

II Congreso Internacional de Salud Mental y Adicciones
LXIII Reunión Nacional de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, A.C.
I Simposio Internacional de Salud Mental Militar
Auditorio de la Escuela Médico Militar
Octubre 9-13, 2001

Resúmenes (*Conference proceedings*)

Mensaje del Presidente del Congreso

Los trastornos de la salud mental se han convertido en un problema de salud pública en el mundo, al haberse incrementado su incidencia en las últimas décadas. Esta tendencia también se ha registrado en nuestro país. En diversos estudios se han identificado los padecimientos que en este ámbito merecen especial atención por las incapacidades que provocan en la población mexicana.

Estas patologías alteran la vida de más de quince millones de mexicanos y mexicanas que, además de su padecimiento, tienen que soportar el rechazo y la marginación de sus familiares y de la sociedad, hasta ser excluidos de las oportunidades que el sistema les ofrece para atender su enfermedad con calidad y oportunidad, por lo que la Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), está desarrollando programas específicos para atender la depresión, la esquizofrenia, la epilepsia, los trastornos de la infancia, particularmente el déficit de atención, las demencias y uno especial para atención psicológica en situaciones de desastre.

Su puesta en práctica hace indispensable la capacitación, actualización e intercambio de experiencias entre los profesionales que brindan atención en adicciones y salud mental. Por ello, en el marco de la Celebración del Día Mundial de la Salud Mental, la Secretaría de la Defensa Nacional y el Consejo Nacional contra las Adicciones, en coordinación con la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, A.C., realizan simultáneamente el II Congreso Internacional de Salud Mental y Adicciones, la LXIII Reunión Nacional de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, A.C. y el Primer Simposio Internacional de Salud Mental Militar, en los que, los asistentes tendrán la oportunidad de obtener información sobre la condición actual de la salud mental en México y el mundo, así como del problema de las adicciones y su repercusión en la sociedad, los avances de la investigación en neurociencias y las propuestas de prevención, tratamiento y rehabilitación, contando con la participación de expositores de reconocido prestigio en México y a nivel mundial en conferencias magistrales, simposia, desayunos con expertos y conferencias.

Dr. Guido Belsasso
Comisionado Nacional
Consejo Nacional contra las Adicciones

Salutación

Bienvenida del Presidente de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría

La Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, A.C., por mi conducto, expresa a ustedes la más cordial bienvenida al II Congreso de Salud Mental y Adicciones, LXIII Reunión Nacional de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría y I Simposio Internacional de Salud Mental Militar, eventos simultáneos que llevan por nombre:

“Salud mental y adicciones: desde el nivel molecular al social”.

Se eligió como Sede a la Escuela Médico Militar, ya que sus instalaciones ofrecen el ámbito Académico, Científico y Militar propicio para el mejor desarrollo de los trabajos del Congreso que comprenderán Conferencias Magistrales, Simposia y Desayunos con Expertos, sesiones que serán impartidas por profesionales líderes en el campo de la Salud Mental y las Adicciones, tanto nacionales como extranjeros, en una jornada de trabajo diaria de las 9:00 a las 18:00 horas, con recesos necesarios para descanso, convivencia y comida.

Cabe destacar la participación y apoyo de la Secretaría de la Defensa Nacional, a través de la Dirección General de Sanidad, La Dirección General de Educación Militar y de la Universidad del Ejército y Fuerza Aérea, así como la Secretaría de Salud a través del Consejo Nacional contra las Adicciones y la Dirección General de los Servicios de Salud Mental.

El objetivo fundamental de este evento, consiste en hacer del conocimiento de los profesionales de la salud, los avances y descubrimientos que en materia de Salud Mental y Adicciones se han logrado hasta la actualidad, haciendo una revisión desde el nivel molecular hasta el social, recorrido en el cual se analizará la profundidad y complejidad de esta temática.

Dr. Sergio Sánchez Pintado
Presidente
Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, A.C.

La salud mental en el Sector Salud de México

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud

Sin lugar a dudas, la salud está ligada al destino de la nación. El desarrollo económico, el bienestar social y la seguridad nacional influyen de manera importante en las condiciones generales del país. De igual forma, el bienestar físico y mental de la población repercute directamente en el crecimiento económico y social de la misma. En la actualidad, un sinnúmero de variables ejercen presión sobre la salud de los mexicanos. El envejecimiento de la población, producto de la disminución de la mortalidad infantil y del aumento de la esperanza de vida, demanda una atención cada vez más compleja y costosa.

La hiperurbanización, ligada a la transferencia de riesgos, producto de la globalización, ha provocado el desplazamiento de aquellos padecimientos otrora causantes de muerte, por otros conocidos como emergentes. Las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes mellitus y los padecimientos cerebrovasculares, concentran más de la mitad de las causas de muerte en el país.

Entre los problemas emergentes asociados directa o indirectamente a las principales causas de defunción, y que provocan una importante pérdida de años de vida saludable, se encuentran los trastornos neuro-psiquiátricos. En todo el mundo, aproximadamente 400 millones de personas sufren trastornos mentales o problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas. El 25% de quienes buscan ayuda en un servicio de salud padece alguno de estos trastornos, cuyo diagnóstico no siempre se realiza o se efectúa de manera incorrecta. Sabemos que en las próximas décadas la depresión y los trastornos de ansiedad serán, a nivel global, las principales causas de pérdida de años de vida saludable. Se estima que actualmente en México por lo menos 4 millones de personas sufren algún trastorno del estado de ánimo, particularmente depresión, y que las demencias provocan 20 veces más muertes que hace dos décadas.

De especial interés y por el alto costo social que representan, destacan: la depresión, el retardo mental, la epilepsia, las demencias y la esquizofrenia, padecimientos que en ocasiones se acompañan de un perenne estigma social que dificulta o imposibilita su atención. Por ello, al igual que con otros trastornos de inicio en la infancia o en la adolescencia (trastornos por déficit de atención y trastornos de conducta, entre otros), se desarrollarán proyectos en los tres niveles de prevención. Asimismo, se llevarán a cabo entre las comunidades, y en especial entre el gremio médico, campañas de sensibilización para el respeto y la atención con calidad y calidez, dirigidas a quienes sufren de estas dolorosas patologías.

Es importante subrayar los trastornos relacionados entre el consumo de sustancias adictivas, que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, representan aproximadamente 8% de las causas asociadas a defunciones. En nuestro país, si bien la atención de estos problemas ha mostrado un avance significativo, el panorama aún deja mucho que desear. Existe una gran desigualdad en la oferta de servicios, dando como resultado graves casos de violencia, muertes accidentales, gastos catastróficos para las familias y ausentismo laboral, sobre todo entre la población más vulnerable, como los pobres, los indígenas, las mujeres y los niños.

De acuerdo con cifras publicadas por el Banco Mundial, la tendencia del tabaquismo en México disminuyó durante los últimos años del siglo anterior. Sin embargo, otros reportes indican un aumento en la producción de tabaco y una estabilidad en la exportación durante el mismo lapso, infiriéndose, por tanto, y siendo así corroborado por las encuestas de adicciones, un aumento importante en su consumo. A pesar de los intereses opuestos a la salud, se ha demostrado que el consumo de tabaco representa una asociación causal con muertes y discapacidad secundarias a cáncer (boca, esófago, hígado, páncreas, cérvix, vejiga, mama y pulmón), afecciones cardiovasculares, enferme-

dad pulmonar obstructiva crónica, infecciones y bajo peso al nacer en los productos de madres fumadoras.

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, las encuestas evidencian un aumento en su abuso, asociado directamente con la cirrosis hepática e indirectamente con homicidios, suicidios, violencia familiar y accidentes de tránsito automotor, entre otros graves problemas sociales y de salud. Por otra parte, el aumento en el consumo de sustancias ilegales representa un fenómeno preocupante. Se considera que actualmente el uso de drogas como la cocaína entre los jóvenes es epidémico en nuestro país.

Ante esta realidad, el Gobierno de la República pone en marcha su Programa Nacional de Salud 2001-2006, considerando como los retos más importantes la equidad, la calidad y la protección financiera. Establece como propósito central la democratización de la salud, para garantizar un trato semejante ante necesidades semejantes, una mejor distribución de recursos y la libertad de las personas de elegir de manera informada lo que más les conviene. Con base en lo anterior, el Consejo Nacional contra las Adicciones ha elaborado y desarrolla sus programas contra el tabaquismo, el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas y contra la farmacodependencia, adoptando como estrategias fundamentales la promoción de la salud, la atención temprana y el tratamiento oportuno, la rehabilitación, la investigación y la capacitación y formación de recursos humanos.

A fin de implementar estas estrategias se ha convocado a la participación organizada de la sociedad y se conjuntan esfuerzos de instituciones y organismos públicos y privados.

De especial relevancia por su compromiso, entusiasmo y cobertura, son las organizaciones de autoayuda, que además de brindar atención a sus miembros, tratan de incrementar la conciencia social sobre los daños provocados por el consumo de sustancias adictivas. La Secretaría de Salud se propone consolidar sus vínculos con estas organizaciones, fortalecer el diálogo con sus miembros y brindar su apoyo en la medida de sus posibilidades, sin interferir en cualquier modalidad de atención que respete los derechos humanos de los enfermos.

Es así que ha dado inicio la aplicación de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de Adicciones en todos los estados de la República, con lo que estamos ciertos se aumentará la calidad y calidez así como la eficacia y eficiencia de todos los programas en beneficio de la población en su conjunto.

Salud mental entre ciencias básicas y salud pública: un panorama mundial

Dr. Benedetto Saraceno

Director de Salud Mental y Adicciones.

Organización Mundial de la Salud

En el área de salud mental el debate entre el papel de lo biológico y lo social, entre los determinantes genéticos y ambientales, entre mente y cuerpo, dura desde hace más de doscientos años y parece no terminar nunca.

Es necesario terminar con estas dicotomías que son falsas y que no corresponden a la evolución de los conocimientos de las neurociencias, de la epidemiología de los trastornos mentales y de la salud pública. La cuestión real es cómo transformar los conocimientos brindados por las ciencias en acciones de salud pública.

En realidad, la brecha entre conocimiento científico y realidad asistencial sigue siendo impresionante, tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo. Esta diferencia se debe a múltiples factores y barreras que impiden la plena implementación de los conocimientos, tales como: el estigma hacia los enfermos mentales, la falta de políticas claras para la salud mental, la falta de recursos adecuados, la violación de los derechos humanos, la falta de capacitación de los profesionales de atención primaria y a veces el acceso a los medicamentos.

Algunos datos recientes tomados del Informe Mundial de la Salud de la OMS sobre la situación de la salud mental en el mundo serán presentados.

Los Programas de Acción en Salud Mental en México

Dr. Guido Belsasso

Comisionado Nacional Contra las Adicciones. Secretaría de Salud

Como respuesta al llamado de Organismos Internacionales y a la preocupación de nuestro gobierno se considera la urgencia de fortalecer las acciones y programas en Salud Mental.

La Política Nacional para la atención de los problemas de Salud Mental no involucra sólo a todo el sistema de salud, sino que hace partícipes al sector educativo, laboral, de desarrollo e integración social y a la sociedad en general, en los ámbitos federal, estatal y municipal.

Con base en la gama tan amplia de padecimientos mentales, los cuales afectan a la población en general en las diferentes etapas de su vida, a la morbilidad y a su alta prevalencia e incapacidad se ha considerado como una tarea impostergable el realizar por primera vez en nuestro país un Programa de Salud Mental que incluya a los principales problemas de salud mental de la nación y que involucre de manera intersectorial a todos los sistemas de salud del país. Programas de salud mental.

- Depresión

En México de 4 a 6 millones de personas sufren de depresión.

- Epilepsia

Un millón de mexicanos sufren de epilepsia.

- Esquizofrenia

Más de medio millón de mexicanos padecen algún tipo de esquizofrenia.

- Demencia

Afecta a 22 millones de personas a nivel mundial.

- Trastornos en el Desarrollo Infantil

Afectan a 15.5% de la población infantil, de los cuales 7% son casos severos.

- Trastornos por Déficit de Atención

Se piensa que un millón y medio de niños puede padecer el trastorno.

- Atención Psicológica en casos de Desastre

- Mal de Parkinson

Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental para pacientes que requieren alguna forma de institucionalización. El objetivo general de estos programas es el de mejorar las condiciones que acompañan a la enfermedad mental, a través de un diagnóstico oportuno, un adecuado tratamiento y rehabilitación, evitando la cronicidad del padecimiento y procurando la reinserción social del paciente e implementando medidas exitosas de prevención en salud pública.

Las líneas estratégicas inscritas en un eje general orientado a la mejora de la calidad de la atención de los Servicios de Salud Mental son:

- Formación, capacitación y desarrollo de recursos humanos.

- Modernización operativa, regionalización, crecimiento y rehabilitación de la red de: Servicios de Salud Mental.

- Formulación de normas, procedimientos y lineamientos.

- Información, supervisión y evaluación.

- Participación social y comunitaria.

- Vinculación intersectorial.

El objetivo es dirigir y promover las actividades de formación de recursos en materia de Salud Mental, atención a la población abierta, así como impulsar la investigación en este campo.

La justificación es la formación de recursos humanos así como la actualización del personal que labora en el campo de la Salud Mental es prioritario para un adecuado funcionamiento de su personal

Las funciones son:

Definir las actividades de enseñanza en Salud Mental para el personal que labora en el campo de la salud.

- Evaluar las actividades de la enseñanza, capacitación y actualización en Salud Mental realizadas en las dependencias coordinadas por la Dirección General de los Servicios de Salud Mental.

- Coordinar las actividades de investigación relacionadas con la Salud Mental.

- Promover la investigación en la materia en las unidades aplicativas.

- Coordinación de cursos de capacitación y actualización de los responsables de prestar servicios en Salud Mental y Adicciones.

- Diseño del Sistema Nacional de Formación y desarrollo de recursos humanos en materia de Salud Mental aunado a un programa de calidad de atención que privilegie tanto el aspecto técnico y profesional como el humano.

- Promoción de introducción de contenidos de Salud Mental en la formación de los profesionales de la salud.

- Promover y estimular el desarrollo de estudios e investigaciones especializadas en Salud Mental.

Participación de la Secretaría de la Defensa Nacional en la Salud Mental en México

Gral. de Bgda. M.C. Bernardo A. Bidart Ramos

Director General de Sanidad, Secretaría de la Defensa Nacional

Parece oportuno recordar aquel concepto primigenio de 1948, cuando el documento *Salud Mental y Ciudadanía Mundial*, establecía el imperativo de una promesa formal, reflexiva y responsable, en el que la humanidad fuese considerada como un todo, pero basado en el consentimiento libre y en el respeto a las diferencias individuales y culturales de los seres humanos. Al transcurso de este medio siglo, la velocidad de los acontecimientos, es decir, la desmedida velocidad con que se comunican los acontecimientos, nos ha enfermado, y ya es hora de que comencemos a curarnos.

La Salud Mental, entonces, es un derecho irrenunciable que se remite al concepto de los principios esenciales de la especie. En las últimas décadas, la humanidad ha reaccionado, casi mecánicamente, al embate de la comunicación exagerada con un desastroso resultado, entrelazado por la prensa, la radio, la televisión y, más recientemente, el Internet. Si somos lo que escuchamos, lo que leemos o lo que percibimos, estamos siendo lo que la comunicación moderna nos deja ser -estamos siendo enfermos crónicos-, de un tiempo en el que todo está acelerado y en el que nos falta preparación para enfrentar la manipulación intencionada de los acontecimientos. En los términos de famosos "cibernautas", lo anterior se puede puntualizar con la afirmación que dice: "*si a la computadora le metes basura, te responderá con basura*", aceptando -por supuesto- comparar el cerebro humano con la capacidad de procesar información de los sorprendentes servidores cibernéticos actuales.

Hablar pues de salud mental, nos coloca en dos planos, uno, el de los especialistas que trabajan con los mecanismos psíquicos -muchos de ellos aun incomprensibles- y otro, el que propongo aquí, el mismo de la OMS, que define a la salud como: un estado de bienestar físico, mental, social y moral completo y no sólo como ausencia de enfermedad o dolencia, únicamente para intentar contribuir con la visión de un nexo humanista, que tiene que ver con abandonar el ámbito privado de la salud, para convertirlo en un verdadero fenómeno social, con ramificaciones medioambientales, culturales, educativas, morales, éticas, de mejor calidad de la interrelación humana y de más trabajo, para transformar la incertidumbre que dibujan la comunicación y el llamado marketing global, en una Genuina Certeza de Fe, de Esperanza y de Futuro.

Con el permiso de los especialistas, incursiono en el tema de la salud mental, comentando la contrastante idea del adelanto

científico de nuestra era: el desciframiento del genoma humano, que representa el proyecto de hallar la secuencia cuantificable del ADN y con él, la clave genética que todos traemos en las células antes de nacer, de este modo sabríamos, por decirlo así, si estamos condicionados a padecer ciertas enfermedades a no padecerlas o a vivir un número específico de años -precodificado todo genéticamente- cuando esta hipótesis se compruebe científicamente, entonces valdrá la pena reflexionar en que: *"si todos tenemos que morir, ¿por qué vivir tristes, sintiéndonos enfermos...?"*.

Esta es, según creo en realidad, una de las tareas más serias a la que nos enfrentamos, atreviéndonos a cuestionar, si esta Clase Especial de Seres Humanos, los hombres y mujeres, que nos dedicamos a la ciencia médica, seremos capaces de aspirar hacia un futuro en donde la práctica de la medicina pueda ser vista como un trabajo que vaya más allá del rigor científico y de comprender que si la salud -como dice la OMS- es: *Un Estado de Bienestar Físico, Mental, Social y Moral Completo* y no sólo como ausencia de enfermedad o dolencia, deberíamos intentar la erradicación de factores negativos que causan desórdenes orgánicos y Buscar la Felicidad, en la inteligencia de que esto nos comprometería a vigilar los satisfactores armónicos entre el hombre, el mundo y el resto de los seres vivos.

La Búsqueda de la Felicidad no es un pensamiento netamente abstracto, por el contrario, es, en suma, la búsqueda de una buena salud mental, que no esté restringida sólo por el éxito en la vida, la formación de excelencia; el control de las enfermedades físicas o la situación de las sociedades, es, en buena medida, la aceptación y recuperación del viejo papel de los médicos, como preceptores, mediante el que podemos alejar a nuestros pacientes de los defectos espirituales y de los excesos.

Ciertamente no nos es posible, por el momento, imaginar los alcances de la microdimensión de la clave genética y, al menos mientras hablar de la felicidad parezca materia sólo filosófica, tampoco concebir siquiera cómo arribar a una metodología confiable para un diagnóstico certero de lo que la impide; no es factible todavía el manejo clínico de múltiples pasiones pendientes por dominar; ni, mucho menos, crear en los familiares de los pacientes tristes, dudosas expectativas de cura si no queremos acabar enfrentando aclaraciones en la CONAMED; menos, podemos hacer un análisis persuasivo de la infelicidad, ni utilizar las nociones de los sabios precedentes y, por último, no es tiempo aún de hablar ante académicos de la exaltación de un método experimental contra la infelicidad-lastre, el dolor del espíritu, los estados de perturbación y de insatisfacción, en el que el equilibrio contrario, la felicidad -y, por consiguiente, la buena salud mental-, sean remitibles a más de medio siglo de un dramático silencio científico, estacionado desde 1948.

Cada una de las células nerviosas -tomando en cuenta que son millones de ellas- puede ser entrenada para actuar en una mente equilibrada; a mejorar su capacidad para comunicarse entre sí; a reaccionar positivamente a estímulos de calidad; a movilizar flujos de energía saludable y a coexistir entre la más contrastante diversidad de pensamientos. Cada una de estas células, especializadas en el ejercicio único de la inteligencia humana, puede contribuir -aunque no se conozca aún su clave genética- a enviar mensajes lógicos y positivos de la realidad y a entusiasmarse por una vida mejor, e intentar, que al interior de su conjunto, se halle la comprensión de este microuniverso que es la mente, tal y como nos parece entendible la existencia del infinito hacia lo grande, es decir, hacia las hipergalaxias; las distancias en años luz; las velocidades astronómicas o los hipotéticos viajes futuristas a las estrellas. Si aceptamos la dimensión de los médicos como científicos, podemos aceptar, entonces, que el mismo lugar en donde comienza lo infinitamente mayúsculo, es el mismo en el que comienza lo infinitamente pequeño -y el mismo- al que puede acudir nuestra mente, y con esto, la materialización del ideal que produzca una buena salud mental.

Los médicos estamos llamados a encontrar soluciones clínicas para interpretar con corrección complejos síntomas inespecíficos, por desgracia todavía poco sistematizados, nos enfrenta-

mos a la indagación inaplazable de lo que causa las enfermedades mentales, y a la necesidad de cubrir estos padecimientos con el auxilio de otras especialidades y mejorar nuestra capacidad de respuesta dedicada a la Salud Mental, utilizando los avances de la práctica médica general, en donde se incluye -naturalmente- la participación de las técnicas de la biología molecular, que permite ir guiando a la comunidad científica y a la sociedad hacia la comprensión de las causas que propician algunas enfermedades mentales y su origen genético. Esto nos remite todavía más al aspecto humanista de la medicina, en donde la búsqueda de los ideales individuales se pueda conducir con recomendaciones, que si bien orienten hacia la realidad, no rompan las aspiraciones auténticas debilitando la más elemental de las motivaciones de los pacientes, en tanto no se haya establecido un correcto procedimiento terapéutico y ofrecido un buen auxilio clínico, que trate de ser útil y sea una verdadera alternativa para estos problemas de salud.

Aunque ni la ciencia ni la filosofía de nuestros días han dado con precisión datos para conocer -con absoluta certeza- los límites que condicionan la felicidad o los de su contraparte, la infelicidad, los trastornos mentales, o ambos, en el plano práctico del ejercicio de la medicina, podemos afirmar que la noción de los pensamientos negativos como la ansiedad, la frustración o la insatisfacción -por sólo mencionar algunos- tienen gran importancia en la psicología y fisiología humanas, afectando a los individuos y a las comunidades con resultados desastrosos contra el curso normal de vida de la humanidad.

Estamos comprometidos con la idea de que debemos ampliar nuestra propia concepción de Salud Mental, hasta que ésta forme parte de todo el sistema operativo; eliminar posibilidades de riesgos de salud, que produzcan retrocesos de conducta o falta de concentración por trastornos mentales, evitando se conviertan en causas para la reducción de la capacidad de respuesta. Necesitamos que la aptitud del personal conlleve buena Salud Mental y que el sistema funcione con precisión, para reducir la necesidad de aliviar enfermedades asociadas a las operaciones; queremos que en el concepto de Sistema Médico Integral se reconozca y adopte el valor de la interconsulta especializada y que hablar de aptitud para el servicio contenga -además del impulso natural interno de supervivencia- soporte espiritual, razones de eficiencia y disposición de individuos y unidades para aportar su cuota de Salud Mental, con la cual contribuyan a completar el ciclo del sistema.

Hace poco tiempo, durante el Evento Académico del II Congreso Panamericano de Medicina Militar, en Isla Margarita, Venezuela, el doctor Jacques Sanabria -Secretario General del Comité Internacional de Medicina Militar- disertó sobre uno de los temas más cercanos a las misiones del Cuerpo Médico Militar, me refiero, desde luego, al deber humanitario de los ejércitos de prestar ayuda a las víctimas en casos de desastre, en donde la experiencia mexicana ha trascendido a los límites del derecho internacional específico, atendiendo el sufrimiento humano en cualquier circunstancia, y es aquí donde la sensibilidad ante las víctimas va más allá de sus conflictos y de sus orígenes. El médico, entonces, debe ser un preceptor que comprenda que la enseñanza de la felicidad -insisto- no es materia ni de filosofía ni de abstracciones, sino la traducción visionaria de un término, que intentaría vencer a los hombres acostumbrados al método científico a reflexionar sobre sus herramientas tecnológicas, empleándolas para preguntar si la Salud Mental, Felicidad o ambas, pertenecen a todos los seres vivientes de la especie, y si es asunto de los deseos cumplidos, las metas alcanzadas o la disciplina de crear todos los días una razón para lograr sus metas.

Hoy la perspectiva de la Salud Mental nos enfrenta -quierase o no- a un horizonte en el que convertida en uno de los más importantes problemas de salud del mundo, está demandando la confluencia de todo el aparato científico, para desenmarañar un poco aquello que las generaciones venideras esperan de nosotros y un mucho de lo que la humanidad, en conjunto, está esperando de los médicos, quienes, siendo factores básicos de

su aspiración de calidad de vida -la que en ocasiones puede estar literalmente en nuestras manos- debemos ubicarnos en el terreno ético, de la comprensión sensible de sus necesidades y del respaldo con la creación de una verdadera conciencia humanitaria.

The neurobiological basis of major psychiatric disorders and addictions: Problems and promises

Charles B. Nemeroff, MD, PhD

Reunette W. Harris Professor and Chairman

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences

Emory University School of Medicine Atlanta, Georgia 30322 USA

The vast majority of our knowledge about the central nervous system (CNS) has been accumulated in the last decade and this knowledge is increasingly being applied to elucidation of the pathophysiology of the major psychiatric disorders, including depression and manic-depressive illness, schizophrenia, the anxiety disorders and substance abuse. The contribution of genetic factors to all of these major mental illnesses is now clear and completion of the human genome project will aid in the elucidation of the multiple genes that contribute to vulnerability for these disorders.

Understanding how these genetics contributors act on the CNS to increase the likelihood to develop these disorders, as well as elucidation of the mechanisms of action of early life trauma and adulthood stressors in the pathogenesis of these disorders, is integral to a comprehensive understanding of the pathophysiology of psychiatric diseases. The role of specific neurotransmitter systems in the biology of depression and the methods to study these systems will be described, including functional brain imaging molecular neurobiology and animal models of psychiatric disorders. The study of the mechanism of action of currently available antidepressants will be described, including the search for new agents with greater efficacy and fewer side effects. The role of combination treatments including pharmacotherapy and psychotherapy will be described.

Anne M. Griswell

Emory University

Dept. of Psychiatry & Behavioral Sciences

amgrisw@emory.edu

Neurociencias aplicadas en Salud Mental y adicciones

Gral. Div. M.C. Ret. Jorge Islas Marroquín

Hace apenas algunos meses, terminó oficialmente la "Década del Cerebro" y aún estamos beneficiándonos de sus resultados.

