



INSTITUTO NACIONAL  
DE PSIQUIATRÍA  
RAMON DE LA FUENTE

# Información

## Clínica

Volumen 15

Número 5

Mayo de 2004

### Ver al cerebro pensar sólo es una metáfora poética

■ En el número correspondiente al 13 de abril de 2004 del prestigiado diario francés *Le Monde*, apareció la siguiente entrevista que Jean-Yves Nau le hizo a Edouard Zarifian, profesor de psiquiatría de la Universidad de Caen, Francia. Se trata de una de las figuras más distinguidas de la psiquiatría francesa contemporánea y es autor de varios libros de éxito, algunos traducidos al español. Habiendo sido originalmente un entusiasta defensor de los enfoques neurobiológicos más extremos, ha adoptado con el tiempo una posición más mesurada y crítica. Sus opiniones son de gran interés y van acordes con las de varios otros clínicos que han seguido el mismo recorrido epistemológico.

#### ¿Qué balance hace usted de los resultados obtenidos por la neuroimagenología cerebral en el campo de la psiquiatría?

A pesar de la creciente sofisticación de las técnicas de esta disciplina, hay que reconocer que hasta hoy no se ha obtenido ningún resultado de interés para el diagnóstico o la predicción de la evolución de un trastorno psíquico ni tampoco para prever la respuesta a un tratamiento medicamentoso.

La imagenología cerebral permite ciertamente establecer diagnósticos para las enfermedades neurológicas, pero por el momento sólo sirve para fabricar hipótesis sobre los trastornos psíquicos.

#### ¿Según usted hay una ilusión científica que nace de un enfoque que algunos califican de “reduccionista”?

No nos equivoquemos. La investigación en neuroimagenología es científica, pero sus interpretaciones, sus conclusiones o sus afirmaciones son científicas. “Ver pensar al cerebro” no es sino una metáfora poética. Por lo demás, no se “ve” otra cosa que listas de cifras que salen de las máquinas (por ejemplo con la cámara de positrones) y que se trasladan de manera convencional a códigos de color para representar la silueta de un cerebro. Así, se pone de manifiesto que para pensar se necesita un cerebro, algunas de cuyas zonas se activan de manera selectiva.

Incluso cuando se aislaran ciertas zonas cerebrales que se activan más específicamente en el curso de los pensamientos tristes o en el de los alegres, esto no aclararía nada sobre las causas o el contenido de esos pensamientos. Menos todavía, sobre el valor simbólico que pueden tener para la persona que los produce. Sólo la palabra del sujeto que se expresa permite tener

acceso al contenido de su pensamiento.

#### ¿Todavía hay lugar para la psiquiatría biológica?

La psiquiatría biológica vive desde hace más de 60 años sobre un *quiproquo* fundamental. Los útiles de investigación han cambiado pero los conceptos y los modelos han permanecido inmutables y no se ha obtenido ningún resultado útil en el plano cotidiano para el diagnóstico o para la atención. Este *quiproquo* es simple. Se ha asimilado de manera abusiva al trastorno psíquico y su diagnóstico con el modelo médico pasteuriano. Ahora bien, el trastorno psíquico, hasta probar lo contrario, se sitúa en el campo de lo cualitativo y de lo subjetivo y se expresa por la palabra. El día improbable en el que el trastorno psíquico posea una lesión cerebral, se convertirá entonces en una enfermedad neurológica.

#### ¿Se puede esperar no obstante que estos trabajos permitirán un progreso en la comprensión de la fisiopatología de las enfermedades mentales?

Las esperanzas (ciertamente no despreciables) de la imagenología cerebral en el campo de la psiquiatría deben permanecer modestas habida cuenta de lo que son los trastornos psíquicos. No se podrá elucidar la fisiopatología de las “principales alteraciones psiquiátricas” por medio de la imagenología cerebral porque el trastorno psíquico está hecho de síntomas universales (ansiedad, depresión del afecto, delirio) asociados a un sufrimiento psíquico cuyas características son estrictamente individuales. La sola supresión del síntoma (por ejemplo mediante el medicamento) no basta para aliviar de manera durable el sufrimiento psíquico.

### Contenido

<b>Ver al cerebro pensar sólo es una metáfora poética</b>	<b>25</b>
<b>El caso Spielrein a la pantalla</b>	<b>26</b>
<b>La nicotina y su relación con los trastornos psiquiátricos</b>	<b>27</b>
<b>Proyecto OMS sobre urbanización y factores de riesgo para el uso de sustancias y problemas relacionados en adolescentes</b>	<b>28</b>

Sólo el intercambio intersubjetivo por la palabra, permite obtener este resultado.

