

matología psiquiátrica en el paciente y abuso sexual.

Encontramos que 27.9% de los entrevistados reportaron autolesionarse y 7.4% dijo tener ideación suicida; ambas fueron más frecuentes en mujeres. La muestra se dividió en aquéllos sólo con autolesiones, autolesiones más ideación suicida y sólo ideación suicida. Nos llamó la atención que 22% de los adolescentes con autolesiones reportaron ideación suicida. En este grupo se observó mayor frecuencia de psicopatología y estresores ambientales (cuadro I).

Por lo anteriormente descrito, podemos concluir que la conducta autolesiva es un fenómeno prevalente en adolescentes de ambos sexos, y su presentación conjunta con ideación suicida está asociada con mayor psicopatología y adversidad psicosocial.

Pablo Adolfo MayerVilla, Psiq Inf,⁽¹⁾

Nadia Morales Gordillo, Psiq,⁽¹⁾

Gamaliel Victoria Figueroa, Psic Clín,⁽²⁾

Rosa Elena Ulloa Flores, Psiq, D en C,⁽¹⁾
eulloo@hotmail.com

⁽¹⁾ Hospital Psiquiátrico Infantil

Dr. Juan N. Navarro. México.

⁽²⁾ Areté Proyectos. México.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7893>

Referencias

- Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock M. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(1):41-52. <http://doi.org/fgb9h7>
- Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6(1):339-363. <http://doi.org/fqzh29>
- Albores-Gallo L, Méndez-Santos JL, García Luna AX, Delgadillo-González Y, Chávez Flores CI, Martínez OL. Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(4):159-168.
- González FC, Mariño MC, Rojas E, Mondragón L, Medina-Mora ME. Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el uso de sustancias y el malestar depresivo. *Revista Mexicana de Psicología* 1998;15(2):165-175.

5. Villatoro J, Quiroz N, Gutiérrez ML, Díaz M, Amador N. ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados. México, D.F. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), 2006.

Parto vertical: ¿favorece una correcta adaptación neonatal?

Señor editor: La adaptación neonatal es el proceso de transición fisiológica que comprende, principalmente, cambios en la función respiratoria y cardiovascular. Es un proceso que inicia momentos antes del nacimiento y continúa hasta que se instale una función ventilatoria adecuada, resistencias vasculares periféricas y centrales adecuadas, y bienestar neonatal.

La adaptación neonatal inicia con el trabajo de parto y debuta con el incremento de hormonas reguladoras, entre las que se destacan las catecolaminas, quienes permitirán al feto adaptarse a las fuerzas de la contracción uterina.^{1,2}

También está descrita la elevación de las catecolaminas maternas debido a la agitación, ansiedad y dolor que acompañan el trabajo de parto.¹ Hay estudios que indican que un incremento excesivo de la actividad adrenérgica debido al estrés materno es nociva para el feto, ya que su actividad extra sobre el músculo y vasculatura uterinas reduce los flujos uteroplacentarios, lo que favorece una asfixia inútero.¹

¿Hay estrategias que permitan disminuir el estrés materno y que además favorezcan un trabajo de parto adecuado?, ¿cómo afectarían esas estrategias la experiencia del recién nacido en su adaptación neonatal? El parto vertical responde a la primera pregunta,³ en él, la gestante se coloca en posición vertical (de pie,

sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas) mientras el personal de salud atiende el parto. Son varios los estudios que describen las ventajas que esta modalidad otorga a las parturientas,³ pero los estudios realizados al respecto no han sido orientados a observar la experiencia del recién nacido a corto ni a mediano plazo.

Calvo y colaboradores⁴ concluyen que el parto vertical sólo brinda comodidad a la madre y no favorece mejores resultados perinatales. Aplicaron el método de ensayo clínico con distribución al azar de las participantes, con la finalidad de que ellas no supieran qué posición adoptarían sino hasta iniciado el trabajo de parto. Este método es científicamente más confiable, ya que la autonomía de las madres juega un papel importante en sus partos. Esta participación cobra mayor importancia en el medio rural, donde las poblaciones son culturalmente independientes.