Durante este periodo fuimos testigos de un significativo avance de las neurociencias hacia el nivel molecular y de un espectacular progreso en el conocimiento y la exploración de las funciones del sistema nervioso central.

En estos momentos, tanto la Neurología como la Psiquiatría y la Psicología se manejan ya a nivel molecular y la Neurocirugía moderna se desarrolla sobre unas sólidas bases moleculares también, asimismo, han surgido innumerables relaciones entre la Biología Molecular, la Genética, la Inmunología y las Neurociencias aplicadas.

Como en todos los casos, el tiempo es nuestra limitante principal, no obstante, los participantes en este Simposium desarrollarán temas que seguramente resultarán ilustrativos para mostrar a ustedes esas relaciones de las que he hablado. Afirmo lo anterior, en virtud de que los doctores Elisa Alonso Vilatela, Jaime Berumen Campos y Marck Schuckite son connotados investigadores en Biología Molecular y Genética, líderes en sus respectivos campos, con una vasta experiencia, la cual van a compartir con ustedes.

Biología molecular y neurociencias

Genes y enfermedad de Alzheimer

Tte. Cor. M.C. Jaime Berumen Campos

Hospital Central Militar

Introducción. Se estima que la demencia afecta alrededor de 19 millones de personas en el mundo. La prevalencia y la incidencia se incrementan significativamente con la edad. El 8% de las personas mayores de 65 años tienen la enfermedad de Alzheimer (EA), y la prevalencia aumenta hasta 30% en los individuos mayores de 85 años. La EA es la causa más frecuente de demencia en los ancianos y constituye las dos terceras partes de todos los casos de demencia. En contraste, las demencias de origen vascular componen sólo 15% de todas las demencias.

Clínicamente la EA se caracteriza por una pérdida de la memoria, de inicio gradual y progresivo, asociada a otros defectos cognitivos, síntomas emocionales y cambios de comportamiento y personalidad. En promedio, los pacientes viven de 8-10 años después del inicio de los síntomas. Los criterios clínicos para el diagnóstico de la EA incluyen: 1) una pérdida significativa de la memoria documentada con pruebas neuropsicológicas, 2) cuando menos tener otro trastorno cognitivo, 3) progresión en la pérdida de la memoria y deterioro en el otro defecto cognitivo, y 4) se deben excluir otras enfermedades o condiciones que causen síntomas cognitivos. Históricamente, para confirmar el diagnóstico de la EA era necesario el estudio patológico del cerebro después de la autopsia. Actualmente, con la tomografía computarizada y el escaneo de imágenes con resonancia magnética, se pueden detectar alteraciones asociadas a la EA, como la atrofia cerebral, las cuales correlacionan con el deterioro funcional del paciente.

Un deterioro cognitivo leve (MCI) es un término utilizado para describir una condición con un déficit de la memoria aislado, con una función normal de otros dominios cognitivos y actividades básicas de la vida diaria normales. El MCI representa un estado transicional entre un envejecimiento normal y la EA y pudiera ser el pródromo de la EA. Sin embargo, se sabe que una buena proporción de pacientes con MCI no progresan a la EA. Los pacientes con MCI progresan a la EA en una proporción de 10-15% cada año, mientras que los individuos sin MCI progresan en una tasa de 1-2% por año.

Patogénesis. El desarrollo de la EA está asociado con un número de mecanismos patogénicos que incluyen factores genéticos, inmunológicos y vasculares. Los signos neuropatológicos de la enfermedad de Alzheimer son los depósitos intercelulares de las placas β -amiloides y los ovillos de neurofibrillas intraneuronales que contienen la proteína Tau. Estos signos aparecen inicialmente en el hipocampo y en la corteza entorrinal y posteriormente se esparcen por las regiones neocorticales de la corteza cerebral.

El péptido beta-amiloide en el espacio extracelular es tóxico para la neurona, éste es uno de los mecanismos de la génesis de la EA. El incremento en los niveles de oxidación es una característica en los pacientes con EA. Los blancos principales de la oxidación en el cerebro son los lípidos y las lipoproteínas.

Estudios recientes indican una asociación entre el colesterol y la producción de beta-amiloide. Por ejemplo: la reducción de los niveles de colesterol mediante estatinas, reduce drásticamente la formación de beta-amiloide. Esto sugiere que la regulación fisiológica y patogénica del transporte axonal es regulada por el colesterol.

Genes y polimorfismo genético asociado a la EA

A la fecha, se han encontrado cuando menos cuatro genes involucrados en la susceptibilidad individual a la EA y al curso clínico posterior de la enfermedad. Estos genes incluyen al gen de la proteína precursora de la beta-amiloide (APP; cromosoma 21), el gen de la apolipoproteína E (ApoE) y los genes de las presenilinas 1 (PS-1; cromosoma 14) y 2 (PS-2; cromosoma 1). En

el gen de la APP se han detectado seis mutaciones y en los genes de la PS-1 y PS-2 se han detectado 43 mutaciones. Estos tres genes se asocian a la EA familiar de inicio temprano, con herencia autosómica dominante. Las mutaciones autosómicas dominantes son muy raras y explican menos de 2% de todos los casos de la EA en todo el mundo. Sin embargo, la identificación de estas mutaciones y los estudios clínicos y de neuroimágenes de casos familiares han ayudado a elucidar algunos de los mecanismos involucrados en el desarrollo temprano de la EA.

Para la EA esporádica se han identificado algunos polimorfismos genéticos que afectan el riesgo de desarrollar la enfermedad o la expresión fenotípica de la enfermedad. El más conocido es el polimorfismo del gen de la apolipoproteína E (ApoE). El gen ApoE tiene cuatro alelos. El alelo 4 incrementa el riesgo de desarrollar la EA, o a desarrollarla a edades tempranas. Por el contrario, el alelo 2 se asocia a protección contra el desarrollo de la enfermedad.

Sin embargo, la EA pudiera también estar asociada con variaciones en otros genes. Por ejemplo: En los casos de la EA familiar asociados a mutaciones en el gen de la PS-1 se han encontrado mutaciones del gen de la enzima convertidora de angiotensina (ACE) asociados a la EA. Asimismo, se ha encontrado un polimorfismo en el gen del receptor para serotonina 5-HT_{2a} asociado con la presencia de síntomas psicóticos en la EA esporádica o familiar. Por otra parte, se han identificado regiones en los cromosomas 1, 9, 10 y 19 asociados a la EA, sin embargo no se han identificado los genes involucrados.

Los genes asociados a la EA que se han identificado hasta la fecha pudieran explicar cuando menos 50% de los factores genéticos que se cree están asociados a la enfermedad.

Riesgo de padecer la EA

La edad y los antecedentes familiares positivos para la EA son los mayores factores de riesgo para desarrollar la EA. También se sabe que el sexo femenino, los traumatismos craneo-encefálicos y un bajo nivel de educación son factores de riesgo para la EA.

¿Cuál es el riesgo de una paciente de 54 años de padecer la EA, si su madre, un tío y un sobrino tuvieron la EA? Esta paciente tiene un riesgo mayor de padecer la EA que la mayoría de las pacientes que no tienen antecedentes familiares de la enfermedad. Si la edad de inicio de la enfermedad en sus familiares fue menor de 60 años, esta mujer pudiera tener una de las mutaciones raras autosómicas dominantes que causan un inicio temprano de la enfermedad (los genes PS-1, PS-2 y APP). La presencia de estas mutaciones se pueden determinar por técnicas de análisis de DNA en la sangre de los familiares afectados y en la paciente misma. Si los familiares tienen la mutación y la paciente no, la paciente no padecerá esta forma de la EA. Si los familiares tienen alguna de las mutaciones y la paciente también, ella inequívocamente desarrollará la EA antes de los 60 años.

Es común observar múltiples casos de individuos de la misma familia alrededor de un caso inicial de la EA de inicio tardío entre los 60 y 80 años. Para estos casos familiares de la EA de inicio tardío, es probable que existan varios genes involucrados a la enfermedad. Sin embargo, el patrón de herencia no es fácilmente predecible. Por ejemplo: en la población caucásica, los individuos con un familiar en primer grado afectado con la EA tienen un incremento en el riesgo acumulativo de padecer la enfermedad en un transcurso de tiempo de 20 a 40% alrededor de los 96 años. En aquellas personas que tienen dos familiares afectados, el riesgo aumenta todavía más, en un rango de 45 a 50%. El riesgo de padecer la enfermedad es mayor todavía en la población negra. Hasta cerca de 60%.

El gen ApoE es el único marcador genético bien establecido para predecir el riesgo de padecer la EA no familiar de inicio tardío. Las personas que tienen una copia del alelo e4 del gen ApoE tienen un riesgo 3-5 veces mayor y las que tienen dos co-

pias de ese alelo tienen un riesgo 15 veces mayor de padecer la enfermedad que las que no tienen ese alelo. Sin embargo, mucha gente que tiene el alelo e4 nunca padece la EA y mucha gente que tiene la enfermedad no tiene ese alelo.

Estudios neuropsicológicos para cuantificar la pérdida de memoria, la detección de los alelos del ApoE asociados a la EA, la investigación de la atrofia del hipocampo y la velocidad de la pérdida de tejido cerebral por imágenes de resonancia magnética (MRI) pueden predecir a los pacientes con MCI que progresan más rápido a la EA. Además, la utilización de estos estudios pudieran tener implicaciones importantes en el tratamiento de los individuos con MCI en los que se pudiera prevenir la progresión a la EA.

La asociación entre los polimorfismos genéticos y la expresión fenotípica de la EA pudiera tener implicaciones clínicas. Por ejemplo, pacientes con ciertos genotipos pueden necesitar ser seguidos clínicamente de forma más estrecha y responder de manera diferente al tratamiento farmacéutico.

Estrategias terapéuticas para prevenir o frenar la progresión de la EA

Actualmente existen cuatro inhibidores de la acetil colinesterasa (tacrina, donepezil, rivastigmina y galantamina) que se utilizan para el tratamiento sintomático de la EA. Sin embargo, el efecto terapéutico de los inhibidores de la acetil colinesterasa, como la tacrina, en los pacientes que tienen la EA y que tienen el alelo épsilon 4 del gen ApoE, es mucho menos efectivo que en los pacientes que tienen otros alelos de ese gen, ya que la variedad épsilon 4 de la proteína ApoE afecta la función colinérgica en el cerebro.

Algunos estudios epidemiológicos han sugerido que los estrógenos y los antiinflamatorios no esteroideos pueden proteger contra el desarrollo de la EA.

Actualmente se están desarrollando compuestos para inhibir la beta y gama secretasas, las dos enzimas involucradas en la producción del beta-amiloide a partir de la proteína precursora de amiloide (APP). Otra estrategia para incrementar la degradación o eliminación del beta-amiloide es la inducción de otras enzimas, tal como la enzima degradadora de insulina o la plasmína, las cuales incrementan la proteólisis del beta-amiloide.

La activación del sistema inmune pudiera también incrementar la limpieza de los depósitos de beta-amiloide. En animales transgénicos para la APP se ha demostrado que la inmunización profiláctica con el beta-amiloide previene la formación de depósitos de amiloide, e impide la distrofia neurítica y la astrocitosis, cambios comúnmente observados alrededor de las placas de amiloide maduras. La utilización del beta-amiloide como tratamiento en esos animales transgénicos a una edad en que ya presentan placas de amiloide, disminuye el número de placas y reduce la astrogliosis. Los depósitos de amiloide son fagocitados por la microglia y sólo permanecen algunos depósitos puntuales. Los niveles de APP no son afectados, lo cual es importante, ya que la APP es vital para la formación sináptica normal. La inmunización con el beta-amiloide induce la producción de anticuerpos, los cuales se filtran en cantidades pequeñas a través de la barrera hematoencefálica y permiten marcar el beta-amiloide en el cerebro para ser eliminado por la microglia. Actualmente ya se ha realizado un ensayo de fase clínica I utilizando la vacuna de beta-amiloide en 100 individuos normales. La vacuna fue bien tolerada y no se encontraron efectos colaterales. Si se demuestra la eficacia de esta estrategia en la fase clínica II, la vacuna de beta-amiloide podría revolucionar el tratamiento de la EA. Otro grupo está utilizando el beta-amiloide por vía intranasal en los ratones transgénicos. Los resultados obtenidos con esta estrategia son igualmente buenos, ya que se observa una reducción en el número y tamaño de las placas de beta-amiloide en el cerebro de los ratones tratados.

La asociación del alelo épsilon 4 del gen ApoE con la EA parece estar relacionada con una disminución de la capacidad an-

tioxidante endógena de los individuos. Existen varias evidencias clínicas que indican que los individuos con la EA y positivos para el alelo épsilon 4 pueden mejorar con antioxidantes como la vitamina E, por lo que la identificación del alelo épsilon 4 sería útil para identificar los individuos susceptibles al daño oxidativo. Aunque no se ha probado contundentemente que la vitamina E prevenga el desarrollo de la EA, un ensayo clínico bien diseñado ha mostrado que la vitamina E disminuye la progresión de la EA a una dosis de 2000 IU diariamente.

La terapia génica pudiera ser una estrategia promisoriosa. Actualmente hay un proyecto en fase clínica II, en el cual se está utilizando el gen que codifica al factor de crecimiento nervioso (NGF). En este protocolo se utilizan fibroblastos obtenidos de la piel del paciente, los cuales son modificados *in vitro* mediante la introducción del gen de NFG, de tal manera que se induce la secreción de factor NFG. Estos fibroblastos modificados se inyectan en 5-10 regiones cerebrales mediante un procedimiento quirúrgico. En los pacientes se investiga cómo se afecta el funcionamiento de las neuronas colinérgicas en el cerebro, si hay reemplazo neuronal y cómo funcionan esas neuronas. Este tratamiento en ratones y monos no-humanos, además de inducir el rejuvenecimiento celular, inhibe la apoptosis o muerte celular programada.

Genetics of Alcoholism

Marc A. Schuckit, M.D.

Professor of Psychiatry
UCSD School of Medicine
Director, Alcohol Research Center

This presentation will review the data that support the conclusion that alcoholism is a typical complex genetically-influenced disorder. Family, twin, and adoption studies support the conclusion that genes explain approximately 60% of the risk, while the environment is relevant to 40% of the variance. As is true with most complex disorders such as adult-onset diabetes and heart disease, it is likely that different domains of characteristics are inherited in different families to affect the risk. For alcoholism, some of the genetic variability relates to alcohol-metabolizing enzymes, others to genes that contribute to high levels of disinhibition or impulsivity, and yet others relate to independent psychiatric disorders such as schizophrenia and manic depressive disease. However, a significant proportion of the variance in the genetic influence is explained by genes that contribute to a relatively low intensity of response to alcohol early in a drinking career, a phenomenon often referred to as "holding your liquor well." This presentation will offer data that support the importance of a low level of response to alcohol as a risk factor of alcoholism, and describe studies currently underway to identify both genes that contribute to a low level of response, as well as to highlight the environmental events that are likely to help mediate the risk. The implications of these findings for prevention and treatment will be presented.

El impacto de las demencias en la sociedad.

El caso de los habitantes del área metropolitana de la Ciudad de México

Gral. Div. M.C. Ret. Jorge Islas Marroquín

Presidente electo de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría

Introducción. Las demencias, enfermedades características de la tercera edad, son ya un severo problema de Salud Pública a nivel mundial. Se calcula que actualmente existen alrededor de 20 millones de personas en el mundo que padecen algún tipo de demencia y, merced a su mortalidad relativamente baja, estos padecimientos producen sus graves impactos sociales a través de la pérdida de muchos años de vida productiva y de años de buena calidad de vida.

En México se calcula que existen unos 500,000 pacientes con demencia y, como en los demás países, 60% de estos pacientes tienen demencia tipo Alzheimer (DTA). Basándonos en los estudios epidemiológicos que ya existen en nuestro país, aparentemente los indígenas o mestizos tenemos baja predisposición genética a padecer de DTA, pero, por otra parte, uno de los principales factores patogénicos que se consideran para la DTA, es el estrés oxidativo (EO), el cual supuestamente es alto en los habitantes del área metropolitana de la Ciudad de México, dada la baja tensión parcial de oxígeno por la altitud y, sobre todo, por la contaminación por ozono y sus precursores. Por esta razón nos interesamos en la Escuela Militar de Graduados de Sanidad por estudiar el papel del estrés oxidativo en la patogénesis de la DTA.

Metodología. Se han integrado hasta el momento un grupo de casos, de 26 pacientes con DTA, 20 femeninos y seis masculinos, con edades entre los 66 y los 95 años, asimismo se integró un grupo de controles constituido por 20 individuos, 15 femeninos y cinco masculinos, ambos grupos pareados por edades. A todos los sujetos del estudio se les realizó un paradigma de estudio clínico compuesto de: historia clínica, incluyendo un examen neurológico completo, evaluación neuropsicológica, electroencefalograma digital con mapeo cerebral, tomografía axial computada de cráneo, tomografía craneal por resonancia magnética, exámenes de laboratorio con énfasis en el perfil de lípidos séricos.

Simultáneamente con el paradigma de estudio clínico, en el Laboratorio Multidisciplinario de Investigación se realizó la evaluación del estado oxidativo con las determinaciones de las enzimas séricas: superóxido dismutasa, glutatión peroxidasa y del 8-isoprostano en orina, utilizando las mismas muestras de sangre, se determinó también el marcador del gen ApoE.

Resultados. El grupo con DTA tuvo mayor concentración de glutatión peroxidasa que el grupo control, esta diferencia fue estadísticamente significativa ($P < 0.005$). Asimismo, los pacientes con DTA tuvieron una más baja concentración de superóxido dismutasa que el grupo control ($P < 0.001$).

El Marcador más genérico de estrés oxidativo, 8-isoprostano, tuvo menor concentración en el grupo de pacientes con DTA ($P < 0.05$).

Discusión y conclusiones. Los resultados arriba expuestos muestran que nuestros pacientes, los cuales han habitado en la Ciudad de México y sus alrededores por periodos mayores de un año, presentan datos indicativos de la presencia de estrés oxidativo, en especial el grupo de casos con DTA en el que los datos de EO se encuentran clara y significativamente asedados a la DTA. Por lo tanto, con estos hallazgos podemos afirmar que, en efecto, hay una asociación directa entre la presencia de EO y el desarrollo de la DTA.

Ésta es la conclusión a la que nos lleva la observación de la menor concentración sanguínea de 8-Isoprostano. Por la observación de los datos de los otros dos marcadores, podemos deducir que en el EO de nuestros pacientes interviene de manera preponderante la producción elevada del radical superóxido, al grado de que la enzima reguladora abate su concentración en la sangre. En cambio, el aumento en la concentración de glutatión Peroxidasa en los pacientes con DTA parece ser un cambio compensatorio a un incremento menor del radical peroxinitrito.

Agradecimiento. El autor agradece la valiosa colaboración de los siguientes investigadores: Ramón Arturo Valdés Espinosa, Abelardo Salazar Zúñiga, Maricela Franco Lira, Jesús Gabriel Silva Escobedo, Francisco Campos Jiménez, Javier Siller Leiva, Elvia Alma Solís López, Teresa Hernández Ramírez, todos ellos pertenecientes al Hospital Militar y al Laboratorio Multidisciplinario de Investigación, y quienes hicieron posible la realización de este trabajo, el cual cuenta con el apoyo del CONACYT, Convenio 30659-M.

El paciente con trastorno límite de personalidad: cambios en su psicopatología mediante la intervención con psicoterapia psicodinámica

Lic. Psic. Ivonne Rosario Juárez, Dr. David Nelson López Garza, Dr. Pablo Cuevas Corona

Asociación Psicoanalítica Mexicana y Sociedad Mexicana de Psicología

Introducción: El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) se caracteriza por: Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, relaciones interpersonales inestables e intensas, impulsividad dañina y alteraciones de identidad. El TLP frecuentemente da la impresión de ser intratable y por ello su tratamiento es difícil. Los estudios controlados que evalúan la efectividad de las intervenciones son escasos y en ese contexto, el presente estudio es el primero reportado y publicado en México (Cuevas, Rosario, López-Garza y cols: Salud Mental; Vol 23 (6): Diciembre 2000).

Objetivo: Medir los cambios psicopatológicos del paciente con trastorno límite de personalidad secundarios al tratamiento con psicoterapia psicodinámica de acuerdo al modelo de Otto Kernberg (1989, 1995).

Método: Se llevó a cabo un ensayo clínico observacional-prospectivo acerca de los cambios en la psicopatología de los pacientes y los años de experiencia de los terapeutas, al aplicar psicoterapia psicodinámica de acuerdo con el Manual de Otto Kernberg (Clarkin & Kernberg 1967, 1995, 1999). Los terapeutas participantes tenían formación reconocida, capacitación en el uso del manual y debieron asistir a las sesiones videogradas de terapia así como a las supervisiones de las mismas. Los pacientes incluidos tenían al menos cinco de los criterios diagnóstico del TLP según el DSM-IV, escolaridad mínima de secundaria, coeficiente intelectual normal y se excluyó comorbilidad con trastornos psicóticos, trastorno bipolar y abuso de sustancias, así como trastorno antisocial de la personalidad. Para medir los cambios se aplicaron (por evaluadores independientes) la Escala Dimensional del TLP de Clarkin (EDC), y la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) del DSM-IV. A ello se sumó el uso de videograbadoras.

Resultados: Se evaluaron 60 pacientes consecutivos que solicitaron atención en las instituciones participantes. En 30 pacientes se estableció el diagnóstico de TLP mediante la Entrevista Clínica Estructurada (DSM-IV). Diecinueve dieron su consentimiento informado para participar en el estudio. La medición con la EDC y la EEAG se efectuó cada 24 sesiones (tres meses) durante dos años. Todas las sesiones de psicoterapia fueron videogradas y supervisadas. El plan de análisis incluyó análisis univariado (promedios y porcentajes) así como análisis bivariado (r de Pearson, U de Mann-Whitney y prueba de Friedman), mediante el Paquete SPSS para PC versión 8.0.

Se estudiaron 19 sujetos (78.9% femeninos y 21.1% masculinos) de clase media (100%), edad entre 18 y 52 años; 94.9% tenía educación preparatoria o universitaria; 63.1% eran solteros o divorciados; 57.8% no trabajaban. Los años de experiencia de los terapeutas fueron de 12 ± 1.15 para psicoanalistas ($n = 4$) y de 4.67 ± 4.23 para los psicoterapeutas ($n = 10$). La diferencia fue significativa entre ambos grupos ($U = 7.5$, $p < 0.002$). Se encontró que 57.8% cubrían los 9 criterios diagnósticos; 26.3% cumplía con 8 criterios; 5% cumplía con 7, 6 y 5 criterios diagnósticos. La EDC mostró un puntaje de 24 a 49 puntos, utilizándose un punto de corte de 15 para establecer el diagnóstico. La AAEG mostró un puntaje entre 40 y 55. El motivo de consulta de los pacientes incluyó problemas interpersonales (100%), problemas de pareja (53.1%) y problemas paterno-filiales (46.9%), principalmente. Los sucesos traumáticos en la infancia incluyeron: 42.1% sobreprotección; 31.5%, negligencia o abandono; 31.5%, maltrato físico y 15.7%, abuso sexual.

La permanencia en el tratamiento fue como sigue: cinco pacientes (26.3%) desertaron antes de la 5a. sesión; 11 (57.8%) llegaron a las mediciones de la 48a y 72a sesión; 8 (42.1%) llegaron hasta la 96a. sesión; 6 (31.5%) llegaron hasta la 144 sesión; cuatro (21%) llegaron hasta la 168 sesión (21 meses). Se

encontró que a mayor experiencia del terapeuta, mayor permanencia de su paciente en el tratamiento. La diferencia en años de experiencia de los terapeutas de pacientes que no llegaron a la sesión No. 72 (3.75 ± 3.6 años) *versus* aquellos cuyos pacientes sí llegaron a la sesión No. 72 (10 ± 4.1 años) fue estadísticamente significativa ($U = 15$, $p < 0.013$). Los pacientes que permanecieron más tiempo en el tratamiento fueron los que tenían mayores puntuaciones en la Escala de Evaluación de la Actividad Global, es decir, menos afección de su funcionamiento psicosocial ($r = -0.481$, $p > 0.037$).

La evolución favorable en todos los criterios ($p < 0.0001$), las mayores diferencias se observaron en el criterio 6 (disminuyó de 4.0 a 1.14), luego en orden decreciente: 8, 2, 7, 9, 4, 3, 5, y 1. En la primera medición (24 sesiones) la mayoría de los pacientes no cumple ya los criterios 1, 4 y 5. En la 2a. medición (48 sesiones), la mayoría ha dejado ya de cumplir los criterios 2, 6 y 8. Del mismo modo se documentó que la disminución de la severidad de la psicopatología se acompañó del mejoramiento de la actividad global, es decir del funcionamiento psicosocial.

Discusión: Los resultados de este estudio demuestran que 11 de 19 (casi el 60%) pacientes de la muestra dejó de tener el TLP, lo cual corrobora lo reportado por autores como Clarkin (1999) Chiesa & Fonagy (2000), Stevenson (1992) y Linehan (1991). Asimismo, se observó que La impulsividad desaparecía después de 24 sesiones y la inestabilidad afectiva tras 48 sesiones. En tanto que la alteración de la identidad no disminuyó sensiblemente aun después de dos años. Considerando la permanencia en el tratamiento y los resultados puede considerarse que la relación costo-beneficio podría ser cuestionada; sin embargo, es necesario efectuar estudios más precisos al respecto. Al parecer las deserciones tempranas pueden atribuirse a la poca experiencia de los terapeutas asignados.

La secuencia de disminución de los criterios 6, 8 y luego 2 señala que esta técnica incide particularmente en la modificación de la inestabilidad afectiva, la ira inapropiada y las relaciones interpersonales inapropiadas.

Conclusiones: La mejoría clínica de los pacientes con TLP de este estudio dependió del uso adecuado del Manual de Kernberg, la supervisión sistemática de dicho uso. A ello contribuyó el uso de videograbación como herramienta de supervisión y la exploración permanente de la contratransferencia y su resolución. Como aspectos futuros de trabajo se espera continuar con esta línea de investigación y llevar a cabo diseños comparativos con otras formas de psicoterapia, así como el uso de psicofármacos y ampliar la aplicación de esta técnica a diversas poblaciones y grupos y promover su uso a nivel de adiestramiento psicoterapéutico.

