

Aptitud clínica en psiquiatría de los residentes de medicina física y rehabilitación

RESUMEN

Objetivo: valorar la aptitud clínica en psiquiatría de los médicos residentes de la especialidad en medicina física y rehabilitación.

Métodos: se construyó un instrumento de evaluación de la aptitud clínica en psiquiatría que consistió en cinco casos clínicos reales resumidos, con 120 reactivos. El instrumento fue validado por una ronda de expertos y se aplicó al total de médicos residentes de los tres años de la especialidad ($n = 16$). Se midió la consistencia interna del instrumento por prueba de Kuder-Richardson (fórmula 20), arrojando un coeficiente de 0.85; el resultado derivado del azar resultó ser de 20 (17 %) según la prueba de Pérez Padilla y Viniegra. Se hicieron comparaciones entre los grupos de residentes por medio de las pruebas U de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis.

Resultados: el nivel de aptitud clínica en el total de la muestra fue muy superficial y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a favor de los residentes de tercer año.

Conclusiones: las estrategias educativas en el área de psiquiatría no propician el desarrollo de la aptitud clínica que los médicos de esta especialidad requieren para la atención de los pacientes con interconurrencia psiquiátrica.

SUMMARY

Objective: to value the psychiatric clinical aptitude (CA) in physical medicine and rehabilitation residents (PMR).

Methods: an instrument of evaluation of the psychiatric clinical aptitude was built, with five summarized real clinical cases, with 120 items to respond, 60 with true answer and 60 with false. The instrument was validated by experts, three psychiatrists and two specialists in physical medicine and rehabilitation that coincided completely in 44 % of the answers and in 56 % four of the five experts. It was applied to all medical residents of this specialty ($n = 16$), the internal consistency of the instrument was measured by the test of Kuder-Richardson (formula 20) showing a coefficient of 0.85, the random response was calculated by the Pérez Padilla-Viniegra test, being of 20 (17 %). Comparisons among the groups with U of Mann-Whitney and Kruskal-Wallis were made.

Results: degree of CA in the whole sample was low and there were differences statistically significant in favor of the third year residents.

Conclusions: the educational strategies in the psychiatry area do not enhance the development of the CA in this specialty.

Recibido: 14 de junio de 2006

Aceptado: 23 de agosto de 2006

Introducción

La forma en que llevamos a cabo nuestra práctica docente revela en gran medida cómo concebimos la educación, el aprendizaje y el conocimiento.¹ La visión educativa del profesor es determinada durante su propia experiencia como alumno y por la visión educativa que impere en el ámbito de su formación docente.

La educación ha sido vista como un elemento estratégico en el cambio de estatus social, y así la es-

cuela tiene la función de socializar al ser humano.² Para ello, los principales protagonistas en hacer efectivo este papel son los profesores, quienes deberán capacitarse para perfeccionar la forma en la que enseñan, debiendo conocer profundamente las leyes del aprendizaje.

El proceso de aprendizaje ha sido explicado por diferentes teorías psicológicas, entre las que destacan la disciplina mental, el conductismo, el cognoscitivismo y el constructivismo.³ En estas teorías se considera al alumno como un receptor que se ejer-

¹Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar 2, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

²Centro de Investigación Educativa y Formación Docente, IMSS

³Coordinador del Internado de Pregrado, División Ciencias de la Salud, Universidad de Monterrey

Monterrey, Nuevo León, México

Comunicación con:
Ricardo Mario Aguirre-Velázquez.
Tel: (81) 8365 9490.
Correo electrónico:
raguirre_1999@yahoo.com.

Palabra clave

psiquiatría
aptitud clínica
medicina física y
rehabilitación
educación de
postgrado

Key words

psychiatry
clinical aptitude
physical medicine
rehabilitation
education, graduate

cita, asimila y acomoda los nuevos conocimientos a sus estructuras mentales,⁴ o que aprende cuando el conocimiento se vuelve significativo, dándole así sentido y utilidad práctica pero sin analizarlo ni enjuiciarlo,⁵ de tal forma que ese conocimiento se equipara a la información y, por lo tanto, todo es cuestión de consumirlo. En consecuencia, la evaluación es un medio de control y de acreditación que se orienta a lo memorístico. A estas formas de concebir el aprendizaje se les considera pasivas por el papel que desempeña el alumno en el proceso. Bajo esta mirada se han abordado diferentes formas de enseñar la clínica y de evaluar el aprendizaje, por medio de exámenes contruidos por equipos multidisciplinarios y expertos en algunos temas que miden la cantidad de información que tienen los alumnos y que reflejan un nivel bajo de información en los estudiantes y médicos residentes.⁶

