

**Hacia la prevención de la depresión y el riesgo suicida: uso de servicios, detección y estrategia psicoeducativa en estudiantes de secundaria en Centro Histórico de la Ciudad de México. Fase: Evaluación de Instrumentos.**

Investigador Responsable: Catalina González Forteza.

La Ciudad de México concentra el 9.3% de la población del país, y más de la mitad tiene entre 0 y 29 años (58.8%) (GDF, 1999). Se ha identificado un 15.4% de malestar depresivo, siendo mayor la prevalencia en mujeres que en hombres, en una proporción 2:1 (González-Forteza et al., 2003). La prevalencia de intento suicida en la Ciudad de México en el 2000 fue de 9.5% (h=3.9% y m=15.1%), y una de las delegaciones con mayor prevalencia fue la D. Cuauhtémoc con 11.3%. El objetivo general de la presente propuesta es: incidir en la prevención de depresión y de riesgo suicida en estudiantes de secundaria implementando estrategias de referencia a servicios de salud, validación de escalas para la detección, y piloteo de una estrategia psicoeducativa para la promoción de la salud mental en estudiantes de secundaria (públicas y matutinas) en el Centro de la Ciudad de México el cuál se encuentra dentro de la D. Cuauhtémoc. Objetivos específicos: a) Validar las escalas CESDR (malestar depresivo) y CIP (Lesiones Autoinflingidas Deliberadamente e Intentos Suicidas) en estudiantes de secundaria; b) Adecuar la estrategia psicoeducativa para la prevención de la problemática suicida "Salvando Vidas" para estudiantes de secundaria entre 13 y 15 años de edad. Los resultados de esta investigación pueden servir de base para sensibilizar a las autoridades y personal docente de las necesidades de atención en su plantel, con el propósito de propiciar la autogestión escolar para la implementación y seguimiento de estrategias que fomenten la salud emocional de los estudiantes.

## **Vigilancia Epidemiológica de la Salud Mental de Niños y Adolescentes En Centros de Salud de la Delegación Coyoacán del Distrito Federal**

Investigador Responsable: Jorge Caraveo Anduaga.

**Antecedentes:** Este proyecto surge de los resultados del estudio piloto de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Mental en Niños y Adolescentes, realizado en un centro de salud de la Ciudad de México (Caraveo y cols., 2008), los cuales indicaron que 40% de la población infantil y adolescente atendida en el primer nivel de atención cursa diferentes grados de problemas de salud mental y adversidades psicosociales. Sin embargo pocos de estos niños son diagnosticados y tratados por el médico general y por ende canalizados a los servicios de salud mental, además de que estos servicios resultan insuficientes.

**Objetivos específicos:** Lograr en la población compuesta por médicos y otros profesionales de la salud de primer nivel de atención: 1) Determinar la presencia de los elementos del estigma: Conocimiento, prejuicio y discriminación. 2) Sensibilizar sobre la necesidad de atención oportuna, 3) Capacitarlos para la detección de adversidades psicosociales y problemas de salud mental en la infancia y adolescencia; 4) Capacitarlos para la atención oportuna de los casos menos severos para su atención; además, 5) Implementar una estrategia de tamizaje para la vigilancia de la salud mental en niños y adolescentes; 6) Identificar a los grupos de niños y adolescentes en riesgo a partir de los perfiles sindromáticos.

**Metodología:** Es un diseño transversal y de evaluación prospectiva. Población: Una muestra de aproximadamente 1000 médicos y otros profesionales de la salud que laboran en los centros de salud del DF.

Para la estrategia de tamizaje para la vigilancia de la Salud Mental, se aplicarán los cuestionarios a los adultos responsables de los niños y adolescentes que acudan al servicio de medicina general.

**Metas:** 1) Culminación del levantamiento acerca del estigma; 2) captura de información y limpieza de base de datos; 3) análisis de resultados: frecuencias simples y por grupos; confiabilidad; 4) A partir del análisis de la información obtenida se procederá a organizar la capacitación y sensibilización del personal de primer nivel de atención relativa a la Salud Mental.

**Factores psicosociales de riesgo de la explotación sexual comercial infantil en diferentes escenarios socioculturales. Fase obtención de datos y análisis de la (ESCI) en escenarios escolares.**

Investigador Responsable: Rafael Gutiérrez.

**Antecedentes:** Nuestro equipo de investigación colabora con el DIF Estado de México, para identificar y describir diferentes tipos de explotación sexual comercial infantil (ESCI) y los factores macro sociales y psicosociales que los propician en distintos municipios del Estado de México. Puesto que este proyecto se puso en marcha a mediados de 2009, aún falta tomar datos de escolares de algunos municipios de la zona conurbada del Estado de México con el DF, por ello, este proyecto tiene como **objetivos** lograr en cada uno de estos municipios: a) identificar y describir los factores psicosociales de riesgo de explotación sexual de escolares de educación media básica y de la red de internet; b) determinar los factores psicosociales de protección contra la ESCI de las escuelas de educación media básica y de la red de internet; c) describir las interpretaciones y las prácticas de las/os adolescentes al enfrentar la violencia sexual en la escuela y en la red de internet. **Metodología:** Se desarrollará la metodología de intervención comunitaria de la OMS/PSA en cuatro escuelas secundarias elegidas al azar del padrón oficial de planteles de educación media básica de la zona conurbada del Valle de México. En estas escuelas se realizará un muestreo por cuota para seleccionar a 100 adolescentes escolares y usuarios de internet (50 niñas y 50 niños), con edades comprendidas entre los 12 y los 15 años. Los 100 adolescentes contestarán un cuestionario de preguntas cerradas acerca de la violencia sexual, el cual será auto aplicable. Además se realizará un muestreo por cuota para seleccionar a 56 adolescentes (28 mujeres y 28 hombres de 12 a 15 años de edad), quienes se distribuirán en 8 grupos focales para discutir la normalización de la ESCI y los recursos escolares y de la red de internet contra la ESCI. De los 56 adolescentes contactados se invitará a siete hombres y a siete mujeres a participar en entrevistas individuales para conocer sus interpretaciones relativas a la masculinidad y las prácticas contra la violencia sexual en la escuela y la red de internet. Antes de la toma de datos, se realizará una junta con padres, otra con autoridades escolares y una más con estudiantes para solicitarles el consentimiento informado que autorice la participación de los alumnos como informantes en la aplicación de cuestionarios, grupos focales y entrevistas. **Metas/Productos:** a) toma de datos de adolescentes de escuelas secundarias de cuatro municipios del Estado de México, b) elaboración de un reporte de resultados y c) enviar un artículo para su publicación.