Referencia.

1. Cuevas P, Camacho, J, Mejía R, Rosario J, Parres R, Mendoza J, y López D: Cambios en la psicopatología del trastorno límite de la personalidad, en los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica. Salud Mental 2000; 23(6): 1-10.

Stress induction, neuroendocrine function and cocaine abuse

Jack H. Mendelson, M.D.

Professor of Psychiatry (Neuroscience)

Harvard Medical School

Alcohol and Drug Abuse Research Center

McLean Hospital

Many persons state they abuse alcohol or opiates to reduce feelings of stress. In contrast, most individuals who abuse cocaine report the pleasure of a brief drug-induced stress response. Cocaine stimulates the release of ACTH and cortisol, but the temporal sequence of cocaine-induced changes in other hormones and affective states is unclear. Recent studies at our drug

abuse research center have examined the pattern and temporal concordance of cocaine-induced changes in ACTH, cortisol, DHEA, epinephrine, heart rate and subjective reports of euphoria. Healthy men who met DSM-IV criteria for cocaine abuse provided informed consent for participation. Cocaine (0.4 mg/kg) or saline placebo was infused intravenously over 1 min under double-blind conditions. Blood samples for hormone and plasma cocaine analyses were collected at 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 25, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100 and 120 min. Ratings of euphoria and heart rate were measured at the same time intervals. The pharmacokinetic profiles of plasma cocaine and neuroendocrine hormones were analyzed and the time to peak levels (Tmax) and the maximum concentrations (Cmax) are reported. Placebo administration did not produce significant behavioral, neuroendocrine or cardiovascular changes in any subject. Peak plasma cocaine levels of 265 ± 17 ng/mL were measured at $9.5 (\pm 1.2)$ min following intravenous injection. Euphoria, ACTH, epinephrine and heart rate increased significantly within 8 to 12 min after IV cocaine administration in all subjects ($P < 0.01$ - 0.001). Moreover, the increases in euphoria, ACTH, epinephrine and heart rate each were significantly correlated with increases in plasma cocaine levels ($P < 0.001$). Euphoria increased significantly within 2 min after IV cocaine injection, as plasma cocaine levels were increasing, and peak euphoria was reported at 10 min ($P < 0.001$). Peak ACTH values were measured at $8.7 (\pm 0.8)$ min after cocaine injection ($P < 0.01$). Peak levels of epinephrine were measured at $10 (\pm 1)$ min after cocaine injection ($P < 0.05$). Peak increases in heart rate occurred at $11.7 (\pm 1.1)$ min after cocaine injection ($P < 0.05$). Peak levels of cortisol and DHEA were measured at $36 (\pm 4.0)$ and $28.7 (\pm 4.3)$ min after cocaine injection ($P < 0.01$ and $P < 0.01$). The temporal concordance between cocaine-induced stimulation of ACTH, epinephrine and subjective euphoria suggests that these hormonal changes are significant concomitants of the abuse-related effects of cocaine. The similarities between these hormonal profiles, the subjective effects of cocaine and the effects of "stress" will be discussed.

Cocaine and endocrine interactions in women

Nancy K. Mello, Ph.D.

Professor of Psychology (Neuroscience)
Alcohol and Drug Abuse Research Center
McLean Hospital-Harvard Medical School

Clinical reports indicate that cocaine disrupts the menstrual cycle and impairs reproductive function in women. However, evaluation of the effects of cocaine on reproductive function in women has been complicated by the fact that many cocaine abusers use a number of other drugs, including opioids and alcohol, that may also disrupt the menstrual cycle. Preclinical models have been especially useful for evaluating the effects of cocaine alone on the menstrual cycle. Neuroendocrine control of the menstrual cycle is very similar in non-human primates and in women. Moreover, this preclinical model self-administers most drugs that are abused by humans so it is possible to simulate naturalistic patterns of drug self-administration. We have found that chronic cocaine self-administration for up to two years can result in amenorrhea (the absence of menstruation), anovulation (the failure to ovulate) and luteal phase dysfunction in non-human primates. In addition, chronic cocaine self-administration may result in disorders of prolactin regulation. Prolactin levels can increase to hyperprolactinemic levels during chronic cocaine exposure. The bases for these chronic endocrine effects of cocaine are being studied by analyzing the acute effects of cocaine on anterior pituitary and gonadal hormones. It now appears that acute cocaine administration stimulates luteinizing hormone and estradiol in females. High levels of these hormones during the follicular phase of the menstrual cycle can dis-

rupt follicular development and lead to menstrual cycle abnormalities that may persist for several cycles. Interestingly, high levels of estradiol appear to enhance some behavioral effects of cocaine in rats. The implications of these preclinical studies for understanding cocaine's effects on hormones and behavior will be discussed.

Clinical reports indicate that cocaine disrupts menstrual cycle and impairs reproductive function in women. However, evaluation of the effects of cocaine on reproductive function in women has been complicated by the fact that many cocaine abusers use a number of other drugs, including opioids and alcohol that may also disrupt the menstrual cycle. Preclinical models have been especially useful for evaluating the effects of cocaine alone on the menstrual cycle. Neuroendocrine control of the menstrual cycle is very similar in non-human primates and in women. Moreover, this preclinical model self-administers most drugs that are abused by humans so it is possible to simulate naturalistic patterns of drug self-administration. We have found that chronic cocaine self-administration for up to two years can result in amenorrhea (the absence of menstruation), anovulation (the failure to ovulate) and luteal phase dysfunction in non-human primates. In addition, chronic cocaine self-administration may result in disorders of prolactin regulation. Prolactin levels can increase to hyperprolactinemia levels during chronic cocaine exposure. The bases for these chronic endocrine effects of cocaine: are being studied by analyzing the acute effects of cocaine on anterior pituitary and gonadal hormones. It now appears that acute cocaine administration stimulates luteinizing hormone and estradiol in females. High levels of these hormones during the follicular phase of the menstrual cycle can disrupt follicular development and lead to menstrual cycle abnormalities that may persist for several cycles. Interestingly, high levels of estradiol appear to enhance some behavioral effects of cocaine in rats. The implications of these preclinical studies for understanding cocaine's effects on hormones and behavior will be discussed.

The spectrum of depression

Andrew E. Slaby M.D. Ph. D. M.P.H.

Professor of Psychiatry, New York University
Medical College of New York

The lifetime incidence of affective illness among women is as great as 18% to 28% in various studies and for men 10 to 18%. Despite the fact we can obtain as great as 95% remission given various treatment modalities available, the majority of affective illness goes unrecognized, untreated or undertreated. Depression increases morbidity and mortality from a number of medical illnesses and is the psychiatric disorder most associated with suicide. In addition, substance abuse is often an attempt to self-medicate depression. The presenter will discuss the recognition and state of art management of affective illness and suicidal risk.

Major advances in the treatment of schizophrenia

Marvin I Herz M.D.

Professor of Psychiatry University of Rochester Medical Center,
Rochester, New York, USA.

In recent years, there have been major advances in our ability to provide effective treatment for individuals with schizophrenia. These advances have occurred in the areas of improved methods of service delivery, pharmacotherapy, psychosocial and rehabilitative approaches and early intervention strategies.

This paper will summarize results from controlled studies of treatment approaches which have demonstrated efficacy including:

1) Improved service delivery through recognition that schizophrenia is a long term disorder characterized by exacerbations

alternating with long periods of full or partial remission which requires continuity of care in a comprehensive integrated system of care. Usually, the locus of treatment is in the community except for acute exacerbations. The Program for Assertive Community Treatment (PACT) has been successful in maintaining marginally functioning and/or treatment noncompliant patients in the community.

2) Pharmacotherapy - The advantages of newer generation versus older generation antipsychotic medications are compared. How do the new medications differ from each other with regard to efficacy and side effects?

3) Psychosocial and rehabilitative strategies which have demonstrated efficacy in improving functioning and/or decreasing relapse and rehospitalization rates include:

a) Individual and group therapy using supportive and cognitive behavioral approaches to improve coping skills.

b) Family Interventions focusing on education and improving communication.

c) Social Skills Training.

d) Vocational and rehabilitation emphasizing supportive employment.

4) Early intervention strategies:

a) Early intervention during the prodromal phase to prevent the onset of schizophrenia;

b) Early intervention in first break patients with schizophrenia to improve course and outcome;

c) Early intervention to prevent relapse in patients with previously diagnosed schizophrenia.

A major problem is that treatment strategies which demonstrated efficacy in controlled clinical trials are not in general being used in everyday clinical practice.

El alcoholismo en las poblaciones indígenas de México

Xóchitl Gálvez Ruiz

Titular de la Oficina de Representación para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de la Presidencia de la República

En su primera parte, la ponencia presenta una visión integral del alcoholismo en México. Es, no sólo causa importante de mortalidad en grupos de población indígena, sino un complejo económico, político, social, cultural, médico y psicológico de orden nacional que no ha recibido atención suficiente, o frente al cual los planes y programas dedicados a su prevención y control ofrecen un balance sumamente preocupante, a juzgar por la contundencia de los datos disponibles y por los resultados de los trabajos de numerosos expertos en la materia, dentro de los cuales destaca la producción escrita sobre pueblos indígenas. Cuando se analizan con cierto detalle las variables que intervienen en la configuración de este complejo socio-patológico, la conclusión forzosa parece ser la de que el problema del alcoholismo en México tiene características y dimensiones de lo que podría calificarse -sin exageración- como una auténtica tragedia nacional.

El caso de la mortalidad es útil como ejemplo de lo anterior. A juicio de varios autores, los decesos asociados con el alcoholismo configuran la primera causa de muerte en población económicamente activa, aunque, debido a la forma en que se recogen y se presentan los datos, esta situación se evidencia sólo parcialmente en la información epidemiológica. En efecto, las estadísticas del Sector Salud no ofrecen cuadros que integran la patología vinculada al alcoholismo, ya que la clasificación internacional de las enfermedades utiliza otros criterios para identificar enfermedades o causas de muerte.

El examen de la información epidemiológica muestra -incluso a los ojos de los no especialistas, como es el caso de la autora de esta ponencia- una clara fragmentación de los datos que en la vida cotidiana generalmente están relacionados entre sí. En la ponencia se expone este problema con mayor detalle.

Baste mencionar aquí que si se sumaran las cifras de mortalidad por: a) enfermedad alcohólica del hígado; b) síndrome de

dependencia del alcohol; c) homicidios causados por un agresor alcoholizado; d) suicidios en los que la alcoholización fue determinante y e) accidentes (de tránsito, de trabajo, domésticos) en cuya causalidad participa la alcoholización, las cifras mostrarían un panorama mucho más dramático del que se obtiene, incluso con las cifras desagregadas. El daño es significativo, aún presentando el registro del daño de la manera habitual, especialmente en población económicamente activa, como lo muestran las siguientes cifras:

1. Mortalidad General (República Mexicana, 1999)

Causa de muerte

4a. Accidentes

5a. Enfermedad alcohólica del hígado

9a. Agresiones (Homicidios)

18a. Lesiones autoinfligidas (Suicidio)

2. Mortalidad en población en edad productiva, 1999

Causa de muerte

2a. Accidentes

4a. Enfermedad alcohólica del hígado

6a. Agresiones (Homicidios)

9a. Suicidios

12a. Síndrome de dependencia del alcohol

3. Mortalidad en población de 25/34 años, 1999

Causa de muerte

1a. Accidentes

2a. Agresiones (Homicidios)

5a. Enfermedad alcohólica del hígado

7a. Suicidios

15a. Síndrome de dependencia del alcohol

4. Mortalidad en población de 35/44 años, 1999

Causa de muerte

1a. Accidentes

2a. Enfermedad alcohólica del hígado

4a. Agresiones (Homicidios)

9a. Síndrome de dependencia del alcohol

5. Mortalidad en población de 45/54 años, 1999

Causa de muerte

2a. Enfermedad alcohólica del hígado

5a. Accidentes

7a. Agresiones (Homicidios)

8a. Síndrome de dependencia del alcohol

Fuente: Ssa. Estadísticas Básicas. Mortalidad, 1999. (Extraído de ssa.gob.mx).

El propio Consejo Nacional para el Control de las Adicciones (CONADIC) produjo una estadística con los datos y, entre otras informaciones importantes, señala que en comparación con países desarrollados de Europa y Asia, y con los latinoamericanos, México ocupa el segundo lugar en mortalidad de hombres y el tercero en mujeres por cirrosis hepática.

Interrogándose sobre el origen y consecuencias de este problema, la autora hace suyas las distinciones establecidas por Eduardo Menéndez, quien distingue entre alcohol, alcoholismo y proceso de alcoholización, rubros especialmente útiles para entender el problema en las poblaciones indígenas. Esta distinción es importante porque permite apreciar cómo los grupos sociales construyen condiciones (económicas, sociales, políticas, culturales, ideológicas o de género) en las que se instrumenta el uso del alcohol. Esta visión permite, asimismo, identificar la cadena de hechos asociados que dan lugar al proceso de alcoholización, en el cual tiene lugar no sólo la enfermedad -entendida como resultado de una adicción, y no sólo los homicidios, violaciones, agresiones intra y extrafamiliares, ausentismo laboral o la pérdida de días o años de vida útil (AVISA)-, sino también la corrupción, el cacicazgo, el "enganche" laboral de ciertos grupos, la estigmatización de los indígenas, y las formas múltiples y perversas del control social.

La ponencia alude también a un problema importante y paradójico: el relativo a la información sobre los pueblos indígenas,

incluida, por supuesto, la relativa a la salud y al proceso de alcoholización. Importante, porque se trata de un segmento significativo de mexicanos: más de 12,700,000, según cifras del Consejo Nacional de Población para el año 2000, es decir, 13% de la población total del país, integrado por más de 60 pueblos con lenguas y dialectos propios, y el que ostenta las más altas cifras de marginación y vulnerabilidad, y los más bajos índices de satisfacción de sus necesidades básicas. Paradójico, porque al mismo tiempo que se cuenta con una importantísima bibliografía sobre alcoholismo en grupos indígenas -producida por antropólogos nacionales y extranjeros-, hay enormes vacíos de información básica sobre la epidemiología resultante del proceso de alcoholización. Paradójica también porque se suele indicar como característico de las poblaciones indígenas su dependencia al alcohol, cuando puede hoy probarse que las cantidades consumidas por otros sectores sociales supera al de los pueblos indios.

La ponencia se detiene a examinar -así sea brevemente- las razones de esta percepción y la magnitud diferencial del daño producido por el alcohol en una población generalmente desnutrida, sujeta a enormes tensiones de distinta índole y a una relación histórica de sujeción, consumidora de bebidas embriagantes de ínfima calidad, cuando no francamente tóxicas aún a dosis bajas. Se ofrecen, en un anexo, numerosos ejemplos de la problemática en las zonas indígenas.

La parte final está dedicada a examinar -también de manera sintética- las estrategias del Sector Salud y las de las organizaciones de autoayuda, así como los vacíos institucionales en materia de programas de salud mental en las regiones indígenas.

Finalmente, el texto alude a la Coordinación de Salud y Nutrición para Regiones Indígenas, de reciente creación en la Secretaría de Salud, y a los propósitos expresados en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, en donde se señala al alcoholismo como uno de los temas a atender en la presente administración. Se formulan algunas sugerencias y se subraya la colaboración que debería establecerse con los recursos locales para la salud y con los grupos de autoayuda.

La ponencia completa incluirá mapas, cuadros y gráficas.

Violencia y personalidad antisocial

Efraín Bleiberg M.D.

Psiquiatría Infantil. The Neuringer Clinic, Topeka, Kansas, USA

Eventos recientes de brutalidad, violencia y menosprecio de la vida humana nos confrontan con la necesidad de entender la capacidad humana de destrucción y autodestrucción. Aún más importante es entender los mecanismos que protegen a los seres humanos de su propia destructividad.

En esta presentación, utilizando el marco conceptual de la psicopatología del desarrollo, discutiré una formulación sobre el origen y organización de una manifestación particularmente perniciosa de la destructividad humana: "La Personalidad Antisocial".

Esta formulación, basada en la teoría del apego y en investigaciones del desarrollo, neuro cognitivas y clínicas ilumina la importancia crítica del mecanismo de mentalización, cuya inhibición conduce a la deshumanización del otro y cuya activación protege contra los efectos devastadores del trauma y la vulnerabilidad neuro-biológica.

Cocaína. Uso, abuso: destrucción del ser humano y su entorno.

Dr. Claudio García Barriga

Primer Vicepresidente Federación Latinoamericana de Psiquiatría Biológica

El desarrollo de alto nivel de la ciencia y la tecnología al servicio de los grandes intereses económicos transnacionales, ha

abierto una enorme brecha entre los grupos dominantes minoritarios de la economía mundial y las grandes masas mayoritarias de población consumidora dependiente de ideas-productos a comprar. Dentro de los grupos de grandes intereses económicos está toda la red de la producción, distribución y consumo de la cocaína, que sigue las mismas reglas económicas transnacionales, llegando a imponer sus propias reglas que como "organización-empresa" se infiltra dentro de las estructuras de poder económico, llegando de esta manera a asegurar la venta y el consumo de la cocaína, con extremosas ganancias económicas comparables a las de la industria del petróleo; teniendo así, una extremada diferencia entre grupos sociales y una oferta bien organizada de la cocaína en el mercado. Al igual que cualquier otro producto, el consumo, uso y abuso de la misma se hace fácil, creándose un mercado cautivo y el aumento de consumidores. Esto ha sucedido en los últimos años en Latinoamérica, en que por el grado extremo de pobreza de las migraciones del campo a las grandes ciudades se ha generado más miseria, desesperanza, frustración e impotencia.

Dentro de esta situación socioeconómica y cultural actual, está el ambiente ideal para que existan muchos tipos de consumidores: individuos sanos en una situación de total desesperanza, individuos sanos que por una marcada competencia laboral no tienen otra alternativa que recurrir a la cocaína. Otros que por problemas psicopatológicos no resueltos, recurren a ella como puerta de salida, quedando la mayoría atrapados en este grupo de dependencia-pertenencia que crea la cocaína, pagando un alto costo por lograr la evasión de la frustración, de la desesperanza y entrar al mundo artificial de la euforia y el placer. La oferta en el mercado va desde la más primitiva que es la masticación de la hoja de coca por los mineros bolivianos en el altiplano de su país, hasta el crack, que es la cocaína intensificada, fumable y altamente impura, en medio de éstas está la pasta básica fumable y mezclada con tabaco y marihuana, la free base o cocaína de base libre, purificada y fumable. El clásico clorhidrato de cocaína, que se inhala o inyecta por vía intravenosa; todas ellas con efectos mágicos inmediatos que aparecen entre seis y 15 segundos.

Los efectos devastadores en el organismo humano son el costo de la euforia y del placer, ya que se producen deficiencias funcionales irreversibles en todo el organismo, alteraciones estructurales y neurobioquímicas en el sistema nervioso central y periférico, además de daños cardíacos, hepáticos, hormonales, respiratorios inmunológicos y generación o agravamiento de problemas psicopatológicos, Cocaína-Cerebro-Mente: la cocaína tiene como una de sus acciones inmediatas la de bloquear la recaptura de las catecolaminas, especialmente la noradrenalina, primera en descubrirse y posteriormente se ha encontrado que también lo hace con la serotonina y la dopamina posibilitando así un exceso de estos neurotransmisores a nivel sináptico, con una altísima disponibilidad de éstas para los receptores posinápticos de la segunda neurona, de la sinapsis de los neurotransmisores, entre otras cosas, posibilita la aterradora experiencia vivencial de: grandiosidad, euforia, placer, excitación. La cocaína va progresivamente alterando e incluso destruyendo los receptores posinápticos, perdiendo su especificidad y por ello generando graves alteraciones irreversibles que se expresan en alteraciones psicopatológicas, en que por abstinencia se produce un síndrome depresivo-ansioso desastroso que obliga al consumidor a controlarlo reincidiendo en el consumo de la cocaína y así cerrar un dramático círculo vicioso en el que el individuo queda atrapado.

Lesiones Cerebrales: la alteración en el metabolismo de las catecolaminas y su altísima disponibilidad, generan sistémicamente y especialmente a nivel cerebral un marcado vasoespismo con las consecuentes alteraciones en las arterias y la disminución de la irrigación cerebral con la formación de microinfartos, llegando a semejar cuadros demenciales vasculares, especialmente en regiones prefrontales, frontales, temporales y parietales demostrados a través de los recientes estudios de imagenología, igualmente existe una marcada disminución de los niveles de glu-

cosa en estas áreas así como en la región gangliobasal y en todo el sistema límbico, también se ha encontrado un adelgazamiento de la corteza cerebral en su interfase más profunda.

Plan terapéutico transdisciplinario: "Red terapéutica" he tomado el modelo basado en la "Abstinencia". Lo adecuado es tener un sustituto de la cocaína, pero terapéutico, es decir, administrar los medicamentos combinados de tipo de los inhibidores de la recaptura de la dopamina, serotonina, especialmente los antidepresivos y ansiolíticos. Los más utilizados por su efecto sobre la dopamina son desipramina con bromocriptina. Otros como mazindol, amantadina, L-dopa, bupropin (por su efecto dopaminérgico y el fluopentixol en los casos graves de estados paranoides con decaimiento. Antidepresivos recomendados en diferentes combinaciones de acuerdo a la historia clínica y el diagnóstico integral; los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina: fluoxetina, paroxetina, sertralina, serpopram y fluvoxamina, por su alta eficacia igual a los antidepresivos tricíclicos, su marcada seguridad, el tener escasos efectos secundarios, poder usarse a largo plazo y como medicamento preventivo. La elección de ISRS depende de dos perfiles: el psicopatológico de la persona dependiente a la cocaína y el SSRS a utilizar.

Más aún, quisiéramos tener el medicamento que tenga un efecto bloqueador sobre la recaptura de noradrenalina, serotonina y dopamina, no es así, pero han dado buenos resultados los dobles inhibidores de serotonina y noradrenalina como la mirtazapina y en especial la venlafaxina que aunque es débil inhibidor de la recaptura de la dopamina lo es de la serotonina y noradrenalina.

Recomendados en diferentes combinaciones de acuerdo a la historia clínica y el diagnóstico integral; los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina: fluoxetina, paroxetina, sertralina, serpopram y fluvoxamina, por su alta eficacia igual a los antidepresivos tricíclicos, su marcada seguridad, el tener escasos efectos secundarios, poder usarse a largo plazo y como medicamento preventivo, la elección de ISRS depende de dos perfiles: el psicopatológico de la persona dependiente a la cocaína y el ISRS a utilizar.

Otros recomendados, la clásica desipramina, la muy recurrente mianserina, especialmente en las noches, también la clorimipramina, la reboxetina, la bromocriptina, trazodone como recursos de diferentes combinaciones. De la misma manera un medicamento fundamental: clonazepam, también se recomienda la carbamazepina y en casos extremos de depresiones resistentes el tratamiento electroconvulsivo, se agrega vitaminoterapia tipo vitamina B, C y E, en algunos casos con altas dosis de piracetam y también sulfoadenosil-metionina (SAME).

Debe tenerse un monitoreo permanente de la abstinencia, con estudios de laboratorio y gabinete: aminogramas, mapeo cerebral, pruebas neuropsicológicas e imagenología. He de poner énfasis en que el tratamiento no es exclusivo de la Farmacoterapia restitutiva, sino que ésta debe estar dentro de un marco psicoterapéutico múltiple y combinado: individual, de pareja, familiar, de grupo, con sus grupos paralelos, dentro de organizaciones civiles y gubernamentales que garanticen la continuidad y permanencia del tratamiento, para rescatar al paciente y reinstalarlo socialmente como individuo satisfecho en su productividad y buen manejo de sus expectativas, desarrollando adecuadamente sus potencialidades.

Prevención: dada la complejidad y la alta tecnología de las redes de quienes manejan "el negocio de la cocaína", los diferentes modelos preventivos no han funcionado, sólo podrán ser viables en la medida en que las condiciones socio-políticas-culturales de la narcoeconomía sean anuladas.

**Características de pacientes usuarios
de cocaína de primer
ingreso a tratamiento en Centros
de Integración Juvenil, A.C.**

Dr. Víctor Manuel Guisa Cruz,* Psic. David Bruno Díaz Negrete**

* Director General de Centros de Integración Juvenil, A.C.

** Subdirector de Investigación de Centros de Integración Juvenil, A.C.

De acuerdo con datos de la encuesta nacional de adicciones realizada con población urbana entre 12 y 65 años, el consumo de cocaína presenta un aumento considerable en los últimos años, al pasar su uso alguna vez en la vida de 0.56% en 1993 a 1.45% en 1998, un incremento de 2.6 veces, notoriamente más alto que el observado en el caso de otras sustancias.

Esta tendencia se ve confirmada por los datos proporcionados por pacientes usuarios de drogas de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil (CIJ), los cuales indican un aumento del uso alguna vez en la vida de cocaína de 12.2% entre los pacientes atendidos en 1990 a más de 70% entre los atendidos en 2000.

La diseminación del uso de cocaína sigue un patrón característico afectando, en primera instancia, a una alta proporción de la población atendida en los CIJ Tijuana, Mexicali, Culiacán y Cancún, registrando, posteriormente, altas tasas de uso entre la población recibida en otros CIJ de la región Noroccidental, la costa Pacífico y la Ciudad de México y, finalmente, expandiéndose al resto de la República.

Este patrón de aumento y diseminación resulta en la existencia de notorias diferencias regionales. Según datos del estudio realizado con pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ en 1999, la población atendida en la mayoría de los CIJ de la región Noroccidental presenta porcentajes, de uso de cocaína alguna vez en la vida, superiores a la media nacional (situada ese año en 68.2%), junto con sustancias como la marihuana y los depresores de uso médico (los CIJ de esta región donde el uso de cocaína se ubica por debajo de la media nacional, tienden a presentar relativamente altas tasas de consumo de metanfetamina y heroína). En la población atendida en la zona metropolitana de la Ciudad de México, la cocaína presenta también tasas de consumo más altas que la media nacional -con la excepción de municipios conurbados del Estado de México, donde se aprecia una prevalencia relativamente alta de solventes inhalables-. Por el contrario, en la población recibida en la mayor parte de los CIJ de la región Nororiental y del Centro y Sur de la República, el uso de cocaína registra tasas menores a la media nacional.