Por otro lado, el aprendizaje basado en problemas considera que el alumno debe llegar a cierta cantidad de conocimiento como meta en su currículo, plantea una forma de evaluación progresiva que consiste en un examen de los contenidos curriculares completos de toda la especialidad que el alumno presenta en varias ocasiones durante su formación, que refleja sus avances y que se complementa con exámenes con pacientes estandarizados (simulados).⁷

Desde la propuesta epistemológica de la participación, en oposición a las otras visiones educativas, el papel central y protagónico pertenece al alumno e importa cómo llega a elaborar su conocimiento; el papel del profesor es crear el ambiente propicio para la crítica y la confrontación de ideas, debe ser el detonante del proceso, la relación educador-educando es horizontal y el flujo de conocimiento es bidireccional. Al concepto de aprendizaje (enfoque psicológico) se opone el de elaboración del conocimiento (enfoque epistemológico) a través del desarrollo de las aptitudes propias de la elaboración del conocimiento: la lectura crítica de textos teóricos y de investigación, la discusión y el debate, las actividades de investigación científica y la realización de ensayos, la autocrítica y la crítica de la experiencia. La evaluación bajo esta visión se orienta a estimar los alcances de las estrategias educativas por medio de instrumentos que evalúan las aptitudes en los alumnos.⁸

Esta tendencia ha planteado que la mejor forma de evaluar el quehacer del médico es observar, constatar y registrar minuciosamente su proceder, es decir, su desempeño. Pero evaluarlo plantea la limitante de conocer cuáles son las razones de su proceder, o si sus decisiones son el resultado de ponderar juiciosamente alternativas para optar por la más pertinente o qué tanta claridad tiene sobre las posibles

consecuencias indeseables de sus acciones. Para algunos autores, la aptitud clínica se desarrolla al poner en contacto al alumno con una realidad clínica problematizada que lo cuestiona en sus ideas y experiencias, lo motiva a la indagación y a elaborar su propio conocimiento. La evaluación de la aptitud clínica consiste en una estrategia de indagación estructurada con base en la "problematización" de las situaciones clínicas descritas (casos reales), que lleva al respondiente de estos instrumentos a poner en juego su criterio.⁹

A partir de lo anterior, diversos investigadores han desarrollado instrumentos para evaluar la aptitud clínica: en estudiantes de enfermería ante situaciones clínicas complejas, en estudiantes de pregrado estableciendo comparaciones entre escuelas de medicina,¹⁰ en residentes de medicina familiar y anestesiología,^{11,12} incluso en el médico familiar ante patologías como la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus.^{13,14} Los resultados de estas investigaciones arrojan una baja aptitud clínica en todos esos grupos. Las conclusiones apuntan a que el ambiente educativo, las estrategias utilizadas y la falta de reflexión y crítica propician un pobre desarrollo de la aptitud clínica.

La psiquiatría es una especialidad médica conformada por diversas teorías psicopatológicas: conductismo, psicodinamismo, fenomenalismo, etcétera, pero que debe sus mayores avances en diagnóstico y terapéutica a la investigación derivada de un enfoque clínico, es decir, al reconocimiento de síntomas psicopatológicos, a su agrupamiento en síndromes y trastornos, su clasificación, la búsqueda de la etiología, la terapéutica específica y evitar las complicaciones. Por las grandes aportaciones de la psicofarmacología en el conocimiento de la etiología y fisiopatología, el quehacer psiquiátrico es medicina y la psiquiatría actual es eminentemente clínica.