La comprensión de los mecanismos cerebrales que entran en juego para fabricar los síntomas, permitirán decir “qué cosa sucede” y no “por qué”; en tal momento tal persona va a exteriorizar estos síntomas y a inscribirlos en su historia personal dándoles un sentido que le es propio. Los útiles científicos permiten estudiar lo que hay de universal en el hombre pero no lo que es particular a cada uno.

### ¿Hay que esperar progresos en el campo de la comprensión de la maduración cerebral?

Las investigaciones actuales y las que están por venir, que tendrán todavía más especificidad, pueden permitir la descripción de una historia natural de la maduración cerebral normal y patológica. Pero los instrumentos no resuelven todas las incógnitas que permanecen y las dificultades metodológicas de los estudios clínicos en el hombre vivo son considerables y están contaminadas con sesgos insuperables que hacen frecuentemente que las interpretaciones sean abusivas, erróneas o imposibles.

Las teorías actuales sobre la maduración cerebral no son capaces de integrar los nuevos descubrimientos sobre la plasticidad del cerebro, el retoño neuronal o la puesta en actividad de las funciones supletorias. El cerebro vivo es un órgano que evoluciona en el tiempo y no sólo, felizmente, en términos de involución.

### ¿Hay que esperar progresos en el campo terapéutico?

Todos los descubrimientos biológicos en el campo de la psiquiatría, han sido resultado del empirismo. Esto es verdad tanto para los medicamentos psicotrópicos como para la sismoterapia. La razón de lo anterior es simple. No disponemos de ningún modelo animal que permita estudiar un trastorno psíquico. Los animales no hablan y los síntomas que se les atribuyen (ansiedad, depresión), son el fruto de un antropomorfismo muy poco científico.

Los mecanismos de acción biológicos de los efectos sintomáticos de los medicamentos no son más que hipótesis. La utilización de productos alucinógenos no transforma a cada consumidor en un esquizofrénico. Del mismo modo, la desaparición de la alucinación mediante un campo electromagnético focalizado, suprimirá tal vez un síntoma (lo cual es útil) pero no convertiría definitivamente al psicótico en una persona feliz, serena y adaptada a la sociedad.

(Héctor Pérez-Rincón)

### Referencia

*Le Monde*, París, 13 de abril 2004.

## El caso Spielrein a la pantalla

“*Prendimi l’anima*” de Roberto Faenza (Italia-Francia-Reino Unido, 2003), con: Iain Glen, Emilia Fox, Carolina Ducey, Craig Ferguson.

■ En 1980, A. Carotenuto y C. Trombetta publicaron en la editorial Astrolabio de Roma, *Diario di una segretta simetria, Sabina Spielrein tra Jung e Freud*, un acucioso estudio sobre un personaje al que la historia del psicoanálisis había extrañamente olvidado (o debería decir mejor: sospechosamente escotomizado).

En su *Histoire de la schizophrénie* (Editions Seghers, París, 1992), traducida por mí al castellano en la editorial mexicana Fondo de Cultura Económica con el título de “La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia”, Jean Garrabé resume así las principales peripecias del “caso Spielrein”:

Sabemos ahora que Sabina Spielrein, nacida en Odessa en 1885 en el seno de una rica familia judía, viajó a Zurich con dos objetivos: realizar ahí estudios de medicina y seguir un tratamiento médico. Fue hospitalizada en el Burghölzli, del 17 de agosto de 1904 al 1 de junio de 1905, es decir, durante el periodo en el que se exploraban en este establecimiento las asociaciones. El 23 de octubre de 1906, Jung escribe a Freud: “Trato [...] actualmente una histeria, según su método. Caso grave [...] una estudiante rusa, enferma desde hace seis años. Primer traumatismo: tres y cuatro años, ve a su padre golpear a su hermano mayor en el trasero desnudo” [...] El diagnóstico de histeria, aunque sea calificado de grave, sorprende en el caso de Sabina Spielrein[...]

Son los propios trabajos ulteriores de Sabina Spielrein los que harán que se plantee la pregunta sobre la naturaleza esquizofrénica de los trastornos que ella padecía desde la edad de 15 años y de esta psicosis que la había conducido al Burghölzli. Jung mantuvo a Freud al corriente de los progresos de la cura sin darle, no obstante, el nombre de la paciente y sobre todo sin decirle que el análisis había concluido con una liga amorosa (recordemos que el terapeuta tenía cerca de 30 años y la analizada 20). En todo caso, el estado de Sabina Spielrein había mejorado considerablemente hasta el punto de permitirle concluir sus estudios de medicina en 1911 con su tesis sobre... “El contenido psicológico de un caso de esquizofrenia” [...]

