento y aislamiento del entorno. En dichos registros, dicha red, que es holocortical y bihemisférica, nos muestra sus nodos principales como zonas de mayor actividad metabólica en la corteza cerebral (35). De la mano con la perspectiva actual de que la diferenciación “funcional” entre hemisferios es complementaria (36), y también como sugiere la TIP, posiblemente la actividad de esta red esté lateralizada con predominio del hemisferio izquierdo en el pensamiento y del hemisferio derecho en la imaginación, en tanto que formas complementarias de una actividad mental orientada al ensimismamiento en estado de reposo. Es de destacar, además, siempre en el marco de la TSI según la entendemos, el significado de la actividad del nodo prefrontal en esta “red por defecto”, que reflejaría que la actividad mental del hombre adulto está prácticamente siempre orientada por valores, intenciones e intereses autoconscientes.

Durante el neurodesarrollo los procesos de “maduración cerebral” tienen una doble determinación, mientras que el neurodesarrollo post natal temprano, principalmente determinado epigenéticamente, se reflejará en las variables de un temperamento precoz, y diríamos de características más bien “innatas”, en el neurodesarrollo posterior, especialmente neocortical, predominará su determinación sociocinética, que en lo fundamental significa que progresivamente la información social que encontramos al nacer, será incorporada, o sea se encodificará, reorganizando las redes

neocorticales, que encontró distribuidas “al azar”, configurándolas y estructurándolas como soporte funcional de unos atributos más bien aprendidos de la personalidad. Tan es así, la influencia de la determinación sociocinética, que la correlación de temperamento y funciones de personalidad en gemelos monocigotos adultos alcanza solo 0.42, y como decíamos antes se va reduciendo desde la infancia a la senectud. O sea, el temperamento en niños presenta una heredabilidad más elevada que la personalidad en adultos (r_{MZ}) (37). Por eso es que realmente es más apropiado decir que “toda conducta es 100 % heredada y 100 % adquirida”, como sentenciaba el neurocientífico Donald Hebb, citado por Pedro Ortiz C. Lo que querría decir, en la perspectiva de la TIP, que la determinación epigenética se despliega al 100 % en condiciones normales, empezando desde el nivel genético hacia estructuras neurobiológicas cada vez más complejas, y toda la reorganización y configuración sociocinética de estas mismas estructuras neurobiológicas se despliega también al 100% desde el nivel social (como encodificación en redes neurales neocorticales de la más alta complejidad, de información supraindividual, por medio de la crianza, educación y enrolamiento del individuo en la producción social) y es esta reorganización neocortical, de base social, la que propiamente da contenido y configuración final a la exclusiva estructura de nuestra condición mental y de nuestra personalidad.

Esto es lo mismo decir que durante el desarrollo post natal de las redes neurales neocorticales principalmente asociativas, los procesos de sinaptogénesis y mielinización por un lado, y los de apoptosis, poda sináptica y remodelación mielínica por otro, todos estos procesos como propiedades determinadas epigenéticamente, no ocurrirían al azar sino que serían organizados progresivamente por el aprendizaje de base social (determinación sociocinética) hasta adoptar estas configuraciones tanto “panculturales” como también individuales y distintivas de cada “cultura” y de cada personalidad. La dirección de este proceso formativo sociocinético del contenido y forma de nuestra estructura y actividad mental (y de nuestra personalidad), iría a la par de la dirección postero-anterior de los procesos de la llamada “maduración” cortical, conformándose entonces primero una memoria de afectos y emociones, luego una memoria de conocimientos y destrezas y posteriormente una memoria de valores y procesos de decisión moral. El córtex prefrontal prolonga su “maduración” más tardíamente que las otras áreas de asociación (38). Sobre la peculiaridad de estos procesos, como mencionamos líneas antes, hay evidencia de diferencias “culturales” en las formas que adopta la misma actividad mental, y por lo mismo en la configuración que adopta su estructura de redes neocorticales, como queda constatado en la actividad diferenciada de nodos neocorticales, durante las mismas tareas en sujetos con diferente formación “cultural” de origen (39,40). Esta particularidad es nuestro conectoma personal, estructural, o sea la huella digital única y distintiva de nuestra personalidad, referido a la configuración individual y adulta del conjunto de todas nuestras redes neuronales, “estructurales”, de largo plazo de consolidación, neocorticales, del más alto nivel de complejidad, desde las cuales se reorganiza continuamente (sería “psicocinéticamente”, en nomenclatura de la TIP) toda nuestra actividad personal. Entonces, sobre la base de un temperamento temprano, pero reestructurándolo, si acaso este influya de algún modo en la neuroplasticidad posterior para la organización sociocinética del neocórtex (principalmente asociativo y de sus conexiones), el recién nacido irá configurando un pensamiento e imaginación, que sería según la TIP, inicialmente de predominio y orientación afectiva, posteriormente cognitiva y finalmente, en el hombre que ha completado su desarrollo, autoconsciente e intencionados, orientados por intereses y convicciones. Y ya respecto a la muerte, como contenido universal, pan “cultural”, codificado en la estructura neocortical del hombre (su conciencia, en términos de la TIP según la entendemos), en su conectoma, es decir en la estructura de su actividad mental, como disposición más o menos prolongada, veremos entonces que el conjunto de conceptos e imágenes sobre la muerte y especialmente la propia muerte y el poder para provocársela a sí mismo, irá desarrollándose progresivamente; es decir inicialmente como pensamiento e imaginación de predominio emocionales, luego intelectivas y finalmente incluyendo ambas disposiciones en una forma de pensar e imaginar la propia muerte, de un modo autoconsciente y en forma intencionada, o sea orientada por intereses y valores; estos procesos se dan durante el desarrollo de su personalidad.