La psiquiatría aborda los trastornos mentales en general y la psiquiatría de enlace lo hace en el ámbito de los hospitales, sirviendo a otras especialidades y apoyándose en éstas a través de la interconsulta. Es importante que las diversas especialidades se familiaricen con los trastornos mentales ya que la aparición de éstos en cualquier paciente puede modificar su respuesta a los tratamientos y la evolución de su padecimiento en forma negativa. La psicopatología frecuentemente se presenta asociada a las patologías médicas; aunque en la población general pueda haber coexistencia de patología y psicopatología, su relación en cada paciente es compleja. El Informe Mundial sobre la Salud de 2001 refiere que la prevalencia puntual de depresión en los hombres es de 1.9 % y de 3.2 % en las mujeres; la prevalen-

cia para un periodo de 12 meses está entre 5.8 y 9.5 %. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica llevada a cabo en 2002 informó una prevalencia de 14.3% para los trastornos de ansiedad, 9.2 % para los trastornos por uso de sustancias y 9.1% para los trastornos afectivos, entre éstos la depresión.¹⁵ Heinze registró que 65 % de los pacientes con infarto del miocardio desarrollan depresión en los siguientes seis meses del evento, 25 % de los pacientes con diabetes presenta depresión al inicio de la enfermedad y hasta 65 % en estadios avanzados; 27 % de los pacientes con ACV manifiesta depresión en los siguientes seis meses después de instalado el cuadro.¹⁶

Esto justifica que se incluya el manejo de las interurrencias psiquiátricas en el programa educativo de la especialidad en medicina física y rehabilitación.

Dentro de la enseñanza de la psiquiatría en general y de ésta dentro de otras especialidades, no se cuenta con un instrumento que mida la aptitud clínica acorde con la visión participativa ni con el enfoque clínico actual.

El objetivo de esta investigación fue construir y validar un instrumento para evaluar la aptitud clínica en psiquiatría de los residentes de medicina física y rehabilitación.

Métodos

Estudio observacional, transversal comparativo. Se construyó un instrumento para evaluar la aptitud clínica en psiquiatría para los médicos residentes de la especialidad en medicina física y rehabilitación. Se seleccionó a todos los residentes de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación I del Instituto Mexicano del Seguro Social en Nuevo León, quienes aceptaron participar en el estudio (primer año, $n = 6$; segundo año, $n = 5$; tercer año, $n = 5$). Se eliminaron los cuestionarios con respuesta menor a 90 % del total; ningún residente fue eliminado. El investigador responsable aplicó el instrumento en la unidad a todos los residentes en un mismo día. Una persona ajena a la investigación, quien desconocía los propósitos del estudio, revisó los resultados. La calificación se obtuvo sumando un punto por respuesta correcta, restando un punto por incorrecta, y sin sumar ni restar puntos por las "no sé".

Variables

1. Independiente: *curso de psiquiatría* impartido a residentes de segundo año y de tercer año de

medicina física y rehabilitación de manera tradicional por 40 horas: clases teóricas y exposición de temas por los profesores y alumnos, durante la formación médica general; los residentes de primer año sin curso, en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey, Nuevo León en el año 2003.

2. Dependiente: *aptitud clínica en psiquiatría*, definida como la capacidad del médico residente de medicina física y rehabilitación para resolver situaciones clínicas problematizadas en pacientes con interurrencias psiquiátricas, es decir, la capacidad del alumno para discriminar, sopesar, elegir y decidir las acciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas en cada caso.

En este estudio, la aptitud clínica se representa por medio de los siguientes indicadores:

- *Identificación de factores de riesgo*: reconocimiento de datos clínicos que sin ser parte del cuadro clínico pueden causar, precipitar o perpetuar los trastornos psiquiátricos.
- *Identificación de signos y síntomas psicopatológicos*: reconocimiento dentro del cuadro clínico, de datos psicopatológicos que sugieren un trastorno psiquiátrico.
- *Integración del diagnóstico psiquiátrico*: reconocimientos de los síndromes psiquiátricos principales, afectivos, ansiosos, psicóticos, somatoformes y demenciales; y la integración de un diagnóstico psiquiátrico sobre la base de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud o del DSM-IV.
- *Identificación de complicaciones*: reconocimiento de datos que indican complicaciones psiquiátricas como auto y heteroagresión y riesgo suicida.
- *Manejo del paciente con interurrencia psiquiátrica*: reconocimiento de datos para la referencia del paciente a otros niveles de atención.

