

## Reinserción social de jóvenes egresados del servicio militar

### Social reintegration of young people discharged from the military service

1er. Tte. Manuel Correa Jáuregui,<sup>I</sup> Tte. Cor. René Esteban Ventura Velázquez,<sup>II</sup> My. Reynol Arturo Moreno Puebla,<sup>III</sup> Tte. Cor. Cruz Minerva Turró Mármol,<sup>III</sup> My. Ivón Ortega Pérez,<sup>IV</sup> 1er. Tte. Osvaldo Miranda Gómez<sup>V</sup>

<sup>I</sup> Especialista de I Grado en Psiquiatría. Instructor. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Psiquiatría. Profesor e Investigador Auxiliar. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Especialista de II Grado en Psiquiatría, Profesor Auxiliar. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

<sup>IV</sup> Especialista de I Grado en Psiquiatría. Asistente. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

<sup>V</sup> Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Ciencias. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** la reinserción al medio social de individuos con problemas de salud, ha sido un tema de preocupación por la comunidad médica y sobre todo, de quienes se dedican al estudio de las enfermedades invalidantes, en las que se incluyen las psiquiátricas.

**Objetivo:** caracterizar el comportamiento de la reinserción social de jóvenes peritados como no aptos por psiquiatría durante la realización del Servicio Militar Activo.

**Métodos:** se realizó un estudio observacional, analítico, de cohorte retrospectivo (histórico) en 2 grupos de jóvenes que egresaron del servicio militar en el 2003, residentes en Ciudad de La Habana. El primer grupo, compuesto por los que fueron peritados por psiquiatría y el segundo, los que concluyeron satisfactoriamente en la misma fecha.

**Resultados:** hubo mejor ajuste premórbido y funcionamiento social en los primeros, menores posibilidades de reinserción social en quienes se peritaron, al presentar

mayor desempleo (36 %), menor nivel educacional (80 %) y menor estabilidad en las relaciones de pareja al tener un mayor porcentaje de solteros (62 %).

**Conclusiones:** se evidenciaron diferencias entre los que logran concluir el Servicio Militar Activo de forma satisfactoria de los que son peritados como no aptos por presentar trastornos psiquiátricos.

**Palabras clave:** psiquiatría comunitaria, reinserción social, trastorno de personalidad.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** the reintegration to social environment of subjects with health problems has been a worrying topic by the medical community and mainly of those that study the disabling diseases including the psychiatric ones.

**Objective:** to characterize the behavior of social reintegration of the young people according to Psychiatry, as not able during the participation in the Active Military Service.

**Methods:** a retrospective-cohort (historical), analytical, observational study was conducted in two groups of young people discharged from the military service in 2003 resident of Ciudad de La Habana. The first group included those valued according to Psychiatry and the second one, those concluded adequately in the same date.

**Results:** there was a better premorbid fitting and social performance in the first ones, less possibilities of social reintegration in those valued with a high unemployment rate (36 %), less educational level (80 %) and less stability in partner relationship due to a great percentage of unmarried (62 %).

**Conclusions:** there were differences among those to achieve conclude the Active Military Service in a satisfactory way and those valued as no able due to psychiatric disorders

**Key words:** community psychiatry, social reintegration, personality disorder.

---

## INTRODUCCIÓN

El problema de la reinserción o integración a su medio social de individuos que aquejan de algún tipo de afección para la salud siempre ha sido un tema de preocupación por la comunidad médica y en especial a todos los que de una forma u otra se han dedicado al estudio de las enfermedades invalidantes en las que se incluyen las psiquiátricas.<sup>1</sup>

Este tema incluye a los sujetos que durante la realización del Servicio Militar Activo (SMA), y por presentar un trastorno mental, relacionado o no con el cumplimiento del servicio, es diagnosticado en el medio militar y lleva a una decisión pericial.

Se considera peritaje médico a todo dictamen, realizado en función de perito, por un especialista médico, que sirva para asesorar a los órganos competentes en las cuestiones relacionadas con el cumplimiento de las leyes.<sup>2</sup>

---

La selección y permanencia del personal militar para el cumplimiento del SMA, es un tema de atención en la organización de los ejércitos desde la antigüedad. Sin embargo, los datos no siempre están disponibles por su carácter de información clasificada y por otra parte, existen diferencias relacionadas con el tipo de tropas, la forma en que se realiza el reclutamiento, las enfermedades que son consideradas como invalidantes para la aptitud en un momento dado, así como la metodología de investigación utilizada.