En palabras del autor que sigue a Piaget correspondería con lo siguiente (al menos para su población de estudio y similares): “antes de los dos años existe la sensación de ausencia y presencia, asociando a ello manifestaciones de angustia, no hay pensamiento operacional ni la capacidad de integrar un concepto como la muerte”; “entre los tres y los siete años, el pensamiento pre-operacional, centrado en la intuición, trae consigo la búsqueda de mecanismos causa-efecto para lo que va sucediendo, es ahora que tiene cabida la idea de la muerte, pero como un fenómeno reversible o temporal, con atribuciones mágicas que responden a su pensamiento pre-operacional”; “entre los siete y doce años, aparece el pensamiento operacional, donde se van adquiriendo los diferentes elementos que Piaget define como conformadores de una idea de muerte apropiada (inmovilidad, universalidad, irrevocabilidad, entre otros). Por otro lado, el niño es capaz de ver las situaciones bajo distintos puntos de vista, pero aún es incapaz de generar un pensamiento abstracto para comprender lo permanente y absoluto de la muerte”; “es desde los doce años de edad que se presenta el concepto de muerte, aliado a la capacidad de abstracción. Ahora el niño sí se empieza a acercar al pensamiento adulto y generar sus ideas propias, avanzando del pensamiento concreto al hipotético-deductivo, lo que quizás puede hacerlo pensar en la muerte como concepto universal y llenarse de preguntas. ¿Si él murió, moriremos todos? ¿Si me enfermo también puedo morir?, etc.” (41). Desde la perspectiva de la TIP, según la entendemos, sería como decir que ya en la adolescencia entonces, recién el hombre sería capaz de pensar e imaginar la muerte, y especialmente la propia muerte y su poder para provocársela a sí mismo, no solo en la forma sentimental que habrá aprendido la ausencia del objeto, y en la forma abstracta e intelectual que habrá sido enseñado, sino también en la forma autoconsciente, intencionada y convencida, con intereses morales respecto de ella, según como haya sido incorporado en la sociedad productiva, todo lo cual finalmente terminará convirtiéndolo por eso en el único ser “potencialmente suicida” (gráfico 1).

El desarrollo universal de la muerte y potencial suicidio en la estructura de la conciencia del hombre (sería en su neocórtex organizado informacional y sociocinéticamente, en la perspectiva de la TIP) que ha completado su desarrollo personal, tendrá variables culturales (ha sido desarrollado teóricamente y en forma amplia por la “Escuela de Cambridge”, de Berrios y colaboradores, este tema respecto al posible proceso de la influencia “cultural” en la formación de los síntomas mentales) (42). Y tales variables “culturales” podrían ser influyentes respecto a las manifestaciones de la suicidalidad ya en el estado depresivo. Como sugiere la comparación “transcultural” de la muerte en la conciencia del hombre y su relación con la fenomenología de la depresión incluyendo la ideación suicida (43).

Corolario.