Construcción y validación del instrumento

Se diseñó y construyó un instrumento de evaluación (anexo 1) con cinco casos clínicos reales de la consulta de medicina física y rehabilitación con interurrencias psiquiátricas, seleccionados por el investigador; otro psiquiatra validó los casos en cuanto a su representatividad (demencia, depresión, trastorno ansioso, trastorno somatoforme, psicosis y trastorno bipolar, patologías abordadas con frecuencia en la práctica clínica de los residentes de medicina física y rehabilitación). Los casos se resu-

Aguirre-Velázquez RM et al.
Aptitud clínica en residentes

mieron y problematizaron con base en los indicadores de la aptitud clínica en psiquiatría descritos. De esta manera se obtuvo un instrumento de 171 reactivos, sometido a dos rondas independiente de cinco expertos, tres psiquiatras y dos especialistas en medicina física y rehabilitación, con experiencia docente y en investigación. Después de esta ronda, el instrumento quedó finalmente constituido por 120 reactivos, 60 con respuesta verdadera y 60 con falsa. El acuerdo entre los expertos fue cuatro de cinco en 56 % de los reactivos y cinco de cinco en 44 %. La distribución de los indicadores fue la siguiente: identificación de factores de riesgo, 18 (15 %); identificación de signos y síntomas psicopatológicos, 34 (29 %); integración de un diagnóstico psiquiátrico, 30 (25 %); identificación de complicaciones psiquiátricas, 10 (8 %); manejo del paciente con interurrencia psiquiátrica, 28 (23 %).

Cuadro I
Puntuaciones en medianas de la aptitud clínica en los tres grupos de residentes de medicina física y rehabilitación

	<i>n</i>	Mediana	Rango
R1	6	41	20-56
R2	5	40	26-44
R3	5	44	25-55
* <i>p</i>		< 0.01	

Máxima posible 120, *Kruskal-Wallis
 R1 = residentes de primer año, R2 = residentes de segundo año, R3 = residentes de tercer año

Cuadro II
Distribución por nivel de aptitud clínica de los residentes de Medicina Física y Rehabilitación

	rangos	R1 <i>n</i> (pr)	R2 <i>n</i> (pr)	R3 <i>n</i> (pr)
Muy refinada	105-120	0	0	0
Refinada	84-104	0	0	0
Intermedia	63-83	0	0	0
Superficial	42-62	2 (0.12)	1 (0.16)	3 (0.18)
Muy superficial	21-41	3 (0.18)	4 (0.25)	2 (0.12)
Azar*	0-20	1 (0.16)	0	0

pr = proporción de alumnos
 R1 = residentes de primer año, R2 = residentes de segundo año, R3 = residentes de tercer año
 *Fórmula de Pérez-Padilla y Viniestra.

Análisis estadístico

Se midió la consistencia interna del instrumento por medio de la prueba de Kuder-Richardson (fórmula 20). Se calcularon las puntuaciones explicables por azar por medio de la fórmula de Pérez Padilla y Viniestra. Se hicieron comparaciones entre los tres grados académicos con la prueba de Kruskal-Wallis y la *U* de Mann-Whitney para dos grupos, así como entre los que aún no habían tomado el curso de psiquiatría del programa educativo de la especialidad (grupo 1) y los que sí (grupo 2).

Resultados

La consistencia interna del instrumento arrojó un coeficiente de 0.85. El nivel de la aptitud clínica fue muy superficial en los residentes de primer año y en los de segundo año; los residentes de tercer año se ubicaron en un nivel superficial (cuadro I). Respecto a cada alumno, uno se ubicó en el nivel explicable por azar (6.25 %), nueve en la categoría muy superficial (56.25 %) y cinco en la superficial (31.25 %) (cuadro II). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones entre los tres grupos en la calificación global y al hacer comparaciones por cada indicador (cuadro III). No se encontraron diferencias significativas en las comparaciones entre dos grupos, ni entre los grupos de residentes que habían recibido o no el curso de psiquiatría. El cálculo de las respuestas explicables por azar fue de 20 (16.6 %).

Discusión

Éste es el primer instrumento construido y validado que explora la aptitud clínica en psiquiatría para residentes de medicina física y rehabilitación. La construcción del instrumento con casos clínicos reales de la consulta de la especialidad en medicina física y rehabilitación, la consistencia del instrumento (0.85), el acuerdo entre los expertos, a pesar de tener diferentes especialidades, y los indicadores acordes con el nivel de suficiencia en psiquiatría que corresponde a los médicos residentes de esta especialidad, indican las fortalezas del instrumento. A diferencia de otros contextos médicos (medicina interna o cirugía), en psiquiatría no hay un concepto claro de salud y enfermedad. Algunos consideran que las manifestaciones psicopatológicas no son síntomas propiamente dichos, pues no hay pruebas de laboratorio para apoyar los

diagnósticos, ni signos o síntomas patognomónicos de entidades clínicas definidas, y los trastornos psiquiátricos son comúnmente intercurrentes con múltiples padecimientos. Por esto, los indicadores elaborados fueron eminentemente clínicos y acordes con el razonamiento clínico, y a través de ellos se puede evaluar el criterio del alumno al usar la información de los casos clínicos.