**Salud mental de mamás y bebés. Prevención de la depresión posparto.**  
**Fase: Evaluación de la eficacia materna.**

Investigador Responsable: Ma. Asunción Lara Cantú

Entre 10% - 15% de las madres puede padecer de depresión después de dar a luz. En México, la prevalencia se estima en 19.3% en la segunda semana posparto y 22.5% en la cuarta semana. Las investigaciones sugieren que la depresión posparto (DPP) puede tener efectos negativos en los infantes. Por ello, la efectividad de intervenciones para prevenir la DPP se ha evaluado en otros países, mostrando que el riesgo de padecerla puede ser reducido. En un proyecto anterior, diseñamos y evaluamos una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas depresivos, que mostró ser efectiva y sirvió como base para el desarrollo de esta nueva intervención. Este proyecto se justifica por: (1) la importancia de la DPP en términos de prevalencia, sufrimiento de las mujeres y efectos sobre la relación madre-hijo, que pudieran ser duraderos, y (2) que no hay antecedentes de intervenciones para este fin en nuestro país.

El objetivo de este proyecto es evaluar la efectividad de una intervención psicoeducativa durante el embarazo para reducir la depresión posparto.

Se plantea un estudio aleatorio controlado con evaluaciones pre, post tratamiento y seguimiento 6 semanas y 4-6 meses después del parto. Se propone una muestra de 225 mujeres embarazadas. La intervención psicoeducativa (grupal) tiene una duración de 8 sesiones de 2 horas semanales. El grupo control recibirá los cuidados prenatales regulares de la institución, que en algunos casos pueden incluir la atención por problemas emocionales. Ambos grupos recibirán un material educativo sobre la depresión. Se llevará a cabo en tres instituciones: Clínica de Especialidades de la Mujer de la SEDENA, INPer y Centro de Salud José Castro Villagrana. Los criterios de inclusión son: tener más de 18 años, presentar sintomatología depresiva y no tener más de 26 semanas de embarazo. Los instrumentos incluidos en estas evaluaciones son: 1) Inventario de depresión de Beck (IDB-II). 2) Síntomas de ansiedad (SCL-90), y 3) Entrevista Clínica Estandarizada (SCID).

Con la información obtenida, se elaborarán publicaciones científicas, manuales y folletos para usuarias y personal de salud.

Este proyecto forma parte de un estudio colaborativo para estudiar la prevención de la DPP en mujeres hispanas en EEUU y mexicanas con la Dra. H. Le de la Universidad de George Washington en Washington, D.C.

**Prevalencia y factores asociados a conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes en localidades con diferente nivel de urbanización e intensidad de migración. Fase: Análisis de variables psicosociales asociadas.**

Investigador Responsable: Claudia Unikel Santoncini.

El objetivo de esta investigación, es conocer la situación de las conductas alimentarias de riesgo en las adolescentes en localidades con diferente nivel de marginación e intensidad de migración, así como la asociación de éstas con diversos factores de orden sociocultural y psicosocial. El estudio se divide en dos fases: En la primera se trabajó en la obtención de instrumentos válidos y confiables para la población de estudio, mientras que en la segunda, se evaluarán modelos descriptivo-predictivos sobre la asociación de las conductas alimentarias de riesgo con las variables psicológicas y socioculturales estudiadas. En la primera se levantó una muestra de 1200 sujetos de sexo femenino, estudiantes en instituciones públicas de nivel medio superior en el Estado de México en localidades con nivel alto, medio y bajo de marginación según la clasificación del INEGI. En la segunda, se realizó un muestreo con selección aleatoria proporcional al número de estudiantes inscritas en el ciclo escolar 2005-2006 en las instituciones educativas públicas de nivel medio superior registradas ante la SEP en el Estado de México y dividida en 6 estratos tomando en cuenta el nivel de marginación (bajo y alto) y la intensidad de migración (baja, media y alta). La muestra final quedó integrada por 2357 estudiantes entre 15 y 19 años de edad. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario sobre factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria, la escala de impulsividad de Plutchik, Test of Self-Conscious Affect-Adol y el Cuestionario sobre el estereotipo de rol de género femenino (Bojórquez et al, en elaboración). Se midió el peso y la estatura de cada una de las estudiantes. Los resultados mostraron que la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo fue de 4.2%, sin diferencias por nivel de marginación o migración; se encontró una relación positiva con la escolaridad de los padres y el número de servicios de la vivienda. Las adolescentes de 15 años mostraron el mayor porcentaje. Las principales conductas reportadas fueron la preocupación por engordar (12.3%), el ejercicio (7.4%) y los atracones (3.7%). El IMC promedio fue mayor en las localidades menos marginadas. Se encontró una correlación positiva y significativa entre conductas alimentarias de riesgo y todas las variables estudiadas, con excepción del afecto de los padres.

**La medicina tradicional urbana y las terapias alternativas como un recurso para el tratamiento de problemas emocionales: Un análisis en la Ciudad de México: La articulación de la medicina tradicional mexicana y de las medicinas alternativas con el sistema de salud institucional.**

Investigador Responsable: Shoshana Berenzon Gorn.