La muerte, su propia muerte, y su poder para provocársela, y su vida por supuesto, en la estructura neocortical del hombre (que sería convertida por determinación sociocinética en su conciencia, en terminología de la TIP), entrelazada con múltiples “factores psicológicos”, se hace especialmente vigente, y de un modo peculiar, en el pensamiento e imaginación del hombre deprimido, integrando sentimientos y disposiciones afectivas, conocimientos y disposiciones intelectivas, así como valores e intenciones y convicciones respecto de ellas, las que fue configurando bajo el poderoso influjo social, y sobre una base quizás restrictiva de su temperamento neonatal, durante el desarrollo formativo de su personalidad.

Tal vez cuando un niño al aprender la angustia ante la ausencia del objeto aprendió a requerir pronto alivio y quizás posteriormente, a predominio de su pensamiento mágico, preoperacional, aprendió que la muerte era un lugar y que este lugar era uno “de paz”, de aliviadora “paz”, y aprendió esta aliviadora paz y que la muerte mágicamente la proporcionaba. Ya luego en su temprana adolescencia integró en sus conceptos e imágenes, abstractas, autoconscientes, sobre la vida y la muerte, valores e intenciones respecto de ellas, y quizás aprendió, inmerso y enrolado a una sociedad productiva que atiende sus propias necesidades sociales (sería según la TIP), que la vida para vivirla debía “tener utilidad”, o algo parecido. Sabemos que el estado depresivo construye, por decirlo de algún modo, imágenes y pensamientos peculiares, pero la poderosa materia prima

principal serían los afectos, conocimientos y valores que codificó como información sociocinéticamente determinada, en múltiples redes, del más alto nivel de complejidad, multimodales y entrelazadas complejamente, en sus sistemas de memoria neocortical, que sería, según la TIP: Una memoria de afectos y sentimientos (neocórtex para límbico), una de conocimientos (neocórtex de asociación posterior) y una de valores e intenciones (neocórtex de asociación anterior). Y que las codificó sobre todo integradas, como redes supramodales, holocorticales y bihemisféricas, como tendencias más o menos permanentes en nuestras formas de pensar e imaginar. Estas formas, que serán individuales y también “culturales”, serían probablemente las que den cuenta del hecho que el suicidio afecte solo al 15% aproximadamente de los individuos con depresión mayor, que es lo mismo que decir que aproximadamente en un 85% restante influirían probablemente estas peculiaridades “culturales” e individuales en la forma de pensar e imaginar respecto a la vida y la propia muerte, entrelazadas complejamente con otros factores psicológicos, las que aparecerán como los atributos de la personalidad protectores contra el suicidio.

Segunda parte:

(&) Por motivo de espacio la segunda parte (“sociobiología de la impulsividad”) y conclusiones del presente trabajo serán entregados en un próximo número de ésta publicación, estando a disposición de los interesados a través del correo @ del autor (jorenrique_3@hotmail.com).

() Determinación epigenética, del soporte neurobiológico de la actividad mental y conducta humanas, haría referencia a la configuración de la estructura y la actividad de los diferentes componentes neurobiológicos desde su base genética y progresivamente en configuraciones cada vez más complejas durante el neurodesarrollo, pero sin que influyan los determinantes sociales o aprendizaje social de la conducta humana.*

- Determinación sociocinética haría referencia a la configuración de la estructura y actividad de este mismo soporte neurobiológico de la actividad mental y conducta humanas, pero desde su base social también durante el neurodesarrollo, o sea determinados por el aprendizaje, social.