Por otro lado, un análisis realizado con base en datos de pacientes de primer ingreso a tratamiento en 1996 (N = 12,374), indica que los pacientes que refirieron haber utilizado cocaína en los 30 días previos a su ingreso a tratamiento (n = 2,440) presentan características sociodemográficas significativamente distintas al resto de la población atendida.

En primer lugar, destaca que tienden a acudir con mayor frecuencia que los usuarios de otras sustancias solos a consulta y no acompañados por sus familiares. En segundo lugar, presentan una mayor edad al ingreso a tratamiento en CIJ (23 años contra 20 años en promedio general). En tercer sitio, reportan una mayor escolaridad (un porcentaje significativamente más alto refirió haber cursado algún grado de enseñanza media superior o superior). En comparación con otros grupos de pacientes, presentan la mayor proporción de sujetos casados y, finalmente, una mayor proporción de casos con ocupación productiva.

Por lo que respecta a variables relacionadas con el patrón de consumo, destaca que el número de casos que reportó haberlo iniciado después de los 15 años (edad mediana de inicio del total de pacientes atendidos) es mayor que en el caso de usuarios de otras sustancias. Una alta proporción presentaba síntomas de habituación o dependencia, pero sin alteraciones severas de ajuste, en tanto que un porcentaje significativamente más alto que el observado entre usuarios de otras drogas refirió haber iniciado el consumo con alcohol y cocaína. Cerca de 60% refirió haber utilizado drogas por seis años o más, antes de su ingreso a tratamiento en CIJ. Por último, no obstante que cerca de 20% refirió haber consumido únicamente cocaína, entre quienes señalaron haber utilizado otras sustancias durante los 30 días

previos a su ingreso, la principal sustancia adicional reportada fue la marihuana.

Por otra parte, un estudio realizado con una muestra no probabilística de 49 usuarios preferenciales de cocaína, seleccionados entre la población solicitante de tratamiento en centros del área metropolitana de la Ciudad de México en 1999, permitió aportar una base inicial para el estudio de los rasgos de personalidad de este grupo de usuarios en México, con base en la versión ajustada del Inventario Multifásico de Personalidad Minnnesotta. Para este estudio se consideró que las drogas constituyen un medio del que se sirve el sujeto para modificar la percepción de sí mismo y de la realidad a fin de evitar estados disfóricos (ansiedad, depresión, sentimientos de vacío, etc.), compensar fallos de su estructura o disminuir el impacto de situaciones o eventos traumáticos, suponiendo además que la elección de la cocaína como droga de preferencia se asociaba con la interacción entre los efectos de la misma y los rasgos de personalidad del sujeto. Como antecedente puede señalarse que el uso de cocaína se asocia frecuentemente con desórdenes afectivos y de ansiedad, así como con trastornos de la atención y de la personalidad.

La muestra se compuso predominantemente por pacientes del género masculino (91.8%), con una edad promedio de 22.6 años y los rasgos de personalidad identificados -a pesar de que no corresponden a un perfil de personalidad único- indican la existencia de una alta prevalencia de manifestaciones hipocondríacas y tendencia a la somatización, si bien un grupo importante de casos tiende a ignorar o minimizar la importancia de signos y síntomas verdaderos, con una posible distorsión de la capacidad de autocuidado o de la captación empática de las propias necesidades.

Alrededor de la mitad de los casos presentó una percepción distorsionada de la realidad, con proclividad a la exageración de problemas, posiblemente asociada a la petición de apoyo terapéutico, pero también a una reducida capacidad para resolverlos.

En la cuarta parte de los casos se observó la presencia de rasgos depresivos moderadamente elevados, confirmando la asociación identificada entre estados depresivos y consumo de cocaína, mientras que una proporción relativamente alta presentó una baja capacidad de *insight*, reducido interés por el tratamiento, cinismo, autoengaño y una capacidad limitada para reconocer la propia problemática y motivaciones.

Un alto porcentaje de casos presentó rasgos psicopáticos, con dificultad para aceptar las normas sociales y una escasa tolerancia a la frustración. Asimismo, se detectó una alta prevalencia de rasgos paranoides, tales como suspicacia y resistencia para hablar de sí mismo, a lo cual debe añadirse en algunos casos la posible presencia de estados delirantes.

Pudo observarse también una alta frecuencia de rasgos esquizoides (proclividad al aislamiento y a experimentar sentimientos de incompreensión o rechazo, así como a actuar de forma excéntrica y con un pobre contacto con la realidad) y la existencia de marcados rasgos hipomaniacos en la tercera parte de la muestra, con una tendencia a la hiperactividad y a hacer una autoevaluación poco realista, o bien, con rasgos hipomaniacos sumergidos (apatía, indiferencia y escasa motivación).

Finalmente, se observó una alta prevalencia de dificultades para tomar decisiones, exceso de dudas o temores, preocupación obsesiva y perfeccionismo.

En síntesis, hay que señalar el notable aumento del uso de cocaína en nuestro país, el cual aparece directamente asociado con características sociodemográficas y de consumo específicas, indicando la existencia -dentro de la población usuaria de drogas- de un grupo de alto riesgo, así como de rasgos de personalidad y síntomas psicopatológicos que indican la existencia de especiales retos para el tratamiento y rehabilitación del usuario.

Referencias

- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación. El consumo de drogas ilícitas en México, población general, estudiantes, menores trabajadores, pacientes usuarios de drogas. CIJ, México, 1999.
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación. Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ, realizados entre 1990 y 2000.
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación. Perfil y trayectoria del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ en 1996. Informe de Investigación 97-12, publicado en: CIJ, Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ entre 1990 y 1997. CIJ, México, 1998.
- Centros de Integración Juvenil, Subdirección de Investigación. Rasgos de personalidad de consumidores preferenciales de cocaína atendidos en CIJ. Informe de Investigación 99-17, CIJ, México, 2000.

Fundamentos constitucionales y legales que permiten a las Fuerzas Armadas participar en el combate al narcotráfico

Gral Brig. J.M. y Lic. Jaime A. López Portillo Robles Gil

Procuraduría General de Justicia Militar

La conferencia se impartirá dentro del marco de la celebración del Día Mundial de la Salud Mental, en el II Congreso Internacional de Salud Mental y Adicciones, se expondrán los antecedentes sobre el consumo de drogas en las diversas etapas de la humanidad y el incremento en su adicción, como producto de las grandes confrontaciones bélicas del siglo XX. La problemática social del narcotráfico se enfoca, desde la perspectiva nacional e internacional, para exponer los factores que influyen en el desarrollo de los países productores, en la existencia de las mafias internacionales como organizadoras del narcotráfico, sus recursos y funcionamiento, así como en la problemática creciente en los países consumidores. La oferta y la demanda de productos del narcotráfico, las luchas internas entre las mafias, las presiones de éstas en productores y consumidores son generadores de problemas de salud pública, desintegración familiar, violencia grave y permanente corrupción en las estructuras económicas, sociales y gubernamentales.

La Organización de las Naciones Unidas está plenamente comprometida en la lucha contra el narcotráfico, actividad que le representa a éste un ingreso de 400 mil millones de dólares anuales, tiene más de 200 millones de personas adictas en el mundo y representa un costo en su combate de 120 mil millones de dólares.

México ha suscrito diversos tratados, convenios y acuerdos de cooperación con la comunidad internacional. Los suscritos con los países Centro-Norte de nuestro continente tienen los objetivos de mejorar los tratamientos a los drogadictos, lograr su rehabilitación, combatir su tráfico, brindarse asistencia jurídica en investigaciones y procesos penales, incrementar la erradicación de cultivos ilícitos, intercambiar información, elaborar instrumentos legales, reducir su consumo y atender el desvío de precursores químicos. Mención especial representan las acciones de México en el combate al narcotráfico y las acciones de la Secretaría de la Defensa Nacional que datan desde 1950 cuando estableció el plan CANADOR (Cannabis-Adormidera), 1977 la Operación Cóndor, 1987 la Fuerza de Tarea Marte y 1995 la Directiva General Azteca, operaciones donde las Fuerzas Armadas han participado en la erradicación de cultivos ilícitos, intersección en los ámbitos terrestre, aéreo así como anfibio, y el combate al crimen organizado.

Los fundamentos constitucionales y legales que a las Fuerzas Armadas les permiten actuar contra el narcotráfico, son las instituciones jurídicas de la flagrancia y la solicitud fundada y motivada de autoridad competente.

La flagrancia, como primer fundamento constitucional que justifica la participación de las Fuerzas Armadas en la lucha

contra el narcotráfico, encuentra su regulación en el cuarto párrafo del artículo 16 de la Constitución Federal, que permite a cualquier persona detener al indiciado de un delito y ponerlo sin demora a disposición de la autoridad competente. La figura jurídica de la flagrancia se actualiza cuando el autor de un delito es detenido en el momento de estarlo cometiendo, durante su persecución o cuando es señalado como responsable por la víctima, algún testigo o quien hubiera participado además, cuando se le encuentre en su poder el objeto, instrumento o producto del delito; procedimientos que son reglamentados por el Código Federal de Procedimientos Penales.

La solicitud fundada y motivada de autoridad competente es otro procedimiento jurídico que fundamenta constitucionalmente a las instituciones armadas del país, para realizar acciones en esta lucha contra del narcotráfico. La Suprema Corte de Justicia de la Nación al resolver su acción de inconstitucionalidad 1/96, realizó una interpretación sistemática jurídica de los artículos 16, 21, 89 fracción VI y 129 de la Carta Magna, donde estableció que las Fuerzas Armadas pueden realizar actividades diferentes a las que tengan exacta conexión con la disciplina militar, como el combate al narcotráfico, por ser facultad del Ejecutivo Federal disponer de ellas para la seguridad interior del país.

La Secretaría de la Defensa Nacional, conforme a su naturaleza jurídica de ser Secretaría del Estado y cuartel general del Ejército y la Fuerza Aérea, tiene facultades constitucionales y legales para participar en el Sistema Nacional de Seguridad Pública, establecido en el artículo 21 constitucional y reglamentado por la ley general que establece las bases de coordinación del Sistema Nacional de Seguridad Pública, permitiendo a las Fuerzas Armadas coadyuvar en la lucha contra el narcotráfico y la delincuencia organizada, cuando exista solicitud fundada y motivada por el Ministerio Público Federal, situación que fundamenta legalmente su participación.

Por último, el Plan Nacional de Desarrollo es un instrumento administrativo emitido por el Ejecutivo Federal, donde a las Fuerzas Armadas les asignó la responsabilidad de emprender acciones efectivas contra el tráfico de drogas y delincuencia organizada.

Narcotráfico y Seguridad Nacional: Valores morales

Lic. Adolfo Aguilar Zinzer

Comisionado de Orden y Respeto, Presidencia de la República

RESUMEN

Considerando que el núcleo familiar es el sitio natural donde un individuo puede aprender y comprender su ubicación existencial, obtener los satisfactores necesarios para un buen desarrollo físico, lógico y ético, y, sobre todo, a partir del último, poder darle un sentido a su vida. Observando que los marcadores estadísticos de enfermedades psicológicas, psicosomáticas, psicosociales van en constante e irrefrenable incremento, a pesar de todas las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación, se considera prudente y necesario probar nuevos modelos como el que se propone en este trabajo, el cual, que siendo de tipo preventivo integral puede dar mejores resultados con el tiempo.

En ese sentido se propone informar las consecuencias devastadoras morales del Síndrome Neurótico; propiciar el manejo de conceptos sinónimos amor-afecto; obtener los medios necesarios para concienciar a la población susceptible; y modificar las condiciones ambientales y familiares.

Información sobre la neurosis. Es la incapacidad de dar y recibir amor o afecto, de manifestar emociones positivas, de aplicar los valores morales. Sus causas directas son la pertenencia a una familia emocionalmente inmadura, infantilismo emocional, esterilidad afectiva, activación del sistema de alarma y alerta, y temores indefinidos.

Desarrollo del complejo de inferioridad: Tensión emocional (stress), sensación de incomplitud, aislamiento afectivo e inse-

guridad, prejuicios heredados, adopción de ideas obsesivas, con o sin compulsión, sensación interna de "injusticia" (orgullo), revanchismo (desde venganza a "injusticia"), frustración, resentimiento, culpabilidad, agresividad (castigo), culpa (ira), autoagresividad (autocastigo), culpabilización, necesidad imperiosa de aprobación, dependencia de personas y cosas, confusión existencial, fijaciones, inconformidad y autolástima, a lo cual se agrega la existencia y manifestación de un complejo de inferioridad o bien alguna de sus variantes. La descripción general incluye aflicción por el pasado o depresión, preocupación por el futuro, angustia, desconfianza, sufrimiento emocional, sensación de carencia (vacío) y soledad. Los mecanismos de compensación son diversos e incluyen actitudes de autoprotección y sobrevaloración, entre otros; la influencia de las características de la personalidad y el carácter son determinantes y no es rara la coexistencia de problemas de tipo psicosomático variado.

Frente a dicho panorama se propone a la familia como el sitio natural de conformación de valores, los cuales se definen como formas de expresar el amor, partiendo de valores universales como el amor, la verdad, la comprensión, el conocimiento espiritual (lo moral o ético); para continuar con valores éticos-personales como la humildad, la honradez, la tolerancia, la gratitud, el respeto, la fe, la confianza, el espíritu de servicio, la responsabilidad, la amistad y la vocación. Por otra parte, los valores ético-sociales, incluyen la libertad, la igualdad, la fraternidad, la nobleza, la gentileza y la democracia. Finalmente, los valores ético-civiles son el honor, el valor, la lealtad y la justicia.

El fortalecimiento del papel de la familia en la propagación de estos conceptos permitirá contribuir a la prevención. La meta en ese sentido sería la estructuración de una familia emocionalmente madura y funcional.

"La Procuraduría General de la República en la lucha contra el narcotráfico"

Mtro. Estuardo Mario Bermúdez Molina

Fiscal Especializado para la Atención de Delitos contra la Salud

El tema que abordaré versará sobre el esfuerzo de los hombres y mujeres que integran la Procuraduría General de la República en la lucha contra el narcotráfico, cuya participación sólo es una parte de las estrategias y acciones conjuntas del Gobierno Federal.

En este sentido, es necesario señalar que el narcotráfico es la principal manifestación de la delincuencia organizada, dado que se integra en complejas estructuras organizativas bajo principios de división del trabajo delictivo, esto le ha permitido obtener un gran poder económico. Este fenómeno criminal incide en los ámbitos nacional e internacional al poner en peligro la soberanía de los países; genera corrupción en todos los niveles sociales, desestabiliza economías y fomenta la comisión de ilícitos de diversa magnitud y naturaleza, como son el tráfico de armas, de personas y el lavado de dinero, principalmente. Aunado a que los consumidores de drogas aumentan la inseguridad pública, al ser proclives a cometer delitos que resiente directamente la población en su patrimonio e integridad física.

Por eso, en nuestro país, bajo el enfoque de que la farmacodependencia y el narcotráfico forman parte de un mismo problema, ha sido necesario implementar mecanismos de coordinación que involucren a entidades y dependencias de los tres niveles de gobierno en materia de salud, educación, desarrollo económico, social y cultural, control del sistema financiero, seguridad pública y procuración de justicia, conforme al objetivo general del Programa Nacional para el Control de Drogas: abatir el consumo y combatir la producción, procesamiento, tráfico y comercialización ilícita de drogas; el desvío de precursores químicos, químicos esenciales y máquinas para la producción de drogas sintéticas, así como sus manifestaciones en la comisión de delitos conexos como el lavado de dinero y el tráfico de armas, bajo un esquema de atención integral y de fortalecimiento

de la cooperación internacional, así como de una aplicación rigurosa de la estrategia global.

Este programa establece los rubros de prevención y control de la demanda y la oferta de narcóticos, atención a delitos conexos y cooperación internacional. En el ámbito de su competencia, corresponde al Ministerio Público de la Federación la investigación y persecución de los delitos contra la salud, para ello, la Procuraduría General de la República, ubicada en el ámbito del Ejecutivo Federal, cuenta con la Fiscalía Especializada para la Atención de Delitos contra la Salud, la Unidad Especializada en Delincuencia Organizada, la Unidad Especializada contra el Lavado de Dinero y las delegaciones estatales, además de la Dirección General de Prevención del Delito y Servicios a la Comunidad que se encarga de participar en los programas de atención y prevención de la farmacodependencia. Dichas unidades se coordinan entre sí y con otras dependencias y entidades, a fin de dar una atención integral a esta problemática. La lucha contra la oferta de narcóticos se realiza en diversos frentes:

1. La producción de narcóticos se combate con la erradicación de cultivos ilícitos en todo el territorio nacional mediante diversas acciones, entre las que destacan los vuelos de reconocimiento para ubicar las áreas de cultivo y fumigar los plantíos de marihuana y amapola; si esto no es posible, la erradicación se lleva a cabo en forma manual, con el apoyo invaluable del Ejército Mexicano y se supervisa posteriormente lo erradicado. En este mismo rubro, a través de registros, se controla la comercialización de precursores químicos, químicos esenciales y máquinas, en coordinación con la Secretaría de Salud, para prevenir su desvío a laboratorios clandestinos, la detección de éstos y su desmantelamiento.
2. El transporte y distribución de drogas se combate a través de acciones de vigilancia e intercepción aérea, marítima y terrestre, para lo cual se coordinan con la Procuraduría General de la República, las Secretarías de la Defensa Nacional, de Marina, de Comunicaciones y Transportes y de Seguridad Pública. La información del esfuerzo nacional en estos rubros, la concentra y sistematiza el Centro de Planeación para el Control de Drogas de esta Institución, para su análisis y obtención de datos que permitan determinar las rutas de narcotráfico, las zonas de mayor incidencia, la identificación de las organizaciones criminales y su modo de operación y, con base en tal información, preparar las acciones de investigación y persecución de los delitos.
3. Estas acciones preventivas dan lugar a investigar a las personas involucradas en el tráfico y distribución de drogas, así como en actividades de lavado de dinero y culminan en los procesos penales, cuando los responsables son consignados, juzgados y sentenciados por los delitos cometidos, lo que ha permitido alcanzar logros significativos en el control de la oferta de drogas, al hacerse efectiva la acción punitiva estatal. Ciertamente, la estrategia a largo plazo es la prevención; sin embargo, hasta en tanto no se obtengan los resultados deseados, es necesaria la redefinición de funciones y reestructuración de las unidades administrativas que conforman la Procuraduría General de la República, para dar una lucha frontal a la oferta y los beneficios de la venta de drogas, se deben emplear los medios de investigación que prevé la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada. Para ello, se ha planteado la estructuración de una Subprocuraduría que asuma las funciones de las tres unidades especializadas con que se cuenta y que tenga la atribución legal de conocer todos los delitos que se cometen por la delincuencia organizada, con el fin de evitar la dispersión de los esfuerzos.

De esta manera, el Gobierno de la República, a través de las dependencias públicas competentes y con la participación social, ha replanteado las estrategias para afrontar la oferta y la demanda de narcóticos, en la búsqueda permanente de hacer realidad la garantía constitucional de salud y bienestar social de todos los mexicanos.

Una red de servicios para la salud mental

Dr. Joseph Ramos Montes

Psiquiatra. Director médico de los servicios de salud mental (adultos) de San Juan de Dios, Barcelona. España.

Introducción. La década pasada, llamada la década del cerebro, asistió a importantes descubrimientos sobre el funcionamiento del cerebro humano, mientras los conocimientos sobre biología molecular y genética humana dieron un salto fundamental. Sin embargo, y a pesar de los indudables avances de la Psiquiatría en los últimos años, aún hoy seguimos considerando a la salud y la enfermedad mental como verdaderos retos para el conocimiento científico. Sea como fuere, la Psiquiatría continúa siendo un compendio de saberes y prácticas extraordinariamente útil para las personas y las sociedades, enfrentadas a la enorme dificultad de qué hacer con las enfermedades mentales.

Las necesidades de salud mental. En el conocido trabajo de Murray y López, *The Global Burden of Disease*, se establece que 22% de todos los años vividos en el mundo con discapacidad se debe a cinco trastornos mentales de los considerados severos. El conjunto de las personas con un trastorno mental crónico y discapacitante representa 2.8% del total de la población. Además, una de cada cinco personas sufre algún tipo de trastorno mental en el periodo de un año.

Todo ello sin contar con las situaciones de sufrimiento mental y riesgo crónico en las que viven millones de personas en todo el mundo.

Naturalmente es muy difícil, incluso para los países con mayor nivel de desarrollo económico, hacer frente a todas estas necesidades. La selección de prioridades y estrategias para posicionarse frente a esta realidad, los valores sociales sobre los que se sustentan las decisiones y el grado de compromiso que en su ejecución se mantenga, constituyen los elementos primordiales de lo que entendemos por política sanitaria en este ámbito.

El modelo sanitario en Cataluña. La importancia de la salud mental. La estructura sanitaria catalana ha sido diferente históricamente de la del resto del Estado, con 64% de las camas de utilización pública gestionadas por mutualidades, municipios o entidades y fundaciones privadas sin ánimo de lucro. Todo ello ha permitido establecer un modelo sanitario que diferencia entre el planificador-financiador de los servicios (un servicio nacional de salud) y los centros proveedores, sujetos por contrato a los objetivos marcados por el ente público, pero capaces de gestionar autónomamente dentro de lo que se ha dado en llamar un *mercado regulado*.

Como en muchos países, la sanidad catalana se halla inmersa en múltiples tensiones entre las cada vez mayores necesidades y exigencias de una población que envejece, y los enormes incrementos de los costes "de producción".

Desde que hace 11 años la salud mental se incorporó a este escenario, mantiene una estructura diferenciada en la Sanidad, con un presupuesto propio en constante lucha con las demás partidas sanitarias. Aunque el crecimiento ha sido importante, aún hoy el porcentaje de la factura sanitaria destinada a asistencia psiquiátrica representa tan sólo 3.5-4% del total, lejos aún de la situación de los países del entorno europeo.

Los servicios de salud mental. El modelo de servicios se basa en los postulados teóricos de la psiquiatría comunitaria, y trata de priorizar la atención más cercana al contexto del individuo, definiendo sectores geodemográficos o circuitos asistenciales conformados por servicios diferentes que deben coordinarse entre sí. Se definen las distintas tipologías de servicios que forman parte de la red de utilización pública (tanto infanto-juvenil como de adultos), y se establecen los criterios mínimos de acreditación para los centros que formen parte de ella. La administración sanitaria confecciona un plan de salud, actualmente quinquenal, en el que participan profesionales de cada sector sanitario, el cual establece los objetivos de salud futuros y sienta las bases de la planificación.

Sobre esta base y la capacidad presupuestaria decidida, se confeccionan los contratos de servicios con las entidades en los distintos territorios (actividad en visitas, altas, estancia media, programas especiales, usuarios atendidos, etc... y financiación), que serán evaluados al final de cada año.

En el modelo se parte de la convergencia en el territorio de entidades y centros de muy diversa procedencia, hasta un total de 64 empresas diferentes en toda Cataluña (hospitales generales, hospitales psiquiátricos, cooperativas de profesionales, mutuas de seguros, etc...).

El modelo de San Juan de Dios en Barcelona: desde un hospital psiquiátrico tradicional a una red de servicios integrados. El cambio en el escenario político, con la inclusión de la salud mental en el sistema sanitario general, se utilizó para generar un impulso de transformación interna. La ambición explícita fue y sigue siendo mantener en la cultura de la organización, el factor "cambio" de una manera permanente.

Las fases de este proceso han sido: Definición de la misión y del marco conceptual de nuestra organización: se abrió un debate dirigido y metódico, abierto a todos los que desearon participar en torno a cómo queríamos ser y con el objetivo de pactar un marco común a todos los *grupos de interés* presentes en la Institución.

Definición del Plan Estratégico para los siguientes cuatro años: se priorizó el cambio dentro del hospital, la puesta en marcha de servicios en la comunidad, la continuidad asistencial, la consolidación de la influencia en un territorio concreto,

el fortalecimiento de la organización y sus métodos de trabajo, y un plan de recursos humanos atractivo para la llegada de nuevos profesionales.

Definición del Plan de Calidad para tres años. Incremento de las actividades docentes y de investigación.

Se instauró la Dirección por Objetivos en todos los niveles.

El cambio en los servicios. En cada servicio se determina en este orden:

1. Definición de los usuarios: demandas, necesidades y expectativas.
2. Definición de los servicios que prestamos, de acuerdo con lo anterior y con la misión.
3. Plan funcional: recursos y organización concreta de los servicios.

Actividades y rendimientos. Evaluación y planes de mejora.

El Plan funcional determina el compromiso anual de cada servicio.

La red de servicios.

- Los dispositivos asistenciales.
- La continuidad de cuidados.
- Las prioridades: conexión con la Atención Primaria y trastornos mentales severos.
- Los programas especiales.
- Los recursos humanos y económicos.
- La Historia Clínica Informatizada en red.

I Simposio Internacional de Salud Mental Militar

Auditorio de la Escuela Médico Militar

Octubre 9-13, 2001

Resúmenes (Conference Proceedings)

Con el objetivo de convocar a la Academia a todos los profesionales de la Salud Mental Militar, se organizó y desarrolló el día 9 de octubre el primer Simposio Internacional de Salud Mental Militar. Dicho evento, el primero en su tipo en la historia del Servicio de Sanidad Militar, se logró gracias a la convergencia de diversos esfuerzos que involucraron el trabajo coordinado de la Secretaría de Salud a través del Consejo Nacional contra las Adicciones, la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, y la Secretaría de la Defensa Nacional a través de la Dirección General de Sanidad.

Este esfuerzo académico culmina con la edición de las presentes memorias, que constituyen el conjunto de resúmenes y versiones breves de los trabajos de los profesionales que se hicieron presentes en el ágora académica, y busca motivar y provocar la unión y la reunión de todos aquellos que dentro del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos forman parte del equipo de Salud Mental.

Coordinador del Simposio:

Mayor M:C: José de Jesús Almanza Muñoz

Jefe de Salud Mental, Dirección General de Sanidad Militar

Secretaría de la Defensa Nacional

Milicia y estrés

Gral. Bgda. M.C. Rafael Santana Mondragón, M.M.C. Jesús Almanza Muñoz

Subdirector Operativo, Jefe de Salud Mental
Dirección General de Sanidad, Secretaría de la Defensa Nacional

Introducción. La vida militar conlleva la exposición a diversos niveles de estrés. El padecimiento más grave, resultado de dicha exposición, es el Trastorno por Estrés Postraumático, conocido con diversos nombres a través de su historia: síndrome de guerra, "Corazón irritable" y síndrome de esfuerzo, entre otros. Ha sido observado y estudiado en las dos guerras mundiales, en la guerra civil norteamericana y en otros muchos conflictos bélicos, siendo por ello la enfermedad crónica más importante en la posguerra.