La repercusión a largo plazo, de los sujetos que causan baja de las fuerzas armadas por peritaje médico psiquiátrico, se enmarca en las tendencias de la psiquiatría actual hacia un enfoque comunitario y su interacción con el medio militar.

Este trabajo se trazó como objetivo principal caracterizar el comportamiento de la reinserción social de los jóvenes peritados por psiquiatría, además de describir las características sociodemográficas de los grupos estudiados, las principales enfermedades causa de no aptitud y su repercusión en la reinserción social.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio observacional analítico de cohorte retrospectivo (histórico) en 2 grupos de jóvenes procedentes de Ciudad de La Habana, que egresaron del SMA en el 2003. Un grupo estuvo integrado por los que fueron peritados como no aptos para las fuerzas armadas por la especialidad de Psiquiatría (58). El otro grupo fue conformado por 58 jóvenes que concluyeron sus 2 años de servicio militar. A ambos grupos se les aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación estandarizados: encuesta de trastornos mentales, escala de funcionamiento psicosocial y escala de ajuste premórbido (anexos 1, 2 y 3).

Para determinar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, fue empleado la prueba de chi cuadrado de Pearson, en el caso de la comparación de las escalas de ajuste premórbido y funcionamiento psicosocial se utilizó la prueba T para la igualdad de medias.

## **RESULTADOS**

Del total de sujetos, el mayor porcentaje (58 %) tenía un nivel secundario de escolaridad, seguidos por los de preuniversitario (20 %) y los de técnico medio (16 %). Sin embargo, en el grupo de los no peritados, los de mayor porcentaje fueron los de nivel preuniversitario con el 40 %, seguidos por los de secundaria básica y los de técnico medio (36 y 20 % respectivamente).

Por otro lado, el 80 % de los del peritados tenía nivel secundario. Esta diferencia resultó estadísticamente significativa ( $X^2$  35,34;  $p < 0,05$ )

Entre las causas más frecuentes de peritaje, resalta el predominio del trastorno de personalidad psicopático (respetando la forma en que fue reflejado en el diagnóstico final del documento de peritaje); seguida en frecuencia por el retraso mental y la esquizofrenia.

El 62 % de los jóvenes era soltero y el 38 % clasificaba en la categoría de "casado o acompañado". Estos valores fueron semejantes, sin diferencias entre los grupos ( $X^2$   $p > 0,05$ )

En relación con el vínculo laboral, en el grupo de peritados, los trabajadores constituían un 80 %, el de estudiantes 14 % y desempleados 6 %. En el grupo de peritados también predominaron los trabajadores con el 60 %, los desempleados el 36 % y estudiantes el 9 %. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $X^2$  14,92;  $p < 0,001$ ).

Atendiendo al tipo de trabajo, en los no peritados, el mayor porcentaje fue en los que laboraban en centros estatales (74 %), seguidos de los que no tenían vínculo laboral actual (18 %) y trabajaban por cuenta propia (8 %). Por otro lado, el 40 % de los peritados no tenía vínculo laboral actual, un 32 % laboraba en centros estatales y el 28 % lo hacía por cuenta propia ( $X^2$  18,04;  $p < 0,05$ ).

Con respecto al ajuste premórbido se evidenció que los no peritados presentaron globalmente mejor ajuste, según la escala. En la infancia, se obtuvieron valores en no peritados de 0,20 por 0,36 en peritados. En el caso de la adolescencia temprana fue 0,20 por 0,31; en la adolescencia tardía 0,20 por 0,32; en la edad adulta 0,21 por 0,32 y en el parámetro general 0,29 por 0,46 entre no peritados y peritados respectivamente. Se observa que los valores de los no peritados se acercan más al valor cero, lo cual señala mejor ajuste premórbido. Esta diferencia fue estadísticamente significativa al realizar la prueba T para la igualdad de medias con una  $p < 0,05$ .