Por lo que aquí nos interesa, vemos a Sabina Spielrein acumular a costa suya un rico y doloroso material psicológico, obtenido del autoanálisis de la experiencia que acababa de vivir. Es admirable que haya podido elaborarlo en un texto, su obra maestra, contribución esencial a la teoría psicoanalítica: “La destrucción como causa del devenir” [...]

Con un admirable apego a los hechos históricos, el director de este filme ha logrado una obra de gran fuerza dramática y belleza plástica. La reconstrucción del “caso” alterna con el relato, que ocurre en la actualidad, de una joven periodista que se interesa en él y que encuentra de manera providencial a un colega ruso-parlante quien la auxilia de manera muy efectiva en su pesquisa. La pareja de los jóvenes periodistas que recaban los índices en la Rusia contemporánea hace la contraparte de la pareja Jung-Sabina, pues su relación –hasta donde lo deja traslucir la trama– nunca pasa del plano de la amistad al del erotismo. El meollo ético del conflicto, a saber la reclamación que hace la madre de Sabina a la conducta seductora del terapeuta, es relatado de una manera anticlimática cuando la periodista contemporánea relata a su eficiente amigo la respuesta que dio Jung y que no dejará de sorprender a sus seguidores actuales: ¿como no recibía honorarios no estaba obligado a cumplir con la ética médica!

Los personajes de Jung y de Sabina resultan bastante convincentes aunque el director haya debido adecuarlos al ideal estético contemporáneo (ambos actores, longilíneos, contrastan con lo pícnico de las figuras reales).

Las diferentes escenas del relato cinematográfico dan cuenta de manera escueta pero de gran intensidad emotiva del recorrido biográfico, realmente trágico, de esa admirable mujer. Desde su ingreso hospitalario hasta su desdichado fin, pasando de su rol de paciente al de terapeuta y psicopedagoga. La erotización de la contratransferencia favorecida por el imprudente narcisismo de Jung y el movimiento de autodefensa de éste sin tomar en

cuenta para nada los sentimientos de su paciente y amada, se muestran en esta obra, sin concesión.

De la riqueza visual de “*Prendimi l’anima*”, sobresalen algunas escenas: el momento en el que la paciente, hasta entonces inválida, inicia su retorno a la biofilia y monta una sesión de musicoterapia que pone en movimiento a todo el servicio, en donde los pacientes bailan felices ante la mirada atónita de Bleuler; la escena en la que Jung encuentra a una Sabina embellecida y autosuficiente en una exposición de cuadros de Klimt. Su diálogo frente al cuadro de Judith y Holofernes simboliza muy bien el contenido de la aportación mayor de Spielrein a la teoría psicoanalítica: ella descubre, ante la mirada aterrada de su ex-psicoanalista y amante, que la sonrisa sensual de la heroína del libro bíblico de Judith se debía a que ella amaba al general asirio al que decapita, con lo que Jung capta claramente el destino de esos amores; la escena de la escuela psicopedagógica “La casa blanca”, en la que Sabina educa con técnicas pedagógicamente revolucionarias a varios hermosos niños soviéticos, entre ellos al hijo de Stalin que asiste incógnito. Un niño casi autista logra allí abrirse al exterior cuando ella imagina la estrategia de llevar a un pequeño mono, preso en una jaula cuya puerta Sabina abre simbólicamente. Como el simio el niño quedó liberado de su negativismo. La obra concluye con una escena efectivista de gran dramatismo: la pareja de los jóvenes periodistas entrevista a ese niño, ahora un anciano, alumno de Spielrein en la vida real, único superviviente de ese experimento pedagógico que el stalinismo destruyó, y quien relata con un patetismo al que la lengua rusa brinda un sostén que no puede encontrarse en otras lenguas, su experiencia y su resurrección. Este filme que se exhibió en México bajo el título de “*Almas al desnudo*”, debería ser visto por los especialistas y residente de psiquiatría pues les ofrece no pocos motivos de reflexión. (Hay que recordar que en varias universidades norteamericanas los médicos tienen, como parte de su formación, la obligación de asistir a seminarios cuyo tema es la visión que brinda la literatura y el cine sobre la psique humana, visión que puede ser de gran utilidad). El filme de Roberto Faenza permite no sólo descubrir la trágica biografía de Spielrein a espectadores que difícilmente tendrán acceso al libro de Carotenuto y Trombetta, sino que alerta también a los jóvenes terapeutas entusiastas sobre los peligros de mezclar el ámbito de lo profesional con la vida amorosa, hasta el grado de no poder respetar las más elementales reglas éticas de la relación médico-paciente.