Trastorno por Estrés Postraumático (TPEPT): El TPEPT es un padecimiento secundario a la exposición a un evento traumático severo que incluye: manifestaciones de miedo intenso, desesperación u horror; síntomas intrusivos (sueños, recuerdos); síntomas evitativos (evitación de lugares, personas o situaciones); afecto restringido; y síntomas de hiperactivación autonómica (insomnio, irritabilidad e hipervigilancia). Su prevalencia es de 1 a 14% en población general y se eleva hasta 48% en desastres naturales. Afecta a 20% de veteranos de guerra; de 3 a 58% de personal expuesto al combate y a 78% de los prisioneros de guerra. El diagnóstico diferencial incluye discriminar trastornos depresivos, trastornos disociativos y trastorno agudo por estrés, el cual es similar pero se resuelve antes de un mes de la exposición al evento traumático. Existen dos instrumentos diag-

nósticos: la Escala de Mississippi y la Escala de Síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático, mismas que están disponibles en español (almanzaj@yahoo.com).

El Trastorno por Estrés Postraumático en el Ejército Mexicano: La prevalencia del padecimiento fue estudiada durante el conflicto que surgió a raíz del levantamiento armado en el estado de Chiapas, mismo que incluyó la exposición a estrés intenso por un número significativo de militares mexicanos. De una muestra representativa (2,800 militares), 364 estuvieron expuestos a elevados niveles de estrés, aunque únicamente 277 sujetos estuvieron expuestos a enfrentamientos armados. De ellos, 12 (4.3%) pacientes fueron diagnosticados con trastorno por estrés postraumático y 236 (85.1%) con una reacción psicológica al estrés, en tanto que 29 (10.4%) no mostraron sintomatología relevante. Al comparar un grupo similar pero que no desarrolló el trastorno, se encontró que la personalidad histriónica y evitante ($p = 0.02$), así como la escala de evitación del daño fue significativamente más alta en pacientes con TPEPT ($p = 0.01$). En cambio, la escala de autotranscendencia fue significativamente más baja en pacientes con TPEPT ($p = 0.02$).

En otro estudio se encontró que los principales trastornos por exposición a estrés intenso en el servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar fueron: trastornos neuróticos (39.5%), seguidos de trastorno por estrés postraumático (16.2%), trastornos psicóticos (13.9%) y trastornos de personalidad (11.6%). Se concluyó que el estrés crónico predispone a trastornos de tipo neurótico (depresión y ansiedad), en cambio el estrés agudo predispone a trastorno por estrés postraumático.

Conclusiones. La vida militar predispone a padecimientos relacionados con el estrés. Las acciones de prevención y detección oportuna son indispensables para garantizar el nivel adecuado de salud mental del elemento humano del Ejército. Por ello, el mantener abierta una línea de investigación y ampliarla para abarcar aspectos como estrés y familia, impacto del estrés en el trabajo y síndrome de desgaste profesional es muy importante.

Salud Mental Militar: una perspectiva integral

M.M.C. José de Jesús Almanza Muñoz

Jefe de Sección de Salud Mental, Dirección General de Sanidad

Introducción. La atención de la salud mental en el medio militar se inscribe en el contexto de la globalización y de los retos que dicha atención enfrenta a niveles nacional y mundial. El presente trabajo puntualiza las características de la milicia desde el punto de vista de la salud mental y la actual perspectiva de los servicios y acciones de salud mental, con un énfasis particular en aspectos de investigación.

Las características de la milicia conllevan factores protectores como la disciplina, el orden y la sistematización de los diversos aspectos de la vida militar; empero incluye aspectos de vulnerabilidad como la exposición constante a estrés crónico y agudo, la movilidad laboral y la disponibilidad limitada de tiempo para la convivencia familiar o la separación del núcleo familiar por periodos de tiempo variables en función de las diferentes comisiones de servicio.

Trastornos mentales en el Ejército: La prevalencia de trastornos mentales en el ejército es sensiblemente similar a la de la población general, con dos excepciones: existe una mayor prevalencia de trastornos relacionados con estrés (4.3% en soldados mexicanos *versus* 1% en civiles), y la menor prevalencia de farmacodependencia. En el año 2000 la incidencia de uso de drogas ilícitas fue apenas de 10 casos en casi 180,000 militares activos, lo cual corresponde a 0.013% y es significativamente menor a la incidencia de uso de drogas ilícitas alguna vez en la vida de la población general que fue de 5.27 en cada 100 habitantes. Del mismo modo, la problemática por dependencia al alcohol en 1999 fue apenas de 25 casos, que corresponde a 0.028%, lo cual está muy por debajo del reportado en la población general que es de hasta el 18%.

Salud Mental Militar: En esta perspectiva, la Dirección General de Sanidad a través de su Sección de Salud Mental tiene la función de coordinar y supervisar los servicios clínicos de salud mental, así como las actividades de prevención y fomento a la salud mental en forma paralela a la selección de personal que ingresa al Ejército. El desarrollo eficaz de tales actividades exige una coordinación interinstitucional permanente y un seguimiento y compromiso de las acciones de salud mental en la misma línea y en el mismo nivel que los acuerdos y avances están marcando a nivel nacional y a nivel mundial. Las estrategias de trabajo encaminadas a lograr la excelencia en la atención de los diversos servicios de salud mental incluyen la integración y fortalecimiento del equipo de salud mental, la formación y capacitación continua de nuestros recursos humanos, la ampliación en la medida de lo posible de la cobertura de servicios, la actualización de la normatividad, la sistematización de la información y supervisión, la participación social comunitaria y la cooperación intersectorial.

La investigación como actividad generadora de conocimiento nuevo constituye una herramienta invaluable para el desarrollo de las estrategias señaladas. Dos trabajos recientes ilustran su utilidad. El primero explora aspectos de moral en el Instituto Armado mediante el Cuestionario de Exploración de la Moral en el Personal del Instituto Armado (CEMPIA), cuya confiabilidad fue aceptable ($\alpha = 0.59$) y tuvo una adecuada estructura factorial. Se encontraron que los factores de Relaciones Laborales, Cumplimiento de Normas, Necesidades Básicas, Conocimiento de la Misión y Superación, son los principales predictores del estado de moral, lo cual orienta a los comandantes para el manejo adecuado de su personal. El segundo explora aspectos de salud mental y trabajo en el ámbito médico militar. Se exploran los factores relacionados con estrés laboral y con apoyo en el trabajo en personal médico y paramédico de los principales hospitales militares mediante el instrumento Salud Mental y Trabajo versión 1.0 (SMT-01), versión adaptada de la Encuesta de Salud Mental y Trabajo de Gutiérrez y Ostermann, 1991. Tiene 20 reactivos, 10 exploran aspectos de estrés en el trabajo, y 10 exploran aspectos de apoyo en el trabajo. Como factores de vulnerabilidad se encontraron la falta o limitación de recursos humanos, la tensión laboral y el estrés personal, y como factor protector la tolerancia y la adaptación.

Conclusiones. Los retos que enfrentará la Salud Mental Militar sólo serán superados a través de la integración de esfuerzos y perspectivas. El equipo de trabajo que incluye a psiquiatras, psicólogos, enfermeros psiquiatras, trabajadores sociales y personal de cuidado primario debe hacer conciencia de todo ello y asumirlo con eficiencia y efectividad.

La Intervención Psicológica en los Planteles de Educación Militar

Tte. Cor. Psic. Martha Cecilia Herrera Verdeja

Heroico Colegio Militar

Nuestras Fuerzas Armadas constituyen una organización cuyas misiones por su naturaleza y origen presentan características muy especiales y que exigen a su vez un gran cuidado en el cumplimiento de sus actividades, por lo que es necesario que se disponga de los recursos humanos debidamente preparados para ello. La educación que se imparte en el medio militar incorpora además de los valores, que se contemplan en la Constitución Política y Legislación de nuestro país, los valores que son propios de la Institución y que constituyen la columna vertebral que soporta y garantiza la integridad, la lealtad y su convicción Institucional.

Dentro del grupo de técnicos especialistas figura la aparición del psicólogo, la cual data de 1939 en las instalaciones del Heroico Colegio Militar (Popotla, D.F.) en donde el Gral. M. C. y Psicólogo Heberto Alcázar Ojeda inicia sus trabajos, al fundar el primer laboratorio de Psicología Experimental. Otra importante

aportación fue la del Dr. Javier Romero, antropólogo de profesión, que realizaba la selección de alumnos y la asignación de arma, a través de evaluaciones basadas en las teorías de los tipos Constitucionales de Sheldom y tipología de Kretshmer, estableciendo una evaluación antropométrica a partir de las medidas de las características tipológicas de realizar pruebas de esfuerzo y resistencia, entre otras.

Siendo el alumno el elemento alrededor del cual giran todas las actividades de los profesores directivos, instructores, etc., y que por ser el objeto de transformación se le detectaban una serie de problemas que iniciaban desde su selección, la falta de perfiles de egreso, deficiencias en cuanto a hábitos de estudio, el bajo rendimiento académico, problemática familiar, inadecuado manejo de las relaciones interpersonales, problemas de abuso de drogas y de alcohol. Entonces se consideró que existía una tarea de orientación educativa cuya responsabilidad era del ámbito de psicólogos y pedagogos, ya que su participación era necesaria porque se buscaba disminuir la pérdida de estudiantes, la satisfacción profesional y contribuir para que el ambiente laboral fuera de productividad y armonía.

Es en mayo de 1990 en que la Dirección General de Educación Militar y la Rectoría de la UDEFA en coordinación con la Sección de Salud Mental y con la participación de los psicólogos de los planteles de educación de los diferentes niveles de educación, que habiendo detectado que no todos los planteles tenían integrado un departamento psicopedagógico, que se formula el proyecto de organización y funcionamiento de la Sección Psicopedagógica, cuya finalidad era la de realizar actividades relacionadas con la dirección, evaluación, seguimiento, asesoría psicológica, y asesoría pedagógica al personal de alumnos, docentes y de la planta así como el desarrollo de la investigación psicopedagógica para mantener y así mejorar sus recursos humanos, para preservar la salud mental, logrando la eficiencia académica dentro de las expectativas que demanda cada plantel.

La subsección Psicopedagógica depende de la sección Pedagógica y tiene tres grupos: el grupo de Asesoría Psicológica, el grupo de Asesoría Pedagógica y el grupo de Investigación.

La reestructuración incluyó el uso sistemático e integral de los métodos de índole psicológica en todos los niveles de la comunidad educativa, contemplando: selección y evaluación; inducción y capacitación; seguimiento; atención psicopedagógica y asesoría a directivos.

En aspectos académicos y aspectos escolares se da seguimiento de los cadetes que causan baja del plantel, se proporciona clarificación en torno a su elección vocacional; deficiente autoestima y trastornos emocionales; problemas de relación de pareja; reforzamiento de valores y atención grupal en liderazgo y motivación.

De gran importancia actual, el área de Desarrollo Humano busca fortalecer la identidad y el sentido de pertenencia militar mediante las virtudes militares, el incremento de la autoestima y los deseos de superación, para crear individuos seguros con espíritu de vencedores y con gran capacidad de liderazgo, técnicas básicas de manejo de personal, psicología del mando, control de crisis y desarrollo de habilidades para la comunicación oral y escrita. Igualmente importante es la investigación psicopedagógica sobre temas como: Características de los recursos humanos que ingresan al Sistema Educativo Militar, métodos de selección de recursos humanos, deserción escolar - bajas-, rendimiento académico, proceso de adaptación al medio militar y otros.

El seguimiento ha contribuido al mejoramiento del examen psicológico de admisión, el cual es selectivo y excluye alumnos que no cubren el perfil de ingreso. Los índices de bajas y deserciones han mostrado un movimiento descendente, por lo cual debe considerarse que existe una influencia positiva en la eficacia terminal.

Las Investigaciones realizadas han permitido ubicar las etapas y características del desarrollo de la población que ingresa y egresa de los planteles, lo que permite que el manejo se vaya adecuando y se eficiente el rendimiento. Mucho se ha avanzado pero mucho queda por hacer y es una tarea difícil que debemos afrontar,

basados en la fe que nosotros nos tengamos como psicólogos, en la calidad de nuestro trabajo, en el compromiso leal y responsable con la Institución; para que los demás comprendan que estamos trabajando en pro de la calidad de los Recursos Humanos y la excelencia de una educación profesional militar.

Mecanismos de adaptación del marino mexicano a través de la historia

Tte. de Frag. SSN, M.C. Psiq. César G. Hernández García

Centro Médico Naval. Secretaría de Marina.

Dirección de Sanidad Naval

Adaptación, según la Academia de la Lengua, es la modificación de las estructuras que permiten a los seres vivos subsistir ante los cambios de ambiente. La Armada de México es una institución Militar Nacional de carácter permanente cuya misión es emplear el poder Naval Militar de la Federación para la seguridad interior y la defensa exterior del país. A pesar de los adelantos técnicos logrados en nuestro tiempo "la mar" se sigue considerando como una amenaza: Por la imagen de lejanía se vive de forma depresiva. Según Piaget, adaptación es el desarrollo de capacidades mentales conforme los organismos interactúan y aprenden a enfrentarse con su medio. Por otro lado, Sandor Rado considera que el desarrollo adaptativo está gobernado por los siguientes principios biológicos: a) Prevención y reparación del daño; b) Anticipación de las exigencias que tendrán que afrontarse; c) Automatización de las respuestas a través de un efecto acumulativo de experiencia reiterada; d) Refuerzo continuo de las automatizaciones; e) Cuidado de la prole; y f) Ayuda mutua.

En la adaptación al medio Naval a "la mar" al paso de la historia se han asociado peligros reales e imaginarios. Tempestades, huracanes, monstruos marinos, sirenas, etc. y representa hasta cierto punto un elemento fundamental para integrar la agresión a niveles constructivos como un elemento de desafío. Un individuo a bordo está expuesto al aislamiento, a la aproximidad física de sus compañeros y afronta con plena intensidad diversas condiciones climáticas, ruidos, calor y humedad extremos.

Otra característica importante de la vida a bordo es la capacidad de estructurarse bajo el mando de un líder y de éste depende que la tripulación esté en condiciones de trabajo y llevar a cabo las tareas.

En la Armada de México antes de la posible adaptación al medio se requieren criterios de selección como: estándares de salud física; estándares de salud psíquica; descartar individuos con historia de enfermedad grave; seleccionar individuos bien motivados.

En la historia del marino militar figuran gestas heroicas como:

- 23 de noviembre de 1825. Se consolida la Independencia Nacional.
- Capitula el último reducto colonial español establecido en el Castillo de San Juan de Úlua. Gracias a los esfuerzos del Capitán de Fragata Pedro Sainz de Baranda.
- 1o. de julio 1897. Inauguración de la Escuela Naval Militar.
- 21 de abril de 1914. Heroica defensa del Puerto de Veracruz.
- 13 de mayo de 1942. Hundimiento del B. T. "Potrero del Llano".

Psicología aeronáutica: una revisión general

Tte. Psic. Armando Rodríguez López

Sección de Medicina de Aviación. Dirección General de Sanidad

Los factores humanos en aviación son un tema árido y escabroso, hablar de ellos es pisar en falso, por la "complejidad" del mismo, la poca credibilidad que muchos profesionistas erróneamente le dan y en muchas ocasiones por la "facilidad" con que muchos "colegas" emiten "acertados" juicios de valor, sin dominar el tema

o conocerlo siquiera, basándose únicamente en la sabiduría que su ignorancia sobre el tema les da. Muchos de ellos podrán argumentar en su defensa, que la medicina y psicología de aviación son disciplinas inventadas por los "primermundistas" y que en nuestro país no tienen cabida, ya que su práctica "es realizar los mismos procedimientos de tierra, pero allá arriba". Permítasenos decir que están en un error, y para muestra hoy hablaremos de la importancia de la conciencia situacional del personal de pilotos aviadores y su influencia en la producción de incidentes y accidentes de aviación.

Ya que del análisis de los accidentes e incidentes de aviación ocurridos en los últimos 30 años, podemos identificar claramente los siguientes tipos de "fallas": 1) Fallas activas (conscientes y premeditadas) 36%. Incluye el no ajustarse a las reglas y procedimientos, negligencia con respecto a los estándares prefijados y falta de disciplina; 2) Fallas pasivas (inconscientes) 52%. Se refiere a problemas de malos entendidos entre los tripulantes o de las comunicaciones con la torre, fallas en la coordinación, distracción, olvidos, fatiga, falta de asistencia de la torre, etc.; 3) Fallas del criterio operativo o imprudencia, 31%. Desprolija preparación del proceso de toma de decisiones, equivocaciones en la apreciación de situaciones "Handling" inapropiado del avión y sus sistemas, falta de experiencia del entrenamiento o de la capacidad y eficiencia de las tripulaciones, tanto de tierra como de a bordo; 4) Incapacitación de la tripulación 1%. Incapacidad psicofisiológica de la tripulación para efectuar sus tareas de pilotaje o control de tránsito aéreo. Súbita y evidente incapacitación que requirió de la participación de otro tripulante.

Es curioso notar que en la mayoría de estas fallas se detecta una considerable disminución de la conciencia situacional, término que se define como la percepción correcta de los elementos en una determinada envoltura de espacio-tiempo, luego la correcta comprensión del significado de los mismos y, finalmente, la correcta proyección de cuál será el estado de esos elementos en el futuro operativamente inmediato. Esta definición nos permite sacar muchas conclusiones de aplicación práctica, tanto para el vuelo en solo como para tripulaciones múltiples.

En el nivel 1, la percepción de los elementos de la envoltura de vuelo ya trae sus complicaciones. No todos estamos en condiciones de observar y percibir simultáneamente todos los elementos de nuestro contexto (avión y entorno), y menos aún de nuestro funcionamiento mental (fatiga, presunciones, expectativas, presiones subconscientes, etc.). Es más, nuestra sensopercepción siempre está afectada por factores intrínsecos y externos. En el nivel 2, las cosas se complican porque además de lo ya resumido, ahora se trata de hacer una síntesis de todos los elementos percibidos aisladamente e integrarlos mentalmente. La experiencia, la habilidad y el entrenamiento tienen mucho que ver en este punto, y pueden permitir a un piloto experimentado sintetizar la información fragmentaria. Pero nuevamente los componentes mentales juegan aquí un rol de jerarquía que determina la actividad de "Showaeres" ver sus cautelas. En el nivel 3. La problemática se complica aún más. Como dijimos que estamos en un contexto dinámico como el de un avión, que vuela a 8 millas por hora (unos 400 metros por segundo), se trata de tomar decisiones con base en los elementos percibidos e interpretados en los niveles anteriores, para que nos pongan en una situación segura en lo que resta del vuelo.

Asimismo, la conciencia situacional o alerta situacional está afectada por una serie de factores que desde dentro del piloto, o desde fuera (respectivamente), modifican substancialmente la capacidad de tomar decisiones, a punto de partida de la conciencia de la situación que se experimenta. La conciencia situacional se estructura a partir de la combinación de conceptos tales como la memoria activa, la memoria de corto plazo, la percepción y la memoria de largo plazo o pasiva. El contexto es percibido desde una función "preatentiva" de nuestro cerebro y queda almacenado en una serie de almacén subconsciente, de elementos más o menos dispersos que incluyen formas, proximidad espacial de las mismas, movimientos, etc., que son los

que proveen los elementos básicos sobre los cuales se fijará la atención consciente y discriminatoria.

La atención puede ser dirigida u orientada tanto por la memoria de corto plazo o memoria activa. Pero hay un límite para la atención, ya que no es inagotable. La fatiga avanza con el transcurrir del vuelo, y la atención se "tuneliza" o "canaliza", con lo cual decrece la conciencia situacional. Por otro lado, los modelos mentales son mecanismos por los cuales los seres humanos podemos generar descripciones de las formas y objetivos de los sistemas, explicaciones del funcionamiento y observaciones sobre el estado de dichos sistemas, como también predicciones del futuro inmediato de los mismos. Son representaciones o desarrollo mentales contruidos en el tiempo, nos permiten armar la figura completa y son imprescindibles para formarnos una imagen global de la situación. Otra dificultad generada por los modelos mentales se presenta en las tripulaciones múltiples. Es prácticamente imposible que dos pilotos posean los mismos modelos mentales respecto de procedimientos no estandarizados.

Podemos notar la importancia de los procesos cognitivos que subyacen a la conciencia situacional, ya que es la base de un buen desempeño operativo aéreo. Pero, y nosotros como parte de la cadena del factor humano en aviación, tenemos en claro la importancia de nuestra propia conciencia situacional al brindar la atención al "factor humano"; creemos sinceramente que no. Ya que el estudio de los factores humanos en aviación implica comprometerse real y cabalmente con el mismo factor humano. En medicina de aviación sabemos que es difícil creer en las bondades del análisis, así como en la real comprensión de las personas que laboran en el medio aeronáutico, sea cual sea su especialidad, por los pobres resultados que en apariencia se obtienen. Pero todavía creemos (entiéndase, tenemos fe), que es posible llegar a entenderlos y ayudarlos. Tenemos la firme convicción de que algún día llegaremos a tomar una actitud congruente y coherente, así como comprometida con el mantenimiento de la salud física y mental del factor humano. Por tal motivo, seguiremos "perdiendo nuestro tiempo" (como dirían algunos), intentaremos continuar realizando nuestro trabajo lo mejor que podamos, trataremos por todos los medios de concientizar a propios y extraños del medio aeronáutico de lo necesario e importante que resulta mantener en óptimas condiciones la salud física y mental de las personas que hacen posible que un avión vuele.

La evaluación psicológica: del lápiz y papel a las PC: Un enfoque humanista

Tte. Cor. Psic. María Auxilio Figueroa Guerra
Hospital Regional Militar de Puebla

Desde su aparición, las pruebas psicológicas han pasado por una serie de vicisitudes en su desarrollo y modos de utilización. Las posturas frente a ellas han ido desde consideraciones teóricas "puras" sobre su forma y contenido, hasta análisis acerca de las ideologías imperantes en su interior.

No obstante, una de las fuentes de información más frecuentes, en la práctica psicológica son los tests; es por ello y teniendo en mente la anterior reflexión, la presentación de este trabajo es con el fin de darles a conocer los orígenes y desarrollo que en nuestro instituto armado ha tenido el empleo de las pruebas psicológicas y su ubicación actual, pero sobre todo con el objeto de fomentar, entre nosotros, investigaciones comparativas entre los fenómenos que estudia cada una dentro de las áreas de la psicología clínica, social, educativa, organizacional o laboral, para que desde un enfoque interdisciplinario sean analizadas en su contexto y contribuyan al soporte del quehacer ético-profesional del psicólogo militar.

La aplicación, evaluación e integración de las pruebas psicológicas es una de las tareas más complejas que realiza el psicólogo en sus diversos ámbitos de acción en donde su empleo se hace

necesario y es uno de los vínculos de integración con la psiquiatría, la psicoterapia, el psicoanálisis, las organizaciones, la psicopedagogía y la investigación.

Por otro lado, debe quedar claro que estos instrumentos están basados en las teorías de la personalidad y es un requisito fundamental el conocimiento a fondo de estas teorías que nacen en su mayor parte del área humanista, que es una de las ramas del saber al servicio de la salud mental del ser humano, por lo que siempre deberán manejarse con un profundo respeto y un alto sentido ético.

La comprensión de las implicaciones que encierran la administración de pruebas y el valor que cobran en la integración del estudio psicológico para la comprensión de la estructura psicológica del ser humano, se ha ido dando en el medio militar poco a poco, a través del trabajo diario, investigación e iniciativa de psicólogos y psicólogos militares interesados en darle a la psicología militar mexicana fisonomía propia.

Por lo anterior, considero necesario hacer referencia a los antecedentes de la psicología militar en nuestro Ejército, sus progresos y desarrollo actual, la psicología aplicada al medio militar en México nace con la creación del laboratorio psicobiológico del Heroico Colegio Militar en el año de 1929 cuyo fundador fue el general y doctor Heberto Alcázar Ojeda y en el cual se realizaban investigaciones científicas orientadas fundamentalmente a la comparación de las diferencias individuales; por esa época participaba como ayudante quien a la postre se convertiría en el continuador de los trabajos del General Alcázar, el profesor Javier Romero Molina, quien en vida llegó a ser un eminente investigador de reconocida calidad nacional e internacional. Es hasta los años 70 del siglo pasado, cuando la aplicación de la psicología en el Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos comienza a llamar la atención sobre sus bondades y aplicaciones particularmente en la selección de aspirantes a ingresar al Heroico Colegio Militar y posteriormente a otros planteles militares, llegando en la actualidad a generalizarse sus métodos y procedimientos en la mayoría de las actividades del Ejército como una auténtica psicología militar que coadyuva al logro de los objetivos del instituto armado.

Con la creación de la sección psicopedagógica de la Escuela Médico Militar en el año de 1977, se incrementa el interés por el estudio, investigación y sistematización de los sistemas de evaluación psicológica para fines de selección, clasificación, diagnóstico y atención, iniciándose el empleo de la computadora para la calificación de dos de las pruebas psicológicas que se empleaban para la selección de aspirantes a planteles militares: el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota y la prueba de inteligencia de Terman. Posteriormente, en el año de 1983, se crea el grupo psicológico dependiente de la sección primera (Recursos Humanos) del Estado Mayor de la Defensa Nacional, dando un fuerte impulso a la psicología militar, cimentándose el desarrollo de los sistemas de evaluación psicológica automatizada.

Es así como en el año de 1988, para el proceso de admisión al sistema educativo militar, se diseñó e integró un grupo de instrumentos de medición psicológica bajo una metodología, cuya estructura permitió aplicar, calificar y evaluar, así como obtener resultados en forma totalmente automatizada, a partir de la fecha, este sistema ha permitido la calificación, evaluación y selección de grandes grupos en tiempo reducido con un alto nivel de confiabilidad.

En la actualidad la Sección de Salud Mental de la Secretaría de la Defensa Nacional dispone de un sistema de evaluación psicológica totalmente automatizado, encontrándose documentadas alrededor de 20 pruebas psicológicas de diversos tipos. Este sistema de evaluación tiene como objetivo principal, desarrollar métodos y procedimientos de selección, evaluación y clasificación psicológica de los Recursos Humanos del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos.