Investigaciones realizadas en México señalan que los problemas de salud mental, especialmente los trastornos afectivos han incrementado considerablemente ocupando los primeros lugares en la carga global de las enfermedades. A pesar de esta evidencia, los recursos asignados a la salud mental son limitados y la población recurre con poca frecuencia a los servicios que están disponibles. Además de el miedo al estigma, desconocimiento del tratamiento o escasez de recursos económicos, existen las diferencias en cuanto a las necesidades sentidas por la población y el tipo de ayuda ofrecida en los servicios. Mientras que la población tiene una conceptualización basada en problemas (económicos, de pareja, etc.) los servicios ofrecen su atención basada en diagnósticos psiquiátricos, esta falta de coincidencia en la manera de vivir y entender la enfermedad dificulta la asistencia (Kleinman 1980, 1986, Medina-Mora 1997; Lara 2002; Berenzon 2003). La medicina tradicional mexicana y las terapias alternativas se han convertido en una opción más para hacer frente a los problemas de salud mental. Esta situación, llevó a la formulación del presente proyecto cuyos objetivos son: (1) contar con un registro de las medicinas alternativas que se usan actualmente en la Ciudad de México, (2) conocer las razones por las que se acude a estos sistemas médicos, (3) explorar la accesibilidad de los servicios, costos y eficacia percibida, (4) analizar las trayectorias de atención de los pacientes y (5) establecer perfiles de usuarios. Para realizar el estudio se estructuraron dos etapas de investigación, en la primera fase se realizó una encuesta de hogares en seis colonias de la Ciudad de México. En la segunda fase se llevaron a cabo entrevistas a profundidad. Uno de los ejes de esta investigación fue probar si al modificar la estructura de los instrumentos, dirigidos a estudiar las prácticas alternas de atención, es posible conocer mejor las características asociadas con la realización de autocuidados y el uso de servicios alternativos. Los datos observados en este estudio muestran que un cambio en la estructura del instrumento permite tener una aproximación más precisa sobre el uso servicios alternos. Además, mediante éste fue posible explorar las prácticas de salud generadas por el individuo, lo que hemos llamado autocuidados, que corresponden al ámbito de lo cotidiano y que pocas veces son contempladas en estudios sobre uso de servicios.

## **Evaluación del Sistema de Salud Mental en la República Mexicana. OPS/INPRFM (WHO-AIMS)**

Investigador Responsable: Shoshana Berenzon Gorn.

Se sabe que más del 20% de la población mundial ha padecido uno o más trastornos mentales a lo largo de su vida y que este tipo de padeceres representan el 33% de la carga global de las enfermedades. Los datos más recientes en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas; entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, siendo la depresión el primer lugar, los trastornos relacionados por el consumo de alcohol el noveno y la esquizofrenia el décimo.

En México, solamente el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, los que llegan tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4 y 20 años.

Se han señalado diversos factores subjetivos ( la negación del problema, la suposición del que tratamiento no existe o es poco eficaz, la creencia del que problema desaparecerá espontáneamente, el deseo de afrontar el problema sin ayuda y el estigma) y objetivos (barreras para la atención tales como los aspectos financieros, la escasa o nula disponibilidad de los servicios, los problemas de accesibilidad y la adaptación culturalmente inadecuada de los servicios), para explicar la brecha en la atención y la demora en la búsqueda de los servicios.

La Organización Mundial de la Salud, preocupada por esta situación, a partir del 2005, inició la evaluación de los sistemas de salud mental en América Latina. Para ello se elaboró el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (WHO-AIMS) que tiene como objetivo dotar a los países de metodologías válidas para la mejora de la atención de salud mental, después de conocer sus fortalezas y debilidades. El WHO-AIMS consta de seis secciones interdependientes y relacionadas conceptualmente: 1) Política y legislación, 2) Servicios de Salud Mental, 3) Salud Mental en el primer nivel de atención, 4) Recursos humanos, 5) Educación a la población y vínculos con otros sectores, 6) Monitoreo e investigación.

El propósito de realizar la evaluación en México es disponer de información actual sobre las características y necesidades de los servicios de salud mental que pueda resultar útil para respaldar la introducción de reformas en salud mental, desarrollar planes y programas sustentados en parámetros iniciales claros y objetivos. Los resultados también serán útiles para crear una línea base que permita monitorear el cambio y evaluar el progreso de las políticas de reforma.

**De joven a joven. Intervención intercultural para promover la salud mental de los adolescentes Ñahñu. Diseño de la implementación.**

Investigador Responsable: Consuelo García Andrade.

Los adolescentes indígenas enfrentan retos adicionales a los desafíos sociales de los jóvenes contemporáneos. Como miembros de su propia cultura, aprenden otros códigos de la cultura dominante como hablar otro idioma y nuevas normas sociales. Es importante que los jóvenes indígenas desarrollen habilidades que fortalezcan su identidad, a la vez que adquieren capacidades que los forme como agentes biculturales. Abordado desde el marco de la promoción de la salud, este proyecto busca apoyar las características resilientes del adolescente (auto-conocimiento, locus de control y relaciones sociales entre otras) para disminuir una serie de problemas psicosociales como deserción escolar, embarazo precoz y consumo excesivo de alcohol.

Se busca adaptar a la población ñahñu el modelo occidental de desarrollo de habilidades para la vida (OPS) dirigido a promover la salud mental de los adolescentes (entre 11-15 años de edad) en el contexto de la escuela secundaria.

Este estudio cuali-cuantitativo se realizará en algunas escuelas secundarias del Cardonal. Se capacitará a un grupo de instructores quienes visitarán durante 3 meses las escuelas; utilizarán los materiales previamente preparados y se establecerá un plan de seguimiento y registro. De acuerdo a los resultados se harán las modificaciones necesarias en los instrumentos, manuales y procedimientos propuestos.

**Malestares emocionales en migrantes mexicanos que regresan de EUA en los programas de repatriación 'voluntaria': Adaptación sociocultural del Manual "Historias del Ir y Venir".  
Recopilación de Información.**

Investigador Responsable: Rosa Ma. Aguilera.