(Héctor Pérez-Rincón)

## La nicotina y su relación con los trastornos psiquiátricos

■ Se considera que la adicción a la nicotina es la principal causa de muerte susceptible de ser prevenida en el mundo occidental. El consumo de tabaco, definido por mucho tiempo simplemente como un mal hábito, se considera en la actualidad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un fenómeno de dependencia a la nicotina, una sustancia con alto potencial de generar fenómenos de adicción similares a los producidos por la heroína o la cocaína. El estudio farmacológico de esta sustancia ha descrito con precisión sus aspectos farmacológicos y ahora se sabe más sobre sus mecanismos de acción y sobre los efectos que genera en el organismo.

La nicotina es una amina terciaria y su levo-isómero es el responsable de la mayoría de los efectos fisiológicos que genera. Su estructura molecular le permite atravesar con facilidad las membranas celulares, siendo un agonista del receptor nicotínico en los ganglios autonómicos, en la médula suprarrenal, en la unión neuromuscular y en el cerebro. Cada cigarrillo proporciona 1 mg. de nicotina aproximadamente, por lo que un fumador promedio inhala alrededor de 10 a 80 mg. de nicotina al día, para mantener niveles plasmáticos de entre 10 a 50 ng/mL. La absorción de la nicotina puede variar dependiendo del tipo de tabaco y de su manera de inhalarse. En los alveolos pulmonares se modifica su pH y se absorbe con rapidez, tomando de 10 a 19 segundos para alcanzar el tejido cerebral. Un fumador crónico mantiene niveles séricos promedio de entre 20 a 40 ng/mL en el día. El mismo fumador puede manipular esta concentración de acuerdo con sus necesidades, por medio del número de inhalaciones y de la intensidad de cada una de estas. Su vida media plasmática es de 2 a 3 horas y su metabolismo principal es hepático, pero también se genera parcialmente en los pulmones y en el cerebro. El efecto farmacológico de la nicotina es mediado por los receptores nicotínicos que son un subtipo de receptores colinérgicos y que a su vez presentan dos clases de acuerdo con su localización: los musculares y los cerebrales. Estos últimos tienen múltiples subtipos de acuerdo con el arreglo estructural de las subunidades que intervienen en su composición. El efecto de la nicotina sobre los receptores cerebrales induce la liberación de diversos neurotransmisores como la dopamina, la acetilcolina, la norepinefrina, la serotonina, la vasopresina, el glutamato y el GABA entre muchos otros. Se considera que esta liberación es el proceso mediador de los efectos nicotínicos tales como la sensación de relajación, el incremento de las funciones cognitivas, la reducción del estrés y un cierto efecto antidepressivo. De los diversos sistemas de neurotransmisión que están involucrados en el consumo de nicotina, hay dos que se consideran relevantes para entender el fenómeno de la adicción: el dopaminérgico y el noradrenérgico. Al circuito mesolímbico de la dopamina se le considera como el sustrato anatómico mediador de las funciones placenteras y de recompensa que se generan con el uso de la nicotina y de otras sustancias de abuso. Esto se ha demostrado por medio de estudios en modelos animales en los que se manipula la actividad de este circuito por medio del uso de sustancias con efectos agonistas y antagonistas sobre estos receptores. Un aspecto importante que se descubrió ya hace tiempo en relación con el estudio farmacodinámico de la nicotina, es que su administración crónica incrementa de manera notoria la actividad de la serotonina. Esto ha llevado a postular que la nicotina tiene un efecto antidepressivo y que facilita el efecto supresor del sueño fisiológico. Por otra parte, la liberación de noradrenalina generada por un efecto nicotínico estimula a su vez la producción de cortisol y de ACTH e induce la activación del *locus coeruleus* lo cual incrementa el estado de alerta y reduce las reacciones ansiosas moduladas por el estrés. Finalmente la estimulación de los receptores nicotínicos en la médula suprarrenal induce la liberación de epinefrina y de beta-endorfinas, las cuales intervienen en los fenómenos de dolor y de otro tipo de reacciones sistémicas generales. Otra área de investigación prominente de la nicotina, ha sido su estudio en relación con los fenómenos del ciclo sueño-vigilia. La principal conclusión de los distintos estudios al respecto es que, a través de diversos procesos neuroquímicos, la nicotina promueve el estado de alerta en sujetos normales, mientras que en los enfermos deprimidos incrementa la duración total del sueño de movimientos oculares rápidos y produce una mejoría transitoria del estado de ánimo.