En los residentes de primer año, que aún no habían recibido el curso de psiquiatría, se esperaba un nivel menor de aptitud clínica en comparación con los de segundo y tercer año, pero la diferencia en la *U* de Mann-Whitney no fue significativa. En los residentes de primer año se observó la calificación más alta de toda la muestra, sin embargo, los rangos de calificaciones más bajas pertenecieron al mismo y la amplitud de este rango de calificaciones hizo que estadísticamente el resultado fuera similar al de los otros grupos.

La escasa diferencia entre grupos sugiere que los cursos impartidos por profesores sin una visión participativa de la educación y con un programa por objetivos no propician el desarrollo de la aptitud clínica. En el grupo de tercer año, aunque el resultado fue más alto y existieron diferencias significativas en la calificación global, el avance fue pobre, así como en los indicadores de identificación de signos

y síntomas psiquiátricos, identificación de complicaciones y manejo del paciente psiquiátrico, si bien ya había tomado el curso de psiquiatría al igual que el de residentes de segundo año, ubicándose igual que los del primer año. De tal forma, el curso impartido bajo una visión pasiva no garantiza un mejor nivel de aptitud clínica. Es la experiencia de los alumnos con pacientes durante su especialización —en la se llevan a cabo o no procesos de reflexión sobre esa experiencia— la que puede favorecer el desarrollo de la aptitud clínica.

En los resultados del cuadro III, por cada indicador se aprecia que respecto a la identificación de factores de riesgo y de integración diagnóstica, los tres grupos se encontraban en un bajo nivel seguramente debido a la orientación teórica de los cursos de psiquiatría en las diferentes escuelas de medicina y por la falta de abordaje de los aspectos epidemiológicos en la psiquiatría en pregrado, aunado lo anterior a una estrategia educativa pasiva que no propicia la aptitud clínica sino la memorización de datos.

En cuanto a la identificación de signos y síntomas psicopatológicos, las diferencias apuntan a un aumento progresivo pero escaso con el transcurso de los años de la especialidad, esto se explica por que los recién egresados de las escuelas de medicina y que inician la residencia tienen muy poca experiencia clínica con pacientes y solo recuerdan en forma fragmentada las definiciones teóricas de los síntomas psicopatológicos. Por otro lado, hay una desvinculación con la práctica que se modifica conforme aumenta la experiencia clínica, pero la atención de pacientes psiquiátricos y la falta de reflexión sobre estas experiencias no lleva al refinamiento de la aptitud clínica ni a la elaboración de un conocimiento sólido que se pueda aplicar en la práctica. La identificación de complicaciones y el manejo del paciente son los indicadores de mayor nivel respecto a las puntuaciones máximas posibles, de ahí que estos aspectos pueden implicar mayor atención de los médicos y que estos aspectos sean aprendidos por el residente de manera pasiva por el actuar de sus tutores y porque involucran procedimientos institucionales como criterios de envío a otros niveles que aprenden rutinariamente. Estos resultados orientan a pensar que la aptitud clínica no se desarrolla debido a diferentes aspectos propios del sistema educativo, de las estrategias educativas, del papel del profesor y de los alumnos en el proceso educativo y del ambiente educativo, que no propicia la crítica ni la reflexión sino el aprendizaje de actividades rutinarias.