Este proyecto tiene como propósito investigar la influencia que ejercen condiciones materiales de vida límite, como son la actual crisis económica mundial y los programas eufemísticamente llamados de repatriación 'voluntaria', sobre la expresión concreta de los malestares emocionales asociados a la migración (sintomatología depresiva, angustia, alcoholismo, violencia) en inmigrantes que han sido expulsados de EUA y que están de regreso en México, así como en sus familiares y en sus comunidades de origen. Para su consecución, se pretende promover una adecuada interlocución entre los inmigrantes repatriados y sus familias con las promotoras de salud comunitaria, con la finalidad de elaborar, de manera conjunta, una herramienta de trabajo que posibilite la atención de los malestares emocionales concretos que se pudieran presentar. Sus objetivos específicos incluyen: 1) conocer particularidades de los malestares emocionales asociados a la repatriación, 2) contribuir a su comprensión, atención y adecuada canalización, 3) conocer respuestas a problemáticas de salud mental que las instancias gubernamentales ofrecen a los mexicanos repatriados, considerando la opinión de los directamente afectados, 4) contribuir a una adecuada interlocución entre la población que ha sido repatriada y las promotoras comunitarias, 5) adaptación sociocultural del Manual "Historias del Ir y Venir" para promotoras de salud comunitaria, 6) recabar y sistematizar la información arrojada por dicho manual para brindar respuestas concretas a la problemática de la repatriación.

## **Estigma y enfermedad mental Fase II. Un programa de intervención comunitaria para su aplicación en población general y clínica.**

Investigador Responsable: Jazmín Mora Ríos.

Este proyecto forma parte de una red de investigación comparativa y transcultural cuyo interés es reducir el estigma hacia la enfermedad mental. El objetivo general es desarrollar un modelo de intervención comunitaria que se oriente a modificar la percepción social que prevalece entre la población urbana en torno a las enfermedades mentales, a fin de contribuir a la reinserción social de las personas que padecen algún trastorno mental. La intención es incorporar la visión de diferentes actores sociales involucrados en este ámbito, por ejemplo trabajadores de la salud mental, familiares y cuidadores, miembros de la comunidad y personas afectadas por estos padecimientos. La investigación se divide en tres etapas; en la primera se desarrollarán los contenidos del programa de intervención, para ello se entrevistará a: a) 200 personas que habiten en zonas urbanas, de ambos sexos y diferentes características sociodemográficas, b) 40 individuos con algún trastorno mental, c) 40 familiares y/o cuidadores y d) 40 proveedores de servicios de salud, incluyendo trabajadores y administrativos. La recolección de información será por medio de entrevistas a profundidad, grupales e individuales; además, se aplicarán tres instrumentos estructurados: a) Escala de percepciones de la población general hacia la devaluación y discriminación de las enfermedades mentales (DDS), (Link, et. al., 2002); b) Escala de estigma interiorizado de la enfermedad mental (ISMI) (Rischter, J.1992) para personas que sufren algún trastorno mental y por último c) Escala de opiniones de los profesionales hacia la enfermedad mental (OMI), (Cohen y Struening, 1962). La segunda etapa consiste en diseñar un modelo de intervención comunitaria con base en los resultados obtenidos en la etapa 1 cuyos En la etapa tres, se llevará a cabo la evaluación piloto de los contenidos del manual de intervención comunitaria. Todo el proceso de desarrollo del modelo de intervención estará orientado desde una perspectiva de género.

## **La patología mental en México. Comparación internacional. Fase: Reporte final**

Investigador Responsable: Ma. Elena Medina-Mora.

El estudio forma parte de una iniciativa internacional coordinada por la Organización Mundial de la Salud que pretende evaluar la situación de la patología mental en países con diferente nivel de desarrollo, determinar las necesidades de atención a la salud y orientar la política en esta materia. Se trata de una encuesta de hogares llevada a cabo en población urbana entre 18 y 65 años, y tiene como objetivos: i) Estimar la prevalencia de los desórdenes mentales incluyendo las adicciones y la discapacidad con la que se asocian en la población total y por regiones del país y por grupos sociales; ii) Estudiar la historia natural de los padecimientos mentales, iii) Conocer el índice de uso de servicios y las barreras para la atención iv) Desarrollar y probar hipótesis acerca de los factores antecedentes y el curso de los trastornos.

Se utilizó la versión computarizada de la entrevista psiquiátrica WHO CIDI 2 y el WHO-DAS II para medir discapacidad. La población objetivo fueron los residentes permanentes en hogares ubicados en las zonas urbanas del país (población de 2,500 habitantes y más), de 18 a 65 años. Las zonas urbanas se estratificaron en 6 estratos: a) Áreas metropolitanas auto representadas: Ciudad de México (AMCM), Guadalajara (AMG) y Monterrey (AMM). b) Noroeste. Incluye los estados de Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa y Sonora. c) Norte. Incluye los estados de Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León (excluyendo AMM), San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas. d) Oeste Centro. Aguascalientes, Jalisco (excluyendo AMG), Colima, Guanajuato y Michoacán. e) Centro Este Guerrero, Morelos, Estado de México (excluyendo los municipios conurbados parte de AMCM), Querétaro, Hidalgo, Tlaxcala y Puebla. f) Sureste. Veracruz, Oaxaca, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo. Se recolectaron un total de 5,826 entrevistas.

Se logró la publicación de resultados consistente en diversos artículos en revistas nacionales e internacionales, asistencia de los miembros del proyecto a reuniones internacionales y congresos.

## **Formación de Redes de Orientadores basada en Modelos Exitosos de Intervención Comunitaria. Seguimiento.**

Investigador Responsable: Guillermina Natera Rey.

La prevención y el tratamiento de las adicciones, lo mismo que la atención de sus secuelas sociales sobre la salud constituyen un reto universal; atendiendo a este reto se ha realizado investigación para estudiar la problemática específica de grupos vulnerables al consumo de drogas a fin de desarrollar *intervenciones breves* que han resultado muy favorables tanto en la disminución del consumo y los problemas asociados, como en la prevención de dependencia severa y cuya última fase es el desarrollo y prueba de validez e impacto. Este proyecto contempla tres etapas: i) el desarrollo, adaptación y ampliación de los modelos de intervención, basados en la traducción del conocimiento para la generación de contenidos y materiales de aprendizaje y de evaluación; ii) la capacitación de orientadores; iii) la intervención dirigida a población vulnerable iv) programa de evaluación de proceso, resultados e impacto que constituye el elemento de investigación.