En relación con el estudio de la nicotina como sustancia adictiva y generadora de problemas, hay elementos suficientes que determinan su ubicación como un problema prioritario de salud pública. La OMS reconoció por primera vez que la nicotina era una sustancia generadora de dependencia en 1974; no obstante, no fue sino hasta 1992 cuando se le incluyó dentro de la Clasificación Internacional de las Enfermedades correspondientes al grupo de sustancias adictivas generadoras de dependencia, a pesar de que la Asociación Psiquiátrica Norteamericana lo había hecho ya desde el año 1980. Sin embargo, como muchas otras sustancias adictivo-dependientes, la generación de alteraciones se presenta con mayor prevalencia en aquellos sujetos que tienen un riesgo incrementado. La dependencia a la nicotina está íntimamente relacionada con algunas enfermedades psiquiátricas, sin que esto quiera decir que todos los fumadores presenten problemas serios en su salud mental. Se ha documentado que hay una prevalencia mayor de dependencia en sujetos que atraviesan por trastornos de tipo depresivo, además de que estos sujetos tienen más fracasos en los intentos de dejar de fumar, en comparación con los sujetos sin depresión. Además se ha observado que en un subgrupo de sujetos deprimidos, el dejar el tabaco reactiva transitoriamente algunos síntomas depresivos que ya habían desaparecido con anterioridad. Este efecto de la nicotina sobre el estado anímico está sustentado en el conocimiento de que el compuesto inhibe la actividad de la enzima MAO, la cual participa en los procesos metabólicos de algunos neurotransmisores involucrados en la etiopatogenia de la depresión. Hay también algunos modelos animales de depresión en los que se ha demostrado que la nicotina podría tener un efecto antidepressivo moderado. Hay diversos estudios que documentan una mayor prevalencia de tabaquismo en los sujetos deprimidos en comparación con aquéllos de la población general.

La otra entidad psicopatológica en la que se ha estudiado su asociación con la dependencia a la nicotina es la esquizofrenia. La presencia de problemas de dependencia es un fenómeno muy común en muchas entidades psiquiátricas, sin embargo en la esquizofrenia esta asociación tiene una particular relevancia. La nicotina es probablemente la sustancia que más emplea el enfermo esquizofrénico, con altas tasas de prevalencia que van desde el 70 al 90% de todos los sujetos. Este elevado consumo de nicotina ha llevado a postular la posibilidad de que exista un mecanismo subyacente común entre la esquizofrenia y el consumo de tabaco, o bien que la nicotina genere sobre el cerebro un efecto atenuador de las manifestaciones psicóticas y que, por lo tanto, el sujeto busque con su consumo la inducción de un efecto terapéutico. Una patología que se ha evaluado con el uso de nicotina es el trastorno obsesivo compulsivo. Los datos epidemiológicos sobre el trastorno encuentran que el consumo de tabaco en estos pacientes es menor al de la población general; dato poco de esperarse, ya que lo que se sabe es que los pacientes con trastornos de ansiedad presentan un consumo mayor. Los resultados de los estudios en animales de experimentación así como los de ciertos ensayos clínicos preliminares parecen indicar que la nicotina, por medio de un efecto farmacológico no claramente establecido, tiende a reducir la conducta compulsiva pero no modifica las manifestaciones obsesivas. El campo de la cognición y de sus alteraciones se ha abordado desde hace mucho tiempo en relación con la nicotina. Los efectos de la sustancia sobre la cognición son muy diversos, y en general se ha documentado que clínicamente mejora estas funciones. Esto ha quedado demostrado tanto en la valoración de sujetos normales como en aquéllos con alteraciones demenciales, en los que estas funciones están afectadas.