Aunque existen diferencias significativas entre los grupos, en forma general el nivel de aptitud clínica se ubicó entre lo superficial y lo muy superficial, lo que

Cuadro III
Puntuaciones de la aptitud clínica por cada indicador en los residentes
De medicina física y rehabilitación

Indicador	p máx	R1 (n = 6)	R2 (n = 5)	R3 (n = 5)	*p
FR	18	4 (-5-9)	2 (-3-5)	4 (-4-8)	< 0.001
SS	34	12.5 (3-22)	14 (0-20)	18 (4-19)	< 0.001
ID	30	7.5 (6-11)	4 (3-11)	7 (2-12)	< 0.001
IC	10	4.5 (4-7)	4 (3-5)	6 (3-7)	< 0.001
MP	28	9.5 (6-14)	13 (5-20)	13 (6-18)	< 0.001

*Kruskal-Wallis

FR = identificación de factores de riesgo, SS = identificación de signos y síntomas psiquiátricos, ID = integración de un diagnóstico psiquiátrico, IC = identificación de complicaciones, MP = manejo del paciente psiquiátrico, p máx = puntuación máxima, n = número de residentes

confirma la hipótesis de este trabajo. En conclusión puede decirse que el ambiente educativo, las estrategias educativas y la visión epistemológica del profesor y el enfoque educativo con el que se han diseñado y ejecutado los cursos anteriores no propician el desarrollo de las aptitudes clínicas.

Referencias

1. Aguilar-Mejía E, Viniestra-Velázquez L. Atando teoría y práctica en la labor docente. México: Paidós Educador; 2003.
2. Salamon M. Panorama de las principales corrientes de interpretación de la educación como fenómeno social. *Perfiles Educativos* 1980;8.
3. Bigge ML. Teorías del aprendizaje para maestros. México: Trillas; 1983. p. 215-234.
4. Flavell JH. La psicología evolutiva de Jean Piaget. Tercera edición: Buenos Aires, Argentina: Paidós; 1974.
5. Ausubel DP. Psicología educativa, un punto de vista cognoscitivo. México: Trillas; 1976.
6. Flavin KS, Gavin JR. An assessment instrument to measure physicians knowledge of diabetes management. *JME* 1988;63:675-681.
7. Van del Veulten. Flexibilidad en el aprendizaje: reporte de aprendizaje basado en problemas. The Netherlands: Universiteit Maastricht; 1995.
8. Viniestra-Velázquez L. Educación y crítica, el proceso de elaboración del conocimiento. México: Paidós Educador; 2002.
9. Viniestra-Velázquez L. Evaluación de la competencia clínica: ¿describir o reconstruir? *Rev Invest Clin* 2000;52(2):109-110.
10. Ramírez-Bautista CD, Espinoza P. Competencia clínica en hipertensión arterial sistémica de alumnos de pregrado de dos escuelas de medicina. *Rev Invest Clin* 2000;52(2):132-139.
11. García-Mangas JA. Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. *Rev Med IMSS* 2003;41(6):487-94.
12. Pantoja-Palmeros M, Barrera-Monita J, Insfrán-Sánchez M. Instrumento para evaluar aptitud clínica en anestesiología. *Rev Med IMSS* 2003;41(1):15-22.
13. García-Mangas JA, Viniestra-Velázquez L. Competencia clínica del médico familiar en hipertensión arterial. *Rev Invest Clin* 1999;51(2):93-98.
14. Trujillo FD, González C, Munguía M. Competencia clínica en diabetes mellitus. *Rev Invest Clin* 2002;40(6):467-472.
15. Belló M, Puentes-Rosas E. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex* 2005;47(Supl 1):54-311.
16. Heinze G. Temas de medicina interna. México: Interamericana-McGraw-Hill; 1994.

Anexo 1

Instrumento de evaluación de la aptitud clínica en psiquiatría, para aplicar a residentes de medicina física y rehabilitación

Ejemplo de caso clínico real problematizado

Año que cursa: R1 _____ Matrícula _____ R2 _____ R3 _____
Fecha: _____

Este instrumento es anónimo, su participación en él es muy valiosa. En caso de ser R1, anote su matrícula, con el fin de hacer una comparación a futuro sobre la base de un número, no para identificarlo a usted.

Instrucciones:

Lea el caso clínico, los enunciados y conteste los reactivos numerados en la línea de la izquierda según su criterio. Conteste con V si considera que el enunciado es verdadero, con F si es falso y NS si lo desconoce. Cada acierto suma un punto, los errores y las no contestadas restan un punto y las respuestas NS se anulan. Conteste en forma individual y no deje enunciados sin respuestas.

Palabras clave

Considere las definiciones de las palabras clave en los tallos de las preguntas.

Factores de riesgo: datos que sin ser parte del cuadro clínico pueden causar, precipitar o perpetuar los trastornos psiquiátricos.