Los objetivos de este proyecto son: 1) Diseminación de modelos de intervención comunitaria a través de programas de capacitación, con el propósito de que los grupos de población puedan beneficiarse de las alternativas de intervención adaptadas a sus necesidades, facilitando su acceso a todos aquellos que puedan aplicarlas en el país.

2) La evaluación de proceso, resultados e impacto de este modelo de diseminación en las siguientes vertientes: a) El desarrollo de competencias de los capacitados (conocimientos, habilidades actitudes); b) La diseminación de los modelos en poblaciones objetivo (personas capacitadas, reproducción de cursos); c) La intervención en grupos vulnerables (cambios de conocimiento, actitudes y conductas); d) usos de esta tecnología educativa por diferentes grupos. Se pretende evaluar la diseminación de los programas de intervención a través de los profesionales capacitados para su manejo; estimar el impacto de los programas, analizando características de la población beneficiada con dicho programa tanto en términos de capacitación, como de intervención; identificar las adaptaciones incorporadas a programas de intervención durante sus aplicación en contextos específicos; evaluar competencias de los orientadores para la instrumentación de la intervención; determinar el porcentaje de adopción del programa de intervención a nivel institucional, estatal, regional, nacional, por grupo de profesionales o por práctica profesional individual; determinar o nivel de fidelidad con que se adoptan los programa de intervención.

Como resultado de este proyecto se espera la multiplicación de orientadores capacitados para: 1) La prevención y la reducción del consumo de drogas en grupos de alto riesgo; 2) La detección oportuna y la aplicación de intervenciones breves en poblaciones que empiezan a tener problemas con las drogas; 3) La prevención de dependencia severa y de recaídas, así como la incorporación de adictos a tratamiento

## **Creencias, estigma, necesidades y apoyo para personas con esquizofrenia, familiares, cuidadores y profesionales. Análisis de datos, proyección psicoeducativa y preventiva.**

Investigador Responsable: Ma. Luisa Rascón Gasca.

En México se ha reportado una prevalencia de 0.7% a 2% de esquizofrenia. Esta enfermedad se ubicó en 2004 en el décimo lugar en cuanto a discapacidad y la depresión en el primero. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, señala que una de cada cuatro personas se ve afectada por un trastorno mental en algún momento de su vida, lo cual implica que por cada diez personas, hay 2.5 encargadas de cuidar a alguien con enfermedad crónica. De tres enfermos dos no reciben atención y la familia es el único agente de apoyo comunitario lo que se traduce en una carga adicional sobre ella y un índice mayor de enfermedad derivada de esta condición en familiares cuando se les compara con la población general.

El objetivo de esta investigación es conocer las interpretaciones de las personas enfermas, de los familiares cuidadores y de los profesionales respecto a sus experiencias con la esquizofrenia, sus creencias y estigma, sus necesidades clínicas y sociales para hacer frente a las dificultades que les genera la enfermedad y de cuál es el recurso de apoyo social y profesional frente a la enfermedad.

Se realizó una investigación etnográfica y de corte cualitativo con base en la técnica de grupos de discusión de familiares, pacientes con esquizofrenia y profesionales. Criterios de inclusión; Enfermos: Ambos sexos con edad mayor de 18 años; que reúnan los criterios diagnósticos de esquizofrenia u otro diagnóstico a fin al DSM IV-R y el CIE-10; con una evolución del trastorno de mínimo 3 años, que sean pacientes estables; que en los últimos 3 años no haya estado hospitalizado por recaídas y que tenga capacidad de expresión adecuada. Familiar: Cuidador del paciente y que tenga convivencia cotidiana con el enfermo. Profesional: Todos aquellos que integren el equipo de salud mental (trabajador social, Médico Psiquiatra, Enfermeros, Psicólogos y Terapeutas), que tenga la experiencia de trabajo formal de al menos 3 años con personas con trastorno de esquizofrenia y T. afines y estar laborando actualmente en dicho trabajo. Se entrevistarán a los familiares y a los pacientes, contando con su consentimiento, se integrarán los grupos de discusión de 6 a 12 personas, que se llevarán a cabo en espacios en la comunidad y fuera de las instituciones de salud, solo a los profesionales se les ubicará dentro de la institución de salud.

Se espera que los resultados permitan conocer las necesidades de cada uno de los participantes en la atención del trastorno mental, para formular modelos de necesidades, de características de la discriminación y del estigma, identificando las principales barreras de rechazo y su relación con el apoyo social. Se elaborarán cuestionarios que permitirán conocer y evaluar los conceptos planteados. El proyecto tiene una duración de 3 años.

## **Alfabetización en salud mental como estrategia de prevención. Desarrollo de un programa.**

Investigador Responsable: Sarah García Silberman.

La educación para la salud mental comprende la generación de oportunidades para el aprendizaje mediante diversas formas de comunicación diseñadas para mejorar la conducta saludable, incluyendo los conocimientos y el desarrollo de habilidades que conduzcan a mejorar la salud mental individual y comunitaria.

En México no existen datos sobre los niveles de alfabetización en salud, su impacto en los resultados de la atención, en el desarrollo de las enfermedades, la adherencia a los tratamientos, la toma de decisión informada, la comprensión de los programas preventivos o terapéuticos, la utilización de los servicios, las estrategias de evitación del riesgo y otros aspectos relacionados con el autocuidado del paciente, el apoyo de los familiares o la identificación de las medidas preventivas. Tampoco se han desarrollado planes eficaces para mejorar la alfabetización en salud mental en diversas poblaciones.

A partir de estas carencias, se plantea el presente proyecto sobre la premisa de que existe en México un importante nivel de analfabetismo funcional en salud mental, que tiene consecuencias negativas en relación con los planes y programas de atención a la salud mental de la población. El objetivo central del proyecto es proponer algunas estrategias y acciones a considerar para el diseño de un programa de alfabetización en salud mental.

## **Desarrollo y prueba de un modelo de entrenamiento en prácticas de crianza positivas en familias mexicanas con niños/as con problemas de conducta.**

Investigador Responsable: Nancy Amador Buenabad.