Al consumo de nicotina también se le ha estudiado en relación con los trastornos del movimiento. Hay un número importante de estudios que se inclinan a considerar que el consumo de nicotina podría tener un efecto protector en relación con el desarrollo de la enfermedad de Parkinson. Parece ser que esta propiedad tiene que ver con un cierto efecto neuroprotector de la sustancia. En modelos experimentales de Parkinson se ha comprobado que la infusión de dosis altas de nicotina previene la degeneración retrógrada y anterógrada de las neuronas dopaminérgicas. Otro trastorno del movimiento en el que se ha estudiado el papel de la nicotina es el Síndrome de Gilles de la Tourette. Hay algunos estudios preliminares que demuestran que la combinación de los neurolépticos con la nicotina genera un efecto terapéutico mayor que si los fármacos se administran de manera individual. Se propone que este incremento en el efecto terapéutico se debe a la estimulación de los receptores de nicotina que se encuentran en las neuronas dopaminérgicas presinápticas, los cuales al ser estimulados reducen la liberación de dopamina.

En conclusión, la relación de la nicotina con diversas enfermedades neuropsiquiátricas puede establecerse como una condición neuroquímica pre-existente que incrementa la vulnerabilidad individual al desarrollo de éstas. Con el fin de reducir dicha vulnerabilidad, muchos pacientes se vuelven adictos a la nicotina como una manera de reducir las descompensaciones y de obtener así una mejoría sintomática autoinducida. En forma progresiva, esta conducta desemboca en el desarrollo de un problema de dependencia, con la producción de modificaciones neuroquímicas como fenómenos adaptativos. El estudio de esta compleja asociación ha generado información importante que ayuda a comprender mejor por una parte los fenómenos tan complicados que presentan algunas enfermedades mentales y los fenómenos de dependencia por la otra.

(Carlos Berlanga)

### **Bibliografía**

SALIN-PASCUAL RJ y cols.: Nicotine dependence and psychiatric disorders. *Rev Invest Clin*, 55 (6): 677-693,2004.

## **Proyecto OMS sobre urbanización y factores de riesgo para el uso de sustancias y problemas relacionados en adolescentes**

(Informe no publicado preparado para la Organización Mundial de la Salud por Patrick Tolan Ph.D., Michael Schoeny, Ph.D. y John Slavick, M.A. Institute for Juvenile Research, University of Illinois, Chicago).

■ El informe en cuestión es el resultado de un levantamiento de datos realizado en 9 países: Sudáfrica, Tailandia, República Checa, Brasil, México, Irán, la India, Nigeria e Indonesia. México participó en este levantamiento, después de asistir a la reunión en que se planeó y desarrolló originalmente el proyecto, en Kobe, Japón.

El propósito de este estudio comparativo fue el de evaluar los factores asociados con el uso de drogas y otras conductas

antisociales en adolescentes que viven en diferentes comunidades de áreas urbanas seleccionadas alrededor del mundo. Se midieron la variación y similitud de los factores de riesgo, así como varios indicadores de problemas en la adolescencia tales como el uso de drogas, el involucrarse en conductas violentas y la victimización, y también las relaciones entre los factores de riesgo y estos últimos indicadores. Además, se exploraron las condiciones comunitarias que podrían contribuir al uso de drogas. Participaron los 9 países mencionados, y en 7 de ellos, los vecindarios urbanos se clasificaron según el nivel socio-económico: alto, medio y bajo. Se construyó un instrumento cerrado para su aplicación en estos países, que se desarrolló con base en la revisión realizada por los investigadores participantes. La aplicación del instrumento se hace mediante un estudio piloto que permite evaluar su factibilidad y utilidad. Los participantes de cada país incluyeron al menos a 90 niños de 11 a 17 años, pertenecientes a tres tipos de comunidades o vecindarios.

Posteriormente al levantamiento, se organizaron los datos para realizar su análisis entre las naciones. El informe provee los resultados y la interpretación básica de estos análisis iniciales. Los resultados se enfocan en los datos descriptivos por país, de las variables independientes, las dependientes y las covariables. En cuanto a las dependientes, se presentan a continuación los resultados descriptivos también por país.

La construcción de mediciones se detalla en el informe, y vale la pena destacar que éstas se organizaron en tres grandes categorías: variables independientes covariables y variables dependientes, tal y como se observa en el cuadro 1.