Datos compatibles: signos, síntomas altamente probables pero no de certeza de un trastorno psiquiátrico.

Datos a favor: signos y síntomas clave para el diagnóstico de un síndrome psicopatológico o un trastorno mental nosológico por la clasificación (ICD-10 o DSM-IV).

Criterios de referencia: datos clínicos, signos síntomas, diagnósticos y situaciones especiales que requieren un manejo diagnóstico y terapéutico por psiquiatría.

Datos pronósticos: signos, síntomas o situaciones clínicas que indican la posibilidad una complicación que amenaza la integridad o la vida del paciente y su familia.

Conductas apropiadas omitidas: falta de acciones para el diagnóstico y tratamiento integral del paciente.

ICD-10 = Clasificación de la Organización Mundial de la Salud

DSM-IV = Clasificación Americana de los Trastornos Mentales

Caso 1

Mujer de 24 años, peso de 70 kg, estatura 1.55 m. Trabaja en maquiladora. Antecedente de ingesta de cloro hace seis meses secundaria a discusión con el marido; se manejó con lavado gástrico y tratamiento médico sin complicaciones. Acude a consulta por dolor residual, continuo, que aumenta con algunos movimientos, poscirugía de hernia de disco L4-L5 izquierda, que tiene tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE), en control parcial del dolor. Se incorpora a programa de rehabilitación, se envía a psicología para apoyo de la personalidad. En psicología se le observa inquieta, llora fácilmente y se desespera. Cuadro de dos años de evolución con tristeza, aumento de la ingesta alimentaria en frecuencia y cantidad, palpitations en región precordial, manos frías y sudorosas, dolor en región occipital, se tarda hasta tres horas en conciliar el sueño, no disfruta las cosas que le gustaban. Al examen mental, alerta, sabe su nombre y reconoce el lugar y a las personas a su alrededor, coopera al interrogatorio, su lenguaje es fluido, contesta lo que se le pregunta y es acorde con la situación, en su pensamiento asocia sus ideas lógicamente; cavila que le quieren hacer daño algunas personas y ha pensado en quitarse la vida cuando tiene problemas con el marido relacionados con lo económico y con la ingesta de alcohol de éste. Comenta que el futuro no será bueno para ella. No hay cambios en la calidad de lo que percibe con los sentidos del oído, vista, tacto, olfato y gusto. Se siente triste, expresa espontáneamente sus sentimientos relacionados con sus problemas y sonríe con algunos comentarios del médico. Es enviada de psicología a psiquiatría con 4-30-8 para evaluación por consulta externa. Se atiende en psiquiatría y se le indica tratamiento farmacológico con 25 mg/día de imipramina.

Son factores de riesgo para depresión en este caso

1. ___ Las características del dolor
2. ___ Sexo
3. ___ Tratamiento médico
4. ___ Peso corporal
5. ___ Estatura

**Aguirre-Velázquez RM
et al.
Aptitud clínica en
residentes**

Los datos clínicos en este caso son compatibles con los síndromes

6. ___ Ansioso
7. ___ Afectivo
8. ___ Psicótico
9. ___ Somatoforme
10. ___ Demencial

Los datos clínicos en este caso son compatibles con los diagnósticos

11. ___ Agorafobia
12. ___ Esquizofrenia

Son datos a favor del diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada en este caso

13. ___ Conducta motora
14. ___ Desesperación
15. ___ Tristeza
16. ___ Localización del dolor
17. ___ Características del sueño
18. ___ Tono neurovegetativo

Son datos a favor del diagnóstico de depresión en este caso

19. ___ Contenido del pensamiento
20. ___ Funciones afectivas
21. ___ Suspiciacia
22. ___ Intento suicida
23. ___ Anhedonia

Son criterios de referencia a psiquiatría en este caso

24. ___ Autoagresión
25. ___ Respuesta a AINE
26. ___ Realizar pruebas psicológicas

Son datos pronósticos para autoagresión en este caso

27. ___ Relación matrimonial
28. ___ Afectividad
29. ___ Perspectiva a futuro
30. ___ El tipo de trabajo
31. ___ Desesperación
32. ___ Conducta motora

Son acciones apropiadas omitidas en este caso

33. ___ Tribuna libre
34. ___ Evaluación de pareja