Diversos estudios han sugerido que numerosos trastornos de conducta del adulto tienen sus orígenes en la niñez, y que el trastorno de conducta y la delincuencia parecen tener factores de riesgo asociados, que incluyen causas de tipo genético, biológico y ambiental. Dentro de las causas ambientales, se incluyen factores familiares provenientes de los padres como enfermedades mentales, abuso de sustancias, conductas antisociales; así como también el estilo y vinculación con los padres, disciplina rígida y errática, abuso en la infancia y negligencia, baja supervisión, rechazo por parte de los padres hacia el niño y falta de armonía en la pareja parental. Se ha demostrado que la crianza proactiva positiva puede prevenir el comportamiento negativo y el uso posterior de sustancias en niños y adolescentes. Los resultados de los metanálisis de la Red Cochcrane de programas con familias, encuentran evidencia que apoya las intervenciones cognitivo-conductuales y el uso de programas grupales como una medida costo-efectiva. Uno de los Modelos mejor evaluado, que retoma esta evidencia científica y aporta datos concretos sobre su efectividad es el Modelo del Oregon Social Learning Center: Parent Management Training-Oregon (PMTO). Esta intervención considera a los padres de familia como agentes primordiales del tratamiento, busca identificar y aumentar las destrezas en las familias, así como empoderar a los jefes de familia a través de la capacitación sobre prácticas de crianza positivas, aliento de nuevas destrezas; establecer límites para desalentar comportamientos problemáticos a través de sanciones negativas no-físicas; monitoreo/supervisión, prestar atención al comportamiento del niño dentro y fuera de casa; solución de problemas e involucramiento positivo.

Ante el incremento del uso de drogas, debemos mejorar las respuestas de salud que fortalezcan a los niños y adolescentes en presencia del riesgo. Un modelo que pretende incidir de manera directa en el desarrollo de destrezas de parentalidad, en la disminución de los problemas de conducta, incluido el abuso de sustancias y el fortalecimiento de factores de protección dentro de la familia puede cumplir con este reto.

El objetivo de esta investigación es desarrollar y probar la efectividad de un Modelo de entrenamiento en prácticas de crianza positivas en familias mexicanas con niños/as de 6 a 11 años de edad, con problemas de conducta.

El estudio se dividirá en dos fases, la primera, exploratoria, donde se formarán grupos focales para conocer y comprender aspectos relacionados con las prácticas de crianza en las familias mexicanas y sus necesidades; dicha información servirá para el desarrollo y/o adaptación del Modelo y para la construcción de los instrumentos correspondientes; se validará el Cuestionario de Prácticas de Crianza y las medidas observacionales denominadas Tareas de Interacción Familiar (TIF); y la segunda, experimental, en la cual se realizará un Ensayo Clínico Aleatorizado con grupo experimental y grupo en lista de espera, con Pre-test, Post-test y seguimiento a 2, 4 y 6 meses. El estudio se efectuará con padres y madres de familia que tengan hijos de entre 6 y 11 años con

problemas de conducta y niños y niñas de entre 6 y 11 años reportados con problemas de conducta por sus padres, que radiquen en el Distrito Federal.

La muestra para la primera fase comprenderá 3 grupos focales con padres y madres de familia que tengan hijos de entre 6 y 11 años. En cada grupo participarán un promedio de 10 personas. Para la validación de las TIF se trabajará con 50 familias. Para la validación del instrumento se considerarán un mínimo de 5 sujetos por reactivo a validar. Para la segunda fase, las escuelas serán elegidas al azar. Se reclutarán a 112 familias que tengan hijos de entre 6 y 11 años y que reporten problemas de conducta. Las familias serán asignadas aleatoriamente a las condiciones experimentales (56 al grupo experimental y 56 al grupo en lista de espera).

Instrumentos: Primera fase. **Grupos focales:** Guía semiestructurada con preguntas abiertas.

**Validación de Instrumentos:** Instrumento con 5 escalas tipo likert y 1 protocolo para la aplicación de medidas observacionales para las TIF y lista hoja de codificación. Segunda fase. **Contestados**

**por Padres de Familia:** Instrumento de Cernimiento para selección de muestra, Cuestionario sociodemográfico; Cuestionario de Prácticas de Parentalidad con 5 escalas (Involucramiento positivo, Disciplina efectiva, Supervisión, Desarrollo de nuevas habilidades, Solución de problemas; Frente Unido; Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D); Índice de estrés parental; Lista de Síntomas del Niño (CBCL-6-18); Lista de Asuntos Problemáticos. **Niños:**

Lista de asuntos problemáticos. **Medidas observacionales para padres, madres e hijos:** Protocolo de aplicación de las TIF y lista de hoja de codificación. **Terapeutas:** Lista de hoja de codificación para evaluar la fidelidad con la que aplican la intervención.

## **Dejando Huellitas en tu vida. Programa para desarrollar habilidades sociales en niños/as de segundo a quinto año de primaria.**

Investigador Responsable: Jorge Villatoro Velázquez.

Investigaciones en salud mental han identificado factores de riesgo de conductas problemáticas: uso y abuso de sustancias, depresión, suicidio e intento suicida, fracaso y deserción escolar, conducta antisocial y delictiva. Estas conductas se han asociado con deficiencias en las habilidades para interactuar en un medio determinado. Otras investigaciones han resaltado la efectividad de las propuestas de prevención en salud mental con dos características: las realizadas en población infantil pues es un momento vital que tiene gran posibilidad de aprendizaje significativo y cambio conductual; y las basadas en habilidades sociales, que dotan de estrategias claras y puntuales adaptables a distintos momentos vitales y situaciones diferentes, reforzando su mantenimiento a lo largo del tiempo.

La elaboración del presente proyecto tiene como objetivo evaluar la efectividad del programa de prevención en salud mental en niños/as de 2° a 5° grado de primaria, basada en el desarrollo de habilidades sociales, así como capacitar a diversos docentes para que su aplicación se extienda a diversas regiones del país.