Referencias Bibliográficas

1. Animal models to improve our understanding and treatment of suicidal behavior. Gould TD et al. *Transl Psychiatry* (2017) 7, e1092; doi:10.1038/tp.2017.50
2. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. Brent DA & Mann JJ. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2005;133C (1):13-24 Doi: 10.1002/ajmg.c.30042
3. The Life Span Model of Suicide and Its Neurobiological Foundation. Ludwig B. et al. *Frontiers in Neuroscience.* February 2017;11: 74 doi: 10.3389/fnins.2017.00074
4. Neural Substrates of Suicide and Suicidal Behaviour: From a Neuroimaging Perspective. Balcioglu YH & Kose S. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology.*2018; 28:3 (314-328). doi: doi.org/10.1080/24750573.2017.1420378
5. Biomarkers of Suicide Attempt Behavior: Towards a Biological Model of Risk. Sudol K. & Mann JJ. *Current Psychiatry Reports.* June 2017, 19:31 doi: 10.1007/s11920-017- 0781.
6. Epigenetics and Suicidal Behavior Research Pathways. Turecki G. *Am J Prev Med.*2014 September; 47(3 Suppl 2): S144-S151 doi: 10.1016/j.amepre.2014.06.011.
7. Self-reported Mental Health and Its Gender Differences as a Predictor of Suicide in the Middle-Aged. Bramness JG et al. *American Journal of Epidemiology.* 2010; 172:160–166 doi: 10.1093/aje/kwq091
8. Apuntes sobre la Evolución Histórica de la Obra de Pedro Ortiz Cabanillas y su Teoría Sociobiológica Informacional. Contreras-Pulache H y cols. *Rev. Perú Med Exp Salud Pública* 2018;35 (4): 699-706 doi: 10.17843/rpmesp.2018.354.3892.
9. El nivel consciente de la memoria: Una hipótesis de trabajo. Ortiz P. 1 Ed. Lima: Fondo Editorial de la Universidad de Lima; 1998.
10. Introducción a la Medicina Clínica 3. El examen neurologico integral. Ortiz P. 1Ed. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1999
11. Desarrollo formativo de la actividad psíquica personal. Ortiz P. *Paediatrica*,2004; 6(1): 29-43. Descargado de sisbib.unmsm.edu.pe
12. Introducción a la Medicina Clínica 2. El examen psicológico integral. Ortiz P 1 Ed. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
13. Educación y formación de la personalidad. Ortiz P.1Ed. Lima: Fondo Editorial de la Universidad de Ciencias y Humanidades; 2008
14. Cuadernos de Psicobiología Social 1. Introducción a una Psicobiología del Hombre. Ortiz P. 2 Ed. Lima: Fondo Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
15. La Explicación Informacional. El surgimiento de una teoría de la personalidad (1984-2011). Primera parte. Contreras-Pulache H, editor. Centro de investigación Anastomosis, 2011:1-89. Descargado de <http://centro-anastomosis.webnode.es/>
16. La Explicación Científica del Hombre. Ortiz P. Centro de Investigación Anastomosis, Lima-Perú; 2012.
17. El Sistema de la Personalidad. Ortiz P. 2 Ed. Contreras-Pulache H, editor. Lima (PE): Fondo Editorial de la Universidad de Ciencias y Humanidades; 2016.
18. Psicobiología Social (tomo 1). Ortiz P. 1 Ed. Contreras-Pulache H, editor. Lima (PE): Fondo Editorial de la Universidad de Ciencias y Humanidades; 2017
19. Psicobiología Social (tomo 2). Ortiz P. 1 Ed. Contreras-Pulache H, editor. Lima (PE): Fondo Editorial de la Universidad de Ciencias y Humanidades ; 2017
20. Psicobiología Social (tomo 3). Ortiz P. 1 Ed. Contreras-Pulache H, editor. Lima (PE): Fondo Editorial de la Universidad de Ciencias y Humanidades ; 2017
21. Neurociencia Clínica. Una explicación de los trastornos, defectos y deterioros neuropsíquicos de la personalidad. Ortiz P. 1 Ed. Perales A, Zumaeta P, Ibarra R & Contreras H, editores. Lima (PE): Fondo. Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos / Facultad de Medicina; 2019.
22. The Suicidal Animal: Science and the Nature of Self-Destruction. Ramsden E & Wilson D. *Past & Present*, Volume 224, Issue 1, August 2014, Pages 201–242 doi: doi.org/10.1093 / pastj/gtu015