## Resultados principales

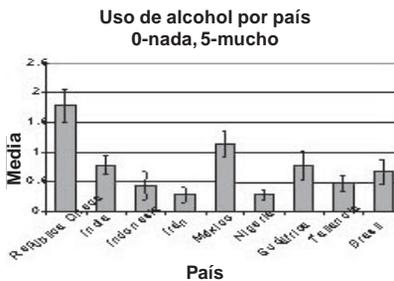
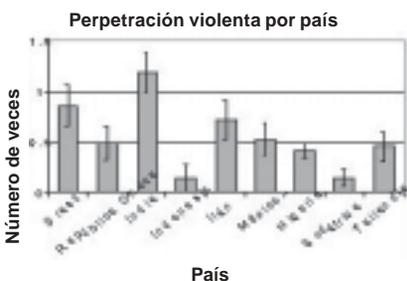
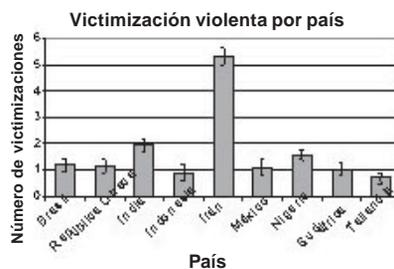
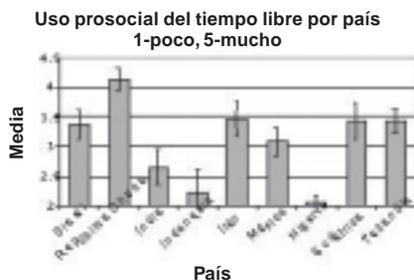
Existen diferencias significativas entre los países en todas las variables, situación difícil de interpretar debido a las diferencias en muestreo y procedimiento, pero que sugieren la necesidad de tener cautela en la interpretación de los resultados obtenidos. Debido a estas diferencias, en los análisis estadísticos se usó una regresión lineal multinivel. Entre otros aspectos se destacó que, aun controlando las cuatro covariables, sexo, edad, situación familiar y nivel socioeconómico, prevalecieron importantes diferencias entre los países en las variables independientes y dependientes. En los siguientes cuadros se observa la distribución de estas últimas.

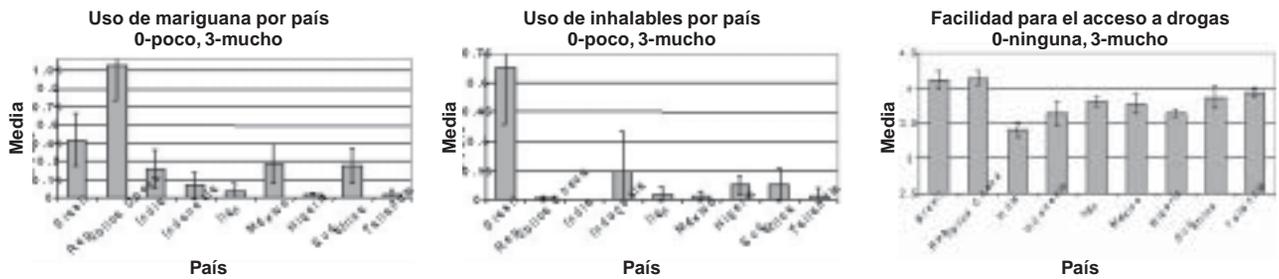
**Cuadro 1: Estructura de las mediciones**

Covariables	Independientes	Dependientes
• Edad	<b>Comunidad/vecindario</b>	<b>Tiempo libre</b>
• Sexo	• Ayuda comunitaria	• Uso pro social del tiempo libre
• Situación familiar	• Servicios comunitarios	<b>Violencia</b>
	• Problemas comunitarios	• Victimización
NSE	<b>Relación familiar</b>	• Perpetración
	• Monitoreo parental	<b>Uso de sustancias</b>
	• Involucración familiar	• Alcohol
	• Apoyo familiar	• Tabaco
	<b>Pares</b>	• Marihuana/Hashish
	• Desviación de amigos	• Inhalantes
	<b>Educación</b>	• Fácil acceso a las drogas
	• Actitudes positivas hacia la escuela	
	• Conducta escolar positiva	

Los jóvenes mexicanos documentaron un uso pro-social del tiempo libre superior a los de la India, Indonesia y Nigeria, pero inferior a los de Brasil, República Checa, Irán, Sudáfrica y Tailandia. En cuanto al hecho de haber experimentado violencia, Irán destacó por el número de victimizaciones documentadas, mientras que México mostró un promedio similar a los otros países; asimismo, los jóvenes mexicanos indicaron una perpetración de violencia menor que la de los de la India, Brasil e Irán, pero superior a la de los de Nigeria, Tailandia, Sudáfrica e Indonesia. En cuanto al uso de sustancias, los jóvenes mexicanos presentaron mayor consumo de alcohol que los de los otros países, excepto los checos, quienes mostraron un consumo notoriamente más elevado. En el caso de la mariguana, los jóvenes de la República Checa y los de Brasil, indicaron mayor uso que los de otros países; los mexicanos usaron esta droga en forma similar a los indios y a los sudafricanos. En cuanto a los inhalables los jóvenes brasileños presentaron un uso muy superior al de los otros países. En cuanto al acceso fácil a las drogas, incluyendo el tabaco, México se encontró entre los países con un acceso intermedio, siendo Brasil y la República Checa donde se documenta mayor accesibilidad.