Se plantea un grupo control (espera) y un grupo experimental, para evaluar la intervención en estudiantes de 2° a 5° grado de primaria. La duración de la intervención es de aproximadamente 5 meses, donde a través de un libro de actividades, niños y niñas aprenden y refuerzan algunas habilidades sociales como la autoestima, asertividad, pensamiento crítico, tolerancia a la frustración y apego escolar, importantes para un estilo de vida saludable. Se hará un seguimiento durante un año más, durante el cual se dará la intervención al grupo control.

Se trabajará en dos escuelas (una en cada condición), que definirán las autoridades educativas, de manera que sean escuelas similares al promedio de la zona. Las escuelas se asignarán aleatoriamente a las condiciones de experimental y control o grupo de espera. El tamaño de muestra esperado es de al menos 400 niños/as en cada escuela en y la aplicación es grupal, por el diseño de la intervención y a fin de disminuir costos. Estos grupos pueden tener niños/as con necesidades especiales. A esos niños/as también se les trabajará la intervención pero las evaluaciones serán solo en forma individual.

La aplicación del programa con los niños/as la llevará a cabo psicólogos/as capacitados/as con por lo menos licenciatura terminada. Todos/as ellos recibirán un curso de capacitación previo, basado en el libro que se ha diseñado explícitamente para la capacitación en este programa. El curso tiene una duración de 40 horas y se llevan a cabo evaluaciones a lo largo del mismo.

Cuando se vaya a trabajar con maestros/as, si hay financiamientos para tal fin, se capacitará a un grupo de psicólogos/as del estado, quienes harán aplicación del programa y ellos/as capacitarán a maestros/as de su entidad. Estos cursos serán igual de 40 horas y se dará seguimiento desde México y el equipo de investigación a fin de mantener la fidelidad de la aplicación.

Se usará un instrumento sencillo, probado previamente en población similar, con preguntas enfocadas a conocer las habilidades sociales de los/as niños/as sustentadas con el marco teórico.

## **Vigilancia de la salud mental en niños y adolescentes: un programa piloto. Análisis de riesgos.**

Investigador Responsable: Jorge Caraveo Anduaga.

En México, y más recientemente, en el Distrito Federal, los resultados de estudios epidemiológicos han estimado que un 16% de la población entre los 4 a los 16 años cursa con problemas psicopatológicos. Asimismo, la atención de estos problemas en los servicios de salud mental se realiza tardíamente y cuando los problemas tienen diversas complicaciones.

Así, el objetivo general de este proyecto es identificar tempranamente en los servicios de salud y en la comunidad las manifestaciones de problemas psicopatológicos en la infancia y adolescencia. El universo de trabajo ha sido la población de 4 a 16 años de edad que acude a los servicios de medicina general del Centro de Salud "Dr. Manuel Escontría" de la Delegación Álvaro Obregón y cuyo familiar responsable conviva con el menor y ha accedido a responder el cuestionario.

A partir de la información obtenida con los diferentes instrumentos, se evaluarán los cambios en la sintomatología clínica, así como en el grado y áreas de disfunción asociada a los trastornos; su relación respecto a la búsqueda de tratamiento y su continuidad; su asociación respecto a antecedentes psiquiátricos familiares de los padres de los menores; respecto a diferentes estilos de parentaje, y respecto a la situación de la relación de pareja en los padres, incluyendo aspectos de violencia intrafamiliar. Además, se iniciará el análisis del material para estudios genéticos en relación al TDAH

## **Programa de tratamiento psicosocial para pacientes esquizofrénicos. Fase: Efectividad del tratamiento**

Investigador Responsable: Marcelo Valencia Collazos.

El presente proyecto se aboca al abordaje terapéutico de los aspectos psicosociales de la enfermedad, los cuales están ampliamente documentados en la literatura internacional y se refieren a las dificultades que presentan los pacientes en diferentes áreas de funcionamiento: ocupacional, social, económica, pareja-sexual y familiar; que los incapacita para funcionar de una manera satisfactoria. El proyecto busca implementar el programa de tratamiento psicosocial, así como los objetivos terapéuticos, que consisten en que los pacientes a través de este tratamiento, adquieran habilidades psicosociales para disminuir las incapacidades, mejorar el funcionamiento psicosocial, la sintomatología y el funcionamiento global, reducir recaídas y rehospitalizaciones, lograr el cumplimiento con el uso de los medicamentos antipsicóticos, así como la adherencia terapéutica.

Cada programa de tratamiento se implementó en 5 ocasiones. En el 1er, 2º y 3er tratamiento, se utilizó un diseño cuasi-experimental conformando 2 grupos de pacientes, los grupos experimentales recibieron el tratamiento farmacológico y una variedad de intervenciones como: terapia grupal, terapia psicosocial, musicoterapia, terapia de danza, taller de pintura, taller de inducción laboral. Los grupos controles recibieron únicamente el tratamiento farmacológico. Cada programa de tratamiento tuvo un año de duración. En la implementación del 4to. y 5to. tratamiento, se utilizó un diseño experimental y se compararon tres grupos de intervención: 1.El tratamiento integral, 2.La musicoterapia, y 3.El tratamiento psicosocial. Todos los pacientes recibieron tratamiento farmacológico. Para estos programas se modificó el tiempo de trabajo terapéutico con los pacientes antes y después de las intervenciones (pretest-postest). Los instrumentos que se han utilizado para evaluar el tratamiento psicosocial son: 1.La escala de funcionamiento psicosocial, (EFPS) (Valencia, 1989), 2.La escala de valoración global (GAF), ahora denominada como la escala de valoración de la actividad global (EEAG), (DSM-IV, DSM IV-R 2002), 3.La escala de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia (PANNS) (Kay, 1989), y 4.El cuestionario de evaluación y seguimiento de aspectos clínicos y psicosociales (Valencia, 1994).

Se espera principalmente, demostrar la eficacia terapéutica del programa de tratamiento psicosocial y que la combinación de los tratamientos farmacológicos y psicosocial es más efectiva que la aplicación exclusiva del tratamiento farmacológico.