23. Social and Emotional Development of Deaf Children: Family, School, and Program Effects. Calderon R & Greenberg MT (2011). Oxford Handbooks Online. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199750986.013.0014
24. Suicide mortality in mental retardation: A 35-year follow-up study. Patja K et al. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103 (4): 307-311. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00019.x
25. Suicide Risk in Youth with Intellectual Disability: The Challenges of Screening. Ludi E et al. *J Dev Behav Pediatr*; 2012 Jun; 33(5): 431–440. doi: 10.1097/DBP.0b013e3182599295
26. Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: Comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Paula-Pérez I & Martos- Pérez J. *Rev Neurol* 2009; 48(Supl 2): S31-S34. Descargado en: <http://diposit.ub.edu>
27. Evolution of the Human Nervous System Function, Structure, and Development. Sousa AMM et al.: *Cell*. 2017 Jul 13; 170(2): 226–247. doi: 10.1016/j.cell.2017.06.036
28. Neuronal factors determining high intelligence. Dicke U & Roth G. *Phil. Trans. R. Soc. B* 371: 20150180. doi: <https://doi.org/10.1098/rstb.2015.0180>
29. Evolution and genomics of the human brain. Rosales-Reynoso MA et al. *Neurologia*. 2018;33 (4): 254-265 doi: 10.1016/j.nrl.2015.06.002
30. Molecular and cellular reorganization of neural circuits in the human lineage. Sousa AMM et al. *Science* 2017; 358(6366): 1027-1032 doi: 10.1126/science.aan3456.
31. The human brain in numbers: a linearly scaled-up primate brain. Herculano-Houzel S. *Front Hum Neurosci*. 2009; 3:31doi: 10.3389/neuro.09.031.2009
32. Transcriptomic and morphophysiological evidence for a specialized human cortical GABAergic cell type. Boldog E et al. *Nature Neuroscience* 21, 1185–1195 (2018) doi :10.1038/s41593-018-0205-2
33. La problemática educativa de los niños selváticos: El caso de “Marcos”. Manila G J. *Anuario de Psicología/ The UB Journal of Psychology*. ISSN 0066 -5126, N°20, 1979, págs 79-98 Descargado en dialnet.unirioja.es
34. Caspar Hauser. An account of an individual kept in a dungeon, separated from all. Communication with the world, from early childhood to about the age of seventeen. Von Feuerbach A. Translated from the German. Allen & Ticknor (ed). Boston. 1932. Descargado de books.googleusercontent.com
35. The Brain’s Default Mode Network. Raichle ME. *Annual Review of Neuroscience* 2015 38:1, 433-447 doi: 10.1146/annurev-neuro-071013-014030
36. Complementarity or independence of hemispheric specializations? A brief review Badzako va-Trajkov G et al. *Neuropsychologia*. 2016 Dec;93(Pt B):386-393. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2015.12.018.
37. Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. Polderman TJ et al. *Nat Genet*. 2015 Jul;47 (7): 702-9. doi: 10.1038/ng.3285.
38. Prolonged myelination in human neocortical evolution. Miller DJ et al. *Proc Natl Acad Sci Estados Unidos*. 2012 oct 9; 109 (41): 16480-16485 doi: 10.1073 / pnas.1117943109
39. Cultural differences in human brain activity: A quantitative meta-analysis. Han S & Ma Y. *NeuroImage*, 2014; 99: 293-300. doi: 10.1016/j.neuroimage.2014.05.062
40. Culture Wires the Brain: A Cognitive Neuroscience Perspective. Park DC & Huang Ch. *Perspect Psychol Sci*. 2010; 5(4): 391–400 doi: 10.1177/1745691610374591
41. La muerte y los niños. Zañartu C y cols. *Rev Chil Pediatr* 2008; 79(4): 393-397. Descargado de scielo.conicyt.cl
42. The hermeneutics of mental symptoms in the Cambridge School. Aragona M & Marková IS *Rev Latinoam. Psicopat. Fund.*, 2015; 18(4): 599-618 doi: 10.1590/1415-4714.2015v18n4p599.2.
43. How Does the Death Conscious Culture of Iran Affect Experiences of Depression? Mirdamadi M *Cult Med Psychiatry*. 2019; 43(1):56-76 doi: 10.1007/s11013-018-9597-4

ENFOQUE FISIOTERAPÉUTICO EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA – PERÚ. 2019

Geovana Landeo A. 1

1 Estudiante de fisioterapia de la Universidad Alas Peruanas

La concepción del estigma de las enfermedades mentales presentes en estos tiempos implica a menudo el rechazo de la sociedad, de la familia misma y el sufrimiento de las personas que viven día a día enfrentando sus propios conflictos debido a su enfermedad. Resultando perjudicial para su rehabilitación, pero sobre todo afectando su propia autoestima, volviéndolos inseguros y creando juicios erróneos y negativos acerca de su propio ser, interfiriendo en el desarrollo de un proyecto de vida donde tengan derecho a crear relaciones sociales, acceder a un trabajo, incluso formar una familia, etc. Como sociedad no debemos dejar que el desconocimiento asuste y se instauren barreras que generen indiferencia y afecten la calidad de vida de las personas que padecen de algún trastorno mental.

En el Perú, las enfermedades neuropsiquiátricas representan el 17,5 % del total de carga de enfermedad, ocupando el primer lugar y produciendo la pérdida de 1 010 594 años de vida saludables (AVISAS), es decir, 33,5 años perdidos por cada mil habitantes (Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú 2018, MINSA 2014).