Vale la pena señalar que no se encontraron variaciones significativas entre los países en cuanto a los efectos del tipo de vecindario, en ninguna de las variables dependientes. En general, la distinción entre comunidad de bajos ingresos vs. medios/altos





**Cuadro 2: Resumen de resultados para el Análisis Multinivel de las Variables dependientes**

Variables independientes	Uso pro social del tiempo libre	Victimización violenta	Perpetración de violencia	Uso de alcohol	Uso de tabaco	Uso de marihuana/hashish	Uso de inhalables	Fácil acceso a drogas
Situación familiar						+		
Edad				+++	+++	+		+++
Sexo			---					
NSE (Pobreza)		+		-				
Ayuda comunitaria								
Servicios comunitarios	+++			+	+			
Problemas comunitarios		+++	+++			++	+++	+++
Monitoreo parental			-	---				
Involucración familiar			---	---	---	---		---
Apoyo familiar								
Desviación de los pares		+	+++	+++	+++	+++		
Actitudes positivas hacia la escuela			-					
Conductas positivas en la escuela			-		---	---		

+ relación positiva  $p < .05$ ; ++ relación positiva  $p < .01$ ; +++ relación positiva  $p < .001$ ; - relación negativa  $p < .05$ ; --- relación negativa  $p < .01$ ; ---- relación negativa  $p < .001$

no tuvo poder explicativo en esta base de datos. Las relaciones socioeconómicas parecen ser un aspecto del estatus socioeconómico de la familia específica. Por tanto, la variable tipo de comunidad/vecindario se excluyó de los análisis subsecuentes.

La relación entre variables independientes y covariables con las variables dependientes, se muestra en el cuadro 2.

Es notorio que las covariables y los variables independientes se asociaron consistentemente con las dependientes. Los problemas comunitarios, la desviación de amigos y la edad, se asociaron con un riesgo mayor de problemas relacionados con la violencia y el uso de sustancias. El involucramiento familiar aparece como un factor protector, al igual que el monitoreo parental y la conducta positiva en la escuela. La ayuda comunitaria y el apoyo familiar no fueron predictores significativos para ninguna variable dependiente. En síntesis, los análisis muestran cuatro tendencias fundamentales.

- Una considerable variación entre los países en las variables independientes y covariables, lo cual no es sorpresivo.
- La evidencia de que muchas variables independientes y dependientes se relacionan con el estatus socioeconómico individual y con las características comunitarias que documentaron los individuos.
- Contrariamente a lo esperado, el tipo de comunidad no afectó a las variables dependientes. Habrá que tener cautela respecto a este resultado, el cual hace pensar que habría que centrarse más en las experiencias individuales de estas comunidades/vecindarios y en el estatus socioeconómico individual, que en el tipo de vecindario en forma global.
- Diferentes factores de riesgo se relacionaron con diferentes problemas, siendo los problemas comunitarios y las relaciones familiares las variables relacionadas más consistentemente con las diversas variables dependientes.

La interpretación de estos datos debe ser cautelosa por las limitaciones metodológicas; sin embargo, estos hallazgos

generales sugieren patrones de riesgo que debieran ser considerados para un estudio más profundo en los diferentes países.

(Luciana Ramos-Lira)

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Director Emérito  
Dr. Ramón de la Fuente.

Editor de la publicación  
Dr. Gerardo Heinze.

Jefe del Departamento de Publicaciones  
Dr. Héctor Pérez-Rincón.

Dirección: Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco  
Deleg. Tlalpan, 14370 México, D.F. Teléfono: 5655-28-11.  
Fax: 5655-04-11.

*Suscripción anual 2004*

	Nacional	Extranjero*
Instituciones	\$ 220.00	USD 60.00
Personas físicas	\$ 220.00	USD 50.00
Estudiantes con credencial vigente	\$ 110.00	USD 50.00
Números sueltos o atrasados	\$ 30.00	USD 6.00

\* Estos precios incluyen el correo aéreo.

Departamento de Publicaciones:

Norma Vollrath, Mario Aranda Marqués, Laura de los Angeles Díaz y Elizabeth Cisneros.