A fin de disponer de todo lo anterior, ha sido necesario el estudio de los instrumentos psicológicos, conocer sus alcances y limitaciones, la forma de poder ser susceptibles de resolución,

calificación y evaluación en medios automatizados sin afectar la validez y confiabilidad de los propios instrumentos.

Asimismo, resulta de vital trascendencia desmitificar las pruebas psicológicas y en sí la evaluación psicológica, la cual, debido a su carácter de novedosa o extraña, lleva al psicólogo inseguro a tomarla como una fuente de poder, manteniendo la información obtenida, aun ante el propio sujeto evaluado como un misterio, cuando es la persona evaluada quien debe dar significado a esa información, permitiendo así al propio psicólogo comprobar o no sus hipótesis.

Finalmente, hemos visto que las pruebas psicológicas representan una valiosa herramienta en el quehacer diario del psicólogo militar, el cual ha trabajado constantemente en su perfeccionamiento, adaptación a las necesidades de la población militar mexicana, desarrollo de sistemas automatizados de evaluación, siendo la única institución en nuestro país que utiliza un centro de evaluación automatizado para llevar a cabo evaluaciones psicológicas colectivas totalmente automatizadas.

Por lo que el psicólogo militar actualizado posee mayores posibilidades psicodiagnósticas que ningún otro profesional, dentro del campo de la salud mental; dispone de técnicas y sistema de evaluación que son valiosas y eficaces en la predicción del misterio de la conducta humana. Es por ello que los psicólogos del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos hemos demostrado habilidad para servir al instituto armado en el campo de la salud mental.

Política criminal y narcotráfico

Dr. Salvador Barba Orozco

Doctorado en Ciencias Penales y Política Criminal

Maestro en Medicina Forense

Escuela Médico Militar, México.

A pesar de los golpes asestados contra los "cárteles" dedicados al narcotráfico en sus diversas modalidades, las medidas de seguridad las sanciones y el seguimiento nacional e internacional no ha dado los resultados esperados o calculados, prueba de ello es la creciente producción mundial de droga en sus diferentes presentaciones así como el incremento en el consumo de la misma.

El fracaso hasta ahora presentado en el combate ha respondido entre otras a la adecuada comprensión de que el combate a diferentes niveles obedece a un manejo multidisciplinario del problema, tomando en cuenta a juristas, criminólogos, médicos, psicólogos, sociólogos, entre otros profesionales.

Simplemente en el sexenio comprendido de 1994 al 2000, la Secretaría de la Defensa Nacional en su resumen informativo reportó, dentro de sus acciones emprendidas en combate al narcotráfico en el ámbito de la intercepción y la erradicación de estupefacientes, lo siguiente: destrucción de 184,237.53 hectáreas de marihuana y amapola; el aseguramiento de 2'912,491.56 toneladas de marihuana; 30,148 kilogramos de cocaína; 3,573 vehículos; 115 aeronaves, 169 embarcaciones y 11,253 armas de fuego; asimismo, se destruyeron 2,980 pistas aéreas clandestinas y se detuvo a 8,996 individuos, los cuales fueron puestos a disposición de las autoridades respectivas competentes.

Adicional a lo anteriormente descrito, cabe señalar otro referente numérico estimado: a más de diez años de iniciada la guerra contra las principales mafias del mundo, en lo que respecta a la producción de cocaína y heroína, los últimos cálculos mencionan para Latinoamérica que -según la DEA y la CIA- en 1999 en esta región se cultivaron 120 mil hectáreas de coca, lo que a su vez producirá cerca de 520 toneladas de cocaína por año. Lo anterior ha cuestionado severamente la correcta estrategia implementada por diferentes países para la lucha contra el narcotráfico.

Lo antes ejemplificado precisa sobre la necesidad de saber que existen otros factores a considerar para el combate del narcotráfico y no únicamente los aspectos de producción y consumo.

Por eso es imperiosa la necesidad de implementar en los diferentes sistemas jurídicos penales modelos predominantemente garantistas, fundamentados en la estricta legalidad, la materialidad y lesividad de los delitos, la responsabilidad personal, el juicio oral y contradictorio entre partes y la presunción de inocencia.

Lo anterior permite que las medidas de definición legislativa y la comprobación jurisdiccional de la desviación punible, permitan un conjunto de garantías tanto en el ámbito penal como en el procesal, facilitando con ello el correcto análisis de dicha figura delictiva, su correcta individualización de la pena y consecuentemente la correcta preservación de los derechos humanos de los involucrados, así como también la siempre debatida imagen institucional encargada de la persecución y sanción de dichos delitos.

En Derecho Penal una distinción recientemente elaborada por la Teoría General del Derecho, dice que el principio de estricta legalidad no admite "normas constitutivas", sino sólo "normas regulativas" de la desviación punible. Por tanto, no normas que crean o constituyen *ipso iure* las situaciones de desviación sin prescribir nada, sino sólo reglas de comportamiento que establecen una prohibición, es decir, una modalidad deontológica cuyo contenido no puede ser más que una acción respecto de la que sea alécticamente posible tanto la omisión como la comisión, una exigible y la otra no forzosa y, por tanto, imputable a la culpa o responsabilidad de su autor.

Montesquieu mencionaba: "Los jueces de la nación no son más que la boca que pronuncia las palabras de la ley, seres inanimados que no pueden moderar ni la fuerza ni el rigor de las Leyes". Este concepto obliga a que la política criminal para el combate del narcotráfico integre de manera coordinada, entendida y aplicable, el poder de denotación jurídica, del poder de verificación fáctica y del poder de connotación equitativa.

Ejemplo del error en el manejo de política criminal para la lucha contra este delito, ha generado que "familias" dedicadas al tráfico de marihuana y cocaína hayan cambiado a algo "más rentable", el tráfico de anfetaminas y drogas químicas. Dicha reconversión atrajo en estos tiempos de modernidad y alianza económicas que países productores de cocaína y marihuana practicaran un *dumping* para apropiarse nuevamente del mercado, lo que generó aumentar la producción de cocaína a nivel mundial y consecuentemente mejorando los costos tanto de producción y tráfico que claramente se verán reflejados en un "mejor mercado", como para la compra y consumo de la droga, haciéndola más accesible.

Una reflexión sobre la salud mental en la vida militar

Mayor Psic. Jorge Huerta Martínez

Colegio de Defensa Nacional, U.D.E.F.A.

Esta participación es una reflexión sobre el gran avance sostenido y sistemático de los servicios que brinda la Dirección General de Sanidad en todo su campo de acción dentro de las Fuerzas Armadas y en específico en el área de la salud mental. Es claro y patente para nosotros y la población civil que han existido grandes avances científicos y tecnológicos en todas y cada una de las áreas del servicio de sanidad patentizado y tangible en nuestras funcionales y valiosas instalaciones, y quiero unirme al reconocimiento que el mando supremo y alto mando han externado a la actividad desarrollada por todos los especialistas que desde la solución de un sencillo trámite para obtener la atención médica, hasta la cirugía más complicada, son situaciones y procedimientos que en forma general convergen y afectan positiva o negativamente según nuestro desempeño profesional, en la salud física y mental del militar que acude a nosotros, en el desempeño de cada una de las misiones donde prestamos nuestros servicios en el instituto armado de nuestro México.

Quiero resaltar que el profesionalismo y el espíritu de servicio de todos estos especialistas están reconocidos en toda nuestra comunidad, y lo que estoy intentando es resaltar estas cuali-

dades latentes día con día en el desempeño habitual, ya que lo que preocupa o quiero resaltar es que en ocasiones o bien pasan inadvertidos estos servicios en su real dimensión o se dan por hecho y con la puntualidad requerida por los pacientes y derechohabientes, llegando inclusive hasta pedir y exigir la perfección cuando se trata de un ser querido, sin que ellos sepan que siempre hacemos el mejor esfuerzo ética y profesionalmente, por lo que la importante labor desempeñada y el impacto causado en la estabilidad emocional de nuestros soldados, es lo que va formando la salud mental en todos los elementos de nuestras Fuerzas Armadas, objetivo que todos debemos fomentar con nuestro esfuerzo profesional diario y si alguien se aparta por momentos de este noble ideal, a ese alguien puede hacerle reflexionar este mensaje. Esta reflexión también va encaminada a contagiar a todos nuestros superiores, compañeros y subalternos que en un momento dado no estén compenetrados de la importancia de nuestro desempeño como una fuerza impulsora de imágenes y pensamientos en el cerebro de cada uno de nuestros pacientes, quienes al salir del consultorio, dentro de cada escalón sanitario donde nos desenvolvemos, externarán con sus familiares y derechohabientes el trato recibido, ésta es la oportunidad de resaltar la gran labor que realiza el material humano en el área de la Salud Mental en el Ejército Mexicano. La autodisciplina profesional debe ser la aptitud para inhibir la posible conducta inadecuada en el desempeño de nuestros servicios, por lo cual, la apatía, por mínima que sea, debe ser erradicada, así la autodisciplina nos debe regir siempre aun en las condiciones más adversas, ya que en la disposición de todos nosotros los militares de arma o servicio, siempre nos conducirá con lealtad y patriotismo, sacrificando aspectos personales en beneficio de nuestro pueblo, toda vez que son los principios esenciales de nuestra formación, mismos que nos llevan a realizar el cumplimiento de toda misión y deber en nuestra vida militar.

Estos principios nos llevan a desterrar el conformismo y el cumplir sólo mínimamente en el plano profesional, por lo contrario, debe originar que todos aportemos la gran potencialidad de conocimientos y experiencias que hemos adquirido, ponernos la camiseta de nuestro Ejército Mexicano como autodisciplina, con la plena disposición detectable por todos y en toda acción por rutinaria que sea, y no realizarlo por obligación, sino por el prestigio militar y la genuina búsqueda de la salud mental como siempre lo hemos hecho. Debemos de luchar siempre e incansablemente por el ideal de mantener en lo alto la imagen y productividad de nuestro servicio, lo cual se hace diariamente pero no se difunde y propaga con el énfasis deseado, siendo la mejor forma de este propósito, el desempeño de cada quien, día a día en la constante búsqueda de la satisfacción que proporciona el deber cumplido.

La salud mental que buscamos en todos los militares es para tener personal bien adaptado, con gusto por la vida, en un estado mental óptimo y positivo, no sólo la ausencia de trastorno mental, este proceso es lo que aumenta la capacidad de trabajar, amar y disfrutar la vida con nuestros seres queridos y medio ambiente en general, a pesar de las circunstancias que nos rodeen, ya sea en la sierra, en una unidad, en una fuerza de tarea, en labor social, en casos de desastre o aun en condiciones meteorológicas adversas. A manera de conclusión, comento que esta participación es una especie de homenaje y una arenga para que todos tengamos la total identificación con los objetivos e imagen del Ejército Mexicano en la búsqueda de la salud mental de todos sus elementos, objetivo final al que todos aspiramos.

La violencia infantil, causas y factores relacionados

Cap. 1/o Psicólogo Bernardo Salas Vega

Al hablar de violencia, hay que hacer una diferencia sobre agresividad, la agresividad en sí misma es un mecanismo de supervivencia, es una respuesta adaptativa del ser humano; la violencia en cambio tiene un carácter destructivo sobre las

personas y los objetos, sin que esto responda a una provocación real.

Uno de los más antiguos debates es que si estos niños son violentos debido al modo en que han sido educados, o porque ya nacieron con ese potencial de violencia en opinión del autor debe entenderse desde una perspectiva Bio-Psico-Social.

Algunos teóricos remarcan el aspecto instintivo, desde este punto de vista se aprecia al niño violento como alguien que ha nacido con un fuerte instinto de agresión que forma parte de su temperamento, y que se ve reforzado en el carácter, ven la violencia como una agresividad aumentada como consecuencia de la represión de esta agresividad que en un momento dado llega a sobrepasar los mecanismos defensivos y se desborda en forma de un estallido violento. Otros investigadores creen que la conducta violenta se debe a varias partes del cerebro que controlan los impulsos como la agresión y la huida ha perdido su equilibrio que nivela las actividades inhibitoras y activadoras de esta conducta. También se ha postulado que la conducta violenta está determinada por las experiencias de la vida, por su educación, refieren que un niño llega a ser violento porque cuando se ha comportado de esta manera se ha visto reforzado recibiendo la atención que necesita. Considerando que los estallidos de conducta violenta son el resultado de la frustración en los niños. Algunos aseguran que es necesaria cierta frustración para lograr madurar en la vida, sólo que no todos tenemos el mismo nivel de tolerancia a las frustraciones.

Para poder entender mejor este fenómeno, lo primero sería tomar en cuenta las necesidades de un niño, algunas de estas necesidades son: la necesidad de tener una imagen clara del mundo y de sí mismo; la necesidad de tener un objetivo en la vida; la necesidad de sentirse parte de las cosas, tener una sensación de una autoestima adecuada; la de estimulación, que le ayudará a desarrollar su lenguaje y pensamiento abstracto que le permita un autocontrol; la necesidad de arraigo, necesita estar vinculado con su madre, y sobre esta base llegar a ser una persona autónoma, con un sentido de independencia y autocontrol. Es decir, que se sienta amado y aceptado.

Las necesidades anteriores pueden ser fáciles de satisfacer para quienes tienen el tiempo y los recursos necesarios para prestar atención a sus hijos, sin embargo, la sociedad moderna actual favorece más alienación que facilita la cosificación de los hijos como meros objetos, aunado a esto, sin duda, le será más difícil a unos padres satisfacer las necesidades emocionales de sus hijos cuando están centrados en las necesidades de alimento y cobijo, no se puede satisfacer las necesidades de amor y pertenencia cuando no se han satisfecho las necesidades vitales.

Además, hay que considerar el estrés que causan las disputas familiares. Este tipo de sistemas conduce a la violencia, ya que dichas familias son un escenario informal que permite de forma libre la expresión de la violencia. Este tipo de ambiente llega a ser una amenaza para la autoestima del niño, obligándolo a utilizar un sistema defensivo primitivo, como es la proyección para proteger esa poca autoestima que logre tener, y justifica de esa forma su conducta violenta. También hay que considerar las familias en donde se exige lo contrario, la expresión del enojo no se permite en lo mas mínimo, y no se facilita para que se exprese de una forma aceptable. En otro tipo de ambientes familiares, lo que se llega a ver es una formidable indiferencia hacia la conducta violenta del niño, llegando a interpretar la inacción de los padres como ausencia de controles externos y en consecuencia como una aprobación de este tipo de conducta.

Un niño necesita de la agresividad para poder desarrollarse, cuando la utiliza para imponerse sobre su entorno, sus juguetes, sus compañeros de juego, pero cuando no existe un control de esta agresividad, al sentirse amenazado en una parte de sí mismo reacciona con violencia, ya que piensa que está siendo atacado de un modo intencionado. Otra causa se da en donde los padres se dedican a los hijos en exceso obstaculizando el proceso normal de separación e individuación esto también se da cuando los padres se sienten culpables por no darle la suficiente atención

al niño, como sucede en muchos casos actuales en donde ambos padres tienen que trabajar y dejan al niño en la guardería o centros de desarrollo infantil. El juego y la televisión parecen influir en la conducta de los niños, sin embargo las investigaciones han demostrado que tales juegos no pueden motivar más al niño hacia la violencia más que otros tipos de juegos, sino más bien es el medio ambiente en donde se desarrollan dichos juegos.

Un niño que ha aprendido en su ambiente familiar que la violencia es el único medio de interactuar con otras personas, sin embargo, en otros ambientes donde se favorece la comunicación y la expresión aceptada del enojo, dicho juegos ya no pasan de ser eso, sólo juegos. Esto no sucede con la televisión, quizá por no poder diferenciar de forma clara lo que es la fantasía de la realidad, el efecto más poderoso es que los niños se ven expuestos de forma repetida a la violencia, disminuyendo la inhibición y comenzando a aceptar que está permitida la solución violenta a los problemas. Finalmente los videojuegos que contienen una gran carga de violencia, recompensando la agresividad de los jugadores, aunque en dichos videojuegos la trama central gira siempre sobre la violencia, es el medio por el que los malos rompen el equilibrio y los buenos restablecen ese equilibrio, sin embargo, la violencia es idéntica tanto en buenos como en malos.

La integración del Psicólogo a la vida militar

Cap. 2/o Psicólogo Héctor López Cortez

Escuela Superior de Guerra, U.D.E.F.A.

¿Quién es el psicólogo militar?: Es un ser humano de carácter firme, honesto, seguro de sí mismo, calculador, propositivo, profesional, ético, comprometido consigo mismo, con el país y con la institución militar. Conocedor de la doctrina militar y convencido de su importante papel en el Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos, es decir, con una *Identidad Militar*. Este profesional participa activamente en las diferentes tareas de las Fuerzas Armadas, y cuya razón de ser ha sido, desde el principio de sus orígenes, la preparación del personal militar para afrontar con éxito la situación más extrema que puede darse en el comportamiento humano: *La guerra*.

¿Qué es la Psicología Militar?: Es una especialidad de la psicología, cuyo objetivo es asesorar a los mandos sobre el comportamiento del militar, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra y es una herramienta técnica que ayuda a decidir, para mejorar la selección, el rendimiento, aprovechamiento, la adaptación al medio, tanto del personal que causa alta en los diferentes organismos, como de los que concursan para ingresar al sistema educativo militar, para con ello lograr su clasificación y seguimiento, sin olvidar el aspecto clínico que coadyuva a mantener la salud mental tanto de las tropas, como del personal retirado y por supuesto de sus derechohabientes.

Necesidad de Psicólogos Militares: El desarrollo tecnológico y crecimiento de México y por supuesto de nuestras Fuerzas Armadas, crea el escenario para incluir en todos los ámbitos militares al psicólogo militar, cuyo objetivo será promover y mantener la salud mental.

Queremos ejercer una Psicología Militar y no sólo ser psicólogos en el Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos.

Funciones del Psicólogo Militar: Incluyen investigación (procedimientos, evaluaciones, sistemas y programas que permitan al mando tomar decisiones con relación con las actitudes y comportamientos del militar); *docencia* (contribuir en el adiestramiento militar y planteles militares del sistema con procedimientos, técnicas, métodos que faciliten la adaptación al medio y optimicen el aprovechamiento y rendimiento académico); clínica (incursionar en el tratamiento psicológico de las patologías que se presentan en las Fuerzas Armadas) y operaciones militares (incursionar en el resto de la dimensión psicológica militar como fortalecer la salud mental en situaciones de presión continuas y prolongadas).

Perfil de ingreso del Psicólogo Militar: Su personalidad debe incluir: Capacidad de adaptación, manejo adecuado de la frustración, manejo adecuado de la autoridad, capacidad para establecer relaciones interpersonales, dinámico, creativo, cooperador, interés por la investigación, capacidad de liderazgo, control de impulsos e interés por el ámbito militar.

En aspectos de inteligencia debe obtener una capacidad intelectual de término medio a superior, manejo adecuado de los procesos de análisis, síntesis y anticipación, memoria conservada a corto, medio y largo plazo, capacidad de juicio (autocrítico-heterocrítico), actitud propositiva y dinámica.

Ingreso del Psicólogo al medio militar: El reclutamiento se lleva a cabo en las diferentes universidades o a solicitud del especialista y su ubicación estará en función de las necesidades de la Dirección General de Sanidad, Sección de Salud Mental, misma que efectúa el proceso de selección. Se requiere cumplir los requisitos generales de ingreso al Ejército y presentar su título profesional de Licenciado en Psicología. *El adiestramiento militar* incluye el curso de adiestramiento básico militar, cuyo objetivo es hacer del psicólogo en primera instancia un "Soldado", interiorizándolo en nuestras leyes y reglamentos, para después incorporarlo a las actividades propias de su especialidad. De este modo debe conocer el medio militar con relación a su misión como asesor, así como la orgánica, doctrina y procedimientos de actuar. De este modo se lleva a cabo el proceso de identificación e identidad militar, el cual se complementa con el curso de inducción al puesto que describe sus funciones, actividades, periodicidad, escalonamiento, responsabilidades.

Actividades del Psicólogo Militar: incluyen semicursos, psicología educativa, acciones de prevención y promoción de la salud mental, así como investigación. Los escenarios son: hospitales, planteles militares, prisioneros militares y distintas unidades operativas.

Retos y prospectiva del Psicólogo Militar: Parten de fortalecer su identidad a través de la excelencia en atención clínica, prevención, docencia e investigación y de este modo impulsar el desarrollo de la psicología militar y buscar su crecimiento en el medio.

El papel del psicólogo en los centros preventivos y de readaptación social del Estado de México

Lic. Psic. Rosa María Moreno Cordero

Dirección General de Prevención y Readaptación Social

Parece una ironía que a medida que las naciones son más ricas y mayores las oportunidades que se les ofrecen a las personas, la delincuencia ha aumentado progresivamente. En las sociedades actuales la delincuencia está considerada como uno de los problemas más serios porque ninguna de las sociedades ha quedado exenta de dicha problemática. El presente trabajo retoma la importancia del tema y sobre todo la participación e intervención del psicólogo en la llamada "problemática delincencial".

Para facilitar la contextualización y comprensión del tema se citan algunas aproximaciones teóricas que hacen referencia a la conducta agresiva, la cual se "presupone" es uno de los factores desencadenantes de la delincuencia. Cada una de ellas trata de explicar el origen y desarrollo de la conducta agresiva en el hombre; también se establece el modelo secuencial integrativo como el más próximo al trabajo psicológico realizado en los centros de readaptación social del Estado de México.

Asimismo, se hace referencia a conceptos legales básicos que en el ámbito jurídico se manejan en el lenguaje técnico penitenciario, además se describen los antecedentes históricos de las cárceles en México. Su evolución arquitectónica y conceptual sobre el castigo, paralela a las nuevas condiciones filosóficas que dan origen a la creación de los actuales centros de tratamiento integral, como el de Almoloya de Juárez.

Posteriormente se hace referencia a la Ley de Ejecución de Penas Privativas y Restrictivas de la Libertad del Estado de México, el cual es el ordenamiento regulador que se encarga de dictar la

forma en que el Cuerpo Técnico Interdisciplinario, compuesto por profesionistas de diferentes ramas; como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, criminólogos y pedagogos, que se encargan, desde su muy particular campo de acción, de estudiar al delincuente y proponer a través de un diagnóstico, el tratamiento adecuado para su reincorporación a la sociedad. Se describe el espacio físico de la institución y las condiciones en que labora el psicólogo y los recursos humanos con los que se cuenta para llevar a cabo dicha labor, también se hace referencia a las características de la población y a las condiciones en que se encuentra dentro de la institución.

Finalmente se describen las funciones del psicólogo dentro del Centro de Readaptación Social de Tlalnepantla. Dada la importancia que éste ha tenido dentro de las instituciones de reclusión, su mención se considera importante, ya que su labor no sólo se concreta a lo establecido en la Ley de Ejecución de Penas Privativas y Restrictivas de la Libertad del Estado de México y de los programas readaptatorios implementados por la Dirección General y el Departamento de Psicología. Como veremos, el trabajo es más complejo y completo.

Psicosis posparto: informe de dos casos

Myr. M.C. Lucio Blanco Martínez

Hospital Central Militar. Ciudad de México.

La psicosis puerperal es una urgencia que requiere tratamiento intrahospitalario. Es la presentación más severa de una enfermedad psiquiátrica en el posparto. Durante el periodo periparto la mujer parece tener un riesgo mucho mayor para el desarrollo de enfermedad psiquiátrica que en otras etapas de su vida. La prevalencia es de 0.1 a 0.2%. La presentación del trastorno a menudo es dramática con inicio de la psicosis tan temprano como en las primeras 48 a 72 horas después del parto, aunque la mayoría de las mujeres con psicosis puerperal desarrollan síntomas dentro de las primeras 2 a 4 semanas después del parto. Los síntomas psicóticos y la conducta desorganizada son prominentes y causan una disfunción significativa, colocando a la madre o al niño en un riesgo importante, incluso se han asociado efectos significativos a largo plazo en el desarrollo y conducta del niño, de ahí la importancia de su diagnóstico y tratamiento.

Caso 1. Paciente del sexo femenino de 23 años de edad, casada, se dedica a actividades del hogar, religión católica practicante irregular, sin antecedentes médicos o quirúrgicos, dos semanas previo a su parto existe el fallecimiento en forma trágica de un hermano. Cuatro días después del parto de su segundo hijo el cual fue pretérmino (36 semanas), parto vaginal normal, inicia con cefalea intensa, nerviosismo, sentimiento de tristeza, labilidad emocional con llanto fácil y abundante, agresividad verbal y física hacia su familia, en especial esposo y familia de su esposo, risas inmotivadas, pensamiento desorganizado manifestado por lenguaje incoherente diciendo a su familia "los acabo de salvar", sic, al mismo tiempo que rompía dos biblias, fallas de juicio al fugarse de su casa preguntando constantemente por su hijo recién nacido de quien decía estaba enfermo y que se lo habían quitado. Con existencia de pensamiento mágico en su familia quienes creen la paciente puede estar poseída por demonios y la llevan con hechiceros sin mejoría siendo traída a este hospital un mes después del parto. A la admisión psiquiátrica se documenta desorientación en tiempo y espacio, risas inmotivadas, pensamiento contenido delirante en torno a su hijo recién nacido y a su esposo de quien decía lo iban a matar, asociaciones laxas, asociación por consonancia, bloques del pensamiento, expresión emocional tendiente al aplanamiento, nivel de energía incrementado. Se hizo el diagnóstico de psicosis posparto de acuerdo con los criterios del CIE 10 que son: la realización los estudios de laboratorio de BH, QS, EGO, VDRL, perfil tiroideo, con resultados dentro de parámetros normales.

Su manejo fue con base en zuclopentixol 50 mg IM dosis única a su ingreso y posteriormente a las 48 h misma dosis, continuando con 75 mg VO/día durante cinco días sin mejoría cambiando tratamiento antipsicótico a haloperidol 15mg VO/día, amitriptilina 25 mg VO 1-0-1, mostrando mejoría tórpida de la sintomatología, sin ceder las ideas delirantes de autodaño así como a su familia, a las dos semanas se agregó ácido valproico 250 mg 1-1-1 disminuyendo sintomatología maníaca en aproximadamente una semana y posteriormente las ideas delirantes en aproximadamente tres semanas más, sin ceder las mismas hasta las ocho semanas del tratamiento. Actualmente con manejo a base de ácido valproico 250mg VO c/ 8 horas.