## **La aplicación de los principios bioéticos en la atención clínica y la prevención del intento de suicidio.**

Investigador Responsable: Liliana Mondragón Barrios.

El suicidio se considera un problema emergente de salud pública, que en los últimos 20 años se ha incrementado. Cada vez es más común que los profesionales de la salud se encuentren con pacientes que han intentado suicidarse y que lo plantean abiertamente. Así, es oportuno investigar el acto suicida tomando en consideración los aspectos de la bioética que permitan explorar el problema desde una dimensión poco conocida y que puedan arrojar resultados benéficos para su aplicación en la clínica y para el desarrollo de la investigación en cualquier campo.

El objetivo de esta investigación es Identificar y comprender en los discursos de las personas con intento suicida y de equipo de salud, los elementos que conforman una posible disyunción o concordancia entre el principio de autonomía y el principio de beneficencia, que pueden dificultar el tratamiento.

La investigación se realizará en consulta externa de al menos dos hospitales psiquiátricos de la Cd. de México. Se trabajará con tres sujetos mayores de 18 años con intento de suicidio en el último año, y que hayan sido atendidos en consulta externa, también se trabajará con tres miembros del equipo de salud (enfermeras(os), psicólogos(as), médicos o psiquiatras) que hayan atendido a los sujetos suicidas en este servicio. La información se obtendrá previo consentimiento informado, en entrevistas individuales a través de guías temáticas, la técnica para dar lectura al material será el análisis de discurso argumentado.

Este proyecto tiene repercusiones bioéticas potencialmente relevantes en el escenario clínico, al ofrecer al equipo de salud un análisis desde la perspectiva bioética de los elementos, que le permitan actuar de acuerdo a la beneficencia, virtudes y deberes frente a casos de intentos de suicidio, aportando elementos metodológicos (diálogo, consenso y toma de decisiones) y dispositivos (consentimiento informado, comités de bioética) para estudiar la concepción y la aplicación de los principios de autonomía y beneficencia en la terapéutica del intento de suicidio

## **Salud Mental y migración México-Estados Unidos.**

Investigador Responsable: Guilherme Borges.

**Descripción:** Este estudio busca combinar resultados obtenidos en encuestas realizadas en México y en Estados Unidos para investigar la relación entre migración, morbilidad psiquiátrica y el uso de los servicios de salud por la población transnacional de origen mexicano. El instrumento de diagnóstico utilizado, Salud Mental Mundial versión del Compendio Internacional de Interrogatorio Diagnóstico (WMH-CID) fue desarrollado con el apoyo del NIMH para evaluar DSM-IV humor, ansiedad, uso de sustancias y desórdenes del control de impulsos. También amplio rango de factores de riesgo correlacionados y sospechados. Combinar los resultados de estas encuestas provee una oportunidad sin precedente para examinar la migración como un factor de riesgo para la psicopatología en el contexto de la migración.

**Objetivos:** **1.** Comparar mexicanos inmigrantes nacidos en México y viviendo en Estados Unidos y México (grupos 2, 3 y 4) y mexicanos-americanos nacidos en Estados Unidos (grupo 1) contra los mexicanos no inmigrantes (grupo 5 y 6) en prevalencia de desórdenes psiquiátricos y la insatisfecha necesidad por servicios de salud mental en el año pasado, controlando edad y sexo. **2.** Comparar a los migrantes nacidos en México (grupos 2 y 3) con la población mexicana (grupo 4-6) en riesgo de y curso de desórdenes psiquiátricos, controlando edad, sexo y educación parental. **3.** Comparar entre la población mexicana, inmigrantes que regresaron (grupo 4), miembros de la familia de inmigrantes (grupo 5) y otros en la población general (grupo 6) en el riesgo y curso de desórdenes psiquiátricos, controlando edad, sexo y educación parental. **4.** Comparar migrantes nacidos en México (grupos 2, 3 y 4) y los mexicanos-americanos nacidos en Estados Unidos (grupo 1) contra la población mexicana no migrante (grupo 5 y 6) en necesidad percibida de servicios de salud mental, disposición al uso de servicios de salud mental, retraso en el tratamiento y probabilidad de abandono del tratamiento, controlando edad, sexo y educación parental.

**Metodología:** Este proyecto toma ventaja de una situación única en la cual las encuestas de desórdenes psiquiátricos fueron conducidas con metodología consistente en muestras representativas de la población mexicana-americana en los Estados Unidos y la población mexicana en general. A través de análisis de estos sets de datos, el proyecto planea aumentar nuestros conocimientos de factores ambientales en la etiología de los desórdenes psiquiátricos y mejorar nuestra habilidad para reducir disparidades en el uso y la calidad de los servicios de salud mental. La base de datos combinada binacional nos permitirá caracterizar asociaciones entre migración y desórdenes psiquiátricos en ambos lados de la frontera México-Estados Unidos. En la base de datos de Estados Unidos tenemos datos sobre si el sujeto nació en Estados Unidos o en México, éstos a qué edad llegaron a los Estados Unidos. Basados en estos datos definimos grupos de comparación (1-3): **1)** Mexicanos-americanos nacidos en Estados Unidos, **2)** Inmigrantes mexicanos que llegaron a Estados Unidos como niños (menores de 13 años) **3)** Inmigrantes mexicanos que llegaron a los Estados Unidos como adolescentes o adultos (mayores de 13 años). La definición de los grupos de Estados Unidos es informada por el estudio preliminar apoyando la relevancia para la salud mental y uso de servicios de nacimientos en México vs Estados Unidos y

edad al momento de la migración. De la base de datos de México tenemos información anterior a la migración, razones para la migración e información sobre si hay familiares inmediatos del sujeto actualmente en Estados Unidos. Basado en esto hemos definido los grupos de comparación 4-6: **4)** mexicanos que emigraron por razones de educación o trabajo, **5)** mexicanos con familiares actualmente en Estados Unidos y **6)** Otros miembros de la población mexicana general. La definición de estos subgrupos es informada por nuestro estudio preliminar publicado que sugiere la relevancia en salud mental y uso de servicios previo a la migración al igual que tener familiares en Estados Unidos actualmente.