Otro estudio referido al parto en posición vertical, realizado por Calderón y colaboradores,⁵ describe ventajas para la parturienta que, más allá de la comodidad, le brindan mayor participación y autonomía. Fue un trabajo observacional, comparativo y transversal en el que los partos verticales se practicaron en una mesa con el espaldar modificado. No se incluyó el parto en modalidad de cuclillas o sentada, que son las posturas más utilizadas en el medio rural.

Ambos estudios incluyeron gestantes que no tuvieran factores de riesgo perinatales y evaluaron a los recién nacidos en términos del puntaje Apgar.^{4,5} Con esto concluyeron que no había diferencia significativa entre los resultados perinatales de una u otra modalidad de parto. Ninguno de estos estudios describió cuál fue el comportamiento fisiológico de los neonatos durante el proceso de adaptación, para lo cual sería necesario un estudio longitudinal.

El parto vertical parece tener, además, un componente psicoafectivo que puede disminuir la ansiedad y el estrés materno inherentes a un proceso enteramente natural como es el parto.⁵

El trabajo de parto involucra las experiencias tanto de la madre como del recién nacido. El trabajo de parto en posición vertical les devuelve a las madres el papel protagónico de un proceso enteramente natural, y serán importantes los trabajos que describan cómo se beneficia el feto, a corto y mediano plazo, en esta modalidad de trabajo de parto.

Mario Jeisson Agramonte-Vilca, Est.⁽¹⁾
agr.mario@gmail.com

⁽¹⁾ Escuela Profesional de Medicina Humana.
Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco.
Cusco, Perú.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7916>

Referencias

1. David E, Vayssiere C, Haberstick B, Langer B, Nisand I. Adaptación del feto al trabajo de parto. *Ginecología-Obstetricia EMC* 2006;1-6.
2. Gold F, Saliba E, Biran-Mucignat V, Mitanchez-Mokhtari D. Fisiología del feto y del recién nacido. *Adaptación a la vida extrauterina*. Elsevier Masson SAS Pediatría 2007;1-19.
3. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. *Biblioteca Cochrane Plus* 2009;2.
4. Calvo-Aguilar O, Flores-Romero A, Morales-García E. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:1-10.
5. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral [Internet]. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2008;49-57 [consultado el 30 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428187011>

El ingreso económico como incentivo para la migración médica: explorando los números

Señor editor: La migración de profesionales de la salud es un problema creciente, y suele darse de países en

vías de desarrollo hacia países más desarrollados. En Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Australia, aproximadamente 25% de los médicos son migrantes, y hasta 75% de éstos se han formado en países de bajos ingresos.¹ Este fenómeno contribuye a la carencia de médicos en los países menos desarrollados y, consecuentemente, dificulta mejorar los pobres indicadores de salud en estos países.^{2,3}

Esta problemática es multifactorial; sin embargo, el ingreso económico promedio de los médicos es uno de los factores que influyen la dirección de estas migraciones médicas,⁴ por lo que es necesario que los países con altas tasas de migración conozcan e intervengan en esta variable.

Para evaluar las diferencias en el ingreso económico de los médicos en varios países, revisamos la base de datos de la *Organisation for Economic Co-operation and Development*⁵ que cuenta con información de 19 países para el periodo 2011-2013, y del *Med-scape Physician Compensation Report 2015*,⁶ que cuenta con información de Estados Unidos para el año 2014. Además, evaluamos su relación con el Índice de Precios al Consumidor (IPC) de cada país, que valora los precios de una canasta familiar estándar, y con el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de cada país que se aproxima al ingreso promedio del mismo.

Los ingresos económicos encontrados son variables, fluctuando

Ingreso anual: se refiere a la suma de todos los ingresos económicos que recibe el médico, sin descontar impuestos.^{7,8}