En relación con el funcionamiento psicosocial los no peritados presentaron mejores resultados que los peritados en el área ocupacional, con cifras de 2,92 por 3,89 y en el área sexual con 3,40 por 4,32, considerando que los de mejor funcionamiento psicosocial son los de valores más próximos a uno y de mayor deterioro los que los valores se acercan más a cinco. La diferencia también se pone de manifiesto al realizar la prueba T para la igualdad de medias, mostrando diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,005$ ). En el resto de las áreas que reflejan el desarrollo psicosocial (social, económica y familiar), los valores fueron similares sin notables diferencias de un grupo sobre otro.

## DISCUSIÓN

En relación con el nivel de escolaridad actual se comprobó que en el grupo de los no peritados predominó el preuniversitario, lo cual demuestra que el nivel educacional es alto en comparación con el otro grupo, que en la gran mayoría tenía nivel secundario, es decir, el mayor porcentaje solo alcanzó el nivel mínimo obligatorio del sistema educacional cubano, y no continuó luego los estudios, lo que indica que probablemente los trastornos intelectuales y de conducta fueron de tal envergadura que no pudieron alcanzar mayor nivel. Estos resultados concuerdan con diversos estudios que exponen la asociación significativa entre la presencia de trastornos mentales comunes y el bajo nivel educacional.<sup>3</sup> Este resultado denota la falta de interés o aptitud de estos jóvenes para seguir superándose al mantener el mismo nivel escolar que tenían antes de entrar al SMA pese a las múltiples y muy variadas posibilidades del sistema educacional en Cuba, lo cual pone de manifiesto el subrendimiento, que afecta fundamentalmente el área intelectual y la adaptación social.

Según el estado civil, el predominio del grupo de los solteros es comprensible al valorar la edad, que acaban de abandonar la adolescencia y aún no se han establecido lazos afectivos sólidos.<sup>4</sup> El grupo de los peritados tuvo mayor proporción de solteros, que fue estadísticamente significativo, lo que muestra las dificultades adaptativas y en las relaciones sociales que pueden presentar los pacientes con estos trastornos. Algunos autores tratan de explicar estas dificultades debido al déficit en el desarrollo y actitudes sobreprotectoras o paternalistas, que impiden el desarrollo de la autoestima y de las relaciones interpersonales.<sup>5</sup>

En relación con la ocupación, del total de examinados el mayor número de jóvenes trabajaban. El grupo de peritados presenta valores de desempleo del 36 % que supera ampliamente a la tasa actual en Cuba (1,9 %);<sup>6</sup> sin embargo, en el grupo de no peritados el desempleo estaba en solo el 6 %, mientras que el 14 % se dedicaba exclusivamente a estudiar y con ello a superarse intelectualmente. Estos resultados mostraron diferencias significativas entre los grupos, lo que concuerda con estudios a nivel mundial que relacionan a los individuos con algún tipo de trastorno mental con mayores tasas de desempleo.<sup>7</sup>

En cuanto al vínculo laboral, la cifra de no peritados que laboraban en centros estatales superó ampliamente a la de los peritados. Estos resultados pueden corresponder con un menor nivel de aspiraciones y proyecciones futuras, donde actividades que requieran de esfuerzo (estudio) y dedicación quedan relegadas a un segundo plano, las que son superadas por tareas que les proporcionan una satisfacción inmediata sin aspiraciones de superación.

En el análisis del funcionamiento premórbido, se pudo comprobar que el grupo de los no peritados mostró mejor ajuste premórbido al presentar en las diferentes esferas evaluadas, valores cercanos a lo normal, al compararse con los peritados. Esto demuestra que los jóvenes que presentan algún trastorno mental desde etapas tempranas de la vida y hasta su juventud muestran menor ajuste premórbido que se traduce en los trastornos adaptativos propios de los diagnósticos más frecuentes encontrados en los sujetos.

Con respecto al funcionamiento psicosocial en 2 áreas hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Una es el área ocupacional; hay que recordar las palabras de *Calzón*<sup>8</sup> cuando al referirse a los trastornos mentales dice que la integración de estas personas pasaba necesariamente por su inserción laboral y que el trabajo constituye un factor esencial en el proceso de integración social. La otra área fue la sexual, comprensible si se analiza que la cifra de solteros en el grupo de peritados superaba al otro. El comportamiento en el resto de las áreas (social, económica y familiar) fue similar en ambos grupos.