Caso 2. Paciente del sexo femenino de 25 años de edad, profesionista. Lic. en Medicina, religión católica practicante irregular, con antecedentes ginecoobstétricos de importancia de haber presentado en el primer embarazo preeclampsia leve, parto pretérmino, vaginal normal, en el segundo embarazo cursó con síndrome anémico, uteroinhibición por amenaza de parto pretérmino en el segundo trimestre; ingresa a los 12 días del posparto de su segundo hijo el cual fue de término, parto vaginal normal, con evolución de 24 horas con lenguaje incoherente consistente en decir "no se imaginan lo que les va a pasar, se van a agarrar a bombazos en Chiapas y en Polanco", sic, "¿está bien mi hijo o está enfermo?", sic, la paciente; risas inmotivadas, agresividad verbal heterodirigida, suspicacia, labilidad emocional y llanto fácil.

A su ingreso se documentó la presencia de ideas delirantes tipo persecutorio, agresividad verbal heterodirigida, capacidades cognitivas deterioradas, desorientada en tiempo y espacio, ecolalia, asociaciones laxas, asociación por consonancia, ideas de referencia. Se realizaron los siguientes estudios de laboratorio; BH, QS, EGO, VDRL, perfil tiroideo, los cuales se encontraron dentro de parámetros normales.

El tratamiento consistió en la aplicación de 50 mg IM de zuclopentixol dosis única, fluoxetina caps. 20 mg una diaria, sulfato ferroso tab 200 mg una cada 12 horas, cediendo el cuadro clínico de ingreso en las siguientes 48 horas. La paciente actualmente se encuentra bajo tratamiento con olanzapina tab 10 mg 1-0-1, fluoxetina caps. 20 mg una diaria.

Discusión y comentarios

Los casos presentados difieren en:

Caso 1. La paciente tuvo un estresor importante que fue el fallecimiento de un hermano, recibió atención médica psiquiátrica un mes después del inicio de su sintomatología ya que fue llevada por su familia para realización de rituales con su objetivo místico de "curación", siendo más difícil la resolución de los síntomas debido al tiempo de evolución, la paciente mejora clínicamente en cuanto se inicia manejo con medicación estabilizadora del estado de ánimo como es el ácido valproico, es decir, tratamiento similar para el trastorno bipolar, actualmente continúa con mismo manejo para evitar recaídas siendo suspendida la medicación antipsicótica.

Caso 2. La paciente es detectada en las primeras 24 horas de inicio de su sintomatología por el servicio de Ginecoobstetricia, el manejo antipsicótico fue inmediato después de descartar causa orgánica cediendo la sintomatología a las 48 horas del inicio de la misma. El manejo consistió en un antidepresivo ISRS y antipsicótico vía parenteral. Posteriormente continuó con antidepresivo y olanzapina VO 10 mg 1-0-1.

Algunos autores han argumentado que la psicosis posparto es indistinguible de una psicosis maníaca y que debe ser tratada en forma similar, luego entonces es apropiado el manejo a corto plazo con medicación antipsicótica y estabilizador del estado de ánimo, como se realizó en el caso 1. Existe controversia si se deben suspender los medicamentos psicotrópicos en cuanto desaparecen los síntomas, ya que se ha observado que existe riesgo de enfermedad psiquiátrica alrededor de un año después

del parto. El tratamiento con un estabilizador del estado de ánimo se debe mantener después de la resolución de los síntomas para reducir el riesgo de recaídas.

En ambos casos se continuó seguimiento a través de la consulta externa de psiquiatría sin que tuvieran recaída del padecimiento.

Referencias

1. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum Psychiatric Syndromes. In: Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry, 7th Ed, Lippincott Williams and Wilkins, 2000, Vol 1. 1276-83.
2. Brockington IF, Cernik RF, Schofield EM. Puerperal psychosis: Phenomena and diagnosis. Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 829.

Delincuencia organizada: estudio exploratorio de la personalidad de los reclusos de un Centro Preventivo y de Readaptación Social

Lic. Psic. Jaime Hernández Tamariz

Dirección General de Prevención y Readaptación Social del Estado de México.

El fenómeno de la delincuencia organizada se percibe en la actualidad como una amenaza global, en México se ha considerado como un problema de seguridad nacional y de salud pública. Las últimas décadas de la historia contemporánea han presenciado el ascenso acelerado y el avance incontenible del crimen organizado. En el marco de análisis de dicho fenómeno, la psicología ha tratado de recoger y organizar información acerca del delincuente para llegar a una mejor comprensión de la personalidad de éste. El objetivo del presente estudio fue explorar las características de personalidad de los individuos que incurrir en el delito de Delincuencia Organizada. Con tal propósito se aplicó el Inventario Psicológico de California (C.P.I.) a treinta sujetos actualmente internos en el Centro Preventivo y de Readaptación Social de Tlalnepantla, además se consideraron datos obtenidos durante la entrevista inicial de estos sujetos.

En cuanto a los principales resultados, todos los sujetos evaluados se encuentran relacionados a su vez con otros delitos como: robo con violencia, robo a casa habitación, robo a bancos, secuestro, portación de arma de fuego y violación. La mayoría de los sujetos reporta haber sido detenido junto con amigos o conocidos, quienes viven en su misma colonia y comparten el mismo estilo de vida. En cuanto a las características sobresalientes de personalidad se encontró que once de ellos muestran rasgos de privación sociocultural, contaminación social significativa o bien, son reincidentes; nueve son fácilmente manipulables y pertenecen o han pertenecido a grupos parasociales, antisociales o ambos; cinco presentan características de inseguridad y tres de ellos son evasivos.

A partir de la interpretación del C.P.I., se encontró que en la mayoría de los sujetos existe la probabilidad de que experimenten dificultades importantes en su ajuste interpersonal ya que se obtuvieron puntuaciones bajas en cuanto a sentido de bienestar, comunidad, eficacia intelectual y flexibilidad, y puntuaciones altas en cuanto a sociabilidad, buena impresión y logro de conformidad. Partiendo de la interpretación del C.P.I. y retomando los datos de la entrevista de cada sujeto, se concluye que los sujetos no comparten la misma respuesta que el común de las personas, además de que no se adaptan ni son flexibles en su pensamiento y comportamiento social; se muestran preocupados por causar buena impresión ante su grupo social y presentan una adecuada percepción de la sociabilidad, lo cual facilita la adición colectiva y el agrupamiento de estos sujetos de acuerdo con su *modus vivendi*, posibilitando el hecho de que manifiesten una conducta antisocial denominada Delincuencia Organizada.

Detección de conducta antisocial en la selección de aspirantes a ingresar al Ejército
Cap. 1º Psicol. Ana María Olguín García
 Unidad de Especialidades Médicas SDN

Las diferencias individuales que existen aún entre sujetos de una población relativamente homogénea y con rasgos funcionales aparentemente adecuados, confrontadas con la necesidad de llenar espacios laborales con requerimientos específicos, impone la necesidad de aplicar criterios discriminativos para definir qué individuos cuentan con mejores recursos para cumplir las expectativas de un trabajo.

El proceso para integrar personas a un contexto laboral específico, incluye la referencia a un perfil psicológico de ingreso, para comparar con las características psicosociales presentes de los candidatos, lo cual implica la necesidad de definir los requerimientos, parámetros o referentes del perfil deseado y, por otra parte, los instrumentos idóneos para identificar la aproximación de los candidatos a los referentes del perfil. En otras palabras, no es suficiente con captar individuos con capacidad y aptitud para un trabajo, sino definir si su comportamiento habitual es susceptible de adaptarse a ambientes y situaciones significativamente distintos a los ya conocidos. Esto es particularmente aplicable al caso de las Fuerzas Armadas por razones inherentes al servicio militar, que incluye los horarios extremos, grandes cargas de trabajo y situaciones de tensión.

El presente caso se seleccionó para su estudio, porque ejemplifica el impacto de los procesos de evaluación psicológica con fines de selección, en la detección oportuna de situaciones de riesgo, específicamente de comportamiento antisocial, tanto para individuos del activo y de las instalaciones militares, como para el propio aspirante, a quien las nuevas situaciones del trabajo pueden constituirle un detonante de sintomatología clínica latente. La identificación de las características psicosociales de los individuos permite, en primera instancia, seleccionar y clasificar a los individuos.

Las tres premisas fundamentales para lograr una selección adecuada son 1) los referentes (perfil de ingreso) 2) las técnicas psicológicas y 3) el seleccionador.

Las operaciones de que consta un trabajo, el ambiente laboral y el nivel de rendimiento que se espera del candidato, son los principales referentes para emitir un juicio y tomar las decisiones. Los procesos selectivos pueden incluir la exploración de habilidades, sin embargo, por tratarse en este caso de un proceso encaminado fundamentalmente a la capacidad adaptativa, se exploran sólo áreas de personalidad.

Las peculiaridades del servicio militar, si bien con amplias diferencias, tienen en común para los integrantes, la inclusión en un régimen formal de autoridad jerárquica que conlleva un marco normativo que difiere fundamentalmente de la vida civil y suele implicar un choque que requiere recursos de adaptabilidad.

Perfil de Ingreso (base de referencia). Algunas características de personalidad que se exploran para candidatos a ingresar al Ejército son: tolerancia a la frustración, apego a normas, nivel de relación con la autoridad, trabajo bajo presión, capacidad para relacionarse, estabilidad emocional, seguridad en sí mismo, control de la ansiedad, capacidad de adaptación, ajuste a la realidad, nivel de responsabilidad, nivel de confiabilidad, coeficiente intelectual mínimo de término medio. Las técnicas psicológicas comprenden: batería de pruebas y entrevista. El tercer elemento, el seleccionador es el que pudiera parecer menos relevante, pero puede llegar a constituir la gran diferencia para el proceso selectivo. El seleccionador debe ser un profesional con amplia experiencia en la aplicación e interpretación de las pruebas y, como resulta evidente en el presente caso de estudio, se requiere, además de capacitación en psicología laboral, la aplicación de criterios clínicos que le permitan, no sólo emitir un juicio excluyente, sino abrir camino a

acciones terapéuticas en beneficio del candidato, de ser necesario.

Caso de estudio. Aspirante a causar alta en el Ejército como soldado auxiliar de materiales de guerra en la fábrica de armas.

Joven de 19 años de edad, sexo masculino, con estudios de 1er. año de secundaria, soltero, actualmente se encuentra desempleado.

Se presenta a la evaluación 15 minutos después de la hora en que se le citó, sujeto de sexo masculino, de 1.72 m. de estatura, complexión delgada, de facciones finas, moreno claro, de pelo negro lacio largo hasta los hombros, su arreglo personal es descuidado, desaliñado, la ropa la usa muy holgada, a la moda "chola". La edad aparente corresponde con la que cronológicamente dice tener.

Proviene de una familia disfuncional, es el mayor de tres hermanos, sus hermanos menores tienen 17 y 15 años, respectivamente, su padre falleció en un accidente cuando él tenía cinco años de edad. La madre cuenta con una edad de 38 años y hace siete años decidió vivir en unión libre con un individuo con el cual tiene dos hijos más. Vive en una situación de hacinamiento de la que forman parte su madre, padrastro, abuela, hermanos, tíos y primos. Comenzó su actividad laboral a los 14 años y ha tenido diferentes empleos, en los cuales no ha logrado un buen desempeño e incluso ha tenido problemas con jefes y compañeros. Actualmente se encuentra desempleado.

La batería de pruebas aplicadas fueron. Inteligencia: Test de Matrices Progresivas de Raven. Personalidad: Frases Incompletas de Sociopatía y Adaptación, Prueba de la Figura Humana de Karen Machover, Prueba para Descartar Psicopatología, Encuesta de Datos Personales y Entrevista Individual.

Resultados. En el área de Inteligencia obtuvo un Coeficiente Intelectual de término medio. En el área de personalidad, se observa una serie de datos que indican, sobre todo, gran inestabilidad emocional en el aspirante, debido probablemente a la falta de respuestas adecuadas hacia él por parte de su familia. La ausencia del padre y la carencia de modelos de los cuales hubiese podido incorporar conductas orientadas a tener actitudes positivas hacia la vida, le condujeron a tener un desarrollo deficiente; por otra parte, la existencia de una interacción familiar violenta en la cual hubo pautas de conducta con tendencia destructiva, generan en él una serie de elementos psicopatológicos: dependencia, antisocialidad, depresión, ansiedad, ideación suicida y problemas con figuras de autoridad, las cuales no dejarán de influir en su conducta en cualquier ámbito en el que se llegue a involucrar y le impedirán desenvolverse óptimamente.

Con esto se traduce que es una persona poco confiable, con bajo nivel de responsabilidad, baja capacidad de adaptación, poca tolerancia a la frustración, rechazo a la disciplina, tendencia al comportamiento violento, irregular capacidad de trabajo. Lo que se traduce que es NO APTO para el servicio militar.

Conclusiones. El filtro de sujetos con perfil antisocial claramente definido, alerta sobre la evaluación de casos menos evidentes, de detección más difícil y posibilita las previsiones para definir casos dudosos. Los hallazgos psicopatológicos en sujetos aparentemente funcionales, llama la atención hacia una mejor apreciación del papel de la evaluación psicológica en la obtención de cuadros laborales eficientes, dado que se llega a percibir como una mera formalidad o un trámite rutinario e incluso innecesario y prescindible en el proceso de contratación. En el proceso de selección, la evaluación psicológica no se dirige a promover, sino a evitar la necesidad de intervenciones terapéuticas. Sin embargo, en algunos casos particulares, permite detectar y orientar a personas con psico o sociopatía a la búsqueda de apoyo profesional.

De darse el caso de integrar a sujetos con conducta antisocial a ciertos tipos de unidad o instalación militar, puede inferirse el tórpido curso laboral y su potencial lesivo en función de la capacitación en artefactos y materiales de elevado poder destructivo.

Psicopatía y violencia depredadora
Subteniente Psicólogo Raúl Tamez Bustillos
Estado Mayor de la Defensa Nacional

Tratar de entender la conducta antisocial es un reto, profundizar en ella puede ser un camino denso y confuso. Sin embargo, encontrar en ese camino a la psicopatía en su máxima expresión de violencia, resulta ser muy interesante, no obstante el abuso del tema que las películas han hecho. Son personalidades trastornadas que se comportan con una magnífica carencia de empatía, tratando a las personas como si no fueran de su misma especie, pisoteando los derechos humanos más elementales. Un fuerte componente de tipo sexual está presente en sus crímenes, alimentando sus fantasías que en muchos casos conforman desde la adolescencia, por lo que crean un ritual en torno a ella, misma que tratan de cumplir para su mayor deleite, por lo tanto eligen a su víctima de acuerdo con características muy precisas, a quien asechan, siguen, estudiando sus hábitos en una gran mayoría de casos, para elegir el momento adecuado, finalmente sin pena ni culpa, la secuestran, golpean, someten y dominan, satisfacen sus deseos más instintivos y finalmente la matan, tratando de prolongar al máximo su agonía. Tiempo después repetirán un nuevo crimen.

Deficiencias en el proceso de selección de personal
Tte. Psic. María Graciela Cabrera Garcés
Hospital Regional de Mazatlán, Sinaloa

El proceso de selección de personal dentro del Ejército Mexicano tiene por finalidad captar aspirantes que posean características que les posibiliten una mayor capacidad de adaptación y funcionamiento en el medio militar y es llevado a cabo por el Psicólogo y en su ausencia por el médico encargado del escalón sanitario correspondiente. En lo que respecta al médico, éste cuenta con un cuestionario de adaptación SMP-01, un inventario de rasgos de personalidad SMP-02 y un formato de entrevista con los cuales determina si es apto o no para ingresar a nuestro instituto armado.

Sin embargo, en esta selección se presentan en ocasiones deficiencias e ingresan a nuestro medio aspirantes con características patológicas de personalidad, con trastornos de personalidad, o ambos, que afectan directamente la eficiencia de las unidades que componen nuestro Ejército.

Así ingresa personal con dificultades de adaptación que genera problemas de diversos tipos, entre los que podemos citar: Falta de personal disponible por estar exceptuados o encamados, problemas disciplinarios, problemas tipo legal, gastos médicos, entre otros.

Como ejemplo de lo anterior, durante los últimos seis meses en el Hospital Militar Regional de Mazatlán, Sinaloa, se han presentado casos con los siguientes diagnósticos:

Episodio depresivo con intento suicida, probable trastorno de ansiedad, trastorno de adaptación al medio.

Por lo cual resulta conveniente mejorar el proceso de selección de personal a fin de que se reclute a gente más idónea para este medio y considerando la escasez de psicólogos se puede implementar un manual destinado al personal de médicos que contengan aspectos que les permitan una mejor selección.

Entre las medidas que se pueden adoptar para establecer un perfil deseable del aspirante se encuentran: Provenir de una familia integrada, poseer una buena tolerancia a la frustración, tener un buen manejo de sus impulsos, mostrar un moderado nivel de ansiedad, no tener tendencia al alcoholismo ni a la farmacodependencia, ser capaz de dar órdenes y recibirlas, de establecer relaciones interpersonales íntimas y profundas, tener una conducta responsable.

Asimismo, es necesario establecer frases críticas en el inventario de rasgos de personalidad y establecer una guía de entrevista que contenga los datos familiares, conducta escolar, estado

de salud durante la niñez y empleos anteriores con motivo de salida de los mismos, así como relaciones que estableció con sus jefes.

Programa de apoyo psicológico dirigido al adolescente aplicando psicoterapia de grupo como servicio de consulta externa en la Enfermería Militar de La Boticaria, Ver.

Tte. Psic. Verónica Asunción Rivera
Enfermería Militar de La Boticaria, Veracruz

En el presente trabajo se describen las actividades de atención a pacientes militares y derechohabientes que solicitan ser atendidos como externos por el Servicio de Psicología. De la población general de pacientes, se enfoca la atención a la porción de los adolescentes, para los que se elabora un programa de apoyo psicológico utilizando psicoterapia de grupo, técnica que se decide utilizar después de haber observado afinidad en el motivo de preocupación por parte de los padres así como en el estado emocional entre los pacientes adolescentes. En el inicio se describe información de tipo teórico que lleva la intención de lograr comprender en forma general qué ocurre en la etapa de la adolescencia así, como la importancia que ésta tiene en el proceso del desarrollo de la persona. Se señalan las alteraciones más frecuentes que se presentan en la etapa del desarrollo que se está haciendo referencia que se correlacionan con los que describe el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV).

Se dan a conocer los motivos por los que se considera necesario elaborar y aplicar un programa de apoyo psicológico al adolescente por parte del Departamento de Psicología en esta Enfermería Militar. Lo anterior es importante para brindar atención a la salud mental del muchacho, así como la atención a la prevención del desarrollo de trastornos más severos. Por lo anterior, se establecen acciones para intentar el logro de las expectativas planteadas. Se registra la frecuencia del motivo de consulta expresada por los padres que los lleva a solicitar orientación, apoyo psicológico o ambos para su hijo(a) adolescente. Se registran también los "trastornos" que son observados en los adolescentes. Ambas frecuencias se muestran en gráficas en donde se dan a conocer los porcentajes de éstas.

Se llevó a cabo una revisión estadística de pacientes en general que han solicitado atención en el Servicio de Psicología por primera vez y subsecuente en el año 2000 y primer semestre del 2001. Con los resultados obtenidos se muestra la situación que guarda la consulta brindada a los adolescentes antes y después de la aplicación del programa. Estos datos aparecen en las *gráficas 3 y 4*. Finalmente se dan a conocer los resultados obtenidos tanto en el estado emocional en el paciente adolescente, así como en la frecuencia de asistencia al Servicio de Psicología. En las conclusiones se señalan los factores que se encontraron como potenciales en la influencia del desajuste emocional en el paciente adolescente.

El tabaquismo y sus técnicas de tratamiento
Subtte. Psic. Ofelia Rendón Villegas

Escuela Militar Odontología, U.D.E.F.A.

El trabajo actual tiene como finalidad concientizar al público en general de los problemas de salud que causa el consumo de tabaco, tanto para los fumadores activos como los fumadores pasivos; así como los diversos tratamientos para dejar de fumar que los sectores públicos y privados aplican en cada uno de los niveles.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el consumo de tabaco es la causa de muerte inevitable en los países desarrollados. En México, algunos estudios nos han reportado que el consumo de cigarro es la sexta parte de las muertes en la población, así como uno de los principales problemas

de salud (cáncer pulmonar, enfermedades cardíacas, tumores en labio, faringe, cavidad bucal y en la mujer aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino).

Se ha observado que la edad más vulnerable es en la adolescencia, ya que es la etapa en donde se inicia el fumador, por buscar nuevas experiencias, sentirse independiente, ser aceptado por los amigos, por tener mayor accesibilidad, etc. Asimismo, con el paso del tiempo y por su consumo repetitivo se vuelven dependientes del cigarro (adicción), tanto física como psicológicamente y entre más tiempo pase, existe mayor dificultad para eliminarlo, así como mayor probabilidad de adquirir problemas de salud. Así tenemos que cuando hay mayor grado de dependencia psíquica surgen trastornos por la falta de ello, el cual es denominado síndrome de abstinencia. Sabemos que la principal droga del tabaco es la nicotina, la cual produce adicción. Sin embargo, el tabaco también contiene otras sustancias como el alquitrán, mucho más peligrosas que pueden producir las enfermedades directamente relacionadas con su consumo.

Es indudable que el tabaquismo reduce la esperanza de vida, incrementa el ausentismo y produce accidentes, sin embargo, una de las razones por las cuales se haya extendido fácilmente el consumo de tabaco se debe a que los daños producidos por fumar no se manifiestan inmediatamente, sino existe un periodo de latencia entre el inicio del hábito y la aparición de los síntomas principalmente en personas menores de 65 años.

Por tanto, uno de los principales intereses de abordar este tema, es que con el paso de los años se incremente el consumo de tabaco en niños y jóvenes, lo cual quiere decir que también aumentarán los niveles de enfermedades cancerosas y la mortalidad en unos 30 años, aproximadamente, por lo que en la actualidad los sectores públicos, privados y sociales han venido aplicando diversos programas de prevención y control del tabaquismo para erradicar el consumo de cigarro.

Hacia un análisis de la violencia intrafamiliar

Subte. Aux. Psic. Virginia Lilia Martínez González

Escuela Militar de Transmisiones, U.D.E.F.A.

Con este análisis se pretende motivar para ir resolviendo problemas de la propia familia, entendiendo como "problemas" situaciones que pueden mejorar. Ya que todas las familias tienen problemas, se tiene también la tendencia a destacar lo negativo y no lo positivo, tanto en la propia familia como en las de los demás. Por ejemplo, si en una hoja blanca hay una pequeña mancha negra, se tiende a pensar sólo en ella, y no se ve que el resto es blanco. En los conflictos familiares puede suceder lo mismo: se queja de ver todo lo bueno que hay en esa situación y se centra la atención en lo que está funcionando mal. Así pues, en lugar de buscar hechos reales se enjuicia y se exageran las situaciones de conflicto.

Es así, que el matrimonio y su buena relación son la base y el sustento de la familia; sin embargo, poco se ha investigado sobre los fenómenos que se generan dentro de este núcleo, de tal forma que el fortalecimiento de la familia es la solución para la crisis desintegradora que vive en la sociedad actual: abandono del hogar, rompimiento del vínculo matrimonial, drogadicción, alcoholismo, niños abandonados. Todo esto desaparecería si la familia respondiera a su función original de ser: la primera escuela de valores humanos y sociales, una comunidad de vida y amor, un centro forjador. Para lograr esto hay que empezar por fortalecer la propia familia, analizando su situación muy concreta ya que la mayor parte de las quejas, insatisfacciones, peleas, disoluciones conyugales o familiares son el resultado de la falta de aceptación de la situación real. De tal forma que el buen funcionamiento de la familia depende no sólo del mejoramiento personal de los cónyuges sino también de la seguridad y el equilibrio que se debe dar a los hijos, lo cual tiene su base en la educación, a través de una buena relación conyugal, para esto es necesario:

Buscar las causas de las tensiones que impiden el mejoramiento personal y del cónyuge. Si se vive en una situación conflictiva, dar iniciativas para superarlas saber dar y recibir, comprender y exigir. También es importante tener en cuenta que la base de la relación conyugal es el respeto en su sentido más profundo: considerando al cónyuge como una persona con capacidad para ser mejor, con posibilidades de superarse. Negarle al otro esta posibilidad es la peor falta de respeto.

Es por eso que si el respeto hace cada vez menos acto de presencia entre los integrantes de la familia y en especial de parte de la pareja, da pauta a la aparición cada vez más veces al maltrato doméstico, el cual es un fenómeno históricamente vinculado a un sistemático proceso de sometimiento contra los miembros más débiles de la familia, el cual se va manifestando a través de la violencia, que es una manifestación de poder o de denuncia con la intención de controlar a alguien.

La forma más evidente de ejercerla es a través de la agresión, entendiendo ésta como el propósito de dañar física, psicológica y sexualmente a cualquiera de los integrantes del núcleo familiar, a la madre, hijos e inclusive hasta los padres. Los factores que la propician están relacionados principalmente con la educación del agresor y en segundo término con la proximidad del blanco (el agredido). Para identificar el origen de la violencia intrafamiliar es preciso conocer la estructura de ésta, atendiendo a las siguientes categorías: a) capacidad para reconocer y resolver problemas emocionales; b) la intensidad y calidad de la comunicación; c) la clave y graduación de la expresión afectiva; y d) el nivel de autonomía que se permite a sus miembros.

Un modelo psicológico para la prevención y tratamiento de la conducta delictiva en menores infractores

Subtte. Psic. Joel Miguel Mondragón

Tte. Cor. Psic. Martha Cecilia Herrera Verdeja

EMM/Heroico Colegio Militar, U.D.E.F.A.