Fisioterapia en salud mental en el Perú se ha venido desarrollando hace algunos años atrás con base a los conocimientos y experiencias obtenidas durante el ejercicio de la profesión. No obstante, todavía no se cuenta con estudios de especialidades e intervenciones dentro de este campo. Hasta el momento no es mayor el número de terapeutas físicos (fisioterapeutas) dentro de los hospitales psiquiátricos. Una de las razones se podría atribuir al desconocimiento de la función del fisioterapeuta aplicado dentro del contexto de salud mental.

El Hospital Hermilio Valdizán (HHV) del Ministerio de Salud, se encuentra ubicado en el cono este de Lima Metropolitana, distrito de Santa Anita, km. 3.5 de la Carretera Central. Abarcando su atención en el Cono Este y Especializado en Salud Mental y Psiquiatría, además de atender pacientes procedentes del ámbito nacional (Análisis de situación de salud hospitalaria, HHV-2018).

La demanda de atención está dada principalmente por los trastornos de esquizofrenia, trastornos de ansiedad, episodio depresivo, etc. El trastorno que mayor demanda de egresos al servicio de Hospitalización es la Esquizofrenia con casos 473 (44.16 %), en segundo lugar, trastornos mentales y del comportamiento debidos al Uso de Múltiples Drogas y al Uso de Otras sustancias psicoactivas con 168 casos (15.69 %) y en el tercer lugar Trastorno Afectivo Bipolar con 81 casos (7.56 %) (Análisis de situación de salud hospitalaria, HHV-2018). Con respecto a las actividades relacionadas entorno a fisioterapia el Departamento de Rehabilitación del Servicio de Hospitalización ofrece: Talleres de psicomotricidad, cada competencia busca expresar el movimiento corporal y motriz donde los usuarios van traduciendo sus emociones y sensaciones. Asimismo, se maneja la práctica de ejercicios físico terapéuticos, actividades deportivas terapéuticas, gimnasia grupal, todo esto va enfocado a trabajar la conexión cuerpo – mente. En la mayoría de las ocasiones las actividades se efectúan de forma grupal bajo un orden, en ambientes acondicionados o alternado su práctica en espacios al aire libre. Se busca trabajar sobre las habilidades físicas, mentales y sociales con el fin de preservar las capacidades funcionales y cognitivas que muchas veces se han visto alteradas por los efectos adversos de los medicamentos. Fisioterapia en salud mental cuenta con un soporte en evidencias científicas, existen cantidades de artículos verídicos que han sido publicados. Además de contar con el ejercicio físico como método terapéutico, comprende un amplio número de técnicas que han demostrado un alto grado de eficacia como son: Terapia de Conciencia Corporal Basal (Basic Body Awareness Therapy), Técnica Psicomotora Noruega, Reeducción Postural Global, Biofeedback, entre otras. Todas estas técnicas deberían ser conocidas y aplicadas por todos los fisioterapeutas para proporcionar un tratamiento mucho más completo y de calidad. Es indudable la importancia de la intervención del fisioterapeuta dentro de los niveles de atención en las Instituciones de Salud, incluyendo los hospitales psiquiátricos ya que ofrece un tratamiento capaz y evidenciable al igual que otras terapias tradicionales, al mismo tiempo fortalece el trabajo del equipo multidisciplinario en beneficio de los usuarios.

La única manera de hacer un trabajo genial es amar lo que haces... (Steve Jobs).

HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN

“Líder en Psiquiatría y Salud Mental”

Servicios que ofrecemos:

- Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente
- Departamento de Salud Mental del Adulto y Geronte
- Departamento de Salud Mental en Adicciones
- Departamento de Salud Mental en Familia
- Departamento de Análisis y Modificación del Comportamiento
- Departamento de Rehabilitación en Salud Mental
- Departamento de Enfermería
- Departamento de Apoyo al Tratamiento
- Departamento de Promoción de la Salud Mental
- Departamento de Apoyo al Diagnóstico
- Servicio de Psicología Diagnóstico
- Servicio de Farmacia
- Servicio de Odontología
- Servicio de Nutrición
- Servicio Social
- Servicios Médicos
- Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
- Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Centro de Rehabilitación de Ñaña

**REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL
HERMILIO VALDIZÁN**

2019

Enero - Diciembre

Vol. XVI



Líder en Psiquiatría y Salud Mental

La correspondencia deberá ser dirigida al Comité
Editorial de la Revista de Psiquiatría y Salud Mental
“Hermilio Valdizán”

Domicilio Postal: Carretera Central Km 3.5 Santa Anita - Lima 43
Central Telefónica: 01 4942410 anexo 217

Página Web: www.hhv.gob.pe