Es conveniente recordar, al analizar el ajuste premórbido y el de funcionamiento psicosocial, que los diagnósticos más frecuentes fueron el retraso mental y el trastorno de personalidad. Estas entidades presentan por definición trastornos adaptativos desde etapas tempranas del desarrollo, que provocan trastornos en su vida escolar, social y familiar,<sup>8</sup> por lo cual se comprende que los resultados de su funcionamiento antes de su paso por la vida militar hayan mostrado resultados inferiores al grupo de los no peritados.

Se concluye que la causa más frecuente de peritaje fue el trastorno de personalidad y se evidenciaron diferencias entre los jóvenes que logran cumplir el SMA y los que son peritados como no aptos, por presentar trastornos psiquiátricos, tanto por la presencia de un mejor ajuste premórbido y funcionamiento psicosocial en los primeros, como de menores posibilidades de reinserción social en quienes se

peritaron, en relación con el empleo, nivel educacional y estabilidad en las relaciones de pareja.

**Anexo 1.** Encuesta de trastornos mentales

Folio de la encuesta \_\_\_\_\_

I. Datos generales:

I.1. Nombres y apellidos del paciente:

\_\_\_\_\_

I.2. Sexo: (1) \_\_\_\_M; (2) \_\_\_\_F

I.3. Edad: \_\_\_\_\_

I.4. Dirección \_\_\_\_\_

I.5. Nombre de la persona entrevistada:

\_\_\_\_\_

I.5.1) Parentesco o vínculo con el paciente con trastornos mentales:

- a) \_\_\_\_Madre      b) \_\_\_\_Padre c) \_\_\_\_Esposo (a)      d) \_\_\_\_Hijo (a)  
 e) \_\_\_\_Hermano (a) f) \_\_\_\_Otro familiar      g) \_\_\_\_Otro vínculo

I.6. Escolaridad

1. Sin escolarizar		5. Secundaria	
2. Preescolar		6. Preuniversitaria	
3. Primaria sin terminar		7. Universitaria	
4. Primaria			

I.7. Estado civil

1. Soltero		3. Viudo	
2. Casado/acompañado		4. Divorciado/separado	

I.8. Ocupación

1. Ama de casa		5. Pensionado	
2. Trabajador		6. Desempleado	
3- Estudiante			
4. Jubilado			

Si no trabaja pase a la pregunta 11

I.9. Ingreso económico mensual del paciente \_\_\_\_\_

I.10. Vínculo laboral actual:

1. Centro estatal		3. Trabajador por cuenta propia	
2. Taller protegido			

I.11. Condiciones de la vivienda:

1. Habitable	
2. Declarada inhabitable	

I.12. Higiene del hogar:

1. Buenas	
2. Regulares	
3. Malas	

I.13. Número de convivientes

I.14. Número de habitaciones que se utilizan para dormir \_\_\_\_\_

I.15. Número de personas que duermen en el dormitorio del paciente

1. Una	
2. Dos	
3. Tres	
4. Cinco o más	

II. Características del ambiente:

II.1 En que Ud. emplea el tiempo libre?	Suficientemente	Escasamente	Nada	No responde
Lectura de libros				
Televisión/video				
Playa				
Fiestas/bailes				
Asistencia a teatros				
Reuniones de amigos				
Campismo				
Asistencia a cine				
Practicar deportes				
Otros/cuáles?				

III. Funcionamiento de las redes de apoyo social

III.1. ¿Convive con su familia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

III.2. En su familia recibe atención de:	Sí	No	No responde
Madre			
Padre			
Esposa (o)			
Hijos			
Hermanos			
Otros parientes			

III.3. Sus familiares le brindan atención en cuanto a:	Sí	No	No responde
Alimento			
Vestuario y calzado			
Dinero			
Medicamento			
Compañía			
Paseos			
Afecto, conversación, escucha			
Visita			

III.4 La atención de su familia la considera

1\_\_\_Buena, 2\_\_\_Regular 3\_\_\_Mala 4 \_\_\_No responde

III.5 Cuando necesita resolver un problema cuenta con la ayuda de:	Sí	No	No responde
Vecinos			
Compañeros de trabajo			
Organizaciones de masa (CDR, FMC)			
Dirigentes de la circunscripción y consejo popular			
Otras instituciones de la comunidad (círculo de abuelos, grupos de ayuda mutua, religiosos), otros, especificar cuáles			

III.6 ¿Cómo considera el apoyo que le brinda la comunidad?