En la última década hemos presenciado un proceso de desestabilización del Estado, que ha fracturado nuestra sociedad, prueba de ello es el aumento de menores de edad involucrados en conductas que dañan a la sociedad. Este fenómeno de criminalidad camina en forma paralela a los cambios de la estructura social, así como los valores que predominan en determinada época. En este contexto de crisis de identidad, surgen grupos criminales cada vez mejor organizados que ven a los niños y adolescentes como la población vulnerable para ser atraídos como autores materiales del delito. El pobre estado de salud mental de la sociedad genera día a día, un germen todavía más peligroso que amenaza la seguridad de nuestras familias, es el maltrato infantil, probablemente la escuela del crimen más difícil de combatir, no sería apresurado afirmar que nos encontramos en un estado de emergencia que nos hace vulnerables a la presencia de grupos criminales, con gran capacidad de intimidación y violencia, que a través de sus tentáculos inducen a los adolescentes a la prostitución, robo, asesinato, violación, tráfico de drogas, entre otros delitos. Por tal motivo es necesario la creación de modelos interdisciplinarios con mayor conocimiento de las formas en que se desarrolla la criminalidad, sólo así será posible invertir la balanza que se dirige hacia la destrucción y la denigración del ser humano por otro destino donde predomine el derecho y la productividad en el trabajo.

El presente estudio es un análisis prospectivo de los problemas más comunes que tienen que enfrentar los profesionales del cuerpo técnico, que se les encomienda la difícil tarea de la readaptación del menor infractor y la prevención del delito. Para lograr nuestro objetivo es necesario situarnos en la realidad que vive el menor infractor durante su estancia en la penitenciaría. En primer apartado se desarrolla el escenario psicosocial en el cual el menor infractor se integra para iniciar su proceso de tratamiento. En el segundo apartado abordaremos las características psicológicas del menor recurriendo al estudio de casos clíni-

cos, en el tercer apartado se integra la información en el análisis clínico criminológico, contexto que nos permitirá orientarnos a la prevención y tratamiento de los menores infractores.

El tratamiento del menor infractor, de acuerdo con nuestra experiencia, se desarrollará a partir de dos factores interrelacionados por el resultado de la conducta antisocial: los factores externos incluyen aspectos políticos, el tipo de delito, las interacciones sociales y las estrategias de intervención. Por su parte, los factores internos incluyen la experiencia de la historia familiar y personal, la personalidad o mecanismo de defensa, la inteligencia emocional y social, el lenguaje interno de la conducta delictiva, y capacidad de proyección y voluntad de la conducta

Abuso sexual en menores: diagnóstico y tratamiento

Subtite. Psic. Ofelia Rendón Villegas

Escuela Militar de Odontología, U.D.E.F.A.

El presente trabajo busca contribuir al conocimiento del problema del abuso sexual en menores y al mismo tiempo plantear algunas recomendaciones que coadyuven a su prevención desde el plano educativo. Debido a la complejidad del problema se realizó un análisis cualitativo y exploratorio de sus implicaciones. Se presentan algunos cuadros estadísticos que fueron proporcionados por una institución civil dedicada a la atención de víctimas de maltrato.

El abuso sexual es un problema que ha existido siempre, pero en los últimos años se ha incrementado y cobra mayor importancia cuando va dirigido a niños.

El interés por el tema se debe a que aunque es un problema viejo, años atrás, y aún hoy en día, no son denunciados los casos de violación, por no perjudicar tal vez el status social de la familia. En realidad, los delitos sexuales se han agudizado aún más, siendo denunciados en un mayor porcentaje, aunque no en un 100% de los casos, motivo por el cual no se puede seguir un juicio legal y mucho menos dar un apoyo psicoterapéutico a la víctima, ya que en muchas ocasiones la familia no permite que se denuncien por vergüenza o quizá por miedo e incluso por ser el agresor un miembro de la familia (padre, tío, hermano, primo, etc.). Aunque cueste trabajo pensarlo, el abuso sexual se da en mayor porcentaje dentro del hogar y por lo tanto el agresor es un familiar, un conocido o un amigo cercano. A pesar de que el problema es grave, los centros de atención son insuficientes para brindar apoyo a las víctimas de algún tipo de violencia sexual, particularmente en el trabajo con niños. Respecto a los medios masivos de comunicación, hace algunos años se elaboraron campañas alertando a los menores de los peligros que corrían al acompañar a un extraño, sin embargo, su eco quedó interrumpido. En lo legal se encontró que sí hubo modificaciones respecto a este delito, así como la apertura de agencias especializadas en delitos sexuales y la capacitación de personal para la atención de las víctimas. En el plano educativo observamos que en el núcleo familiar y en el escolar aún existe información vaga y confusa de la sexualidad. Partiendo de lo general a lo particular, se tiene que señalar las diversas manifestaciones de maltrato como parte de este delito, que cuando ocurre en menores es difícil creerlo, pues la gran mayoría piensa que son fantasías, negándose a aceptar que se dé dentro del mismo hogar y mucho menos con familiares.

Podríamos hablar de algunas perspectivas acerca de la agresividad y del abuso sexual; Freud menciona que ésta se debe a la fuerza de las pulsiones que rigen la vida, el Eros y el Thanatos. En el conductismo la agresividad es comprendida a partir del tipo de recompensas y castigos que tenga el individuo. Mientras la teoría biológica menciona que la violencia se trae cognitivamente y puede ser transmitida por herencia. En lo que se refiere al agresor sexual intervienen muchos factores que hacen que éste manifieste la agresividad al mundo exterior, principalmente la familia. La prevención, como en muchos otros problemas sociales, es la medida principal de intervención para estos casos de abuso sexual.

La atención psicológica como estrategia de auxilio de los problemas especiales de las mujeres durante el embarazo, el parto y la maternidad

Subtite. Psic. Gregorio Hernández Huerta

Clínica de Especialidades de la Mujer. Dirección General de Sanidad

Las necesidades de atención psicológica de los problemas especiales de las mujeres durante el embarazo, el parto y la maternidad, en la experiencia de la Subsección de Psicología de la Clínica de Especialidades de la Mujer, se fueron delineando como respuesta, primero, a los requerimientos de orientación y comprensión de los aspectos psicológicos en Ginecología y Obstetricia, segundo, la manera de proporcionar ayuda psicoterapéutica ante situaciones y problemas específicos.

El trabajo desarrollado y los resultados permitieron que los directivos apoyaran la propuesta de trabajo y se aceptaran los esquemas de labor institucional adecuados al ejercicio de una psicología dinámica, preventiva, curativa y rehabilitadora; la concertación con pediatras, ginecólogos, obstetras, especialistas y la sección de salud mental de la Dirección General de Sanidad abrió la posibilidad de su ejercicio integral e influyó en la calidad y calidez de la atención.

Cuestionario de Personalidad Antisocial (CPA).

Validación psicométrica preliminar

Mayor M.C. José de Jesús Almanza Muñoz, Subt. Psicólogo Raúl

Tamez Bustillos, Lic. Psicólogo Alejandro Fondon

Sección de Salud Mental, Dirección General de Sanidad.

La psicopatía es un fenómeno de la personalidad que ha sido estudiado por la psiquiatría y la psicología desde el siglo XVII, hoy se conoce como "Trastorno antisocial de la personalidad" de acuerdo con el DSM-IV, se considera que más de 3% de la población presenta este trastorno, desajuste para seguir las normas sociales, falta de empatía, carencia de culpa o remordimiento, falta de responsabilidad, egocentrismo, como los más representativos. Existe evidencia reciente sobre su base orgánica, con estudios sobre la fisiología del cerebro de criminales violentos, se encuentra alteración del funcionamiento en lóbulos frontal y temporal. Sin embargo, este fundamento biológico por sí mismo no es suficiente para explicar el fenómeno, las reglas de socialización que los padres deben inculcar en sus hijos terminan de explicarlo.

La evaluación de la personalidad antisocial ha sido un problema desde que se inició su estudio. En la actualidad algunas pruebas en el marco de la teoría factorial de la personalidad y de gran uso en Occidente incluyen una escala para su evaluación como el MMPI y el 16-PF. Eysenck incluye en una de sus versiones del EPQ (Eysenck Personality Questionnaire) una escala para evaluar conducta antisocial, aunque después en su versión EPQ-A, la elimina por su poca utilidad. En la última década, el Dr. Robert Hare desarrolla un método complejo para evaluar la psicopatía (PCL-R), que es aceptado mundialmente por su confiabilidad, sin embargo, sólo un clínico entrenado en la técnica, con acceso a los antecedentes del sujeto y en una extensa entrevista podría emitir un diagnóstico, por lo que él mismo desarrolla una versión autoaplicable de 96 reactivos (P-SCAN) la que daría indicadores acerca de la personalidad antisocial.

En México existe una Escala de Respuesta Individual Criminológica (ERIC) que retoma preguntas del MMPI y del 16-PF, sin embargo, no se cuenta aún con un instrumento especialmente diseñado y estandarizado para la evaluación de este fenómeno de personalidad, adaptado a la idiosincrasia del medio Militar, por lo que se vio la necesidad de desarrollarlo.

El cuestionario de Personalidad Antisocial (CPA) se diseñó con un constructo de cuatro factores: responsabilidad, control de impulsos, ajuste a las normas, egocentrismo. A partir de estos factores se diseñaron los ítems que se construyeron con un formato de preguntas de tipo falso-verdadero. La versión inicial

constaba de 173 preguntas, misma que se pilotó en una población de 68 sujetos tomados al azar, con edades entre los 20 y los 45 años, siendo 12 mujeres, 56 oficiales y tropa todos ellos de una misma unidad operativa del Ejército.

El estudio preliminar mostró un nivel de confiabilidad, según el Alpha de Crombach de 0.89, con una media de 90.3529 y una desviación estándar de 20.9860. Una segunda fase de la investigación del CPA, incluirá el desarrollo de una versión breve, así como efectuar su aplicación en otros subgrupos militares para consolidar estos resultados preliminares.

Depresión y cáncer en la infancia: un caso clínico de Psicología de Enlace en Pediatría

Lic. Psic. Ivonne Rosario Juárez

Sociedad Mexicana de Psicología y Centro Integral de Salud Mental

Introducción: la Psiquiatría y la Psicología de Enlace constituyen una interfase entre la medicina y la psiquiatría. El concepto central de Enlace se refiere a la interacción dinámica integral y multidireccional entre un equipo de trabajo en función y beneficio de un paciente físicamente enfermo y su familia en contraste con el concepto de Interconsulta, como una interacción unidireccional entre un profesional de la Salud Mental y un paciente médicamente enfermo. Esta aproximación en el contexto pediátrico parte de considerar que hasta 64% de los niños hospitalizados cursa con problemas emocionales, y sólo 11% es referido a interconsulta (Stocking et al, 1972). En el Enlace pediátrico es importante considerar los conceptos de desarrollo, así como la reacción a la enfermedad en pediatría (Eisenberg, 1975; Harper, 1977), además de llevar a cabo una entrevista de características especiales. Se recomienda un abordaje integral que incluya el diagnóstico categórico y dimensional (psicodinámico).

Caso clínico: bajo la perspectiva señalada, se presenta un caso clínico de una niña de 13 años con cáncer y depresión, referida por el Departamento de Pediatría del Hospital Central Militar al Servicio de Psiquiatría y Psicología de Consulta y Enlace. La paciente se encontraba hospitalizada en la Sala de Pediatría Quirúrgica. Se trataba de una niña de 13 años, de escolaridad secundaria, quien había sido diagnosticada con osteosarcoma metastásico hacía dos años y había sido necesaria la amputación de su pierna izquierda recientemente. Se encontraba en fase de cuidado paliativo y su familia se hallaba integrada y ampliamente colaboradora. El motivo de consulta explícita fue la presencia de ansiedad extrema y la falta de cooperación al manejo médico tras múltiples internamientos con separación de su familia. Existía además incertidumbre y disminución en la ingesta alimenticia. Asimismo, el equipo de atención manifestó la necesidad de comunicación de malas noticias tanto a la paciente como a su familia.

Abordaje diagnóstico: se llevó a cabo la revisión del expediente clínico, una entrevista directa (enlace) con el personal médico y de enfermería, una entrevista con la paciente y su familia, el desarrollo de una intervención terapéutica preliminar y la formulación de un plan diagnóstico y del plan de manejo definitivo. La sintomatología observada fue de negación, desesperanza, irritabilidad, miedo de afectar a su familia, angustia por perder su escuela, afección de su imagen corporal, a ello se agregó miedo a perder el cabello por el tratamiento subsiguiente y preocupación por ser una "carga" para su familia.

Estudios psicológicos: posterior a la entrevista individual y familiar y de haber establecido una adecuada alianza terapéutica, se efectuaron los siguientes estudios psicológicos: 1) el Test Gestáltico Visuomotor de Lauretta Bender; 2) El Test Proyectivo de la Figura Humana de Karen Machover; 3) El Test Proyectivo de la Familia; y 4) El Test Proyectivo Casa Árbol Persona. Los resultados mostraron ausencia de lesión cerebral; desproporción entre figuras; disminución del Yo; evitación de estímulos ambientales; posible agresión interna; esfuerzos por controlar su ansiedad; protección paterna; idealización materna; relación paterno-filial adecuada y actitud pasivo-depresiva del

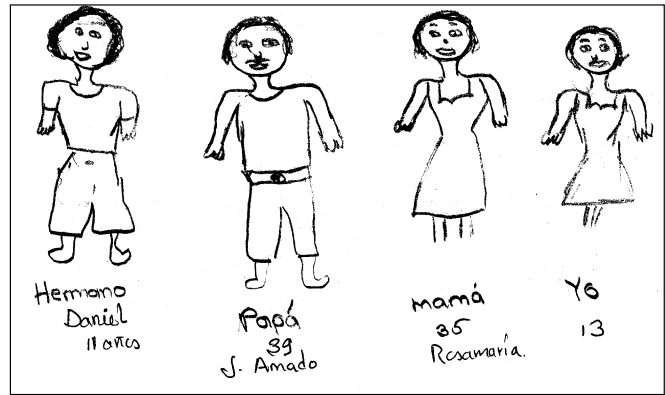


Figura 1. Test proyectivo de la familia.

paciente. El test de la familia muestra integración familiar y proyección realista hacia el futuro en relación con su situación actual del padecimiento (Figura 1).

Aspectos diagnósticos: el diagnóstico categórico (sistema multiaxial del DSM-IV), fue: en el Eje I (trastornos mentales), Reacción adaptativa con síntomas depresivos, C. I. de 112 (superior al término medio); en el Eje II (trastornos de personalidad), ningún diagnóstico, en el Eje III (padecimientos físicos), osteosarcoma metastásico, ausencia de lesión cerebral; en el Eje IV (estresores psicosociales): diagnóstico de osteosarcoma metastásico y amputación de miembro inferior derecho; y en el Eje V, el funcionamiento global fue de 60 al inicio de la hospitalización y de 80-90 al final de la misma.

Diagnóstico dimensional (aproximación psicodinámica). Se encontró un Yo estructurado y fuerte con capacidad de mantener el contacto con la realidad; un Superyo moderadamente punitivo y rígido, y un Ello funcional, con tendencia a la regresión en presencia de la madre, lo cual es comprensible en virtud de las circunstancias, por lo que se considera una regresión al servicio del yo que tiene fines adaptativos. En esta línea, la paciente vive la enfermedad como un fracaso, generándose entonces una actitud reparadora con enorme preocupación de la afección negativa para con su familia y con una reacción depresiva importante.

Abordaje terapéutico: incluyó psicoterapia con técnica modificada para pacientes con cáncer, apoyo individual y familiar en el marco institucional de la atención médica en el Ejército. Farmacológicamente se indicó clorimipramina a dosis de 50 mg al día; alprazolam a dosis de 0.55 mg al día. Se mantuvo un dinámico enlace con el equipo médico y se dio seguimiento estrecho.

Discusión y conclusiones: Además del apropiado establecimiento del diagnóstico y del tratamiento fue indispensable el manejo apropiado de los aspectos transferenciales y contratransferenciales. Un aspecto importante fue que la solicitud de apoyo emocional fue efectuada después de varios internamientos. El protocolo adecuado de comunicación de malas noticias, así como considerar la higiene mental del personal de Oncología y Pediatría de base. Se recomienda de este modo, mantener "enlace" más que interconsulta con el departamento de Pediatría, e implementarlo tempranamente a fin de proporcionar atención psicológica integral en forma oportuna, así como reconocer y tratar a los miembros de la familia como pacientes de segundo orden.

Programa Académico de Salud Mental: logros y perspectivas

M.M.C. José de Jesús Almanza Muñoz, Lic. Psic. Fernando A.

Izquierdo Núñez

Sección de Salud Mental, Dirección General de Sanidad

Introducción. las demandas y retos actuales de la atención en Salud Mental requieren de recursos que permitan el desarro-

llo de estrategias del más alto nivel para atender la problemática de adicciones y trastornos mentales.

Por lo anterior se estructuró y dio inicio el Programa Académico de Salud Mental, cuya misión es mantener un alto nivel de capacitación en el personal de profesionales de la Salud Mental, para coadyuvar a su desarrollo profesional y a mantener un alto nivel de calidad en los servicios y de Salud Mental que actualmente se brindan en el Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos.

Sus bases legales incluyen: la Ley Orgánica del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos, el Reglamento General de Deberes Militares, El P. S. O. Aspectos militares tomo IV Sistema de Educación y Adiestramiento, así como el superior radiograma, DN-I 5656. S-I R. H.

Su desarrollo precisa de la coordinación e intercambio académico de acciones educativas continuas de la salud, con instituciones como la Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Neurología y el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", entre otras.

Resultados preliminares. Se han efectuado nueve conferencias con los siguientes contenidos:

1. *Primeros Auxilios Psicológicos*, por la psicoanalista Ana María Zellhuber Pérez, de la Cruz Roja Mexicana, coordinadora del Programa de Atención Psicológica en Casos de Desastre (50 asistentes).
 2. *Alcoholismo*, por el Dr. Héctor Ayala, de la Universidad Nacional Autónoma de México, así como el Mayor M. C. Jesús Almanza Muñoz, Jefe de Salud Mental.
- Dicha conferencia se efectuó en el marco de la sesión General del Hospital Central Militar (150 asistentes).
3. *Potenciales relacionados con Eventos en el estudio de los procesos Cognoscitivos*, impartida por el Dr. Jorge Bernal Hernández, de la Universidad Nacional Autónoma de México (50 asistentes).
 4. *Clinimetría y Depresión*, por el Dr. Francisco de la Peña, del Instituto Nacional de Psiquiatría (50 asistentes).
 5. *Adicciones (alcoholismo) y Violencia*, por la Dra. María Elena Medina Mora, del Instituto Nacional de Psiquiatría (50 asistentes).
 6. *Consecuencias de la Depresión*, por el Dr. Gonzalo Alemán (50 asistentes).
 7. *Grafología*, por la Lic. Inés Emmaus, de la Asociación de Grafólogos y Psicólogos, México-Alemania, A. C. (50 asistentes).
 8. *Sistemas Dopaminérgicos*, por el Dr. Philippe Leff, del Instituto Nacional de Psiquiatría (50 asistentes).
 9. *Trastornos de sueño*, por la Dra. Marcela Morales, de la Clínica del sueño (50 asistentes).
 10. *Reacciones de estrés después del ataque terrorista del 11 de Septiembre*, por el Mayor M.C. José de Jesús Almanza Muñoz, Jefe de Salud Mental, Dirección General de Sanidad.

Asimismo, se han llevado a cabo los siguientes talleres:

1. *Alcoholismo*, por la Dra. Echavarría, de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México (40 asistentes).
2. *Primeros Auxilios Psicológicos en casos de Desastre*, por la Psicoanalista Ana María Zellhuber Pérez y Lic. Claudia Velásquez Cardoso, Programa Atención Psicológica en Casos de Desastre de Cruz Roja Mexicana (40 asistentes).
3. *Actualización de Pruebas Psicológicas* por la Dra. Guillermina Yáñez Téllez, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (40 asistentes).

4. *Psicología del Deporte*, por el Mtro. Marco Vinicio Velasco del Valle, de la Facultad Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (40 asistentes).

El número global de asistencia ha sido de 660 personas, entre psiquiatras, psicólogos, enfermeros psiquiatras y especialistas de áreas relacionadas, siendo la respuesta positiva y satisfactoria. La instauración del presente programa puede considerarse como un logro muy relevante en virtud de que se ha desarrollado sin una asignación especificada de recursos.

En forma prospectiva se espera considerar y ampliar este esfuerzo.

Grupo de Enfoque 1: la Identidad del Psicólogo Militar

M.M.C. José de Jesús Almanza Muñoz, Cap. 2º. Psic. Héctor Eduardo López Cortés, Relatora: Subtte. Psic. Ofelia Rendón Villegas

Sección de Salud Mental, Dirección General de Sanidad

Objetivo. Explorar mediante la técnica de enfoque grupal la identidad del Psicólogo Militar.

Introducción. La identidad es un concepto complejo y difícil de definir y al mismo tiempo fundamental para el desarrollo de las actividades de cualquier ser humano en un contexto social y global. Damos la más cordial bienvenida a las personas civiles y militares que nos acompañan esta mañana para abordar el tema de la identidad del Psicólogo Militar.

Desarrollo. Se convocó en forma voluntaria a dos psicólogos militares veteranizados (hombre y mujer), un psicólogo recién ingresado con grado de oficial, un psicólogo con grado de tropa y un psicólogo militar recién reclasificado proveniente del Servicio de Sanidad. Los participantes se enlistan omitiendo los grados militares, y en el orden en que cubren el perfil mencionado antes: Lic. Psic. Abinadab Hernández Gutiérrez; Lic. Psic. Virginia Lilia Martínez González; Lic. Psic. Andrés Carrillo Méndez; Lic. Psic. Carlos Horta Gutiérrez; Mario Ernesto Padilla Rodríguez. Asimismo, se incorporó al grupo el General Brig. M.C. Retirado Rolando Carrera Cárdenas, quien fuera Jefe de Salud Mental Militar.

Se efectuó una encuesta breve para explorar la autoidentificación como militar versus la autoidentificación como psicólogo. Respondieron la encuesta 32 personas, de las cuales 16 (50%) expresaron una autoidentificación equilibrada; 13 (40%) expresaron una autoidentificación más predominantemente como psicólogos; y tres (10%) expresaron una autoidentificación más predominante como militares.

Se plantearon dos preguntas: ¿cuál es su concepto personal de "Identidad Militar"? y si se es ¿Psicólogo Militar o Psicólogo que trabaja en el Ejército? Se escuchó la opinión con tiempo limitado de cada uno de los integrantes del grupo y luego se abrió al auditorio.

Las opiniones y comentarios se orientaron claramente a la necesidad de desarrollar una identidad militar definida que incorpore sin conflicto las características de la profesión en el contexto de la milicia. Existieron opiniones divergentes puntualizando que la labor psicológica era finalmente la misma dentro o fuera del Ejército, empero predominó la necesidad de integrar y comprometerse con el Ejército como una institución que no funciona con carácter empresarial ni comercial, sino con intereses superiores al servicio de la nación.

Conclusiones. La identificación del psicólogo militar es equilibrada en 50% de los casos, tiende hacia el polo psicológico en 40% de los casos y se orienta hacia el polo militar en el 10% restante. Es muy importante desarrollar una identidad militar firme y bien definida como requisito para un funcionamiento óptimo del Psicólogo en el medio militar.

Grupo de Enfoque 2: estigmatización de la Psiquiatría, Psicología y Salud Mental

M.M.C. Jesús Almanza Muñoz, Cap 2º Psic. Raymundo Tirado, Relator: Subtte. Psic. Raúl Tamez Bustillos

Sección de Salud Mental, Dirección General de Sanidad

Objetivo. Explorar mediante la técnica de enfoque grupal la estigmatización de la Psiquiatría, la Psicología y la Salud Mental.

Introducción. Desde tiempos inmemoriales la estigmatización del enfermo mental ha sido un obstáculo importante que limita el desarrollo y el acceso de las personas a los servicios de salud mental. Tal situación se agudiza en contextos como la milicia en donde regularmente todos sus miembros se conocen o

son fácilmente identificables. No es raro el rechazo encubierto bajo bromas hacia personas que han recibido atención psicológica o psiquiátrica. Es bien sabido que tales actitudes se originan de un desconocimiento y al mismo tiempo de un temor hacia la enfermedad mental, injustificado en la inmensa mayoría de los casos. Es bueno contar con un número suficiente, y por ello importante, de personas interesadas en intercambiar de manera abierta y sistemática sus impresiones y contrastarlas con otras en el contexto de éste, nuestro segundo grupo de enfoque, por lo cual nos congratulamos de quienes permanecieron aquí desde el inicio y les damos la más cordial bienvenida a quienes se están incorporando ahora mismo.

Desarrollo. Se convocó en forma voluntaria a un psicólogo clínico, un psicólogo educativo, un psicólogo civil y una enfermera. Los participantes se enlistan y omiten los grados militares, y en el orden en que cubren el perfil mencionado antes: Lic. Psic. Blanca Margarita Añorve Bohórquez, Lic. Psic. José Luis Granados Martínez, Lic. Psic. Diana Helena Valencia Ortega, y Enf. Psiqu. María Magdalena Montoya Anaya. Asimismo, se invitó a incorporarse para compartir su experiencia al Gral. Brig. M.C. Ret. Luis Enrique Sosa Guerra, quien a su vez se desempeñó también como Jefe de Salud Mental.

Se llevó a cabo una encuesta breve de Redes Semánticas sobre los conceptos de salud mental. Los principales descriptores

para enfermedad mental fueron: estado alterado de conciencia, desequilibrio, disfunción, inadaptación, improductividad, desventaja, trauma, desorganización y alteración. Tras comentar brevemente tales conceptualizaciones, se plantearon dos preguntas: ¿existe aún estigmatización de la atención psicológica o psiquiátrica? y ¿en qué medida la estigmatización afecta su desempeño laboral? Cada uno de los miembros del grupo expresaron su opinión en forma breve (2-3 minutos) y se dio apertura a la participación del público.

Las opiniones y comentarios puntualizaron con mucho énfasis la importancia de las disciplinas representadas y el humanismo que quienes las ejercen deben asumir en su desarrollo. Al mismo tiempo se hizo hincapié en la necesidad de que tales profesiones y vocaciones tengan una dignificación que retroalimente y valore los esfuerzos individuales que implica cada actividad. Con mucho dramatismo se expuso la actividad de enfermería, que implica el cuidado cercano y consistente de los pacientes y la poca justicia que se hace a dicha labor.

Conclusiones. Es importante tomar en consideración las diversas facetas mediante las cuales se manifiesta la estigmatización del trabajo en Psicología y Psiquiatría para así desarrollar estrategias efectivas que abatan dichos obstáculos e impulsen el humanismo inherente al desarrollo de todas las acciones de Salud Mental.