1\_\_\_Suficiente 2\_\_\_Escasa 3\_\_\_Ninguna 4\_\_\_No responde

IV. Satisfacción con los equipos de salud.

IV.1 La atención del médico y la enfermera de la familia es:

1\_\_\_Suficiente 2\_\_\_Escasa 3\_\_\_Ninguna 4\_\_\_No responde

IV.2 La atención por el equipo de salud mental

1\_\_\_Suficiente 2\_\_\_Escasa 3\_\_\_Ninguna 4\_\_\_No responde

IV.3 Se atiende por especialista fuera del municipio

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

IV.4 Tiene consultas programadas de seguimiento

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ No sabe\_\_\_\_\_

IV.5 Disponibilidad de medicamentos

Medicamentos	Indicación		Lo consume		
	Sí	No	Siempre	Ocasionalmente	Nunca
Neurolépticos					
Neurolépticos de depósito					
Antidepresivos					
Anticonvulsivantes					
Correctores					
Otros					

V. Atención de urgencias por psiquiatría

V.1 ¿Ha necesitado atención de urgencias Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ No sabe\_\_\_\_\_

V.2 Ha ingresado

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ No sabe\_\_\_\_\_

V.3 Motivos por los cuales no ha ingresado

- 1.\_\_\_\_Decisión del psiquiatra
- 2.\_\_\_\_Negativa del paciente
- 3.\_\_\_\_Negativa de la familia
- 4.\_\_\_\_No disponibilidad de cama
- 5.\_\_\_\_No sabe

V.4 Ingresos hospitalarios:

Número de ingresos\_\_\_\_\_ No. de ingresos en los últimos 5 años\_\_\_\_\_

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ventura Velázquez RE, Moreno Puebla R, Caballero Moreno AJ, Hernández Tápanes S. Consideraciones históricas de la rehabilitación comunitaria en psiquiatría. Rev Cubana Med Milit. 2003;32(3):211-8.
2. Ventura Velázquez RE, Novoa Rebollar R, Campos Amigo E. Peritaje médico-militar en Psiquiatría. Rev Cub Med Milit [Internet] 2002 [citado 30 Octubre 2007]; 31(4): [aprox. 2 p]. Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572002000400011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000400011&lng=es&nrm=iso)
- 3 Patel V, Kleiman A. Poverty and common mental disorder in developing countries. Boletín de la Organización Mundial de la Salud (Ginebra). 2005;81:8.
- 4 . Allen JP, Cross G, Swanner J. Suicide in the army: a review of current information. Mil Med.2005;170(7):580-4.
- 5 Fear NT, Williamson S. Suicide and Open verdict deaths among males in the UK regular armed forces: comparison with the UK civilian population and the US military. [Monografía en internet]. London, defence Analytic Services Agency, July 14, 2003. [cited 2006 Apr 20]; [about 6 p]. Available from: <http://www.barronpsych.com.au/research/UKArmysuicide2003.pdf>
- 6 Cuba. Agencia de Información Nacional. El desempleo en Cuba. El Habanero [Internet]. 2007 [citado 25 Ag 2007] [aprox. 1 p]. Disponible en: [http://www.elhabanero.cubaweb.cu/2005/marzo/nro1238\\_05mar/nac\\_05mar905.html](http://www.elhabanero.cubaweb.cu/2005/marzo/nro1238_05mar/nac_05mar905.html)
- 7 ODPM (Office of the Deputy Prime Minister). Mental health and social exclusion. London: Eland House; 2004.
- 8 Ojeda B, Mateos I. Habilidades sociales y satisfacción familiar en sujetos con discapacidad. Rehabilitación Psicosocial. 2006;3(1):2-8.

Recibido: 27 de abril de 2011.

Aprobado: 2 de junio de 2011.

1er. Tte. *Manuel Correa Jáuregui*. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental y Carretera de Asilo, Habana del Este, CP 11 700, La Habana, Cuba.